

# Evaluación Cualitativa Proyecto Redes

"Uso de Redes Sociales para mejorar los resultados neonatales e infantiles en zonas rurales de Honduras"













#### **Créditos**

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

Ejecutado por World Vision Honduras en el marco de la Iniciativa Salud Mesoamérica (ISM) Banco Interamericano de Desarrollo (BID), con el financiamiento de la Fundación Bill y Melinda Gates

#### Equipo de coordinación del proceso de Evaluación cualitativa

World Vision Honduras: Karen Ramos, Lesbia García y Aida Maradiaga

UC-ISM/BID: Jennifer Nelson y María Elena Ordóñez

NicaSalud: Gertrudis Medrano

#### **Equipo Investigador**

Investigadora principal: Marissa Mejía Azmitia Co-investigadora: Adelina Barrera Lumbí Co-investigador: Ovidio Blanco Castillo

#### Equipo revisor del informe:

World Vision Honduras: Karen Ramos, Lesbia García y Aida Maradiaga

UC-ISM/BID: Jennifer Nelson y María Elena Ordóñez

#### Fotografías:

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

#### Diagramación

Moisés E. Montenegro Luna

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

## **Contenidos**

	Siglas	1
1.	RESUMEN EJECUTIVO	3
1.1. 1.2. 1.3.	Descripción del proyecto Redes	9
2.	INTRODUCCIÓN	11
3.	ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN	15
3.1. 3.2. 3.3. 3.4.	Objetivos y alcance de la evaluación	18 18
4.	ANÁLISIS DE LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN - HALLAZGOS	21
4.1. 4.2. 4.2.1.	El proyecto Redes y las necesidades de los habitantes en salud materna e infantil El modelo operativo del proyecto Redes	22
4.2.2. 4.2.3.	La innovación tecnológica, el gestor de bases de datos	37 39
4.2.4. 4.3. 4.3.1. 4.3.2.	Limitaciones que surgen del carácter de estudio del Proyecto Redes Los cambios de comportamientos logrados y no logrados por las familias con la COD. Los cambios de comportamientos logrados y no logrados por tema COD	42 42
COD 2.	Cuidados durante el embarazo y control prenatal antes de los 3 meses	45
COD 5.	familia en los cuidados de la mujer.  Importancia de la planificación familiar	49 50
COD 7:	Atención a la mujer después del parto y del recién nacido en los 3 primeros días  Cuidados del recién nacido y señales de peligro	53
COD 9.	Cuidados de niñas y niños de 1 mes a 6 meses	55
COD 11	1. Importancia y consumo de Ácido Fólico	57
COD 13	3. Autoestima, valores y proyecto de vida	59

# Evaluación Cualitativa Proyecto Redes "Uso de Redes Sociales para mejorar los resultados neonatales e infantiles en zonas rurales de Honduras

COF:	14. Prevención de violencia de género e intrafamiliar	60
COD	15. Embarazo y medidas de prevención del Zika	61
4.4.	Las teorías del modelo operativo y los factores que han contribuido o limitado de comportamiento	
4.5.	Prestadores de servicios -sistema de salud- su influencia en los cambios de commiento	•
4.6.	La Comunidad Maya Chortí y su visión de los cambios de comportamientos	71
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	73
	Valoración y recomendaciones basadas en las evidencias recolectadas en el pro evaluación	
ANE	XOS:	79
Anex	xo 1: Glosario de términos	79
Modi	lismos de la zona de intervención	79
Anex	xo 2: Estructura del sistema de información e indicadores	80
Anex	xo 3: Carta Dictamen UNAH - DICU	83
Anex	xo 4: Protocolo Evaluación Provecto Redes	93

## Siglas

ACC	Agente de Cambio de Comportamientos
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
COD	Consejería Oportuna y Dirigida
CS	Centro de Salud
HGE	Hombre en grupo de enfoque
IRAS	Infecciones Respiratorias Agudas
ISM	Iniciativa de salud Mesoamericana
LB	Línea de Base
M&E	Monitoreo y Evaluación
MAC	Métodos Anticonceptivos
MANCORSARIC	Mancomunidad de Municipios de la Ruta Maya. Integrada por los municipios de Copán Ruinas, Santa Rita, San Jerónimo y Cabañas
ME	Mujer Embarazada
MEE	Mujer puérpera en entrevista
MEF	Mujeres en Edad Fértil
MEFE	Mujer en edad fértil en entrevista
MGE	Mujer en grupo de enfoque
MM	Mortalidad Materna
MPF	Métodos de Planificación Familiar
PF	Planificación Familiar
PI	Parto Institucional
PP	Plan de Parto
PR	Proyecto Redes
PS	Personal de Salud
SESAL	Secretaría de Salud
UC-SMI	Unidad Coordinadora Iniciativa de Salud Mesoamérica
WVH	World Vision Honduras
YINS	Yale Institute Network Science por sus siglas en inglés



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

Objetivo del proyecto	Contribuir al mejoramiento de los resultados de salud materna, neonatal e infantil, desarrollando una intervención comunitaria orientada a lograr cambios en los comportamientos y actitudes de riesgos, a través del fortalecimiento de las redes sociales.
Periodo de implementación	Preparación inicial:
	• Diseño de la intervención: noviembre 2015 a septiembre 2016.
	<ul> <li>Capacitación inicial, pilotaje y visita diagnóstica (cero): octubre a noviem- bre 2016.</li> </ul>
	Intervención comunitaria Visita COD:
	Primera fase: noviembre de 2016 a abril de 2017
	Segunda fase: mayo de 2017 a septiembre de 2018
	Etapa de evaluación, sistematización y cierre: septiembre 2018 a marzo 2019.
Presupuesto	U\$2,820,225 (1era fase:1,046,666 y 2da fase:1,773,559)
Financiamiento y socios	Fundación Bill y Melinda Gates
	Iniciativa de Salud Mesoamérica/BID
	Universidad de Yale/YINS Institute Network Science por sus siglas en inglés.
Socios en la ejecución	World Vision Honduras y ChildFund en la primera fase
	World Vision en la segunda fase
Cobertura territorial	Departamento: Copán
	Municipios: Copán Ruinas, Santa Rita, San Jerónimo y Cabañas
	Aldeas: 154
Grupo destinatario	El proyecto Redes inició la intervención comunitaria con el número de familias seleccionadas por el YINS en el marco de su estudio.
	Con un total de 3,634 familias se inició la intervención a través de la visita diagnóstica o también llamada "visita cero".
Visitas realizadas	La visita cero se realizó con 3,125 hogares.
	La visita 1 de Consejería Oportuna y Dirigida (COD) al inicio se llevó a cabo con 3,022 hogares.
	Las familias que participaron en los 15 temas de la COD fueron 2,434
	Las familias que completaron 21 visitas COD fueron 1,034
	Al finalizar el proyecto en agosto 2018, se mantenían 2,552 familias activas.
Personal del proyecto	63 personas (52 ACC, 5 supervisores, 4 equipo técnico y 2 admon financieros)

## 1. RESUMEN EJECUTIVO

## 1.1 Descripción del proyecto Redes

La Iniciativa de Salud Mesoamérica (ISM) impulsada por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), con el financiamiento de la Fundación Bill y Melinda Gates y la Universidad de Yale, desarrollan un estudio, para evaluar el uso de las redes sociales y su influencia en la adopción, difusión y el reforzamiento de las normativas de comportamientos a nivel grupal y actitudes fundamentales en relación con la salud neonatal e infantil, en las zonas rurales de Honduras. En este marco, el BID mediante contrato con World Vision Honduras desarrolló el Proyecto Redes para implementar la intervención comunitaria como parte del estudio. El YINS (Institute Network Science por sus siglas en inglés) de la Universidad de Yale, ejecuta el estudio.

#### Situación inicial y condiciones marco

La cobertura territorial del proyecto fue de 154 aldeas distribuidas en los municipios: Copán Ruinas, Santa Rita, San Jerónimo y Cabañas del departamento de Copán, con un total de 3,634 familias seleccionadas. Al finalizar el proyecto continuaban 2,552 familias activas, equivalentes al 70.2% de la lista original. Estas familias son representativas de la zona en sus características sociales, ambientales y en lo jurídico-político. En lo social, en su mayoría las familias de la zona de intervención del Proyecto, viven en pobreza y pobreza extrema, en algunos casos sus ingresos ascienden a 120 lempiras al día.



Se observa un alto grado de analfabetismo y muchas necesidades básicas insatisfechas, entre ellas, el servicio de salud, ya que generalmente los centros y puestos de salud están ubicados -para muchas aldeas- a distancias que implican entre 2 y 3 horas cuando se viaja a pie. Desde una dimensión ambiental, estas familias cuentan con buena cultura productiva, pero con sistemas de producción deficientes, debido a las pocas oportunidades para el crédito y esto contribuye a que no se puede dar el mantenimiento adecuado al cultivo y se cosecha con poco rendimiento.

Hay una marcada tendencia a la violencia contra las mujeres y la niñez, ya sea sexual, psicológica, física y en casos económica; especialmente hay personas –principalmente mujeres mayores- que asumen la crianza y el cuidado de nietos y bisnietos con la ausencia total de hijos e hijas (por trabajo y migración principalmente); de igual manera, adultos mayores reciben remesa, pero es administrada por los miembros de la familia. En lo político, prevalece el desconocimiento de sus derechos en todas sus dimensiones, ya sean derechos económicos, sociales y culturales;

hay desconocimiento de los derechos de la mujer y de la niñez. Las organizaciones del Estado están presentes en las ciudades o cabeceras municipales y departamentales.

#### El objetivo del proyecto

Contribuir al mejoramiento de los resultados de salud materna, neonatal e infantil, desarrollando una intervención comunitaria orientada a lograr cambios en los comportamientos y actitudes de riesgos, a través del fortalecimiento de las redes sociales.

#### Enfoque estratégico del proyecto y sus componentes:

Para alcanzar cambios en salud materna, neonatal, infantil y reproductiva, el Proyecto articuló tres elementos: a) el cambio de comportamiento; b) la metodología COD y c) la innovación en la implementación.

**El primero**, se ejecutó mediante un proceso que incluyó negociación de acuerdos y compromisos referidos a conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con los temas de salud materna, neonatal, implícitos en los objetivos del proyecto; se brindó información a las familias participantes para facilitar la toma de decisiones informadas. Se construyeron vínculos de comunicación, emocionales y de apoyo, entre la familia participante y el ACC como facilitador del cambio de comportamiento.

Cambio de Comportamiento

Consejería Oportuna y Dirigida

Innovación en la implementación

El segundo elemento, es la estrategia por medio de la cual se concreta la promoción del cambio de comportamientos (CC) y es la metodología C

promoción del cambio de comportamientos (CC) y es la metodología COD. Creada y validada por World Visión Internacional en distintos países. La metodología fue adecuada a las necesidades específicas de los municipios, aldeas y familias participantes. El eje central de la metodología es la visita en la que transcurre una "consejería" en la cual el diálogo es el recurso de comunicación para ampliar conocimientos, generar reflexión negociar el cambio de comportamiento. Las características esenciales que definen su nombre son: Consejería, Oportuna y Dirigida. De diciembre 2016 a abril 2017, se ejecutaron 12,374 visitas COD, un promedio de 2,475 consejerías por mes. En general incluyendo la segunda fase se desarrollaron un total de **51,786** COD con un promedio de **2,466** por mes.



El tercer elemento es la innovación en la intervención del proyecto, implícito en su naturaleza, al ser un proyecto de estudio, con

el propósito de implementar una estrategia de comunicación para desarrollar un modelo educativo basado en la ciencia de las redes sociales para alcanzar un cambio de comportamiento a escala, con el fin de mejorar el estado de salud materna, neonatal e infantil de la familia. Otro aspecto innovador es el uso de tecnología digital, una aplicación móvil llamada "CommCare", utilizada en tablets y CommCare HQ en el sistema de información que genera reportes por períodos establecidos. Esta tecnología se usa de dos formas: en el desarrollo de los temas de la consejería de la COD, aportando a la mediación pedagógica, es así como la tablets, es el medio para que la familia o persona que recibe la consejería, pueda ver las historias en video, escuchar canciones, adivinanzas, bombas y otros. El otro uso es el registro de datos que se levantan en cada visita y que alimenta el sistema de información. El sistema digital es utilizado por ACC y supervisores en todas y cada una de las visitas.

## 1.2. Valoraciones basadas en evidencias recolectadas en el proceso de evaluación

#### Valoración

#### Modelo operativo del Proyecto Redes para el desarrollo de la estrategia educativa

#### La consejería

- Se ejecutaron 51,786 (82%) de las 63,462 visitas programadas en los municipios.
- 2,390 familias recibieron la COD en 15 visitas y de ellas 1,027 continuaron con la COD hasta llegar a las
   21 visitas de consejerías, logrando completar el proceso de educación en salud previsto en el proyecto.
- Se trabajó con familias vulnerables y no vulnerables en lo económico y social.
- La valoración de las familias acerca de su posibilidad de aprender, favoreció la participación en el proyecto y el enfoque asistencia lista limitó a otras familias.
- Por razones de violencia de género en la familia, la cultura del asistencialismo y considerar que los proyectos son sólo para familias pobres, son algunas de las razones por las cuales algunas familias rechazaron su participación en el proyecto.

#### La calidad de la consejería

- La COD ha demostrado ser una metodología que se puede adaptar a las necesidades de la población y sus contenidos responden a políticas, planes y estrategias nacionales de salud, por lo que contribuye a la mejora de la salud materna, neonatal e infantil en el área de implementación.
- Durante cada visita se verificó el estado de salud de la familia y en base a la necesidad se brindaron 311 referencias, de las cuales 226 (73%) fueron utilizadas para recibir el servicio de salud en centro de salud y clínica materna.

#### Participación de la familia

De forma general, el porcentaje de mujeres participando en las COD desarrolladas por ACC, es 3 veces mayor que el de los hombres. Teniendo en cuenta el año de intervención, se observa que el porcentaje de hombres disminuyó gradualmente, en el 2016 se registró el 30% y para el 2018 descendió 4 puntos

porcentuales; en relación a las mujeres ocurrió lo contrario, inició con el 70% de participación y al finalizar el proyecto incrementó 5 puntos porcentuales. Tabla 1, Gráfico 1. Uno de los aspectos mencionados que limitó la participación de los hombres en las COD, lo refieren a motivos de trabajo fuera de casa y con mayor incidencia en temporada de corte de café, porque se trasladan fuera de la comunidad a realizar esta labor junto con más miembros de la familia.

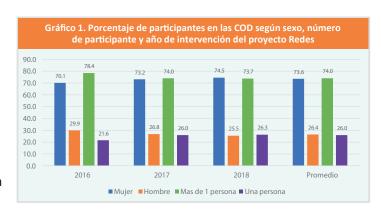


Tabla 1. Porcentaje de participantes en las COD según el año de intervención del proyecto Redes

INDICADOR		Año 2016 Añ		Año 2017		Año 2018		Promedio	
INDICADOR	#	%	#	%	#	%	#	%	
# de hombres que participaron en las COD	871	29.9	16625	26.8	9238	25.5	8911	26.4	
# de mujeres que participaron en la COD	2043	70.1	45324	73.2	27060	74.5	24809	73.6	
# de COD realizadas con más de una persona	2285	78.4	45856	74.0	26761	73.7	24967	74.0	
# de COD realizadas solo con una persona	629	21.6	16093	26.0	9537	26.3	8753	26.0	
Total de participantes en las COD	2914		61949		36298		33720		

#### Valoración

### Modelo operativo del Proyecto Redes para el desarrollo de la estrategia educativa

En cuanto al número de participantes, en promedio, en el 74% de las COD realizadas lograron participar 2 o más personas del hogar, por lo tanto, en el 26% de los COD participó una persona. Tabla 2, Gráfico 2. Este dato indica que el proyecto respondió a la expectativa de que en la COD participaran los miembros de la familia, siendo un buen resultado, a pesar de las condiciones de pobreza, temporada de corte de café y de otras actividades agrícolas, en las cuales generalmente se movilizan casi todos los miembros de la familia. Para lograr mayor participación de la familia el equipo de proyecto menciona que tuvieron que

adaptarse al horario de la familia, lo que implicó hacer COD hasta en fines de semana o en horarios especiales.

Teniendo en cuenta el municipio beneficiado, se observa que San Jerónimo es el municipio con el menor porcentaje de hombres en la COD, y por ende es el municipio con mayor porcentaje con mujeres que participaron en la COD. Este mismo municipio, muestra el mayor porcentaje en que las COD se realizaron con una sola persona, el 39%. Tabla 2, Gráfico 2.

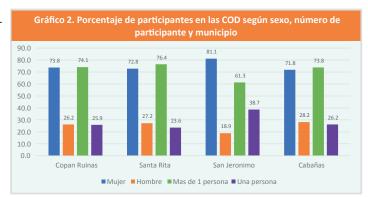


Tabla 2. Porcentaje de participantes en las COD, según el municipio de la intervención del proyecto Redes

INDICADOR		Copán Ruinas		Santa Rita		San Jerónimo		Cabañas	
INDICADOR	#	%	#	%	#	%	#	%	
# de hombres que participaron en las COD	3684	26.2	3127	27.2	411	18.9	1689	28.2	
# de mujeres que participaron en la COD	10366	73.8	8367	72.8	1768	81.1	4308	71.8	
# de COD realizadas con más de una persona	10415	74.1	8787	76.4	1337	61.3	4428	73.8	
# de COD realizadas solo con una persona	3635	25.9	2707	23.6	843	38.7	1569	26.2	
Total de participantes en las COD	14050		11494		2180		5997		

#### En cada visita:

- Se aplica cuestionario CAP como indicador de asimilación de conocimientos y para orientar el desarrollo de la consejería.
- Se establecen acuerdos que la familia selecciona, valorando su capacidad de cumplimiento. Se cumplió un total de 86,620 (87.4%) de 99,051 acuerdos planeados.
- El diálogo y el desarrollo de temas con historias positivas y negativas, preguntas de reflexión, canciones adivinanzas, rimas y dibujos para colorear, apoyados con el uso de la aplicación CommCare en la consejería, han sido básicos para fomentar el conocimiento y el cambio de comportamiento.

#### La innovación tecnológica

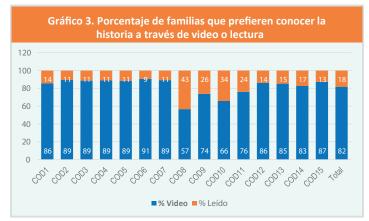
Incluye el uso de la aplicación denominada CommCare que facilita la realización de la consejería y el manejo metodológico paso a paso.

La App que facilita la consejería se usa de dos formas: una para el desarrollo de los temas en la consejería COD, aportando a la mediación pedagógica, es así como la tableta es el medio para que la familia o persona que recibe la consejería, pueda ver las historias en video, escuchar canciones, adivinanzas, bombas y otros. El otro uso es el registro de datos que se levantan en cada visita y que alimenta el sistema de información. El sistema digital es utilizado por ACC y supervisores en todas y cada una de las visitas.

#### Valoración

### Modelo operativo del Proyecto Redes para el desarrollo de la estrategia educativa

- De forma general el 82% de las familias prefirieron el video para conocer las historias de las COD. Asimismo, se observa que en el 73% de las COD (11/15) la preferencia se mantiene, sin embargo, en las COD 8, 9, 10 y 11 el porcentaje de familias prefirieron las historias mediante lectura, incrementándose en 2 o más veces, es decir sobrepasó el 20%.
- El sistema de registro e información llamado CommCare HQ, fue diseñado específicamente para el proyecto con la asistencia técnica de Dimagi y la UC-SMI/BID.



Este sistema es catalogado por el personal técnico de Redes como un sistema muy útil, completo, aunque complejo; es un gestor de la base de datos (BD) que registra, modifica, extrae y almacena datos de cada una de las familias participantes, por lo que el proyecto cuenta con una base de datos robusta que contiene todos los registros de la intervención con las familias.

#### Resultados identificados por familias participantes

- Han expresado que el beneficio obtenido por su participación en la COD, es el "aprendizaje", al que le dan un significado en el que prevalece la utilidad del mismo y el valor que tiene.
- Influyeron en el aprendizaje con la COD, su característica de ser una COD "Oportuna", los temas propuestos eran atractivos y agradables a las familias, la confianza entre ACC y la familia participante.

#### **Cambios propuestos**

En el modelo operativo, el personal de REDES sugiere, entre otros:

- Identificar el terreno mediante recorrido antes de iniciar la intervención en las comunidades, no solamente con el mapa, para lograr una mejor distribución de ACC en el territorio, tomando en cuenta la dispersión y las características geográficas.
- Los ACC al inicio tenían que atender entre 60 a 70 familias de modo que cada día se debía realizar 3 consejerías promedio por día, por lo que la distribución debe ser más bien apegada a las características territoriales de las comunidades y familias.
- Ampliar el equipo técnico, supervisores, administración y finanzas, para no saturar el horario laborar en cumplimiento de la demanda de trabajo.

#### En la consejería:

- Los diversos formularios del CAP, dejar sólo lo elemental o de acuerdo a cada tema
- Al final de la consejería, además de la adivinanza, para despedirse sería incluir una bomba sobre el tema tratado para reafirmar el mensaje clave.
- Los videos deben ser más reales, por ejemplo, mostrar el trabajo de parto, las consecuencias de no tomar el ácido fólico.

A nivel de Proyecto sin el carácter de estudio:

- Coordinar con líderes/as de las estructuras organizativas de la comunidad y con los prestadores de servicios de salud.
- Coordinar apoyo y aunar esfuerzos con otros sectores locales y buscar complementariedad con otros proyectos.

#### Cambios de Comportamiento logrados y no logrados

Los registros llevados a cabo en cada una de las consejerías COD, dan cuenta de los avances en el cumplimiento de todos los "acuerdos establecidos en cada tema de la COD", para fines de la evaluación, se estableció el parámetro de 80% a más, como límite para determinar los "CC logrados" y los que están debajo de ese parámetro de cumplimiento, se les denominará "CC no logrados". En base a ello, la siguiente tabla muestra, tomando en cuenta los datos de los cuatro municipios, que, de los 15 temas, en 8 de ellos, el cumplimiento de acuerdos está por arriba del 80% y en 7 temas registran porcentajes abajo del parámetro; lo que indica que estas familias se enfrentaron a dificultades que no les permitieron cumplir con todos los acuerdos negociados y quedaron por debajo del 80%.

Tabla 3: Cambios logrados y no logrados por COD y acuerdos

	<u> </u>	-		
	Tema	N° de acuerdos COD	Acuerdos logrados > 80%	Acuerdos no logrados < 80%
COD 1	Cuidados durante el embarazo y control pre natal antes de los 3 meses.	8	88	
COD 2	Plan de parto y emergencias.	8		50
COD 3	Importancia del parto en la clínica materna u hospital. Participación del hombre y la familia en los cuidados de la mujer embarazada.	7		14
COD 4	Importancia de la planificación familiar.	2	100	
COD 5	Preparativos de la familia para el parto y cuidados del recién nacido.	8		50
COD 6	Atención de la mujer después del parto y del recién nacido en los 3 primeros días.	4		50
COD 7	Cuidados del recién nacido y señales de peligro.	8		75
COD 8	Cuidados de niños y niñas de 1 mes a 6 meses.	7	100	
COD 9	Señales de peligro y búsqueda de atención en las IRAS y EDAS.	5	100	
COD 10	Plan de vida reproductivo.	4	100	
COD 11	Importancia y beneficios del consumo de ácido fólico.	3	100	
COD 12	Importancia de la prevención del embarazo antes de los 18 años.	5	80	
COD 13	Autoestima, valores y proyecto de vida.	4		21
COD 14	Prevención de la violencia de género e intrafamiliar.	3	100	
COD 15	Embarazo y medidas de prevención del zika.	11		73
Total de	acuerdos en la COD	87		

### Aspectos importantes de algunos temas:

El Plan de parto era conocido ya que los CS lo impulsan, sin embargo, está limitado a que el ahorro debe ser
en dinero y por las condiciones socioeconómicas de las familias, muchas mujeres reportaban tener dinero
ahorrado, pero en su realidad, este ahorro no existe. Durante las visitas COD, propició el ahorro de diferentes
formas y las evidencias muestran que las familias ahorraron de cinco formas: 1) el cultivo o cosecha, ya sea de

granos básicos o café; 2) la crianza y venta de animales como cerdo y aves; 3) dinero en efectivo; 4) las remesas las destinaron para el parto y; 5) préstamo en cooperativas.

- El Parto institucional, remueve la cultura tradicional del parto en casa. Desde la perspectiva de ACC, el tema
  del parto institucional, es un tema que implicó expectativas y sensibilidades, primero, porque hay experiencias
  de muertes maternas en la zona, niños huérfanos de madre y segundo, la perspectiva del riesgo, es identificada por las mujeres, principalmente por aquellas que viven en aldeas cuyo traslado a la clínica materna infantil
  implica altos costos en el traslado en la época de lluvia y en verano.
- El tema de género y violencia intrafamiliar, fue un tema nuevo para la mayoría de familias, tomando en cuenta el contexto de los cuatro municipios y la forma en que se ha trabajado la salud. Si bien los puntajes son altos, el personal de Redes, considera que es el tema en el que menos logros han obtenido.
- El tema de Planificación familiar, en la cultura de estos cuatro municipios, tiene la particularidad de ser un tema tabú. Para el personal de Redes era el tema más crítico, "al principio, algunas familias aceptaron participar en la COD, siempre y cuando no se platicara de PF", explica la especialista en CC; sin embargo, el tema poco a poco se fue abordado posteriormente, incluyendo a líderes Chortí y de organizaciones basadas en la fe.
- El plan de vida reproductivo era desconocido entre las familias, ha contribuido a sensibilizar a los hombres en relación a la PF.

#### Los hombres y la COD

• En 15 de los 87 acuerdos que incluyen los temas de la COD, se describen los cambios de comportamiento que los hombres deben desempeñar en las temáticas maternas, neonatales y reproductivas. Llama la atención de que solamente dos de estos acuerdos están con puntajes menores del 80%. Se formula esta observación ya que la percepción de ACC, manifiesta que: "no logramos la participación muchos hombres en la COD". Sin embargo, hay referencias de mujeres entrevistadas que ellas, informaban a sus esposos de los temas de la consejería.

#### Desde la teoría Modelo de Creencias de Salud

Las barreras enfrentadas por las familias participantes y que aún están presentes en el ámbito de las aldeas, se pueden mencionar:

- El control prenatal, el parto institucional y el control puerperal, muestran barreras vinculadas a la atención del personal de salud, el alto costo del transporte y los recursos para invertir en alimentación.
- En los cuidados del recién nacido el apego precoz y colocar piel con piel al recién nacido con la madre inmediatamente después del parto, depende del médico que atienda el parto, aunque la madre lo solicite, es decisión del médico entregar a la madre a su hijo o hija para el apego precoz, así como colocarlo piel con piel. Esta última práctica está apegada a las creencias de los miembros de las familias para continuar haciéndola (piel con piel), incluyendo al padre, abuela/o, y familiares.
- En los métodos de planificación familiar, la barrera es el significado que las personas atribuyen, a la fidelidad conyugal de las mujeres, su relación con Dios y al pecado, este último, para quienes no usan métodos de PF, tomar anticonceptivos o usar algunos de ellos es pecado, para quienes usan métodos de PF, el pecado es traer muchos hijos al mundo y no proveer lo que necesitan.
- La participación de los hombres en el parto, puerperio y cuidado de recién nacidos, se les excluye de estas actividades debido a las bases del patriarcado, las familias creen que estas acciones corresponden solamente a las mujeres. Aspecto que es reforzado por el sistema de salud, por una parte, al no permitir o crear las condiciones para que el hombre esté presente en el control prenatal, en el parto, en el control puerperal y en las consultas del recién nacido, y por otra, la infraestructura de la clínica materna no provee privacidad requerida a la parturienta.
- En ocasiones la carencia de zinc, litrosol, ácido fólico, multivitaminas, prenatales, en los CS, se resuelve si las familias disponen de recursos para adquirirlos por su propia cuenta o esperan hasta que el CS los provea. También el uso de repelentes o mosquiteros, su uso depende la posibilidad económica de la familia para adquirirlo.

El embarazo en adolescentes, es un tema que trastoca costumbres arraigadas culturalmente en algunas familias, que, lo justifican y actúan aduciendo su condición de pobreza, bajo la cual tienden a comprometer a sus hijas en matrimonio, incluso antes de los 14 años para ya no asumir su responsabilidad de manutención. Mediante la COD, se identificaron algunas familias con estas prácticas, pero después del proceso educativo de la COD y específicamente del tema de prevención del embarazo en adolescentes, tomaron la decisión de no comprometer o entregar a sus hijas de 14 años o menos; otras familias en igual condición, decidieron incluso, mandarlas a la escuela. Este fue un gran logro del modelo educativo del proyecto.

# 1.3. Recomendaciones basadas en las evidencias recolectadas en el proceso de evaluación

Conclusión	Recomendación	Responsable
Modelo operativo del Proyecto Redes para el desarrollo	de la estrategia educativa	
<ul> <li>Se ejecutaron 82% (51,786) de las visitas programadas (63,462) en los municipios</li> <li>2,434 familias ejecutaron la COD en 15 visitas y 1,034 en 21 visitas de consejerías, completaron el proceso de educación en salud.</li> <li>La valoración de las familias acerca de su posibilidad de aprender, favoreció la participación en el proyecto y el enfoque asistencialista limitó a otras familias.</li> <li>La COD ha demostrado ser una metodología que se puede adaptar a las necesidades de la población.</li> <li>Los contenidos de la COD responden a políticas, planes y estrategias nacionales de salud, por lo que contribuye a la mejora de la salud materna, neonatal e infantil en el área de implementación.</li> </ul>	Compartir al proveedor de servicios de salud los resulta- dos del proyecto, entidades como el gobierno local y la organización Maya Chortí	World Vision BID
Proceso de aprendizaje, la COD		
<ul> <li>Las 15 temáticas han dado respuesta a las necesidades de conocimientos de las familias para optar por un cambio de comportamiento.</li> <li>El sistema de seguimiento que aplicó el proyecto, fue preciso, sistemático y debe ser empleado en futuras réplicas del mismo.</li> </ul>	Buscar la institucionalización del modelo operativo y la me- todología COD, mediante el reconocimiento del gobierno local y alianzas con otros ac- tores.	World Vision BID
La sostenibilidad de los cambios de comportamiento		
La innovación del proyecto no se limita al uso de tecnología para el aprendizaje, han innovado la for- ma de hacer consejería, cumpliendo con los requisi- tos de ser privada, en el local idóneo para la familia (el hogar), involucrando a la familia en la decisión del día, la hora y en base a sus necesidades, la selec- ción del tema.	Compartir al proveedor de servicios de salud los resulta- dos del proyecto, entidades como el gobierno local y la organización Maya Chortí.	World Vision BID

## 2. INTRODUCCIÓN



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

En este contexto, WVH suscribió un contrato con el BID para la implementación de una estrategia educativa enfocada en promover cambios de comportamientos de salud materna, neonatal e infantil, mediante la Consejería Oportuna y Dirigida (COD) y la realización de Reuniones Grupales Comunitarias (RGC). Su objetivo es: Contribuir al mejoramiento de los resultados de salud materna, neonatal e infantil, desarrollando una intervención comunitaria orientada a lograr cambios en los comportamientos y actitudes de riesgos, a través del fortalecimiento de las redes sociales.

#### El Proyecto Redes, su gestión y procesos.

Al indagar el ciclo de vida de Redes se identifican dos fases: **la primera**, comprendió 18 meses y se ejecutó entre el 1 de noviembre 2015 al 30 de abril 2017. Se enfocó en el diseño de la metodología y la creación de las condiciones operativas para implementar el mismo. En esta misma fase, se dio inicio a la intervención comunitaria, logrando desarrollar la visita cero o diagnóstica (inicial) y las primeras 5 visitas COD a las familias. **La segunda fase** abarcó 17 meses y se ejecutó entre mayo 17 y agosto 2018; implicó la continuidad de la implementación del ciclo de visitas COD con los 15 temas y se concretó en la práctica la teoría de cambio de comportamiento del proyecto. Para tener una apreciación amplia del modelo de gestión ejecutado, se han tomado en cuenta tres aspectos de la gestión del

#### Proyecto Redes:

- 1) Las funciones de coordinación y aseguramiento de la calidad, es decir, la conducción del programa para asegurar la relación entre los procesos y objetivos del proyecto.
- 2) Los procesos estratégicos que conducen a la obtención de objetivos, que, en este caso, se refieren a la implementación de la metodología COD para lograr cambios en los comportamientos.
- 3) Las acciones de apoyo a los procesos clave y desarrollo del potencial.

Las funciones de coordinación y aseguramiento de la calidad

Procesos ejecutados	Características de las funciones de coordinación y aseguramiento	Objetivo
<ul><li>a) Laconducción del proyecto</li><li>b) El equipo de trabajo</li></ul>	Se centró en identificar las necesidades para alcanzar una implementación óptima del Proyecto.	Crear las condicio- nes operativas para la implementación del
c) Coordinación de la ejecución en el territorio	<ul> <li>Se asumieron como parte de las responsabilidades del equipo técnico, las normas emitidas por el proto- colo de estudio del PR.</li> </ul>	Proyecto Redes.
d) Las reuniones de coordinación.	<ul> <li>La comunicación con MANCORSARIC fue directa en casos de emergencia de las familias participantes en el proyecto.</li> </ul>	

#### Procesos estratégicos que conducen a la obtención de objetivos

Estos procesos se identifican en la primera y en la segunda fase del Proyecto. En la primera fase se centraron en: a) comprender el contexto del área en estudio o ámbito del proyecto mediante una investigación formativa y una estrategia de comunicación y b) adecuar la metodología COD como parte integral del modelo operativo, con los insumos proporcionados por el estudio CAP, mediante el diseño de los instrumentos de comunicación, obteniendo así, el diseño metodológico de la intervención. El equipo técnico, elaboró cada historia, canción, adivinanza y bomba que acompañan los 15 temas abordados en la metodología COD.

La implementación comunitaria inicia con 3,634 hogares, de acuerdo con la lista original del YINS, logrando realizar la visita cero (diagnóstica) con 3,125 familias, que conlleva la negociación de voluntad de participación de la familia en la intervención y programar la primera COD. Sin embargo, la primera visita COD comienza con 2,916 familias (209 menos) y sigue hasta la visita 5. La segunda fase, se continuó con estas familias y se rescataron más, logrando que 3,022 familias participaran en la visita 1, con las cuales se continuó la secuencia de las 15 visitas COD para brindar los 15 temas, concluyendo con 2,434 familias que lograron todo el ciclo de visitas (15) y de estas, 1,034 familias participaron hasta 21 visitas COD.

Cada ACC en la primera fase tenía aproximadamente entre 60 y 70 familias asignadas y en la segunda fase se hizo una redistribución, debido al retiro de familias que no quisieron continuar, teniendo un promedio entre 50 y 55 familias cada ACC; la jornada de trabajo era de lunes a sábado y con horarios ajustados a las necesidades de la familia participante.

#### Las acciones de apoyo a los procesos clave y desarrollo del potencial

En este Proyecto sobresalen tres procesos de apoyo. 1) el sistema de monitoreo y evaluación; 2) la supervisión y asistencia técnica desde la Unidad Coordinadora Iniciativa de Salud Mesoamérica y 3) la supervisión realizada por el proyecto a las visitas de la COD mediante supervisores capacitados para ello; y 4) la identidad corporativa de WVH, su visión, misión y sistema de valores.

#### 1. El sistema de monitoreo y evaluación

Desde el inicio se mantuvo actualizado, pero solamente hasta los últimos seis meses de ejecución, los datos se generaron de manera automatizada. Se registraban los datos de cada familia, el ID del hogar, la fecha y tema de la COD, situación de salud, entre otros. Se creó una encuesta denominada CAP con 19 preguntas que se repetía cada mes durante la visita COD para saber cómo iban cambiando las opiniones con respuestas acertadas, o a favor o no de los temas que se planteaban con las preguntas y también cómo se iban incorporando a los conocimientos de las familias.

#### 2. La supervisión desde la UC-ISM

Es considerada por WVH como un elemento que enriqueció la ejecución, por el compromiso asumido por el personal local y externo que acompañó y participó en la toma de decisiones estratégicas.

#### 3. La supervisión desarrollada por supervisores al equipo de ACC durante la visita COD

Se constituyó en una estrategia a lo largo del proyecto: Desde el inicio la supervisión jugó un rol de motivación a las familias para su participación en el proyecto, en especial con las "casas alertas", lo que se expresó en una dinámica de rescate de familias que rechazaban y se lograba su reintegración al proyecto. Durante toda la implementación su rol principal se enfocó en acompañar, supervisar y verificar la calidad de las visitas a las familias, identificando además las necesidades metodológicas y técnicas de los ACC y brindar la asistencia y apoyo oportuno.

#### 4. La identidad corporativa de WVH

La visión, misión y su sistema de valores cristianos de la institución, han favorecido la relación del personal del proyecto con las familias. Para algunas familias, tener la libertad de hablar de Dios en las consejerías, ayudó a la generación de la confianza. Sumado al reconocimiento de la organización que ya existía varias de las comunidades de intervención.

#### El Proyecto Redes y su enfoque estratégico

El cambio de comportamiento (CC), se concibe en el Proyecto Redes como un proceso de consulta que implica la negociación de acuerdos o compromisos referidos a conocimientos, actitudes y prácticas de las personas relacionadas con los temas de salud materna, neonatal, implícitos en los objetivos del proyecto; conlleva el brindar información a las familias participantes, así como acciones de motivación por parte de quién provee la información. En este proceso se construyen vínculos de comunicación emocional y de apoyo, entre la familia participante y en el facilitador del cambio de comportamiento; utilizando para ello, diferentes recursos didácticos y comunicacionales. Lo importante es que, en este proceso, la persona y la familia es considerada como sujeto de cambio. Se promueven cambios personales y sociales.

La metodología COD y la visita familiar, es la estrategia por medio de la cual se concreta la promoción del CC en el Proyecto Redes. Ha sido creada y validada por World Visión Internacional en distintos países. La metodología presentó características que permitieron la adecuación de sus contenidos a las necesidades específicas de los municipios, aldeas y familias participantes. El eje central de la metodología es la visita en la que transcurre una "consejería" en la cual el diálogo es el recurso de comunicación para ampliar conocimientos y obtener respuestas; esta consejería tiene dos características esenciales que definen su nombre:

 Oportuna porque está diseñada para permitir que los mensajes sean comunicados en el momento adecuado: ni demasiado temprano, no sea que vayan a olvidarse, ni tan tarde, que de hecho la conducta no pueda practicarse.

## Evaluación Cualitativa Proyecto Redes "Uso de Redes Sociales para mejorar los resultados neonatales e infantiles en zonas rurales de Honduras



• Dirigida porque se enfoca directamente en la necesidad de la familia, a fin de favorecer la sensibilización de las familias para modificar sus creencias, actitudes y la intención, decisión y práctica de los comportamientos que se proponen. Por ejemplo, si en la familia hay una mujer en estado de embarazo, se abordan las temáticas que se refieren al ciclo de embarazo.

<u>La innovación en la intervención del proyecto</u> está dada en la metodología porque fue diseñada para hacer uso de tecnología digital CommCare en aplicación móvil y CommCare HQ, convirtiéndola en una metodología innovadora por sus componentes educativos y lúdicos. Esta tecnología se usa de dos formas: una para el desarrollo de los temas en la consejería COD, aportando a la mediación pedagógica, es así como la tableta es el medio para que la familia o persona que recibe la consejería, pueda ver las historias en video, escuchar canciones, adivinanzas, bombas y otros. El otro uso es el registro de datos que se levantan en cada visita y que alimenta el sistema de información. El sistema digital es utilizado por ACC y supervisores en todas y cada una de las visitas.

<u>El sistema de información e indicadores</u>, es tipificado como complejo, ya que registra datos de todos los miembros de todas las familias participantes; esto significa, por ejemplo, que si participan 2,916 familias y cada familia tiene al menos 4 miembros, se registran mensualmente datos de aproximadamente de 11,664 personas. En el anexo se describe la estructura del sistema de información e indicadores.





Los municipios de Copán Ruinas, Santa Rita, San Jerónimo y Cabañas del departamento de Copán, Honduras, integran el área de implementación del Proyecto Redes, están aglutinados en la Mancomunidad llamada MANCORSARIC, quien además era la gestora de los servicios de salud en los municipios ya mencionados hasta el mes de febrero 2018. La mayoría de la población de estos municipios es de origen Maya y Chortí, con tendencia a respetar sus costumbres tradicionales y manifiestan desconfianza en las intervenciones propuestas por organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. La cobertura territorial del proyecto fue de 154 aldeas distribuidas en los cuatro municipios, con un total de 3,634 familias seleccionadas del departamento de Copán.

Tabla 4. Cobertura geográfica (listado original del YINS) Proyecto Redes – Copán, Honduras. Octubre 2018

Municipio	# de Aldeas	# de Hogares	Población
Cabañas	25	671	3,985
Copán Ruinas	68	1,454	12,091
San Jerónimo	11	262	2,804
Santa Rita	50	1,247	9,383
TOTAL	154	3,634	28,263

El Proyecto Redes constituye una respuesta a una problemática compleja, cuya innovación es, por una parte, una estrategia de comunicación para desarrollar un modelo educativo basado en la ciencia de las redes sociales, para alcanzar un cambio de comportamiento a escala, con el fin de mejorar el estado de salud materna, neonatal e infantil de la familia y por otra, el uso de tecnología que contribuye a una mejor asimilación de los mensajes.

Este modelo se apoyó en la metodología llamada Consejería Oportuna y Dirigida (COD) para desarrollar el proceso educativo interpersonal y familiar, propiciar el conocimiento, comprensión, aceptación, promoción y reforzamiento de nuevos comportamientos. Este tipo de intervención y su modelo educativo no tiene precedente en Honduras, tanto en instituciones como en organizaciones que implementan iniciativas para el abordaje de la salud.

Por ser una intervención única, existe interés en conocer que funcionó y que no funcionó y cómo el proyecto ayudó a personas y familias en la adopción de nuevos comportamientos de salud; por otro lado, a la luz del estudio que desarrolla la Universidad de Yale, sobre el uso de las redes sociales en la intervención comunitaria, esta evaluación podría proporcionar insumos valiosos, o bien para otros estudios de interés de las organizaciones implementadoras o instituciones del país.

Los hogares participantes en la primera fase fueron 2,958 y se continuó en la segunda fase con estas mismas familias, concluyendo con 2,923.



Tabla 5. Hogares participantes
Proyecto Redes – Copán, Honduras. Octubre 2018

	Número de hogares participantes						
Municipio	Lista YINS	Fase I	%	Fase II	%		
Cabañas	671	539	80.3	528	78.7		
Copán Ruinas	1,454	1,182	81.3	1,174	80.7		
San Jerónimo	262	236	90.1	233	88.9		
Santa Rita	1,247	1,001	80.3	988	79.2		
TOTAL	3,634	2,958	81.4	2,923	80.4		

Durante las actividades de evaluación se hizo un análisis de algunos aspectos del contexto del proyecto. En lo social, en su mayoría las familias de la zona de intervención, viven en pobreza y pobreza extrema, en algunos casos sus ingresos ascienden a 120 lempiras al día. Se menciona que hay un alto grado de analfabetismo y muchas necesidades básicas insatisfechas, entre ellas el servicio de salud, generalmente los centros o puestos de salud están ubicados -para muchas aldeas- a distancias que implican entre 2 y 3 horas cuando se viaja a pie; y si pueden pagar bus, este parte de la comunidad en la mañana y regresa hasta la tarde, implicando que para ir al centro de salud se requiere a veces de un día completo.

La falta de atención ha marcado a estas comunidades de tal manera que les facilita creer que sus condiciones de pobreza les obligan a aceptar todo tipo de humillación o de violación de sus derechos, "es más fácil que capten el negativismo, antes que un mensaje positivo", expresó un ACC. Sin embargo, en el seno íntimo de las familias, los ACC afirman que son: serviciales, colaboradoras, hospitalarias, con buenas relaciones familiares y vecinales. Entre sus vulnerabilidades se identifica que muchas familias trabajan en la industria de tabaco, en la cual, por elaborar mil puros al día, reciben un pago de 60 Lempiras, con muy pocas fuentes de trabajo y por ello, hay tendencia a la migración. En sus hogares se carece de letrina y cocinas. El liderazgo es



asumido por hombres, marcando grandes diferencias en la equidad de género.

Desde una dimensión ambiental estas familias cuentan con buena cultura productiva, pero con sistemas de producción deficientes y con poco o ningún acceso a la tierra (inequidad), sumado a las pocas oportunidades para el crédito, falta de mantenimiento adecuado al cultivo lo que índice en la cosecha con poco rendimiento. Hay una marcada tendencia a la violencia contra las mujeres y la niñez, ya sea sexual, psicológica, física y en algunos casos económica; especialmente hay personas —principalmente mujeres mayores— que asumen la crianza y el cuidado de nietos y bisnietos con la ausencia total de hijos e hijas; de igual manera, adultos mayores reciben remesa, pero es administrada por los miembros de la familia. En las aldeas hay muchos expendios de licor y otro tipo de drogas, algunos son legales otros no. Las organizaciones más fuertes son la Iglesia, las Juntas de Agua y la Asociación Maya Chortí, en general, hay apatía a las reuniones comunitarias. Las viviendas son hechas de materiales biodegradables en donde vive la familia en condiciones de hacinamiento y por tanto muy expuestos a enfermedades.

En lo político, prevalece el desconocimiento de sus derechos en todas sus dimensiones, ya sean derechos económicos, sociales y culturales; se desconocen los derechos de la mujer y de la niñez. Las organizaciones del Estado están presentes en las ciudades.

El pueblo Maya Chortí, cumple con las descripciones anteriores y presenta, importantes costumbres relacionadas con la salud, especialmente la materno – infantil; un elemento importante es que no se opone al tratamiento de la mayoría de enfermedades en los centros de salud. En su cultura, generalmente, antes de visitar un CS, ya han recibido algún tratamiento casero o han visitado a curanderos, parcheras, sobadores o comadrona.

## 3.1. Objetivos y alcance de la evaluación

Los objetivos formulados se exponen en el cuadro siguiente:

#### Objetivo de la evaluación

Valorar los cambios de comportamiento y las razones por las que han ocurrido o no, en salud materna, neonatal e infantil, en las familias beneficiadas en la implementación del Proyecto Redes en los municipios de Copán Ruinas, Santa Rita, San Jerónimo y Cabañas, del departamento de Copán, en un periodo comprendido entre diciembre 2016 a agosto 2018.

#### **Objetivos específicos**

- 1. Identificar conocimientos, actitudes y comportamientos relacionados a la salud materna, neonatal e infantil en las familias participantes
- 2. Comprender las razones por las que han ocurrido o no, los cambios de comportamiento en el ámbito familiar
- 3. Indagar la percepción de los beneficiarios acerca del modelo operativo del proyecto para el desarrollo de la estrategia educativa

El alcance de los objetivos de la evaluación está dado por los comportamientos que el Proyecto Redes ha promovido en su población meta, para ello, se toma en cuenta los 15 temas de la estrategia educativa en su implementación; el término: razones por las que han ocurrido, se refiere a los aspectos motivadores, facilitadores, barreras y resistencias y las vivencias actuales que los comportamientos proveen a estas familias; y sobre las percepciones del modelo operativo, se centra en la visita, la calidad del servicio y la tecnología como elemento innovador en la experiencia del proyecto.

#### 3.2. Limitantes de la evaluación

Las dos dificultades enfrentadas en la evaluación se han presentado en la fase de campo, en el método cualitativo, una de ellas es que, durante las actividades de campo previamente convocadas, algunas familias seleccionadas no pudieron atender la visita debido a situaciones muy particulares, como el trabajo o viaje fuera de la comunidad, por lo que fue sustituido por otra familia empleando los mismos criterios de selección, algunas familias que fueron citadas a los grupos de enfoque no llegaron a la reunión. La otra dificultad fue que familias que rechazaron la COD no aceptaron participar en este proceso de evaluación.

## 3.3. El protocolo de la evaluación

El protocolo para la evaluación fue aprobado por la Dirección de Investigación Científica Universitaria de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, mediante un acta emitida el veinticuatro de octubre de dos mil dieciocho, en la cual especifica que este protocolo cuenta con: rigor científico, validez, fiabilidad y credibilidad en los métodos [cualitativos y cuantitativos] de investigación; a su vez, se apega a las buenas prácticas de la ética de la investigación como la confidencialidad, el respeto, la autonomía y toma en cuenta la idiosincrasia y cosmovisión de cultura local Maya – Chortí, especifica normas para la devolución de los resultados y la difusión de los mismos. Este proceso de evaluación corresponde a una evaluación externa que fue realizada por un equipo consultor de la Federación Red NicaSalud.

## 3.4. Métodos de recopilación de datos

Elaboración del marco muestral y rutas de salidas. Se utilizó el Muestreo Aleatorio Simple para la selección de las comunidades y de las personas informantes, para determinar su número por municipio, se hizo una distribución

# Evaluación Cualitativa Proyecto Redes "Uso de Redes Sociales para mejorar los resultados neonatales e infantiles en zonas rurales de Honduras

proporcional de la muestra, teniendo en cuenta el peso porcentual del número de familias por municipio<sup>1</sup>.

Rutas de salidas para el recojo de información. Definida la comunidad y el número de familias que participaría en las distintas actividades de recolección de datos y con la participación del personal técnico del Proyecto Redes, se definieron las rutas de salida, las cuales se organizaron por día. Se realizaron tres ejercicios, hasta lograr el plan de salida más eficiente de acuerdo al tiempo disponible y el número de actividades a realizar<sup>2</sup>.

Establecimiento de contactos o convocatoria, el equipo técnico del Proyecto Redes, por su conocimiento geográfico de la zona y de los actores involucrados, brindó su apoyo, lo cual fue crucial para contactar y convocar a las personas para las entrevistas y grupos de enfoque a: líderes comunitarios, familias, mujeres, hombres, personal de la SESAL, líder Chorti, y otros colaboradores del proyecto.

Equipos de trabajo, se conformó un grupo de dos investigadores que contó con un equipo de apoyo para documentar cada actividad, mediante la grabación, toma de notas y de fotografías y posterior ordenamiento de información expuesta en papelógrafos, entre otros aspectos logísticos como: lista de asistencia y atención de participantes en los grupos de enfoque, entrevistas y talleres.

Diseño y validación de los Instrumentos de recolección, se diseñó una guía para grupos de enfoque, para entrevistas y para el taller con personal del proyecto. Cada guía fue específica para el grupo o persona participante. Estos instrumentos fueron validados y ajustadas previo a la realización de las actividades.

Recolección de datos, el equipo de evaluadores, antes de iniciar una entrevista o grupo de enfoque, dio lectura a la hoja de consentimiento informado, que posteriormente fue firmado por las personas. Se ejecutaron 25 actividades (1 taller con personal técnico, 5 Grupos de enfoque y 19 entrevistas), en las que participaron 97 personas, de ellas: mujeres, hombres, líderes y miembro del equipo técnico del proyecto y actores claves. Las personas participantes provenían de 32 comunidades (17 Copan Ruinas, 8 Santa Rita, 4 de Cabañas y 3 San Jerónimo). Todas las actividades fueron grabadas y transcritas para el análisis de los datos.

Análisis de los datos, la búsqueda de los temas emergentes comenzó desde el momento en que inició la recolección de datos, mediante el diálogo entre evaluadores y con ellos se fueron estableciendo conceptos y proposiciones; que posteriormente se triangularon con los datos que proporcionó el sistema de monitoreo del proyecto. De igual manera, al contar con las trascripciones de las grabaciones de entrevistas, talleres y grupos de enfoque, se desarrollaron las categorías y se triangularon los datos correspondientes a entrevistas, grupos de enfoque y datos del sistema de monitoreo, manteniendo, la identificación de las distintas fuentes. Para ordenar hallazgos y construir conclusiones, el equipo de evaluadores mantuvo un diálogo constante para la interpretación, teniendo en cuenta el contexto en que fue recolectado. Para reafirmar y refinar el análisis se presentaron los hallazgos ante los diferentes grupos participantes en la evaluación y se ejecutaron sesiones de trabajo y revisiones con la Comisión técnica de la evaluación, integrada por representantes del equipo del proyecto Redes, equipo evaluador y representante de BID.

<sup>1</sup> Luego, se colocó este número de familias en las comunidades de los municipios, calculando la población acumulada, según la lista de comunidades y el número de familias participantes, posteriormente, utilizando el intervalo muestral y el número aleatorio se colocaron el número de familias por comunidad. Para la selección de la familia informante se utilizó la base de datos de las familias involucradas en el proyecto desde la visita 1.

Se realizó un taller con el personal técnico para verificar la selección de la muestra, teniendo en cuenta los criterios definidos, asimismo, para usar métodos aleatorios para seleccionar un nuevo informante en caso de que, el previamente seleccionado no pudiera participar por alguna razón

<sup>2</sup> El personal WVH facilitó la convocatoria a las familias y el acercamiento entre el equipo investigador y las familias informantes al momento de cada actividad en campo.

## 4. ANÁLISIS DE LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN - HALLAZGOS



En este capítulo se analizan los datos que dan cuenta de los cambios de comportamiento que se han alcanzado y de aquellos que no se lograron en las familias, se explican las razones identificadas, desde la perspectiva de las familias participantes, el equipo del proyecto y actores involucrados, en el marco del contexto del proyecto.

## 4.1. El proyecto Redes y las necesidades de los habitantes en salud materna e infantil

Los informes del Proyecto Redes, hacen saber que, según el gestor de los servicios de salud hasta el año 2017, en la zona del proyecto, los indicadores de salud persisten con cifras elevadas. La mortalidad neonatal e infantil, al igual que los indicadores de captación temprana de embarazadas, control prenatal, neonatal y puerperal y la atención del parto institucional, no se encuentran al nivel de las metas esperadas por la SESAL. Las diarreas figuran como la segunda causa de muerte en menores de cinco años y las neumonías como la cuarta causa de mortalidad en el mismo rango de edad.

Hasta antes de la intervención del proyecto Redes, el acceso de las familias a procesos de capacitación e información para cambios de comportamiento en su salud materna, neonatal e infantil, se evidencia como una necesidad no cubierta con las familias oportunamente.

El informe del primer semestre del proyecto Redes del año 2016, refiere la muerte de 30 menores de cinco años, 9 de neonatos, en los primeros siete días, 4 en neonatos de 8 a 28 días, 10 en postneonatos y 7 en niños de 1 a cuatro años (Red de servicios MANCORSARIC). Hacen la valoración de que, al revisar las estadísticas del año 2015, el número total de muertes ha disminuido en 5, pero se evidencia un aumento de 3 muertes en neonatos de 0 a 7 días. El indicador de captación temprana de embarazadas para el primer semestre del año 2016 fue de 65%, mientras que el promedio de controles prenatales es de 4.7, el parto comunitario es notablemente alto un 12%, contribuyendo esto a elevar la muerte neonatal.

En este contexto, el proyecto mediante su intervención con la COD, aparece como una alternativa muy oportuna y adecuada a las necesidades de las familias, valorada por las mismas, por el conocimiento en salud y los nuevos comportamientos que con el proyecto han puesto en práctica.

## 4.2. El modelo operativo del proyecto Redes

El modelo operativo del Proyecto Redes se basa en un enfoque sistémico que considera tres dimensiones: la primera, se refiere al proyecto como estudio de las ciencias de redes sociales para cambiar el comportamiento a escala, aspecto que no está incluido en esta evaluación; sin embargo, en entrevistas y grupos de enfoques, las familias han expresado aseveraciones que dan cuenta de cómo se manifiesta en su cotidianidad. La segunda, es la forma de llevar a cabo un CC mediante la metodología COD, cuya característica principal es que se realiza cara a cara y en el hogar de la familia. Finalmente, la tercera dimensión es la innovación al usar la tecnología mediante la aplicación móvil CommCare para la consejería y CommCare HQ para el registro de información.

## 4.2.1. El cambio de comportamiento mediante la COD y su forma de llevarla a cabo

El modelo operativo del proyecto inició con la realización de la visita cero; para ello, se estructuró el equipo de trabajo integrado por: una coordinadora de proyecto, especialista en CC y en monitoreo, una supervisora técnica, responsable financiero, 5 supervisores de campo y 52 ACC. La función del ACC es brindar la consejería para el CC en las 154 aldeas seleccionadas en los 4 municipios; la de supervisores de campo, acompañar a los ACC en aspectos técnicos y metodológicos de la consejería, con la finalidad de garantizar la calidad de las visitas. La especialista en CC orienta al equipo sobre el proceso para lograr CC y la supervisora técnica provee asistencia técnica al equipo de supervisores y ACC y a las familias en los temas de salud. El especialista en monitoreo está a cargo del sistema de registro CommCare HQ.

#### La organización de las visitas

Distribución de las familias por ACC, el principio aplicado fue que se debía lograr una distribución equitativa, tomando en cuenta las características del terreno en los municipios, la distancia entre hogares y el tiempo del traslado de una casa a otra. Es así que, si un ACC fue asignado trabajar en aldeas con casas dispersas, tenía menos familias que atender en consejería; y el ACC con casas concentradas tenía más familias para atender. Al inicio de la implementación comunitaria (nov. 2016), cada ACC atendía entre 65 y 70 familias en 3 o 4 comunidades, esto significaba realizar entre 3 o 4 COD al día; sin embargo, en mayo 2018 se hizo una redistribución y cada ACC atendía entre 55 y 60 familias con un promedio de 3 COD por día. ACC expresa: "la meta [se refiere al número de visitas] era demasiada alta para el día, a veces se hacía 4 consejerías, a veces 3, era cansado"; "la programación del tiempo en la atención de la familia hubiera sido mejor si se hubieran establecido metas más ajustables".

El tema subyacente en la distribución de las familias por ACC es la capacidad de ejecución de las visitas - consejerías a las familias, ya que ésta, ha sido el mecanismo para establecer la relación entre el proyecto y las familias, se utilizó para presentar el proyecto, hacer la visita cero (diagnóstica) y educar en salud para el cambio de comportamientos mediante la COD:

- La visita cero, contribuyó a identificar la disposición de las familias a participar en el proyecto, se realizó con 3,125 hogares y también aceptaron programar la primera visita COD, sin embargo 509 familias no aceptaron la visita cero.
- La visita 1 primera COD- se realizó en 3,022 hogares y se desarrolló el primer tema de la metodología, tomando en cuenta las necesidades de la familia. Este número de familias fue el punto de partida que el proyecto tomó para ir programando secuencialmente el resto de visitas COD.

Durante toda la intervención se estimó que cada hogar tendría 21 visitas para completar el ciclo de los 15 temas, lo que llevó a proyectar 63, 462 visitas en toda la fase de implementación; de esta estimación Redes realizó 51,786 visitas COD, lo que equivale al 82%. La tabla siguiente muestra el número de visitas proyectadas y ejecutadas, tomando como referencia la visita uno.

Municipio Variable Cabañas **Copán Ruinas** San Jerónimo **TOTAL** Santa Rita # de hogares visita 1 550 1,215 238 1,019 3,022 Proyección visitas 11,550 25,515 4,998 21,399 63,462 9,375 Visitas realizadas 20,926 4,113 17,372 51,786 **Porcentaje** 81.2 82.0 82.3 81.2 81.6

Tabla 6. Hogares visitados para la COD según municipio Proyecto Redes – Copán, Honduras. Octubre 2018

Se observa en la tabla cómo las visitas realizadas fueron bajando en relación a lo proyectado. La disminución de familias participantes estuvo dada por lo que se denominó "casa alerta", la cual se manifestó por diversas razones, directas e indirectas. Las manifestaciones directas fue cuando la familia expresó su rechazo o negatividad a continuar siendo visitada "quíteme de la lista que ya no quiero seguir, no puedo"; también mencionan los ACC que en algunos casos hubo negatividad directa de la familia "a veces fue violento, e implicó, por ejemplo, el cierre fuerte de la puerta de la casa; gestos de desagrado cuando llegábamos al hogar; otras familias subían el volumen con música muy fuerte durante la consejería y en ocasiones se escondían para no recibirnos". En la disminución por causas indirectas fueron los casos de familias que por razones externas no podían continuar: casas abandonadas, migración de la comunidad, situaciones de violencia y por asuntos de trabajo.

Las explicaciones de por qué muchas familias salieron voluntariamente del proyecto (rechazo) en su mayoría confluyen en tres connotaciones que lo explican:

a) La violencia de género en la familia, que se manifiesta mediante los celos, principalmente en los hombres, al conocer que un ACC hombre daría la consejería a su mujer; en menor caso se presentó cuando el ACC asignado era una mujer.

ACC relata: "me di cuenta que la mujer que yo visitaba escondía el libro de acuerdos en cajas, porque su marido era muy celoso, la consejería es cara a cara y eso no es agradable a los hombres celosos de sus mujeres, algunos celaban a sus esposas de más 50 años"

Mujer en GE: "como los veían cerca uno del otro, frente a frente, hay gente que decía que la estaban enamorando"

- b) La cultura del asistencialismo, manifestado en la expectativa de la familia de recibir recompensa material por la participación en el proyecto. En la visita cero se explicó que el proyecto era educativo pero muchas familias no valoraron la formación en salud. Uno de los Supervisores de campo mencionó: "muchas familias investigaban cuál era el salario del ACC y decían a él le pagan un salario para que me quite el tiempo a mí-"
- c) El ACC era vecino de la aldea de las familias a las que debía atender, esto propició en algunos casos (aunque limitado, pero se dio) el distanciamiento de algunas familias a la participación "en Pinabetón por ejemplo, el ACC asignado era bien conocido en la zona y perdió 16 familias, entonces se reubicó y en otra aldea y solamente obtuvo un rechazo". (GPR)
- d) Considerar que los proyectos son para las familias pobres de las comunidades, familias con posibilidades económicas rechazaron participar en el proyecto debido a esta creencia, adujeron, que no hacían uso de los servicios del sistema de salud. "Había un lugar donde más rechazaron y es el cafetalero, alto nivel económico en relación al resto, allí fue donde hubo más rechazo desde el inicio del proyecto. Una de las cosas que decían era que no necesitaban aprender nada, que ellos tenían dinero para pagar, incluso que ellos iban a Guatemala, que no necesitaban del servicio de acá de Honduras" (EME).

La supervisión del proyecto, se ejecutó mediante la supervisión técnica y la supervisión de campo. La supervisión técnica se centró en la verificación de la calidad de la COD, así como en el seguimiento del avance de la implementación, en concordancia con el protocolo del proyecto por sus características de estudio. La supervisión por estar relacionada con la temática de la COD, desempeñó varias funciones: a) estableció un vínculo entre las familias y el sistema de salud, ante la necesidad de ejecutar referencia de casos al CS; b) orientó, acompañó a supervisores de campo y ACC para una ejecución técnica adecuada de los temas de salud; c) verificó la implementación de la estrategia de comunicación, así como el uso correcto de los métodos de la COD. La supervisión técnica se ejerció por parte de la supervisora técnica y de la especialista en CC. La especialista en CC refiere: "al principio el ACC hablaba mucho y la familia poco, logramos cambiarlo".

La supervisión de campo, -realizada por 5 supervisoresse encargó de la planificación de las visitas, sesiones grupales y de verificar la calidad e integralidad de las consejerías y el cumplimiento del protocolo de la visita. Cada uno de estos supervisores se le asignaron entre 10 y 11 ACC y con ellos, el número de familias que atendían, es así, que también se relacionaron directamente con las familias. En las visitas de la cero a la 21, la supervisión de campo asumió la verificación de las familias que rechazaban participar, éstas eran visitadas para explicar la importancia de participar en el proyecto. De igual manera apoyaron para alcanzar un desempeño óptimo de los ACC con las familias, principalmente en las capacidades para establecer el diálogo en la consejería. Un ACC refiere: "mi supervisora, se reunía conmigo y me decía: usted tiene que mejorar en este tema con tal o cual familia".



El monitoreo del proyecto, aseguró el cumplimiento del plan de monitoreo y evaluación, proporcionó información sobre los avances a supervisores y equipo técnico, así como, en el procesamiento y análisis de la información recabada en el sistema de registro.

#### La consejería para CC, razón de la visita

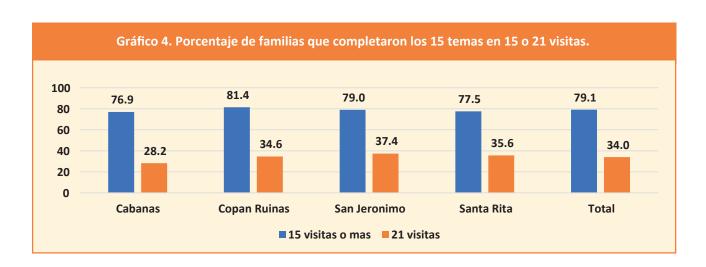
"la consejería que le dan a uno es de cuidar los niños, de todo el embarazo que uno tiene, no abusar de esos mentados chupones, de ponerles cualquier cosa en el ombligo a los niños, no poner fajeros, y yo todo lo cumplí, porque digo: ya no ponerles pepe a las criaturas, que sólo con la leche de uno, ¡mire que gordito lo tengo... y sólo con el pecho!" Mujer de Buena Vista.

El número de consejerías realizadas de acuerdo al protocolo del estudio, se estableció que todas las familias debían recibir 21 visitas COD o consejerías y todas las familias tenían que completar los 15 temas de la intervención en 15 o 21 visitas. La tabla muestra la participación de los hogares en la primera visita COD, los que completaron 15 visitas de consejerías y el número de familias que recibieron 21 visitas COD.

Tabla 7. Número de familias que completaron los 15 temas en 15 o 21 visitas Proyecto Redes - Copán Honduras. Octubre 2018

	Municipio							
Variable	Cabañas	Copán Ruinas	San Jerónimo	Santa Rita	TOTAL			
15 visitas COD	439	998	193	804	2,434			
21 visitas COD	158	413	92	371	1,034			
Visita 1 COD (deno- minador)	550	1,215	238	1,019	3,022			

Se observa que 2,434 familias recibieron los 15 temas de la COD en 15 visitas de consejerías y 1,034 participaron en 21 visitas consejerías, en estas últimas, los temas de la COD fueron reforzados. Durante la implementación, fue necesario repetir algunos módulos, por ejemplo, una familia ya había recibido el módulo 1 que aborda el tema de la mujer embarazada, pero al llegar el ACC, encontró que había una mujer embarazada en la casa, se debía repetir este módulo. Otras familias no alcanzaron a recibir las 21 visitas o cubrir los 15 temas, porque hubo meses en los cuales no se encontraron en sus casas, por dedicarse a actividades económicas como los cortes de café, migraron a otros lugares. La gráfica, muestra los porcentajes de familias que completaron la COD en cada municipio, siendo más alta en Copán Ruinas y San Jerónimo.



¿Qué ayudó y que limitó esta participación? Se entiende como barrera aquello que no contribuye a que las familias participen y como facilitador aquello que les motivó a participar. A partir de las opiniones, estos aspectos se relacionan con: a) el entorno de las comunidades; b) el seno de las familias y c) la metodología COD. La tabla siguiente muestra la clasificación de las opiniones de los diferentes grupos.

Ámbito	Barreras	Facilitadores						
En el ámbito de las	En el ámbito de las comunidades							
por parte de familia ticipantes	la participación en la consejería as no participantes a familias par-	Las familias participantes valoraron su participación por el aprendizaje en la consejería  Así me decían a mí: ¿qué está ganando? y yo les decía:						
	guntan: ¿y a vos te pagan? miro npo ahí [la consejería] a pesar de los mpo (HGE)	estoy aprendiendo y lo que no sé, me lo están enseñando (MGE)  Cuando me preguntan porque participo, les digo: todo						
la cara al ACC, o	en la aldea, le cerraron la puerta en decían que les quitaba el tiempo y e ganan un salario. (HGE)	<ul> <li>aquel que hace las cosas por interés de dinero, el dinero se termina; yo prefiero sabiduría, aprender (MGE)</li> <li>Y le digo una frase que dice: lo que hiciste con un hermano</li> </ul>						
•	ersona de donde nosotros: está dendole todo lo que uno vive al ACC. ar (MGE)	más pequeñito, lo hiciste, y lo que no hiciste con el herma- no más pequeñito conmigo no lo hiciste. Entonces lo hago por la niñez y por ti, porque yo trabajo como defensor, soy defensor de la niñez. (HGE)						
En la familia								
Hombres no aproba en la consejería	aron la participación de su pareja	Mujeres participaron en la consejería sin la aprobación de su pareja						
		<ul> <li>Mujeres participantes en el proyecto, escondían el libro de acuerdos en cajas para que su marido no lo viera, él es muy celoso (ACC)</li> </ul>						
		Parejas establecieron acuerdos para participar, la mujer participaría en la consejería y debe informar a su pareja de los contenidos y de los compromisos asumidos						
		"yo le contaba todo lo de la consejería a mi esposo en la noche"						
En el ámbito de la C	COD							
		<ul> <li>La participación en la consejería fue de carácter volunta- rio, la familia decidió día y hora según su conveniencia.</li> </ul>						

El proceso de la consejería, tiene la característica de ser estructurado, se puede sintetizar en 4 grandes momentos y cada uno de ellos, con contenidos específicos y con un conjunto de instrumentos, los que se describen en la tabla siguiente.

Momento	Contenidos			
Presentación y saludo	Verificar que la familia esté lista para la sesión y animarla a participar			
Registro de datos primarios	<ul> <li>Identificación del hogar y de la familia</li> </ul>			
	<ul> <li>Verificar si hay señales de peligro o situación de salud</li> </ul>			
	<ul> <li>Registrar respuestas del CAP</li> </ul>			
	<ul> <li>A partir de la segunda visita, verificar acuerdos anteriores</li> </ul>			
Desarrollo de la consejería	Utilizando el diálogo como recurso básico entre el ACC y la familia			
	<ul> <li>Selección del tema o continuidad del tema anterior</li> </ul>			
	<ul> <li>Desarrollo del tema utilizando los materiales y la tecnología Com- mCare. Historias en positivas y negativas en video e impresas, canciones, rimas, bombas, adivinanzas, colorear</li> </ul>			
	Establecimiento de acuerdos			
Acuerdos finales	Reforzamiento de mensajes clave			
	<ul> <li>Establecimiento de acuerdos para practicar el CC sobre el tema desarrollado y los anteriores</li> </ul>			
	Fecha de próxima visita			

#### La calidad de la consejería

Se analiza la percepción acerca de la calidad de la consejería de las familias, de acuerdo a cada uno de estos pasos.

<u>El momento 1. Presentación y saludo,</u> se toma en cuenta: la preparación para la consejería, quienes participaron y el cumplimiento del día y hora programada. En relación a la preparación de ambas partes, hay evidencia de que tanto el personal de Redes como las familias, realizaban actividades previas.

- Por parte de Redes, la capacitación constante a ACC y supervisores, la planificación semanal, mensual y trimestral de las visitas. A nivel personal, ACC refieren: "con ánimo para ir a cada visita y ganarnos la confianza de la familia", "fortaleciendo nuestra parte humanitaria, ser humilde, ya que había familias muy pobres"
- Por parte de las familias participantes, principalmente las mujeres, exponen: "desde temprano hacía los oficios, para estar lista". Los hombres: "cuando tenía visita, apartaba el tiempo, yo sabía el día que iban a llegar y los esperaba, pero era porque a mí me iba a servir escucharlos a ellos, por eso apartaba el tiempo", "en cuanto me dijeron de las visitas, los esperaba, perdía el día para esperarlos y para escucharlos a ellos".

En cuanto a las personas participantes en la consejería, adquiere significado lo que ACC y supervisores relatan: "casi siempre había alguien más que estaba escuchando la consejería, a pesar de que estaba haciendo otro tipo de labores, como hacer tortillas". Las mujeres en los GE y en entrevistas, comentaron que "yo tenía el compromiso de contarle a mi esposo todo lo de la visita". Los hombres: "yo cuando pude, participé en la consejería".

El día y hora programada, la percepción de todos los grupos participantes es que, "se programaba cada visita y si había una situación diferente, eran capaces de avisar con tiempo y programarla de nuevo". Un elemento es que la hora y día, era determinada por la familia y no por el ACC, como ejemplo, una familia recibía la consejería en día domingo y en horario de las seis de la mañana.

#### Participación de la familia

De forma general, el porcentaje de mujeres participando en las COD desarrolladas por ACC, es 3 veces mayor que el de los hombres. Teniendo en cuenta el año de intervención, se observa que el porcentaje de hombres disminuyó gradualmente, en el 2016 se registró el 30% y para el 2018 descendió 4 puntos porcentuales; en relación a las mujeres ocurrió lo contrario, inició con el 70% de participación y al finalizar el proyecto incrementó 5 puntos porcentuales. Tabla 8, Gráfico 5. Uno de los aspectos mencionados que limitó la participación de los hombres en las COD, lo refieren a motivos de trabajo fuera de casa y con mayor incidencia en temporada de corte de café, porque se trasladan fuera de la comunidad a realizar esta labor junto con más miembros de la familia.

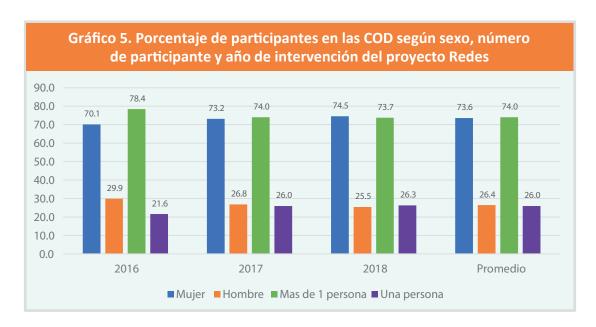


Tabla 8. Porcentaje de participantes en las COD según el año de intervención del proyecto Redes

INDICADOR		Año 2016		Año 2017		Año 2018		Promedio	
		%	#	%	#	%	#	%	
# de hombres que participaron en las COD	871	29.9	16625	26.8	9238	25.5	8911	26.4	
# de mujeres que participaron en la COD	2043	70.1	45324	73.2	27060	74.5	24809	73.6	
# de COD realizadas con más de una persona	2285	78.4	45856	74.0	26761	73.7	24967	74.0	
# de COD realizadas solo con una persona	629	21.6	16093	26.0	9537	26.3	8753	26.0	
Total de participantes en las COD	2914		61949		36298		33720		

- En cuanto al número de participantes, en promedio, en el 74% de las COD realizadas lograron participar 2 o más personas del hogar, por lo tanto, en el 26% de los COD participó una persona. Tabla 9, Gráfico 6. Este dato indica que el proyecto respondió a la expectativa de que en la COD participaran los miembros de la familia, siendo un buen resultado, a pesar de las condiciones de pobreza, temporada de corte de café y de otras actividades agrícolas, en las cuales generalmente se movilizan casi todos los miembros de la familia. Para lograr mayor participación de la familia el equipo de proyecto menciona que tuvieron que adaptarse al horario de la familia, lo que implicó hacer COD hasta en fines de semana o en horarios especiales.
- Teniendo en cuenta el municipio beneficiado, se observa que San Jerónimo es el municipio con el menor porcentaje de hombres en la COD, y por ende es el municipio con mayor porcentaje con mujeres que participaron en la COD. Este mismo municipio, muestra el mayor porcentaje en que las COD se realizaron con una sola persona, el 39%. Tabla 9, Gráfico 6.

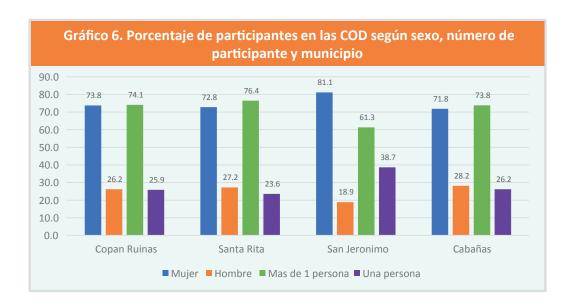


Tabla 9. Porcentaje de participantes en las COD, según el municipio de la intervención del proyecto Redes

INDICADOR	Copán Ruinas		Santa Rita		San Jerónimo		Cabañas	
INDICADOR	#	%	#	%	#	%	#	%
# de hombres que participaron en las COD	3684	26.2	3127	27.2	411	18.9	1689	28.2
# de mujeres que participaron en la COD	10366	73.8	8367	72.8	1768	81.1	4308	71.8
# de COD realizadas con más de una persona	10415	74.1	8787	76.4	1337	61.3	4428	73.8
# de COD realizadas solo con una persona	3635	25.9	2707	23.6	843	38.7	1569	26.2
Total de participantes en las COD			11494		2180		5997	

<u>El momento 2. Registro de datos primarios</u>, la comprobación de la identificación de la familia, es para corroborar que es la familia registrada y no otra y reportar aumento o disminución de miembros en la casa, por efectos del estudio. Dos aspectos se toman en cuenta en este paso, para valorar la calidad: el estado de salud de la familia y la referencia al CS; el CAP.

El estado de salud de la familia –emergencias-, la referencia al CS, con la finalidad de dar respuesta a necesidades básicas en la salud de la familia, esta verificación se hacía en cada una de las visitas al hogar. El proyecto registró desde el 2016 al 2018, 311 emergencias, de las cuales 226, que son 73% ameritaron ser transferidas a la unidad de salud, siendo 50% casos de salud relacionados a los temas atendidos por el proyecto. En la tabla 10 se muestran los datos.

Tabla 10. Emergencias de salud observadas en el hogar. Proyecto Redes – Copán, Honduras, diciembre de 2018

Variable / narrantais		Total		
Variable / porcentaje	2016	2017	2018	Total
# de emergencias observadas	8	177	126	311
Emergencia que amerita referencia	4	111	111	226
Porcentaje	50	63	88	73

Las patologías que sobresalen son: infecciones respiratorias agudas IRA en niños, que representan el 42%, seguido de las mujeres embarazadas 27% y niños con diarrea 19%. Tal como lo muestra la tabla a continuación.

**Tabla 11. Patolog**ías referidas p**or el Proyecto Redes al ejecutar la visita Proyecto Redes – Copán, Honduras, diciembre de 2018** 

Variable / porcentaje		Total			
	2016	2017	2018	IOLA	
Mujer embarazada	0	21	9	30	27%
Mujer puérpera	0	1	3	4	4%
Niño recién nacido	0	6	3	9	8%
Niño con diarrea	0	15	7	22	19%
Niño con IRA	1	23	23	47	42%
MEF Sin menstruación	1	0	0	1	1%
Total	2	66	45	113	100%
Porcentaje	50	59	41	50	

Sobre la referencia al CS emitida por el ACC, la utilidad y aceptación cambia según la experiencia vivida por la familia, es así que, familias dan cuenta del buen servicio recibido y otras de un rechazo en el CS. Madres de niños y niñas menores de 2 años explican:

- "Por ejemplo, cuando el niño se enfermaba y llegaba el promotor [ACC] me decía: lleve al niño al centro de salud. Yo lo llevaba y no me le hacían caso, me decían que el niño no tenía nada grave, me tocó llevarlo al Jaral y de ahí no me le hicieron caso, me vine de Copán a una clínica y allí lo atendió el médico"
- Otra beneficiaria afirma "recibí referencia en el puerperio, la entregué en el CS, la recibieron y me atendieron".

El CAP en el hogar: El formulario CAP, es un cuestionario de 19 preguntas que abordan varios temas del proyecto relacionados a los mensajes clave de la COD, se hace a la persona que recibe la consejería en cada una de las visitas. Desde la perspectiva de ACC, tienen tres propósitos: a) ser un indicador de la asimilación de los conocimientos en la familia; b) verificar los aprendizajes de la familia y reforzar y; c) orientar el tema a desarrollar en la consejería. En los grupos de enfoque y en entrevistas con las familias, no se registraron opiniones acerca del formulario CAP en la visita; sin embargo, los ACC lo discutieron ampliamente, destacando tres aspectos:

- La repetición como elemento básico para aprender, desde su vivencia, ACC explican: "llegó tiempo en que a uno [al hacer la pregunta del CAP] sólo le decían: sí, no, si, no, no; porque ya conocían las preguntas del CAP" "me imagino que la estrategia era la repetición, como niños de primaria, repitiendo, repitiendo. Al final iban a terminar asimilando, para mí, [el CAP] fue un insumo para conocer el cambio de comportamiento".
- Motivaba el análisis, pero a la vez, tedioso para las familias, según ACC: "el CAP era una aventura, se tardaba un buen tiempo porque la familia empezaba a analizar", "en un principio pude notar bastante incomodidad en las familias porque les aburría".

El momento 3. Desarrollo de la visita, en este paso tiene relevancia el diálogo entre ACC y familia; el desarrollo de la consejería con apoyo de material didáctico y medios de comunicación y la tecnología CommCare.

El diálogo entre ACC - la familia, los testimonios del personal técnico, supervisores y principalmente ACC y de las familias dan referencia de un proceso de negociación para cambios de comportamientos que es favorable en primer lugar, para la familia y en segundo lugar para sus comunidades. La temática de la COD rompe tradiciones asumidas socialmente. Cada ACC se ha relacionado con personas que tienen diferentes actitudes, sentimientos y pensamien-



tos; diferentes experiencias, historias personales y motivaciones. La estrategia aplicada ha sido ganar y mantener la confianza de la familia a lo largo de todas las consejerías; para ello:

- Aceptaron y respetaron las condiciones de la familia y con ello, sus intereses y necesidades.
  - ACC expresa su vivencia: "me decía: ¡míreme como estoy, no tengo donde atenderlo!, lo que hacía yo era innovar, hacer que la familia sintiera que soy igual que ellos".
- Identificaron los puntos de encuentro en cada tema de la COD, a partir de las vivencias personales
  - ACC detalla: "Preguntaba ¿cuántos niños tuvo?, me respondían: tantos. Luego preguntaba, ¿cuántos están vivos?, me respondía: solo 7. Preguntaba: ¿qué pasó con los otros?, me dice: tantos abortos, tantos fallecidos ya nacidos. Con esas respuestas uno empezada a explicar, el porqué de los abortos. Todo eso hacia reflexionar".
  - Mujer en GE: "y platicando así como una plática entre dos personas, ya empezaba con el tema y hablábamos de las experiencias que uno ha tenido y también de las de ellos".



Para las familias, el diálogo ha sido un espacio para compartir experiencias y aprender:

 Animaron al aprendizaje, para favorecer una actitud convergente para aceptar el CC por parte de las personas participantes

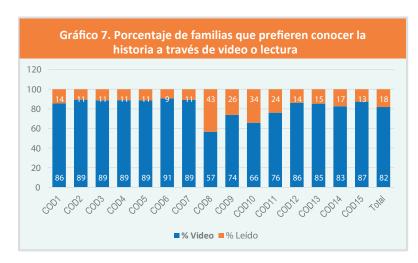
Hombre líder en GE: "yo creo que la consejería estaba compuesta de una serie de cosas para motivar, hacía que agarrara ánimos para hacer cosas que uno ya estaba como queriendo botar"

Hombre en GE: "empezábamos a hablar mi esposa, él [ACC] y yo, llegábamos a una conclusión"

- El diálogo permitió reflexionar sobre las prácticas, reconocer errores y fue útil para conocer las preocupaciones de la familia y sus creencias
- Mujer GE: "meditaba para ver qué le agarraba"
- Hombre líder en GE: "me decía, que piensa [del tema]".

El desarrollo de la consejería, con apoyo de material didáctico y medios de comunicación, cada uno de los 15 temas de la COD, hace evidente que ha provocado un cambio en la forma de proveer información – conocimientos- y de enseñar a las familias participantes, aunque "los mensajes de la consejería no son diferentes a los que da a conocer el CS", expresaron. El diseño de la metodología incluyó material didáctico visual, audiovisual y auditivo para cada tema.

De forma general el 82% de las familias prefirieron el video para conocer las historias de las COD. Asimismo, se observa que en el 73% de las COD (11/15) la preferencia se mantiene, sin embargo, en las COD 8, 9, 10 y 11 el porcentaje de familias prefirieron las historias mediante lectura, incrementándose en 2 o más veces, es decir sobrepasó el 20%.



La siguiente tabla muestra opiniones acerca del uso de estos recursos, las cuales confluyen para afirmar:

- Las historias positivas y negativas, se perfila como el recurso más importante, despiertan el interés y captan la atención de las familias, motivándolas a la reflexión, de igual manera, presentan la información nuevo conocimiento- con experiencias simuladas cercanas a la realidad.
- Las canciones, adivinanzas, bombas, rimas y los dibujos para colorear, ejercen una función de reforzamiento del tema, contribuyen a la retención del mensaje.

# Percepciones de participantes sobre recurso didáctico y el medio de comunicación: visual, impreso, audiovisual

### medio de comunicación: visual, impreso, audiovisua Familias participantes

### Historia positiva y negativa, impresa y en video

- Aprendí mejor viendo y escuchando el video (MGE)
- Me gustaron todas las historias, en la negativa se podía ver todo lo que les salía mal. Luego le ponía la positiva que era la que nosotros debemos tomar. (ME)
- Las historias tenían concordancia con el tema, por ejemplo, en el tema del recién nacido, de los embarazos y en el de planificación; siempre la historia iba acorde con el tema. (ME)
- Cuando ellos [ACC] me ponían videos, compartían una historia, una experiencia. (HGE)
- A mí me gustaron todos los videos [historias], incluso yo le decía [al ACC] que me lo regalara y me dijo que no. Los videos eran entendibles, bien bonitos (ME)

parte audiovisual para presentar las historias positivas y negativas en video. (ACC)

Las historias positivas y negativas estaban

Personal de Redes

La Tableta fue un insumo valiosísimo en la

- Las historias positivas y negativas estaban basadas en experiencias que se conocían localmente (GPR).
- Las personas que no saben leer y escribir, comprenden por las imágenes y las historias (ACC).

#### Canciones

- A mí, me ayudaban a reflexionar, -canta la canción no basta-, no basta traer niños al mundo, hay responsabilidad. (MGE)
- Yo pude ver que unos padres se le escurrían las lágrimas escuchando esa música [se refiere a la canción NO Basta], porque yo les dije escuchen la letra de la música. (MGE)
- Todas bonitas folclóricas arregladas conforme al tema. (ME)
- Me gustó la del zica por la gente que salía bailando con la escoba y me gustó la que hablaba de tener al bebe en el clínica.(ME)
- Algunas canciones no pegaban mucho con el tema, como que se salía un poquito y costaba regresar al tema, (ACC)
- Nosotros si sabíamos el mensaje que quería decir la canción (No basta), pero las familias con el tema 11 no podían asociar esta canción cuando hablamos de ácido fólico; Igual era en el tema de planificación familiar. Uno tenía que pensar y analizar bien, porque la gente siempre iba a preguntar porque esa canción (ACC)

#### Adivinanzas, bombas, rimas

- En cada charla nos ponía adivinanza, bomba o una rima. A mí me gustaba mucho cuando el ACC llegaba y me las ponía, más que todo como consejo, me pareció todo muy bonito. (MLGE)
- [La adivinanza] Me ayudó a comprender, recuerdo la que decía: zinc, zinc, era de la pastilla de zinc para la diarrea, (MPE)
- Las adivinanzas y las canciones siempre eran en concordancia con el tema que se daba. (MPE)
- En materiales didácticos nosotros contábamos con láminas, libros de consejería, calendarios, dibujos, recetarios, crayones. (ACC)

#### Dibujos para colorear

# Evaluación Cualitativa Proyecto Redes "Uso de Redes Sociales para mejorar los resultados neonatales e infantiles en zonas rurales de Honduras

- Tengo una niña de 8 años, cuando Sandra me daba el dibujo, mi hija me decía: hoy no vas a pintar vos, yo voy a pintar en otra vez lo pintas vos y así vamos a ir una vez cada una; incluso en la pared se ponían todos los dibujos ya pintados. (MGE)
- Siempre me gustó lo de los dibujos, incluso llegaron a supervisar una vez a mi casa, y no sé, pero ahí ellos pudieron ver en mí casa todos pintamos, toda la familia, tengo 3 hijos, ellos siempre pintaban, pintaba mi esposo, pintaba yo, entonces era algo muy bonito. (MGE)
- Colorear me ayudó a captar los conocimientos, a aprender, ponía a mi nieta a colorar. Los dibujos de cepillar los dientes le ayudaron a mi nieta a aprender a cepillarse los dientes. (ME)

Los dibujos para colorear, ejercen una función de reforzamiento del tema, contribuyen a la retención del mensaje (ACC).

El uso de la tecnología con la aplicación CommCare en la consejería, las percepciones de ACC participantes en la evaluación, concuerdan en:

- La aplicación asociada al uso de la tableta para brindar la consejería y su facilidad de uso, se valora, "que era una excelente aplicación porque esta se podía usar sin internet y al tener acceso a internet se podía sincronizar" (ACC)
- Simplificación y movilidad en el trabajo, ya que todos los materiales estaban concentrados en la tecnología, "imaginemos una consejería sin la tableta, tendríamos que andar un paquete enorme, cargar equipo de videos, los libros impresos, los acuerdos, todo", "se podía almacenar todos los formularios por cada una de las familias", "sin la tecnología tendríamos que andar un historial que nos llevaría bastante tiempo, con la Tableta sólo andábamos marcando". (ACC)

<u>El momento 4. Establecimiento de acuerdos</u>, su finalidad es afianzar el conocimiento y apoyar la práctica del compromiso de las familias en el cumplimiento de nuevos comportamientos.

Para visibilizar los resultados, el sistema de información reporta que 87.4% de las familias beneficiadas acordaron y cumplieron los compromisos adquiridos en las consejerías. Al analizar estos datos por municipio, Copán Ruinas presenta mayor porcentaje de familias que cumplieron los acuerdos, seguido de Cabañas y con menor cumplimiento están San Jerónimo y Santa Rita.

Tabla 12 Acuerdos cumplidos según municipio Proyecto Redes, World Vision Honduras. Octubre 2018

Variable	Municipio								
variable	Cabañas	Copán Ruinas	San Jerónimo	Santa Rita	TOTAL				
# de acuerdos planeados	17,056	45,872	5,755	30,368	99,051				
# de acuerdos cumplidos	14,976	40,917	4,930	25,797	86,620				
Porcentaje	87.8	89.2	85.7	84.9	87.4				

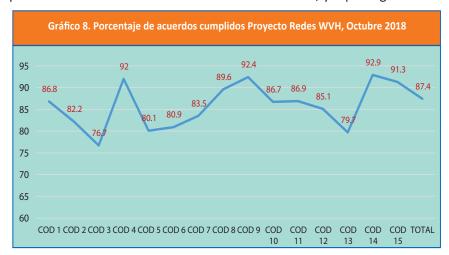
El porcentaje de cumplimiento de acuerdos teniendo en cuenta el número de la COD varía entre el 92.9%, que corresponde a la COD 14, al 76.7% de la COD 3. Es decir, los compromisos vinculados a la prevención de la violencia de género e intrafamiliar y la importancia del parto en la CMI u hospital y la participación del hombre y la familia en los cuidados de la mujer embarazada, respectivamente, presentan un rango de diferencia considerable en su cumplimiento.

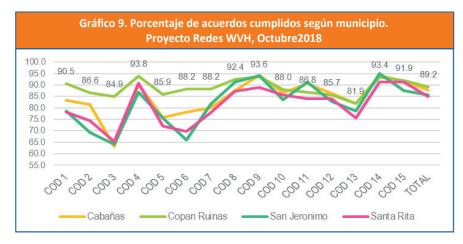
Un cuarto de las COD (4/15) alcanzaron 90% o más de acuerdos cumplidos, que son los COD 4, 9, 14 y 15, que corresponde a los temas de: PF, signos de peligro y atención en EDAS e IRAS, prevención violencia de género y embarazo y medidas de prevención del zika, como se observa en el gráfico No 8.

Llama la atención debido al contexto de violencia, el alto porcentaje en la COD 14 que corresponde al tema de prevención de violencia de género. El informe del Observatorio Regional de Violencia a cargo del Centro Universitario Regional de Occidente (UNAH – CURCOC) con asistencia técnica del Instituto Universitario en Democracia, Paz y Seguridad, da a conocer que, en el departamento de Copán, específicamente el municipio de Santa Rita, es uno de los municipios que superaron la tasa departamental en la incidencia de homicidios de 46.6, ya que registró 85.8

en el año 2017. Cabañas registró 59.7; Copán Ruinas 41.5; y San Jerónimo 39.1. (UNAH - CUROC; IUDPAS, 2019)

La gráfica, muestra los porcentajes de acuerdos cumplidos por COD. Copán Ruinas, es el municipio con mejor cumplimiento de acuerdo por COD y se ubica por arriba de la cobertura promedio del proyecto. Cabañas tiene un comportamiento intermedio, de la COD 1 a la 8, el cumplimiento de acuerdo se ubica por debajo de la cobertura del proyecto y de la 9 a la 15 se encuentra por arriba.





El cumplimiento de acuerdos en San Jerónimo y Santa Rita, están por debajo del promedio. A pesar de estas diferencias, las gráficas de los municipios comparten similitudes en las COD 3, 6, 10 y 13; en éstas, todas descienden. Teniendo en cuenta la cobertura de acuerdos cumplidos para cada COD, Santa Rita y San Jerónimo tienen el mayor porcentaje de COD que se encuentran por debajo de la cobertura del proyecto; seguido de Cabañas que 9 de los 15 COD están por debajo de la cobertura y Copán Ruinas que es el municipio con mejo-

res resultados, solo 1 de los 15 COD está por debajo de la cobertura. Al indagar sobre esas diferencias, se toma en cuenta que cada familia debía recibir el mismo número de visitas y el porcentaje de cumplimiento de visitas en cada municipio, no presenta grandes diferencias. El contexto aporta explicaciones en términos de violencia, Santa Rita y Cabañas son los dos municipios con mayor tasa de homicidios en el área y esta situación puede influir en la migración.

Otro elemento es la información, los servicios de salud y las prácticas tradicionales.

Una mujer mayor de Santa Rita en el Grupo de enfoque, expresó:

"Si no nos hubieran ido a visitar los muchachos [se refiere a ACC y la consejería], no supiéramos, ni sabríamos lo que

estábamos viendo ahí [se refiere a las historias en videos], porque yo nunca fui al hospital a tener a mis hijos, más bien los siete que tengo los tuve en la casa, al control del embarazo si fui, pero decir que íbamos a saber lo que había ahí [se refiere a las historias en videos], ino sabríamos! Ahora ya con la enseñanza, porque ahí le van enseñando a uno todo lo que teníamos que saber, nos enseñaban los que nos visitaban, ellos nos iban explicando".

La opinión nos permite identificar, por una parte, la carencia de la población en torno a recibir información en salud y por otra, la cultura del parto en casa y las prácticas tradicionales.

En los grupos de enfoque y entrevistas, las personas participantes, manifestaron con predominio "cumplimos con los acuerdos establecidos en las consejerías", sin embargo, algunas personas reconocieron que no habían cumplido con esos acuerdos, aclarando el acuerdo y las razones del porqué.

- En Planificación Familiar, "Ir al centro de salud a verse eso la planificación familiar, mi esposa intentó, pero no se pudo y se decidió no seguir por la salud de ella" (HGE)
- Aseo de la casa, "El compromiso de mantener aseado el patio para prevenir el zika, mantener los recipientes vacío, pero por falta de agua a veces no se cumplía" (MGE)
- Violencia de género, "es que tal vez digamos el hombre porque es hombre no puede hacer algo de un oficio de una mujer pudiéndolo hacer él, porque son machistas, que yo soy hombre que no sé qué, ahí es donde cabe la violencia de género". (HGE)

Factores que contribuyeron o limitaron la calidad consejería

#### Contribuyeron Limitaron Contexto social relacionados con el sistema de salud Reconocer el aporte del proyecto al sistema de salud La deficiente atención del personal de los Centros de Salud en algunas comunidades hace que muchas personas no acu-Yo siento que es una forma de apoyar al sistema de dan salud, en la prevención. Porque ahorita el sistema de salud casi solo está aplicando prácticas de prevención. En el centro [de salud] mucho lo regañan a uno, no Ya no es tanto la medicina sino es más la medicina les gustaba el trato que le daba el personal de salud. preventiva. (HGE) (MLGE) Concordancia entre los temas de las charlas en el CS y los Poco acceso a insumos en el CS para concretar el CC temas de la COD A veces el medicamento también en el centro de salud Los mensajes del ACC y CS, eran casi lo mismo, la imestá centralizado y recordemos que ellos trabajan con portancia de CP y la planificación familiar (MGE) metas. (ACC) No se contradicen entre el centro de salud y la con-Para usar los métodos de planificación, el zinc, el litrosol sejería, no se contradicen, sino que van juntos. Lo del todo esto es en el centro de salud ahí donde las personas litrosol, está bien; nos dicen del zinc, está bien; los se abocan. (ACC) niños que van a la clínica, está bien; lo del hospital, Había personas que iban a demandar lo que era el zinc, y está bien. Bueno, va junto, no se contradice en nada. decían que eso no era bueno para la diarrea, tal vez por (HGE) la falta de capacitación en el personal. (ACC)

#### En la familia

- Disposición de las familias a participar
- Valoración de las familias hacia el aprendizaje
- Las familias identifican cambios en sus miembros, cambios que mejoran su calidad de vida, entre ellos:
  - "he cambiado en los chupones, antes los usaba, pero ahora ya se sabe que no está bien"
  - "con mi hijo usé fajero, ahora sé que no se debe usar"
  - "he podido dar consejo apropiado a los adolescentes o madres jóvenes".
  - "mi esposo aprendió mucho, ahora, hasta me ayuda a barrer, cambio en su machismo".

- Familias que rechazaron su participación en el proyecto
- Mujeres participantes en el proyecto, muy tímidas para establecer un diálogo en temas de salud reproductiva, principalmente con ACC hombres

#### En el ámbito de la COD

- El enfoque puesto en la familia, así como la capacidad de la COD de dar mensajes en varios momentos y su duración de 21 meses (ACC)
- El diálogo como elemento clave y que está adaptada al contexto de los municipios (ECC)
- Los diversos materiales para el desarrollo de los contenidos de la consejería (ECC)
- La construcción de una relación ACC familia en base a la confianza, la empatía, el acompañamiento y surgimiento de amistad. (GPR)
- La sensibilidad y empatía que cada ACC demostró a las familias. (GPR)
- Se trabajó en equipo, con coherencia y cohesión

## 4.2.2. La innovación tecnológica, el gestor de bases de datos

Incluye el uso de la aplicación CommCare y el sistema de registro CommCare HQ; sobre la primera, ya se han presentado las opiniones en tema anterior. El segundo -El CommCare HQ-, es catalogado por el personal de Redes como un sistema complejo, un gestor de base de datos (BD) que registra, extrae y almacena datos de cada una de las familias participantes, diseñado específicamente para el proyecto, cuyas características son: a) capacidad de procesar una gran cantidad de datos; b) genera un conjunto de BD; c) es eficiente en su capacidad de almacenamiento y de comparación de datos; d) actualización de los datos en tiempo real, al realizar la sincronización de la App de la tablets, los datos registrados se incorporaban al sistema CommCare HQ. El diálogo sobre la utilidad del sistema y la contribución a la implementación de la COD, se muestra en el cuadro siguiente, de manera paralela con los módulos y su función.

### Estructura, funciones, facilidades del sistema de registro

	Módulo	Función		¿Qué facilitó el sistema?
1	Visita diagnóstica o visita cero LB	Línea de Base	Registra  0.	ar los datos de los formularios utilizados en la visita
2	Formularios gene- rales desarrollados	Registra datos de la familia	<ul><li>Verifica</li></ul>	ción del hogar (ID)
	antes de iniciar la COD	Tallilla	_	ar los datos de miembros del hogar, situación de sa- encuesta CAP en cada visita con cada familia
	_		<ul><li>Una ext</li></ul>	tensa cantidad de variables sobre las familias.
3	Visita COD	Registra el tema de	<ul> <li>Registra</li> </ul>	ar visitas y temas de la COD en cada familia
		la COD y acuerdos	_	ar el número de visita a un hogar y saber si se hacía COD en el hogar visitado
			<ul><li>Registra</li></ul>	ar los CC logrados y no logrados en cada visita
			■ Provee	r información a supervisores y al equipo técnico
			■ Se redis	stribuyó la carga de familias por ACC
4	Registro de reunio- nes grupales	Registra las familias participantes	<ul><li>Registra particip</li></ul>	ar el número de personas invitadas por las familias pantes
5	Supervisión	Verifica la calidad de la Consejería	<ul><li>Provees</li><li>la conse</li></ul>	r acompañamiento a ACC y garantizar la calidad de ejería
			cicio de	car quiénes de los ACC tenía dificultades en el ejer- las consejerías, a partir de registrar su porcentaje limiento.
6	Casa alerta	Dar seguimiento y verificar variables de casa alerta.	_	ar las familias que por alguna condición no conti- n el programa COD.
			_	ar familias que no se pudo realizar la visita en el mes ondiente por alguna de las razones de alerta.
7	Hogares alerta MANCORSARIC	Referencia al SS		al sistema de salud a miembros de las familias par- ses que tienen problemas de salud
			<ul><li>Verifica</li><li>los ACC</li></ul>	r y da seguimiento a las referencias realizadas por
8	Monitoreo de la cali- dad de la visita COD	Monitoreo y eva- luación del Pro-	_	ar la implementación del Plan de monitoreo y apo- alidad de implementación de la COD
9	Monitoreo rápido de la adopción de prác- ticas	yecto	<ul><li>Consoli</li></ul>	dar y analizar información

El sistema de registro ha contribuido a la recolección de datos mediante un conjunto de formularios aplicados en cada consejería y por familia, se estima que aproximadamente hay 320,000 registros. Limitaciones del sistema de información

# Evaluación Cualitativa Proyecto Redes "Uso de Redes Sociales para mejorar los resultados neonatales e infantiles en zonas rurales de Honduras

- Toma de decisiones atrasada, "para realizar ajustes se hizo con retraso, debido a que las propuestas de ajustes debían ser consultadas por el carácter de estudio del proyecto". (GPR)
- Inversión de tiempo para obtener información, "a medida que pasaba el tiempo, la base de datos se fue haciendo más grande, actualmente para hacer un cálculo, por ejemplo, hacer un reporte por cada ACC, que diga cuantas consejerías hizo, se establece una formula y se tarda como 25 minutos para dar el dato y sí se hace un cambio, la formula se debe volver a calcular, entonces es bastante tardado y trabajoso". (EME)

### 4.2.3. Beneficios de la consejería

Al preguntar al personal de Redes y a las familias participantes sobre los beneficios que han obtenido de la consejería COD, la respuesta es la misma: el aprendizaje. Los ACC y el grupo de enfoque realizado con líderes expresan que los beneficios de la consejería llegan también a los centros de salud. El proyecto Redes desarrolló una intervención educativa, descrita en el siguiente diagrama.

Las mujeres participantes en los grupos de enfoque y en entrevistas, han expresado que el beneficio obtenido de la COD es el "aprendizaje", al que le dan un significado en el que prevalece la utilidad del mismo y el valor que tiene.

Es útil para enseñar a los demás y para la persona, "me gustó saber que podría advertir a los muchachos".
 (MGE)

"tener un ahorro para el parto" (MP), "cómo aconsejar a jóvenes para que no tengan hijos muy pequeños". (MP)

"tomar AF desde los 10 años para que su cuerpo este fuerte y tengan hijos después de los 18 años". (MP)

 Nuevas enseñanzas, nuevas palabras, "El beneficio fue el conocimiento, los compromisos que quedaban de enseñarle a la gente, a mí me daban la visita y había otras casas que no salieron beneficiados con las visitas, mi toca educar a los demás y explicarle a la gente que necesitaban de un entendimiento". (MEFE)

"Uno no sabía nada, le enseñaban tantas cosas que una se ponía a pensar, aunque la gente le decía que perdía tiempo, pero como no eran ellos los que aprendían, sino que era uno, aprendí de las enseñanzas de cómo cuidar a los niños, aprendí de mis errores, aprendí que el aprendizaje es más valioso que lo material". (MLGE)

 Nuevas enseñanzas que se practican, "pues bastante le ayudan a uno [los aprendizajes), porque uno va despertando y practica lo que le dicen a uno". (ME)

"era bien bonito, eso era bien bonito, ahí es donde más aprende uno, aprende lo que uno no sabía, porque ahí le presentaban los videos donde la gente era dejada, donde la gente se preparaba para el parto, los doctores como reciben un niño, había bastante que nos enseñaba". (MEFE)

"practiqué dando consejo a los jóvenes". (MLGE)

"di consejo a mis nietas de no usar fajero". (MGE)

- La educación no tiene precio, "No tuvimos que pagar nada para que nos enseñaran". (MGE)
- Familia participantes comprendieron que la salud es un derecho.

#### Líderes hombres:

- Ayudar al Centro de Salud, "pienso que de esa forma [con el conocimiento] nosotros le ayudamos al centro de salud, evitamos que un niño por una cosa sencilla tenga que ir al doctor. Porque cuando las cosas son complicadas, el que conoce los signos de peligro, se va al centro de salud, porque no hay que estar esperando que se compliquen las cosas". (HLGE)
- Para cuidar a la comunidad, "uno conoce la gente y la comunidad, como vive y uno sabe que la mayoría de problemas es por falta de conocimiento, me motiva a mí, decirle: mire esto se hace, y esto no se hace, o sea que uno le plantea las dos cosas". (HLGE)

#### Personal de Redes

- Compromiso personal, "yo sentía que, al dar las charlas, era un compromiso poner en práctica lo que aprendí. No le puedo decir nombre del tema o de todo lo que aprendí, pero que sí, puse en práctica lo que se estuvo viendo en las charlas".
- Influyendo en la mejora del Centro de Salud, "hay más demanda [de parte de las familias participantes], no era el fin del proyecto mejorar los servicios de salud, pero a través de las consejerías se logró, fue un plus que se logró, que se mejoraran los servicios de salud, porque hubo más exigencia, más demanda, más presión,".

¿Qué ha influido en el aprendizaje de las familias participantes?

#### En la COD

- La característica de la COD que es oportuna, "la gente aprende más cuando necesita, en el momento que necesita saber algo. Un niño enfermo con diarrea u otra cosa, sí se le da oportunamente los conocimientos a la persona, es más fácil que los asimile... Pienso que eso era importante que la forma oportuna y dirigida de los temas, según la necesidad de las familias, hicieron que fueran más asimilables por parte de las familias que participaron". (EME)
- Las propuestas de la COD, agradables para las familias, "me ha gustado ese plan reproductivo". (MPE)

"a mí me gustaba que llegaran a darme la charla, que me hicieran la visita porque más conocimiento podía tener yo". (MEFE)

"los mensajes de asistir al CP, el AF, dar el consejo a los jóvenes, me gustaron las personas que me visitaron", "me gustó hacer los acuerdos del día y hora de la visita siguiente" (MGE)

La confianza entre ACC y familia, "a mí me gustó la forma en que ellos daban la charla y la confianza que uno agarró con ellos, porque a veces uno no habla con las personas o les tiene pena y no hay buena comunicación. En cambio, ellos desde que empezaron, la confianza que agarraban, como si fuese una persona ya conocida de tiempos con uno. Porque si no hubiera sido así, talvez no hubiera aceptado porque tanto trabajo y cosas que uno tiene que hacer, dejar de hacer las cosas para atenderlos, pero la forma, la amabilidad y la confianza que le dan a uno". (MLGE)

### En la familia

- La disposición de participar, "tener uno el tiempo para recibir a aquella persona que la va a dar un buen futuro a uno... porque, aunque sea para sus mismos hijos o talvez para otra persona, que necesite un consejo". (MEFE)
- Los temas eran importantes para las personas participantes, "el tema de violencia y valores, el de autoestima, este me ayudó a mí, a veces uno lo tiene bajo, es no sentirse menos que otro, valorarse como mujer en todo, no menospreciarse, las mujeres maltratadas". (MPE)





"a mí me gustaron los temas, porque no le puedo decir que no me gustó ninguno, porque me gustaron todos". (MEFE)

### Cambios a la forma de ejecutar la consejería

Hay una fuerte tendencia de las personas participantes a expresar: "no le cambiaría nada" por su parte las familias expresan "todo me gustó, no cambiaría nada", todos consideran que: "el orden de la consejería está bien definido". Sin embargo, el equipo de Redes haría los cambios siguientes:

Personal de Redes    Identificar el terreno mediante recorrido, no solamente con el mapa, para una mejor distribución de ACC en el territorio   Algunas adivinanzas, rimas y bombas deben estar mejor estructuradas.    Los ACC deberían atender a 60 familias de modo que hagan 3 consejerías por día   Los videos deben ser más reales, por ejemplo, mostrar el trabajo de parto, las con-			
<ul> <li>Identificar el terreno mediante recorrido, no solamente con el mapa, para una mejor distribución de ACC en el territorio</li> <li>Los ACC deberían atender a 60 familias de modo que hagan 3 consejerías por día</li> <li>Un equipo de 3 personas para la administración</li> <li>Los diversos formularios del CAP, dejar sólo lo elemental lógica desde el principio</li> <li>Algunas adivinanzas, rimas y bombas deben estar mejor estructuradas.</li> <li>Los videos deben ser más reales, por ejemplo, mostrar el trabajo de parto, las con-</li> </ul>	En el modelo operativo	En la consejería	A nivel de proyecto sin el carácter de estudio
recorrido, no solamente con el mapa, para una mejor distribución de ACC en el territorio  Los ACC deberían atender a 60 familias de modo que hagan 3 consejerías por día  Un equipo de 3 personas para la administración  CAP, dejar sólo lo elemental o de acuerdo a cada tema principio  Algunas adivinanzas, rimas y bombas deben estar mejor estructuradas.  Los videos deben ser más reales, por ejemplo, mostrar el trabajo de parto, las con-	Personal de Redes		
<ul> <li>En la LB se debe averiguar quién participará, si el hombre, la mujer o la familia, para decidir si debe ser atendido por una mujer u hombre</li> <li>Los libros impresos de consejo que sean laminados y encuadernados</li> </ul> Secuentias de no tomar el ácido fólico. <ul> <li>Cambiaría la caja de cartón, sería mejor un bolso de tela para guardar los materiales, ya que algunas familias perdían los materiales que les estábamos dando.</li> </ul>	<ul> <li>Identificar el terreno mediante recorrido, no solamente con el mapa, para una mejor distribución de ACC en el territorio</li> <li>Los ACC deberían atender a 60 familias de modo que hagan 3 consejerías por día</li> <li>Un equipo de 3 personas para la administración</li> <li>En la LB se debe averiguar quién participará, si el hombre, la mujer o la familia, para decidir si debe ser atendido por una mujer u hombre</li> <li>Los libros impresos de consejo que sean laminados y encua-</li> </ul>	<ul> <li>CAP, dejar sólo lo elemental o de acuerdo a cada tema</li> <li>Algunas adivinanzas, rimas y bombas deben estar mejor estructuradas.</li> <li>Los videos deben ser más reales, por ejemplo, mostrar el trabajo de parto, las consecuencias de no tomar el ácido fólico.</li> <li>Cambiaría la caja de cartón, sería mejor un bolso de tela para guardar los materiales, ya que algunas familias perdían los materiales que les</li> </ul>	■ Implementar ruta lógica desde el principio

## 4.2.4. Limitaciones que surgen del carácter de estudio del Proyecto Redes

Expresadas por el personal de Redes:

- 1. El Proyecto no podía coordinarse para hacer un trabajo estrecho con los proveedores del sistema de salud. No podían establecer reuniones para dialogar problemas, ni debían, por ejemplo, proveer apoyo como el transporte; sin embargo, en casos de extrema emergencia, se llevaron algunas mujeres a la clínica. Tampoco se podía proporcionar apoyo en otro tipo de necesidades de las familias.
- 2. El Proyecto debió enmarcarse siempre en el protocolo, sin salirse de sus estipulaciones, no tenían posibilidades de innovar más allá de lo que estaba establecido.

# 4.3. Los cambios de comportamientos logrados y no logrados por las familias con la COD

Para alcanzar el CC, el proyecto basó su teoría en el Modelo de Creencias de Salud que fue propuesta por Rosentock en 1960, que se basa en las teorías del valor esperado (expectativas) cuyo postulado esencial es que la conducta depende principalmente de dos variables: una de ellos es, el valor que la persona da a un determinado objetivo y el otro, la estimación que la persona hace sobre la probabilidad de que al llevar a cabo una acción determinada se logre el objetivo deseado. Esta teoría está vinculada al campo de la educación, en concreto, refiere que el comportamiento de salud es una función tanto del conocimiento como de las actitudes, enfatiza que la percepción de una persona acerca de su vulnerabilidad a una enfermedad y la eficacia del tratamiento, tendrán influencia sobre sus decisiones en relación con sus comportamientos de salud.

# 4.3.1. Los cambios de comportamientos logrados y no logrados por tema COD.

El cuadro siguiente expone el orden o la forma en que están estructurados los 15 temas de la COD y el número de acuerdos incluidos en cada tema, estos acuerdos, son los que marcan la pauta del CC a medida que estos se ejecutan. En cada tema desarrollado en la COD, el ACC negocia con la familia participante los acuerdos que considera pueda cumplir, no es un requisito que la familia se comprometa a todos los acuerdos de manera obligatoria. El cumplimiento de estos acuerdos, -a los que la familia se comprometió por voluntad propia-, indica el CC alcanzado y el acuerdo no cumplido denota los cambios no logrados. Cada uno de los temas de COD incluye un número mínimo de 2 acuerdos y 11 como máximo. Los datos que se presentan, se han determinado en base a los acuerdos que las familias decidieron comprometerse a cumplir y cumplieron y, aquellos que se comprometieron a cumplir pero que por algunas razones no cumplieron.

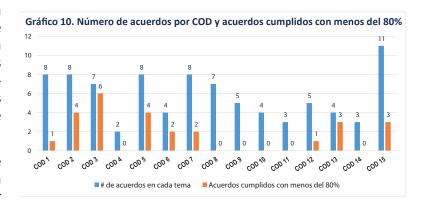
Tabla 13. Acuerdos cumplidos y no cumplidos según COD y parámetros Proyecto Redes, World Vision Honduras. Octubre 2018

	Tema	N° de acuerdos COD	Acuerdos cumplidos	Acuerdos cumplidos < 80%
COD 1	Cuidados durante el embarazo y control pre natal antes de los 3 meses	8	88	\ <b>60</b> /0
COD 2	Plan de parto y emergencias	8		50
	Importancia del parto en la clínica materna u hospital			
COD 3	Participación del hombre y la familia en los cuidados de la mujer embarazada	7		14
COD 4	Importancia de la planificación familiar	2	100	
COD 5	Preparativos de la familia para el parto y cuidados del recién nacido	8		50
COD 6	Atención de la mujer después del parto y del recién nacido en los 3 primeros días	4		50
COD 7	Cuidados del recién nacido y señales de peligro	8		75
COD 8	Cuidados de niños y niñas de 1 mes a 6 meses	7	100	
COD 9	Señales de peligro y búsqueda de atención en las IRAS y EDAS	5	100	
COD 10	Plan de vida reproductivo	4	100	
COD 11	Importancia y beneficios del consumo de AF	3	100	
COD 12	Importancia de la prevención del embarazo antes de los 18 años	5	80	
COD 13	Autoestima, valores y proyecto de vida	4		21
COD 14	Prevención de la violencia de género e intrafamiliar	3	100	
COD 15	Embarazo y medidas de prevención del zika	11		73
	Total de acuerdos en la COD	87		

Los registros llevados a cabo en cada una de las consejerías COD, dan cuenta que hay avances en el cumplimiento de todos los "acuerdos establecidos en cada tema de la COD", sin embargo, se estableció el parámetro de 80% a más, como límite para determinar los CC logrados y los que están debajo de ese parámetro de cumplimiento, se

les denominará CC no logrados. En base a ello, la tabla muestra, tomando en cuenta los datos de los cuatro municipios, que, de los 15 temas, 8 de ellos, están por arriba del 80% y 7 temas registran porcentajes abajo del parámetro; lo que indica que estas familias se enfrentaron a dificultades que no les permitieron cumplir con lo que acordaron por arriba del 80%.

De los 15 temas, sobresale el tema 3 que tiene 7 acuerdos y las familias lograron cumplir 6 de ellos con menos del 80%, por



lo tanto, solo un acuerdo se cumplió arriba del parámetro. Cabe señalar que, en estos datos globales, los municipios de Santa Rita, San Jerónimo y Cabañas presenta acuerdos cumplidos con menos del 80%. Solamente Copán Ruinas registra todos los acuerdos cumplidos con más del 80%. Para indagar en los acuerdos logrados y los no logrados con un cumplimiento menor a 80%, se presenta en detalle, cada tema de COD, con sus acuerdos, su cumplimiento y opiniones de las familias participantes.

# 4.3.2. Cumplimiento de acuerdos por cada tema COD y la opinión de las familias

Tabla 14. COD 1. Cuidados durante el embarazo y control prenatal antes de los 3 meses

	Acuerdos	Acuerdos cumplidos > 80%	Acuerdos cumplidos < 80%	Opiniones de familias participantes
1	Asistir al centro de salud para una prueba de embarazo si su mens- truación no baja después de ocho días de la fecha esperada.	90		Adolescentes y madres solteras acuden al CS hasta que ya no pueden ocultar su estado.
2	Asistir a la primera consulta de control prenatal antes de los tres meses de embarazo y a cinco con- troles durante todo el embarazo	88		<ul> <li>No se dan cuenta que están embarazadas</li> <li>Desde el momento que la mujer queda embarazada tiene que ir a los controles, (HGE)</li> <li>Ir al CS al primer mes y hay que ir a 5 consultas (MGE)</li> </ul>
3	Su esposo o algún familiar le acompañan y entran juntos a la consulta de control prenatal. En caso de una emergencia su esposo también la acompañará.		75	■ Me hice como 8 controles. Mi esposo me acompañó todas las veces. (MPE)
4	Tomar todos los días las pastillas de ácido fólico y multivitaminas que le dan en el centro de salud.	92		<ul> <li>Desde que está embarazada debe tomarse sus prenatales como se las indican (HGE)</li> <li>La persona, al comenzar, en esos tres meses de embarazo, pues ya en control y estar tomando el ácido fólico, luego vienen las prenatales, para tener niños y niñas sanas pues tenemos que ir al centro de salud (MEFE)</li> <li>Los cuidados de la embarazada, en primer lugar tomar primero el ácido fólico, porque eso dan, luego dan las prenatales</li> <li>(MEFE)</li> <li>Tomar AF desde 3 meses antes MGE)</li> </ul>
5	Tener un plan que incluya trans- porte y dinero, ya sea para afrontar el parto o atender una emergencia durante el embarazo o después del parto	83		■ Debe tener un plan de parto (MEFE)
6	Ir de inmediato a la clínica mater- na infantil u hospital si la mujer embarazada presenta una señal de peligro.	86		<ul> <li>Un sangrado, dolor de cabeza, hinchazón en los pies, en las manos si esto pasa debe ir al centro de salud. (MGE)</li> </ul>

7	Empezar a ahorrar para el parto y para cualquier emergencia que pudiera presentarse durante el embarazo.	86	■ Debe tener dinero ahorrado, saber quién las va a llevar a la clínica, tener un carro listo, también a veces tener una persona en lista por si necesita sangre la mujer, porque no se sabe si va a ser cesá- rea o el parto va a ser complicado. (MEFE)
8	La familia y el esposo ayudan para que la mujer embarazada descan- se al menos una hora durante el día y se alimente mejor.	93	<ul> <li>Debe comer de todo y descansar (MGE).</li> <li>Se evita que la mujer embarazada haga trabajo pesado y no levante objetos pesados (HGE).</li> <li>Ayudar a la mujer a no cargar cosas y en las tareas de la casa (HGE).</li> </ul>

Este tema COD presenta siete acuerdos cumplidos con un porcentaje mayor al 80% en los 4 municipios. En los municipios de Santa Rita y San Jerónimo se reportan porcentajes por debajo del parámetro. Es importante destacar en relación al acuerdo 1, que en la zona hay un número alto de adolescentes y de mujeres solteras embarazadas y esto las lleva a mantener oculto su estado de embarazo hasta que alguien de la familia —su padre o madre- descubre su estado. Otro aspecto es que algunas mujeres creen que, si dan a conocer su embarazo de forma temprana, este puede ser "amarrado" mediante brujería, el sistema de salud reporta que acuden hasta que tienen 20 o 30 semanas de embarazo. El acuerdo 3 es el que presenta el % por debajo de 80, está relacionado con los esquemas tradicionales imperantes en el contexto social, generalmente la mujer acude sola a los controles prenatales y el sistema de salud, tiende a no hacer partícipe o permitir el ingreso de los hombres a la consulta.

Tabla 15. COD 2. Plan de parto y emergencias

	Acuerdos	Acuerdos cumplidos	Acuerdos cumplidos	Opiniones de familias participantes
1	Decidir que el parto será en la clínica materna infantil o en el hospital.	> <b>80%</b> 82	< 80%	<ul> <li>Los riesgos de perder el bebé; eso me motivó a mí a irme antes. (MPE)</li> <li>El PP, es el plan qué hace la pareja donde ahí dice a dónde ellos planean donde va a ir a tener la mujer, si a la clínica o al hospital, en qué van a salir, si saben que la comunidad es muy lejana puede buscar donde un familiar más cercano (MEFE)</li> </ul>
2	Ahorrar dinero para las emergencias durante el embarazo y para el parto, además de animalitos que se puedan vender como gallinas, cerdos, cabra	85		Ahorramos para el parto y todo nos salió bien. El ahorro lo hicimos con cosecha de café (corte de café). (MPE)
3	Comprar las cosas necesa- rias para el bebé y la mamá		74	<ul> <li>Hay que preparar la ropa del niño y de la muchacha y todo lo que se va a necesitar (MEFE)</li> <li>Es alistar todo, para la hora del parto. Yo todo lo tuve listo (MPE)</li> </ul>
4	Conseguir con tiempo el medio de transporte para ir a la clínica materna infantil.		79	<ul> <li>A veces aquí uno no halla transporte, por eso mejor de- cidí irme antes, porque a veces de noche no hay (MPE)</li> </ul>

# Evaluación Cualitativa Proyecto Redes "Uso de Redes Sociales para mejorar los resultados neonatales e infantiles en zonas rurales de Honduras

5	Saber quién donará sangre en caso de necesidad (Espo- so, hermano, otros)		71	<ul> <li>También un donante de sangre, a veces la mujer puede presentar anemia y entonces por la anemia les ponen sangre (MEF)</li> </ul>
6	Hablar con algún familiar para el cuidado de los niños en la casa.	86		<ul> <li>y también donde hay personas que tienen hijos, tener lista a la persona que les va a cuidar los demás hijos (MEFE)</li> <li>Familias enfrenta dificultades para encontrar quien les cuide casa y niños.</li> </ul>
7	Evitar la reproducción del zancudo que transmite el virus del Zika, eliminando los criaderos.	91		■ Los compromisos que toma la familia de la mujer embarazada es que teníamos que quitar todo recipiente que estuviera con agua sucia, botar tapones, conchas de huevo, quemar botes que ni tuvieran tapón, para no tener zancudos (ME)
8	Para prevenir el Zika, en la mujer embarazada y evitar daños al bebé, dormir bajo mosquiteros. Después del parto ella y el bebé también deben usar mosquiteros.		79	

Al analizar el conjunto de acuerdos se observa que las decisiones y acciones que incluyen, están bajo el dominio de las familias, sin embargo, 4 de estos acuerdos no alcanzaron un puntaje arriba del 80%, lo cual indica que posiblemente la condición económica de la familia ha influido en el acuerdo 3, 4 y 8. En el 5 las relaciones sociales.

Al observar los acuerdos del uno al seis, tres de ellos: 1, 2 y 6 están por arriba del 80%, los acuerdos 3,4 y 5, están levemente por debajo del 80 ¿Qué significa? Reflejan el avance del significado del plan de parto. Tradicionalmente este plan para las familias de la zona, especialmente las Chorti, era "quedarse en casa" y como lo explica una ACC: "me di cuenta que era difícil para las familias- salir de esa idea" y continua: "Con el tiempo se fue comprendiendo la importancia del plan de parto y las familias que fueron a la clínica, regresaron con experiencias positivas y dándole consejo positivo a otras familias". Esto fue aprovechado por los ACC para motivar a la reflexión sobre los riesgos de dar a luz en las casas.

Para muchas familias, el PP era conocido porque los CS lo impulsan, sin embargo, estaba limitado al llenado de la ficha de plan de parto y que el ahorro debía ser en dinero y; por las condiciones socioeconómicas de las familias, muchas mujeres reportaban tener dinero ahorrado, pero en su realidad este ahorro no existía. La COD propició el ahorro de diferentes formas y las evidencias muestran que las familias ahorraron de cinco formas: 1) el cultivo o cosecha, ya sea de granos básicos o café, 2) la crianza y venta de animales como cerdo y aves, 3) dinero en efectivo, 4) las remesas las destinaron para el parto y 5) préstamo en cooperativas.

Tabla 16. COD 3. Importancia del parto en la clínica materna u hospital, participación del hombre y la familia en los cuidados de la mujer.

	Acuerdos	Acuerdos cumplidos	Acuerdos cumplidos	Opiniones de familias participantes
		> 80%	< 80%	
1	El parto será atendido en la clínica materno Infantil		78	<ul> <li>Porque le conviene a la mujer parir en la clínica: por si se complica el parto allí la atienden (MGE).</li> <li>Hay maltrato de las enfermeras, de la doctora y aún creen que debieron tener el parto ahí. (MGE)</li> <li>El parto fue en la clínica del Jaral. (MPE)</li> <li>Mi parto fue en la CMI El Jaral, en el parto la doctora me dijo que yo estaba mal pariendo a mi hija, me dijo que yo no hacía fuerza y dijo, -que se te muera-, y se fue a sentar. Cuando la niña venía asomándose, la niña nació como ahogada, me arrepentí haber ido al Jaral.</li> </ul>
2	Cuando el bebé nazca pedirá que se lo colo- quen pegadito piel con piel y le dará pecho inmediatamente		76	<ul> <li>Piel con piel para que se caliente y agarre el pecho (MGE)</li> <li>La leche materna los médicos dicen desde que nace el niño póngale el pecho, porque desde que nace, se lo tiran a la mama a el estómago (MPE)</li> </ul>
3	El esposo solicitará permiso para acompañarle durante el parto en el nacimiento de su hijo. El personal de salud debe permitirlo.		74	<ul> <li>La costumbre es que la madre de la mujer que dará a luz, es la que acompaña. Generalmente los hombres llegan a la CMI y luego se retiran. Sin embargo, muchas familias hicieron el compromiso de que en el momento del parto acompañarían a su mujer. (ACC)</li> <li>El contexto de las comunidades es de pobreza y en extrema pobreza. Los hombres que trabajan en labores agrícolas lo hacen en fincas de café, pedir permiso significa perder un día de trabajo y no ganar dinero ese día. Igual si se dedican a vender productos (Personal de Redes).</li> <li>El esposo tiene que trabajar y/o cuidar la casa</li> <li>La CMI no deja que los padres entren al parto. No hay norma en el país al respecto.</li> </ul>
4	Preparar lo necesario para él bebe y para la mujer. (ropa, pañales, toallas sanitarias)	80		<ul> <li>Es alistar todo, para lo hora del parto. Yo todo lo tuve listo (MPE)</li> <li>Mi mamá me apoyó y mi esposo me acompañó siempre, él me apoyó en todo para tener listo y no estar pensando ya a la hora, tengo que alistar esto (MPE)</li> </ul>
5	Conseguir el transporte con anticipación para llevar de inmediato a la embarazada a la clíni- ca materno infantil, si presenta una señal de peligro		79	■ Yo tenía listo el carro, tenía mil Lempiras, pero el señor del carro me engañó cuando le llamé, me dijo, ya llegó, y nunca llegó, por eso el niño nació en la casa, después lo vi y le reclamé, me dijo que estaba cansado de jalar café. (HGE)

rend salu la cl	ando le den la refe- cia en el centro de ud, se irá pronto a línica para que la lúen.	75	<ul> <li>Para muchas comunidades la accesibilidad a la clínica materna es muy difícil tomando en cuenta aspectos de distancia y la condición de los caminos (ACC)</li> <li>Para algunas familias que viven lejos, faltan recursos económicos (ACC)</li> </ul>
mat	albergará en el hogar terno si el momento parto no ha llegado.	73	<ul> <li>Las opiniones de mi mamá y mi papá, ellos estuvieron de acuerdo en que yo me fuera antes, ellos me dieron fuerza para que yo me fuera. (MPE)</li> <li>Me fui 4 días antes porque no quería esperar, porque no quería quedarme en la casa (MPE)</li> <li>La permanencia en el hogar de la CMI, es alta, el servicio de comida puede costar hasta 60 Lempiras, que es lo que puede ganar un hombre en un día de trabajo. (Personal de Redes)</li> <li>Es costumbre esperar que, a la mujer embarazada, le den los dolores para acudir a la CMI, se acostumbra dejar todo a última hora.</li> <li>A muchas familias les hace falta dinero para movilizarse.</li> <li>La CMI tiene una cantidad limitada de alimentos.</li> </ul>

Este tema remueve la cultura tradicional del parto en casa. Por municipio, Cabañas, Santa Rita y San Jerónimo registran todos los acuerdos por debajo del 80%. En Cabañas el acuerdo 3 registra 50%. Desde la perspectiva de ACC el tema del parto institucional, es un tema que implicó expectativas y sensibilidades, primero, porque hay experiencias de muertes maternas en la zona, niños huérfanos de madre y segundo, la perspectiva del riesgo es identificada por las mujeres, principalmente por aquellas que viven en aldeas cuyo traslado a la CMI implica altos costos en la época de lluvia y en verano.

Una de las Supervisoras de campo expresó:

"Un ejemplo es la historia de Ruth, quién ya estaba manifestando dolores de parto y como es la tradición, su mamá la acompañaba a la CMI, pero ella, le exigió al esposo que la acompañara. El esposo quería que ella tuviera el parto en la clínica y le explicaba que ella no iba sola, que la acompañaba su mamá. Ruth exigió a su esposo el acompañamiento y no se subió al taxi que habían contratado. Ruth decía: "hicimos el compromiso" — referencia al acuerdo de la COD-. Finalmente, el taxista se acercó al esposo y le dijo: ¡súbase!, ¡si no, ella no se va ir a la clínica! El esposo se subió al taxi y los tres fueron a la clínica. Estando en la clínica, el doctor la envió al hospital, el esposo no quería ir, pero ella, insistía que debía ir al hospital. Cuando se preparaban para partir al hospital, el esposo no estaba y lo hallaron en el baño, asustado. Se fue en la ambulancia y presenció el parto. El esposo se desmayó, luego dijo, que no tendría más hijos".

El parto institucional, se aborda directamente en dos consejerías, en la COD 2, en el acuerdo uno: "decidir que el parto será en la CMI" alcanza un registro de 82%; sin embargo, en la COD 3, en el acuerdo uno: "el parto es atendido en la CMI" registra 78%. Probablemente influyen aspectos culturales, económicos determinados por tiempo y distancia del hogar a la clínica, así como, la atención del personal en la CMI, a pesar de la sensibilización que el proyecto ha logrado en este tema.

Durante la presentación de hallazgos, se formularon las siguientes consideraciones a este tema:

- Siempre van a haber problemas, en la clínica [CMI] hay arroz y frijoles, pero se les debe decir a las mujeres que ahí hay comida para que puedan disponer de esos alimentos.
- Debería generarse una relación de confianza entre el personal de la clínica y las mujeres.
- El personal de la clínica está con mucha carga de trabajo, y por otro lado hay mujeres que no quieren poner de su parte, no quieren dejar la comodidad de su casa. Cuando el niño se enferma no quieren ir al hospital de Sta. Rosa, por todo lo que implica.

Tabla 17. COD 4. Importancia de la planificación familiar

	Acuerdos	Acuerdos cumplidos > 80%	Acuerdos cumplidos < 80%	Opiniones de familias participantes
1	Espaciar los embarazos (esperar al menos dos años entre un hijo y otro)	94		<ul> <li>Entonces hemos entendido esto: la planificación es estar bien con inyección o la pastilla. ¿Qué quiere usted para ese hijo? ¿Qué quiere que sea en el futuro? Entonces a mí me ha ayudado bastante (MGE)</li> <li>Llevo cuatro meses planificando (MEFE)</li> <li>El propósito de la planificación es para evitar los embarazos (MEFE)</li> </ul>
2	Escoger un método de Planificación familiar junto con su esposo y con el apoyo del personal de salud.	90		<ul> <li>Sirve para planear cuántos hijos quieres tener, la pareja debe estar de acuerdo (MGE)</li> <li>Mi esposo me acompaña y está de acuerdo, porque él va conmigo a las consultas (MEFE)</li> <li>Mi esposo está de acuerdo, los dos decidimos que método íbamos a usar. (MPE)</li> <li>En el centro de salud de donde vivo yo, el Dr. es muy exigente y mal hablado, no tiene paciencia, les dice que tienen que planificar obligatoriamente, le falta acercamiento a la población.</li> <li>Algunas mujeres han tenido reacciones adversas a los MPF (PPR)</li> </ul>

En la cultura de estos cuatro municipios, la PF tiene la particularidad de ser un tema tabú. Para el personal de Redes era el tema más crítico, "algunas familias aceptaron participar en la COD, siempre y cuando no se platicara de PF", explica la especialista en CC. Apreciaciones de ACC, destacan que: "muchas mujeres creían que planificar era pecado, con la consejería se dieron cuenta que se estaban haciendo daño como pareja y con los hijos, porque no alcanzaba para darles la atención a sus hijos con vestuario, alimentación y todo lo necesario". Uno de los cambios que creará influencia en la zona, es el de una pareja pastoral, que de igual manera consideraba la PF como un pecado, pero actualmente están planificando. En la comunidad Chortí, culturalmente no es bien aceptado el uso de MPF, sin embargo, con la consejería, algunas familias se dispusieron a usar MPF.

Sobre este mismo tema, ACC expresaron las siguientes observaciones:

- Hay mujeres que tienen miedo a usar algunos métodos como el implante, por lo invasivo, una razón es que desconocen el procedimiento y por el dolor que provoca.
- Quedan muchos desafíos en el tema de PF y tiene que ver con información, es decir: cómo abordamos este tema con las personas y cómo establecer los acuerdos en la pareja.
- Es necesario dar información a la población sobre los MPF, hay que considerar el derecho de las personas a elegir y conocer, respetar las creencias de las personas.
- Los hombres consideran que la PF es un "asunto de mujeres" y por ello, aunque su pareja planifique, consideran que su participación no es necesaria, ni importante.

Tabla 18. COD 5. Preparativos de la familia para el parto y cuidados del recién nacido

		Acuerdos cumplidos	Acuerdos cumplidos	Opiniones de familias participantes
	Acuerdos	> 80%	< 80%	
1	Después del parto la familia cuenta con un plan de emergencia que todos conocen, ya sea para atender una urgencia de la mujer después del parto o del bebé. Además toda la familia sabe qué hacer si se presenta una señal de peligro.	81		<ul> <li>La familia está sensibilizada para proceder en caso de señales de peligro (ACC)</li> <li>Después del parto, no andar haciendo malas fuerzas, porque uno durante los 42 días, no puede tener otras cosas íntimas porque es peligroso y no andar uno en carrera. Y al sentirse uno con un sangrado traspasado (abundante) y con fiebre, hay que buscar el centro, hay que tener el gran cuidado de eso (MEFE)</li> </ul>
2	Ahorrar para la atención después del parto y cualquier emergencia de la mujer y el recién nacido. (Disponer de animales como gallinas, cerdos y cabras que puedan vender.	85		■ Tener ahorrado dinero el esposo o la familia, tener la persona que los va a llevar a la clínica(MEFE).
3	Buscar el transporte con anticipación, en caso de tener que trasladar a la mujer o al bebé.	81		■ Debe tener un plan de parto, tener dinero ahorrado, saber quién las va a llevar a la clínica, tener un carro listo, también a veces tener una persona en lista por si necesita sangre la mujer, porque no se sabe si va a ser cesárea o el parto va a ser complicado. (MEFE)
4	Llevar a la madre y al recién nacido al centro de salud en los primeros tres días des- pués del parto.		77	<ul> <li>A los 5 días fui al centro de salud, también llevé a mi bebé. Me dijeron que todo estaba bien (MPE)</li> <li>La visita al CS es a los 3 días de la mujer cuando ya viene de la clínica (HGE)</li> <li>En ocasiones se juntan varios factores: distancia de la casa de la MP al CS, el costo del transporte y en ocasiones el trato poco empático del personal de salud. (PR)</li> </ul>

5	Buscar ayuda inmediata en el centro de salud o clínica ma- terna infantil si se presenta una señal de peligro.		79	■ Si hay señales de peligro hay que ir al CS (MGE)
6	Mantener al bebé pegadito piel con piel para mantenerlo calientito y darle pecho cada vez que quiera.		78	<ul> <li>Ya se trata del recién nacido, pegar al niño de piel con piel eso no lo sabía yo, lo aprendí y me gusta porque yo a mi nietecito lo agarro y lo pego a mi piel; y siento que al niño le gusta que le de ese calor mío. Le digo a la muchacha agárrelo, ábraselo dele calor suyo, pégueselo al pecho, dele la chicha, conforme dice ahí el material (MGE)</li> <li>Significa ponerse así al bebé, para que se caliente, para que sienta el amor de mamá, y empiece a mamar. (MGE)</li> </ul>
7	En los primeros seis meses le dará al bebé solo leche materna, no le dará pepe, chupones, ni agüitas de nin- gún tipo.		79	<ul> <li>Yo hice la tontera de ponerle fajero en el hospital y a mí me decía la enfermera que no, y también eso de los chupones. No hay que hacerlo. (MPE)</li> <li>Se le puede dar pepe o biberón pero nunca chupón de saliva de mujer embarazada (MGE)</li> <li>A veces dice la madre que no tiene suficiente leche, el niño o niña no se llena y le dan el pepe.</li> <li>También cuando la madre tiene que salir a trabajar fuera de la casa.</li> </ul>
8	El papá ayuda con los cuida- dos del bebé cargándolo en sus brazos para tranquilizarlo.	81		<ul> <li>El me ayudaba a chinear los niños, los dos hijos que te- nemos (MPE)</li> </ul>

Las diferencias entre los porcentajes que están por encima o por debajo del 80% son leves. De los que están por debajo, dos se vinculan a comportamientos que implican costos; y dos, a la relación madre e hijos – hijas y su alimentación inicial. ACC consideran que estos porcentajes reflejan: "disposición de la familia para el parto". En el acuerdo #6 "Mantener al bebé pegadito piel con piel para mantenerlo calientito y darle pecho cada vez que quiera", a pesar de alcanzar menos del 80% comentan:

- Se trata del recién nacido, pegar al niño de piel con piel eso no lo sabía yo, lo aprendí y me gusta porque yo a mi nietecito lo agarro y lo pego a mi piel; y siento que al niño le gusta que le de ese calor mío. Le digo a la muchacha agárrelo, ábraselo dele calor suyo, pégueselo al pecho, dele la chicha, conforme dice ahí el material (MGE)
- Significa ponerse así al bebé, para que se caliente, para qué sienta el amor de mamá y empiece a mamar. (MGE)

Tabla 19. COD 6. Atención a la mujer después del parto y del recién nacido en los 3 primeros días

	Acuerdos	Acuerdos cumplidos	Acuerdos cumplidos	Opiniones de familias participantes
	Acuerdos	> 80%	< 80%	
1	El esposo o familiar lleva a la mujer y al recién nacido al centro de salud en los primeros tres días después del parto para la atención de la mujer y del bebé; y entra con ella a la consulta.		77	<ul> <li>A los 4 días del parto debe ir a CS (MPE)</li> <li>Existe la cultura de no salir a la calle hasta 40 días después del parto.</li> </ul>
2	El esposo y familia conocen las señales de peligro en la mujer después del parto y en el recién nacido y bus- can atención inmediata en el centro de salud si se pre- senta una de ellas.	84		<ul> <li>El cuidado es vigilarle la presión, que la mujer no vaya a quedar con una infección, o sea que quedan con endometritis en algunas mujeres que es en el vientre, sangrado, calentura, dolor de cabeza y sangrado esos son los cuidados que tiene que vigilar uno en la mujer después del parto. (HGE)</li> <li>Son las infecciones que a veces presentan porque después se les puede desarrollar una anemia, una infección, eso es lo más presente en ellas y porque son puérperas hasta los 42 días las tiene que estar vigilando uno porque en esos días puede ocurrir cualquier problema.(HGE</li> </ul>
3	No utilizar fajero en el re- cién nacido, ni talcos, mo- nedas, hierbas molidas, al- cohol, merthiolate, u otros en el ombligo del bebé.		79	<ul> <li>El cuidado del niño es no poner chupones, no poner el fajero. (MPE)</li> <li>No ponerle nada en el ombliguito, yo no le puse fajero. (MPE)</li> <li>Ahora les digo a las mujeres: no chupones, no fajeros. (HGE)</li> <li>Ya hay niños recién nacidos que no lo usan (HGE)</li> </ul>
4	La mamá en los primeros seis meses solo dará lactan- cia materna exclusiva, no le dará chupón, ni aceite, ni agüitas ni agua.	83		<ul> <li>Al bebé no le di chupón. (MPE)</li> <li>A los bebés se da leche materna (MGE)</li> <li>Solo pecho le doy, ni agua, nada. (MPE)</li> </ul>

Acerca de la atención a la mujer puérpera, la percepción de ACC considera que: "se ha mejorado el control puerperal", debido a que generalmente las MP están acudiendo entre el 4° y 5° día al control, y "se conocen los signos de peligro en el puerperio". En relación al cuidado del recién nacido, es evidente que se ha reducido considerablemente el uso de fajeros y chupones, que son emblemáticos de la cultura local y la alimentación del RN es con leche materna. Los hombres por su parte, han dado muestras de preocupación por el cuidado de la mujer y de sus hijos e hijas recién nacidas. Lo que posiblemente influya para no acudir a los 3 días al CS para el control del puerperio, es el transporte. En algunas aldeas lejanas hay solamente un bus que sale muy temprano y regresa después del mediodía, y los costos del mismo, son considerados altos por las familias.

Tabla 20. COD 7: Cuidados del recién nacido y señales de peligro

	Acuerdos	Acuerdos cumplidos > 80%	Acuerdos cumplidos < 80%	Opiniones de familias participantes
1	No usar fajero ni gasas; no calentar el ombligo del recién nacido, no colocar monedas, hierbas o mezclas, tocar el ombligo solo si es necesario.		79	■ En la limpieza del ombligo, a veces se usa hisopo, yodo, agua oxigenada, agua purificada y un líquido morado que le llaman violeta (MEFE)
2	No colocar yodo, merthiolate, alcohol u otros ungüentos en el ombligo del bebé; mantenerlo seco.	85		■ Fajeros, chupones, linaza, no se deben usar y no echarle merteolate. (MGE)
3	El esposo y la familia participan en los cuidados del recién nacido, lo colocan pegadita piel con piel sobre el pecho para protegerlo y mantenerlo calien- tito.	87		■ El me ayudaba a chinear los niños, los dos hijos que tenemos (MPE)
4	Mantener al recién nacido con pañal seco, con gorro y calcetines y abriga- do.	91		<ul> <li>Debe tenerlos aseados, y cambiándoles pañal y todo, bañándolos. (MGE)</li> </ul>
5	Inscribir al recién nacido en el Registro Nacional de las Personas en los tres primeros días de nacido		73	<ul> <li>"mi niña estaba de días de nacida y yo la lleve al centro de salud para apuntarla." (MPSR)</li> <li>Y éste año, a un niño no me lo quisieron atender porque no llevaba una partida de nacimiento. No me pareció y le dije cosas a la doctora, que como era posible que si el niño no llevaba una partida de nacimiento, ellos no me iban a atender. Ella me dijo que era un reglamento que ellos tenían que cumplir. ¿Y le dije que si una persona llegaba que se estaba muriendo no la iban a atender porque no llevaba una partida de nacimiento? (MGE)</li> </ul>
6	Bañar al recién nacido todos los días con agua tibia y jabón en un lugar donde no entren corrientes de aire, envolverlo y secarlo rápidamente.	85		<ul> <li>Baño diario dentro del hogar para que no le de aire, poner las vacunas (MGE)</li> </ul>
7	Tener un ahorro en dinero por si se presenta una señal de peligro con el recién nacido, Además tener animali- tos como gallinas, cerdos, cabras, que pueda vender.	80		<ul> <li>Se conocen los signos de peligro (ACC)</li> <li>Se debe tener dinero ahorrado la gente que tiene sus animales como gallinas, cerdos y si no tienen dinero ellos pueden vender para tener dinero en ese momento"</li> </ul>
8	En los primeros seis meses solo dará lactancia materna, no dar chupón, ni aceite, ni agüita, ni agua.	85		<ul><li>Lactancia materna por seis primeros meses.</li><li>(MGE)</li></ul>

Acerca del cuido del recién nacido, el acuerdo 1 que aborda el cuidado del ombligo, tiene porcentaje levemente menor de 80%, a pesar de ello, la apreciación de ACC y de las familias participantes en entrevistas y grupos de enfoque, es que se ha mejorado, es decir, "hay tendencia a cambiar el comportamiento" en lo que se refiere a las costumbres de las familias que cuidan el ombligo de RN, "se ha reducido el uso de fajeros, aceites, chupones y monedas".

Tabla 21. COD 8. Cuidados de niñas y niños de 1 mes a 6 meses

	Acuerdos	Acuerdos cumplidos > 80%	Acuerdos cumplidos < 80%	Opiniones de familias participantes
1	Dar solo lactancia materna ex- clusiva al bebé en los primeros seis meses de vida.	91	10070	■ Hasta después de los 6 meses se les da comida (MGE)
2	Dar de mamar las veces que el niño quiera, 12 durante el día y la noche.	94		Eso son las charlas que nos dieron a nosotros, la le- che materna porque es lo que al niño le ayuda más, la leche materna es lo que tiene más importancia
3	Bañar al niño o niña todos los días con agua tibia y jabón en un lugar donde no entren corrien- tes de aire, envolverlo y secarlo rápidamente	87		■ Los cuidados principalmente la higiene, (MEFE)
4	Reconocer las señales de peligro de la diarrea y buscar atención inmediata en un centro de salud si se presenta una señal de peligro, no sobarlo ni darle bebidas de remedios.	87		<ul> <li>El vómito, hay que ir ligero al médico porque es de peligro, esto son las enseñanzas que nos dieron (MGE)</li> <li>"si un niño se encontraba enfermo con diarrea, vomito, cansadito del pecho, era ir ligero al médico, porque era de peligro" (GESR)</li> <li>"Mi niña estaba bien grave en mi casa, estaba chiquitame le agarró diarrea hasta como modo de sangre y yo para ir sola al centro de salud yo no voy, tiene que ir conmigo (el marido) y la llevé y nunca me la atendía y nunca me le daban las medicinas, pero mire si no fuera por ese doctor se me hubiera muerto". (MPSR)</li> </ul>
5	El padre brinda cuidados al bebé: lo carga, lo abraza, le canta	92		<ul> <li>Él me ayudaba a chinear los niños, los dos hijos que tenemos (MGE)</li> <li>En la aldea, miran a un hombre chineando ya le hacen burla (MGE)</li> </ul>
6	En caso de diarrea para prevenir la deshidratación, darle al niño el tratamiento con litrosol y zinc que le dieron en el centro de salud.	85		<ul> <li>Ahora con las charlas que nos dieron con la pastilla zinc que es la que a uno le dan, el aseo que uno tiene que tener con las cosas de lavarse las manos y todo eso ya es diferente</li> </ul>
7	Llevar al niño al centro de salud de acuerdo a las citas para que le apliquen las vacunas, le den la vitamina A y realicen el control de crecimiento	93		<ul> <li>Llevarlos al centro de salud para saber el peso, para que los niños no vayan a llegar a la desnutrición (MEFE)</li> <li>Lo he llevado al centro de salud a las vacunas (MGE)</li> <li>Las vacunas, porque se evita un montón de enfermedades y para que los niños vayan creciendo bien (MEFE)</li> </ul>

Los porcentajes arriba de 80% indican que hay una clara tendencia a implementar los cuidados en menores de 6 meses. Una mujer expresó en un grupo de enfoque: "conozco a una muchacha que tiene un bebé de 4 meses y

dice que el bebé tiene diarrea. Yo le digo a ella que puede ser bacterias y que lo lleve al médico. Pero ella insiste que es el cuajo y lo llevará a que lo soben". Esta aseveración da a entender que aún hay familias que tienden a mantener las costumbres.

Tabla 22. COD 9. Señales de peligro y búsqueda de atención en las IRAS y EDAS

	Acuerdos	Acuerdos cumplidos > 80%	Acuerdos cumplidos < 80%	Opiniones de familias participantes
1	Asistir puntualmente al centro de salud para la aplicación de las vacunas y para el control de crecimiento.	94	< 80%	<ul> <li>Lo he llevado al centro de salud a las vacunas" (MESR).</li> <li>Las madres le han tomado importancia a acudir a las reuniones para conocer el crecimiento y desarrollo de los niños y mejorar el estado de salud del niño o niña (ACC)</li> <li>Las madres están pendientes de llevar a los niños a los centros de vacunación, cuidan el carnet de vacunación y la importancia de vacunarse en la fecha exacta (ACC)</li> </ul>
2	Dar lactancia materna ex- clusiva en los primeros seis meses de vida.	91		<ul> <li>"Seis meses de leche materna, porque yo a los míos así les di, a los seis meses, después de los seis meses les daba comida". (GESR)</li> </ul>
3	Reconocer las señales de peligro de la diarrea y de las infecciones respiratorias y buscar atención inmediata en el centro de salud si se presenta una sola de estas señales.	90		<ul> <li>"El pliegue cutáneo- si se queda la piel pegada que le vuelve después de dos segundos- y la deshidratación que está va tomar y de tomar y va de pedir agua, va de pedir agua, ojos hundidos que son los signos de la diarrea" (MEFE)</li> <li>Convulsiones, respiración rápida, dificultad respiratoria, no puede beber o comer, calentura o fiebre, dificultad para despertarse, tiraje sub costal cuando los niños tienen neumonía, que respiran muy rápido y el hundimiento en el estómago, estridor que es cuando se les oye el hervor en el pechito o sea en los pulmones en las enfermedades respiratorias como la neumonía o una bronquitis, la fiebre o calentura puede dar por varios tipos de enfermedades o por diarrea, gripe o faringo-amigdalitis. (MEFE)</li> </ul>
4	El padre brinda cuidados a sus hijos: lo chinea, lo abraza, le habla.	95		■ "El esposo se preocupa por el cuidado prenatalpero si hoy tuviéramos un niño yo le cambiara" (HGE)
5	Darle al niño como se lo indicaron el tratamiento con que le dieron en el centro de salud.	92		

Todos los acuerdos registros porcentajes arriba de 80%, ACC refieren: "familias no conocían el zinc. Conocían bastante el litrosol, pero a través de la consejería se hizo saber que el zinc es un micronutriente que ayuda no sólo a quitar la diarrea y a mejorar el desarrollo de los niños".

Un hombre líder comunitario comenta: "Yo le hablaba a la mamá, que le diera suero, un poquito de litrosol, que la llevara al centro de salud y le explicaba que podía ser una bacteria, que podía ser un virus. Y la mamá me dijo: yo no creo en bacterias ni en virus, este niño lo que tiene es el cuajo [cuando se le hunde la fontanela], y la voy a llevar a que le den su sobada [masaje para acomodar el estómago] para que le arreglaran el cuajo [colgar al niño

de los pies dando pequeños golpes en los pies para que se coloque en su lugar la fontanela]. ¿Qué quiero decirles con esto? Dice el líder comunitario: Ahí había una persona, a la que le estaba diciendo un nuevo comportamiento: niña dale suero, ándate al hospital; ese es el nuevo comportamiento, pero la persona estaba en el antiguo".

También ACC comenta: "ha aumentado la demanda de zinc en los CS, las familias han dejado de usar pastillas comerciales"

Tabla 23. COD 10. Plan de Vida Reproductivo

	Acuerdos	Acuerdos cumplidos > 80%	Acuerdos cumplidos < 80%	Opiniones de familias participantes
1	Elaborar su plan de vida reproductivo.	83		<ul> <li>No hice plan de vida reproductivo (PVR), sólo el plan de parto, pero tengo el plan de tener dos hijos nada más (MPE)</li> <li>Me ha gustado que ese plan reproductivo estaba muy bien, es bonito escucharlo (MPE)</li> <li>Uno hace planes para el futuro y si tenemos bastantes hijos no vamos a poder darles estudios y muchas cosas. Nosotros talvez cometimos estos errores con nuestros hijos, porque no lo sabíamos, pero ahora que lo sabemos, ya no debemos hacer esas prácticas (MPE)</li> </ul>
2	Decidir que la edad apropiada para tener pareja es después de los 18 años.	89		■ Debemos evitar que chiquitas tengan partos porque el vientre no está preparado (MGE)
3	Usar un método de planifica- ción familiar.	88		<ul> <li>Estoy planificando porque no quiero ahorita tener más hijos y cuidarme yo de no tener más.</li> </ul>
4	Tomar ácido fólico tres meses antes de embarazarse, como se lo indique el personal de salud, para prevenir las malformacio- nes en los bebes que se están formando en el vientre.	88		■ Tomar AF desde 3 meses antes. El AF sirve para rostro, huesos, cabello, uñas, para que el bebé no tenga mal formación. (MGE)

ACC destacan en este tema, "el plan de vida reproductivo era desconocido entre las familias" actualmente, en este tema, "las familias ya saben cómo se elabora un plan de vida reproductivo de una manera bien estructurada".

Destacan que, en este tema el PVR ha contribuido a sensibilizar a los hombres en relación a la PF, aducen que: "al inicio en las familias, el hombre se negaba a que su compañera planificara, pero con las consejerías, ellos empezaron a sensibilizarse, cambiando de tal manera, que estaban pendientes de que la mujer acuda al CS cuándo se aproxima la fecha de vencimiento del método de planificación". Así como a: "valorar la importancia de la comuni-

cación en la pareja y saber cuántos hijos quieren en la familia". Para ello, "ha habido más aceptación por parte de los esposos para utilizar los MPF".

Tabla 24. COD 11. Importancia y consumo de Ácido Fólico

	Acuerdos	Acuerdos cumplidos > 80%	Acuerdos cumplidos < 80%	Opiniones de familias participantes
1	Que la toda mujer entre 10 a 49 años tome ácido fólico de acuerdo a las in- dicaciones del centro de salud, porque conocen los beneficios para la salud y el bienestar de la mujer en las diferen- tes etapas de la vida.	87		<ul> <li>El ácido fólico es para garantizar que el niño no venga malformado (MGE)</li> <li>Según la ciencia médica dice que debe hacer uso del ácido fólico de la joven desde los 10 años en adelante, eso es lo que dice la ciencia médica (HGE)</li> <li>El AF sirve para rostro, huesos, cabello, uñas, para que el bebé no tenga mal formación. (MGE)</li> </ul>
2	Asistir al centro de salud para que sea revisado su carnet de vacunación y que le apliquen la vacuna TD si fuera necesario.	84		■ Se pone la vacuna contra el tétano (MGE)
3	La madre y el padre conocen la im- portancia de que las niñas consuman ácido fólico desde los diez años y las acompañan al centro de salud para buscar las pastillas de ácido fólico	88		<ul> <li>La niña desde los 11 años está tomando ácido fólico, para que cuando ella tenga hijo, el niño no tenga mal formaciones (MGE)</li> <li>Tenemos que llevar a las niñas de 12 años al centro de salud, para que ellas puedan ser mujeres desarrolladas y en su juventud tengan hijos sanos. (MAE)</li> </ul>

Los acuerdos indican que se ha mejorado el consumo de AF. ACC afirma: "el cambio consiste en que su consumo se ha incrementado en los primeros 3 meses de embarazo, en las mujeres en edad fértil y en adolescentes y jóvenes". Se conoce el beneficio de tomar el AF y hay aceptación en su uso de las niñas desde los 10 años y eso es un gran avance.

Tabla 25. COD 12. Importancia de la prevención del embarazo antes de los 18 años

	Acuerdos	Acuerdos cumplidos > 80%	Acuerdos cumplidos < 80%	Opiniones de familias participantes
1	Los adolescentes y sus familias conversan sobre los riesgos de un embarazo antes de los 18 años.	86		<ul> <li>Un logro que tengo en mi vida por el proyecto, es que, ya tengo cómo aconsejar a los jóvenes para que no tengan hijos antes de los 18 años (MGE)</li> </ul>
2	Los adolescentes y sus familias conocen la importancia de retrasar el inicio de la vida de pareja hasta después de los 18 años.	88		<ul> <li>Me ha gustado saber que puedo compartir con los muchachos lo que he aprendido, para que no tengan hijos tan jóvenes (MGE)</li> </ul>
3	Los adolescentes toman la decisión de tener hijos des- pués de los 18 años, conocien- do los riesgos de los embara- zos antes de esta edad.	84		<ul> <li>No debemos tener hijos a una temprana edad (MAE)</li> <li>Una adolescente de 15 años se fue de la casa.         La mamá recibe la consejería. Le aconsejé que buscara a su hija y platicara con ella para evitar el embarazo. La señora lo hizo. La adolescente ya tiene más de un año de estar acompañada y no está embarazada (ACC)     </li> </ul>
4	Las adolescentes a partir de los 10 años, deben tomar ácido fólico para crecer saludables.	89		<ul> <li>La niña desde los 11 años está tomando ácido fólico, para que cuando ella tenga hijo, el niño no tenga mal formaciones (MGE)</li> </ul>

Acerca de la prevención del embarazo en adolescentes y jóvenes, una mujer adulta refiere lo siguiente:

"La verdad yo he platicado con jóvenes, porque a veces nosotros las mujeres más maduras tenemos más experiencias y les he dicho: ustedes jóvenes ya tuvieron uno o dos niños planifiquen busquen la manera de que los niños no sufren, si nosotros somos carne y somos apetitosos, pero hay cosas para que ustedes puedan controlar los embarazos, vayan al centro de salud, o tomen pastillas eso nada les va a costar y evitan un embarazo más...hay muchos niños que no tienen papá, no tienen una responsabilidad de un padre".(MME)

En el grupo de enfoque, una mujer refiere: "aquí tenemos otros aspectos que vienen en la consejería, por ejemplo, en una muchacha adolescente hay que prevenir el embarazo, porque debemos procurar que estas niñas no tan chiquitas de 15 años – 14 años tengan hijos, porque hay que evitarlo a esa edad".

ACC: "con este tema ha habido empoderamiento y conocimiento acerca de las barreras que se dan cuando hay un embarazo a temprana edad, el embarazo viene a dificultar la vida de ellas, algunas dejan sus estudios, son madres solteras las adolescentes"

Se observa en el dialogo relacionado con la prevención del embarazo en adolescentes, que las familias hacen énfasis en las mujeres adolescentes y no se refieren a los varones.

Tabla 26. COD 13. Autoestima, valores y proyecto de vida

	Acuerdos	Acuerdos cumplidos	Acuerdos cumplidos	Opiniones de familias participantes
		> 80%	< 80%	
1	Los adolescentes buscan información adicional sobre autoestima, valores y metas de vida		76	Muchas veces los hijos se sienten como desa- nimados, se sienten solos, porque la autoesti- ma de ellos esta bajaGE
2	Los padres y madres de adolescentes fortalecen la comunicación con sus hijos, hablan con ellos, les escuchan y se interesan en sus proyectos.	93		■ Yo lo hago con mi hijo yo le escucho a él, y le digo: hijo cuando usted necesite algo dígamelo a si yo soy su mamá, yo soy su mejor amiga, usted tiene que valorar lo que yo soy, porque yo valoro lo que usted es para mí, entonces me dice él, es cierto mami yo a usted le voy a contar lo que a mí me pase, entonces eso aprendimos ahí que la autoestima de los hijos tiene que ser valorada por los padres con sus amigos, usted tiene que tener sus amigos pero contar conmigo que clases de amigos son. GE
3	Los adolescentes y jóvenes buscan ser parte de grupos organizados en sus comunidades, o promueven la formación de estos. (grupos de dan- za, redes de jóvenes, cajas rurales de ahorro de jóvenes, teatro, canto, etc)		72	<ul> <li>Las organizaciones comunitarias en su mayo- ría son conformadas por hombres, la mujer no es tomada en cuenta. (ACC)</li> </ul>
4	Los y las adolescentes deben tener su plan de vida reproductivo.		76	<ul> <li>Me ha gustado que ese plan reproductivo muy bien, es bonito escucharlo</li> <li>Tiene un plan de dos hijos. (MGE)</li> </ul>

Este tema forma parte de los temas identificados como "nuevos" en la COD y en la cultura del trabajo en salud de los municipios. Es bien valorado por los aprendizajes respecto a valorarse más en su autoestima y también en los miembros de la familia, especialmente mejorando la comunicación de la familia y la confianza con las y los adolescentes.

Una participante en un grupo de enfoque expresó: "en las visitas que nos hicieron, fue un éxito porque nos enseñaron como saber que nosotros a veces nos bajamos con la autoestima, nos tenemos que valorar, porque a veces las mujeres en la comunidad somos más tímidas, y en el campo social valemos todos hombres y mujeres. Nosotros tenemos que hacernos valer como mujeres, levantarnos esa autoestima y compartir no sólo la enseñanza, sino compartir con las compañeras mujeres, jóvenes, posiblemente las niñas, hay que estarlas introduciéndolas más a lo que es la enseñanza, irnos valorando cada uno de nosotros"



Tabla 27. COF 14. Prevención de violencia de género e intrafamiliar

	Acuerdos	Acuerdos cumplidos > 80%	Acuerdos cumplidos < 80%	Opiniones de familias participantes
1	La pareja y la familia se respeta y deciden juntos para vivir sin violencia	96		<ul> <li>Muchos hombres han bajado el tono cuando hablan con sus parejas y a sus ni- ños (ACC)</li> </ul>
2	La pareja y la familia acuerdan las decisiones que toman y no se imponen ni se violenta sus derechos, manteniendo una relación armónica de amor y ternura.	94		<ul> <li>Mi esposo ha cambiado con la participación en el proyecto Redes, me pidió perdón. Él se enojaba de que yo saliera embarazada. Ahora él habla a sus hijos y les dice que no deben maltratar a su esposa". (MGE)</li> <li>"Se ha mejorado la distribución de tareas en el hogar" (ACC)</li> </ul>
3	Los miembros de la familia promueven la prevención de la violencia y hablan con sus familiares y amistades sobre este tema	88		■ Cuando hay violencia en casa, cuando en casa el papá es violento o la mamá, entonces lo niños a veces a temprana edad se van de casa, porque hay violencia no comprende el papá al hijo, ni la mamá a la hija, ni el papá a la hija, ni la mamá al hijo, entonces y eso no debe existir, porque los hijos son frutos de un matrimonio y debemos de cuidarlos a ellos. GE

El tema de género y violencia intrafamiliar, es un tema nuevo, tomando en cuenta el contexto de los cuatro municipios y la forma en que se ha trabajado la salud. Si bien los puntajes son altos, el personal de Redes, consideran que es el tema en el que menos logros han obtenido. Al analizar el contexto se describe los distintos tipos de violencia imperantes en los municipios y refieren:

 Las mujeres en general están sometidas a la voluntad de los hombres, ellos asumen las decisiones porque tienen el control económico; las mujeres sufren de violencia económica y sexual. Muchas mujeres no pueden decidir si van o no al CS.

- Personas de la tercera edad que cuidan y asumen el sostén de nietos y bisnietos, sufren violencia en la familia, ya que sus hijos se han olvidado de ellos
- La violencia hacia niños y niñas es visible, se puede notar como el padre agrede físicamente y verbal a sus hijos volviéndolos tímidos y a la vez violentos. Los niños sufren casos de violencia asistida.
- Es muy común que las personas, especialmente mujeres y niñez, no conozcan sus derechos
- Comunidades que muestran inseguridad por asaltos y asesinatos

Tabla 28. COD 15. Embarazo y medidas de prevención del Zika

	Acuerdos	Acuerdos cumplidos > 80%	Acuerdos cumplidos < 80%	Opiniones de familias participantes
1	Eliminar agua estancada de macetas, botellas, envases, llantas u otros recipientes que puedan acumular agua.	97		<ul> <li>Evitar los criaderos de zancudos, porque esas enfermedades son por medio de los zancudos, porque si hay una persona infectada con dengue, zika y pica a otra persona, entonces ahí se va desarrollando, eso es la evitación de eso, prevenir los criaderos de zancudos para prevenir las enfermedades (MEF)</li> <li>En lugares donde no hay agua a uno le toca que dejar el agua de la pila hasta que vuelva a llegar, nos gustaría si nos fueran a dejar abate para echar en el agua (MEF)</li> </ul>
2	Cepillado de las paredes de las pilas o depósitos de agua y recambio del agua al menos una vez durante la semana.	98		<ul> <li>Del aseo, de las pilas, de no mantener charcos atrás de las casas, botar tapones y botellas que puedan tener charcos de agua para que no hagan criaderos de zan- cudo (MEF)</li> </ul>
3	Cambiar el agua de los bebe- deros de los animales al menos una vez durante la semana.	97		<ul> <li>Aprendimos que debemos mantener la casa limpia, que no haya aguas retenidas, todo eso si nos ha fun- cionado porque no hay zancudos (MGE)</li> </ul>
4	Tapar los depósitos herméticamente puede ser con nylon, malla fina u otro dispositivo.	93		■ No debemos tener, por ejemplo, panas con aguas sin tapar, también las pilas mantenerlas bien aseadas,
5	Eliminar basura del patio del hogar.	95		adentro también el agua si la reciclamos en tambos, tuviéramos los tambos bien tapados, cambiar el agua todos los días para eliminar el criadero de zancudo,
6	Mantener la grama de los alrededores del hogar corta.	94		que toda la basura ya sea un papelito de chicle, tenemos que ese papelito va al fuego y las botellas y quemar basura, y mantener limpio el solar todo eso para prevenir el zika, chikungunya (MGE)  Del aseo, botar tapones y botellas que puedan tener charcos de agua ahí que hagan criaderos de zancudo. (GESR
7	Las mujeres embarazadas asisten a sus controles prenatales tal y como se lo recomiendan en su servicio de salud.	90		

8	Lo ideal es que todos los miembros de la familia se vistan la piel con ropa de manga larga y ropa que les cubra las piernas.		74	■ Usar ropa manga larga y no se pudo por mucho calor
9	Si alguien en la familia, especialmente si es una mujer embarazada, presenta síntomas de zika, dengue o chikungunya, debe ser llevado de inmediato al centro de salud más cercano para su tratamiento.	82		Hay que ir al centro de salud si uno tiene fiebre hay que buscar el centro más cercano, un dolor de cabe- za, esa mentada chikungunya que dicen que si uno se siente con eso hay que salir inmediatamente y tener un ahorro para tener donde transportarse.
10	Las mujeres embarazadas usan repelente contra mosquitos a diario, de los mismos que son para bebé.		70	<ul> <li>Solo en las áreas urbanas hay oferta de repelentes, pero tienen un alto costo.</li> </ul>
11	Todos los miembros de la familia duermen en lugares protegidos por mosquiteros, especialmente las mujeres embarazadas.		65	<ul> <li>Quitando aguas almacenadas, mantener aseado, usar el pabellón [mosquitero], botar el agua para que no produzca zancudo.</li> </ul>

Solamente 3 de los 11 acuerdos, están debajo de 80%. Lo que puede justificar estos puntajes es que para cumplir con estos acuerdos se requiere invertir dinero en ropa, pabellones y repelente para zancudos.

En 15 de los 87 acuerdos que incluyen los temas de la COD, se describen los cambios de comportamiento que los hombres deben desempeñar en las temáticas maternas, neonatales y reproductivas. Llama la atención de que solamente dos de estos acuerdos están con puntajes menores del 80%. Se formula esta observación ya que la percepción de ACC, manifiesta que: "no logramos la participación de muchos hombres en la COD". Sin embargo, hay referencias de mujeres entrevistadas que ellas, informaban a sus esposos de los temas de la consejería.

ACC observaron cambios en los hombres de la siguiente manera:

"El esposo no se involucraba en los cuidados del embarazo, pero con la consejería se ha visto un cambio, ellos están más concentrados en el cuidado de la mujer embarazada, se preocupan por una mejor alimentación y atención o cuidados. Este cambio ayudó a promover el ahorro en especies"





# 4.4. Las teorías del modelo operativo y los factores que han contribuido o limitado el cambio de comportamiento.

"Sabemos que este es un logro, que nos hemos beneficiado nosotros en la comunidad con estos temas, como le digo, no es a la carrera que se aprende, todo es poco a poco que se va aprendiendo, como cuando un niño empieza a caminar que va pasito a pasito ahí vamos, cuando llegaba la ACC, de mi parte le daba toda la tarde a ella, me gustaba charlar con ella, se nos hacía poquita la tarde para hablar. Yo digo que sí aprendimos bastante en nuestra comunidad, fue un logro, había mujeres que no habían levantado la cabeza y ya hoy ellas dicen que lograron mucho con este Proyecto de Redes". Mujer Grupo de Enfoque.

Ya se ha mencionado que el **Modelo de Creencias de Salud**, es la base teórica implícita en la metodología del proyecto Redes para el cambio de comportamiento. Este modelo tiene dos variables: la primera toma en cuenta el valor que la persona da a un determinado objetivo o meta y, la segunda, la estimación que se hace sobre la probabilidad de llevar a cabo una acción determinada para alcanzar el objetivo o meta. Estas variables orientan el análisis para identificar los elementos que han contribuido o no, a que las familias opten por un cambio de comportamientos.

#### El valor atribuido al Proyecto Redes

Ha quedado claro que el proyecto involucró directamente desde la visita 1 a 3,022 familias y que las 2,552 familias activas que concluyeron la COD en 15 y 21 consejerías, participaron en el proyecto por su propia voluntad, es decir, atribuyeron un valor que se expresa al denominar el proyecto como "importante". ¿Por qué las familias perciben y atribuyeron importancia al proyecto cuando se les presentó en la visita cero? Para responder, en primer lugar, se toma en cuenta el contexto en que viven las familias y cómo es el desempeño de los servicios de salud para dar respuesta a las necesidades de la población. Para ilustrar esta aseveración, en la visita que se hizo a un CS, municipio de Copán Ruinas, se reconoció:

# Evaluación Cualitativa Proyecto Redes "Uso de Redes Sociales para mejorar los resultados neonatales e infantiles en zonas rurales de Honduras

- a) El CS ha ordenado su atención de manera tal, que ha asignado un día para atender a determinada población: lunes para embarazadas, martes para enfermos crónicos, miércoles consulta general, presentándose que, la atención es programada y si no se llega ese día, la persona tiene que ir después el día que corresponde. Si bien esta disposición es solamente para ese CS, la generalidad en los otros municipios es que no tienen los días determinados, pero la persona debe estar en un horario específico para ser atendido, si llega más tarde no es atendido, sin tomar en cuenta si la persona procede de aldeas lejanas.
- b) La atención a las personas es limitada, si llegan dos miembros de una misma familia, solo se atiende a uno de ellos, a quién esté más grave, el otro miembro no será atendido y deberá regresar otro día. Con estas observaciones, se evidencia la capacidad de atención a la población por parte del gestor de los servicios de salud durante la implementación y al momento de la evaluación ya había un nuevo gestor. Se indagó con la SESAL, si es una sugerencia de ellos, determinar los días de atención a la población y respondieron que no, porque se reconoce el derecho a la salud, determinando que es el personal del CS quien toma estas decisiones. Estas disposiciones y formas de atención a las demandas de población, así como experiencias comunitarias de muertes maternas e infantiles, han sustentado que la población considerara "importante" recibir información sobre salud materna, neonatal e infantil.

#### La estimación de la posibilidad de cambiar, ¿qué tan susceptibles somos?

Las familias durante la visita cero, recibieron información sobre el carácter educativo del mismo y esta connotación, dejó en claro que la participación no proporcionaría ningún tipo de beneficio material, pero a su vez, se sensibilizó acera de las consecuencias y beneficios que podría tener la familia al conocer de temas de maternidad, planificación familiar, cuidado de recién nacidos. Las familias visualizaron dos aspectos: uno de ellos, es que identificaron posibilidades de un mejor cuido de la mujer embarazada y de la niñez, es decir, reconocieron que en su familia podría haber una muerte materna o infantil y; en segundo lugar, identificaron la posibilidad de aprender.

Entre las barreras enfrentadas por las familias participantes y que aún están presentes en el ámbito de las aldeas, se pueden mencionar:

- 1. El control prenatal, el parto institucional y el control puerperal, muestran barreras vinculadas a la insatisfacción de la atención del personal de salud, el alto costo del transporte y los recursos para invertir en alimentación.
- 2. En los cuidados del recién nacido, el apego precoz, depende del médico que atienda el parto, aunque la madre lo solicite es decisión del médico entregar a la madre a su hijo o hija, al momento de nacer.
- 3. En los métodos de planificación familiar, la barrera es el significado que las personas atribuyen a la fidelidad conyugal de las mujeres, su relación con Dios y al pecado, este último, para quienes no usan métodos de PF, tomar anticonceptivos o usar algunos de ellos es pecado; para quienes usan métodos de PF, el pecado es traer muchos hijos al mundo y no proveer lo que necesitan.
- 4. La participación de los hombres en el parto, puerperio y cuidado de recién nacido, se les excluye de estas actividades debido a estereotipos de género, las familias creen que estas acciones corresponden solamente a las mujeres; aspecto que es reforzado indirectamente por el sistema de salud, por una parte, al no permitir que el hombre esté presente en el control prenatal, en el parto, en el control puerperal y en las consultas del recién nacido y; por otra, la infraestructura de la CMI no provee privacidad a la parturienta.
- 5. La carencia en los CS de zinc, litrosol, ácido fólico, multivitaminas, prenatales, repelentes de zancudos (rociado), expone a las familias a utilizarlos solamente si ellos disponen de recursos para adquirirlos por su propia cuenta o esperan hasta que el CS los provea.

6. El embarazo en adolescentes es un tema que trastoca costumbres de algunas familias, que, aduciendo su condición de pobreza, tienden a comprometer a sus hijas en matrimonio incluso antes de los 14 años, para no asumir su responsabilidad de manutención. Mediante la COD, se identificaron algunas familias, que luego del proceso educativo y específicamente del tema de embarazo adolescente, tomaron la decisión de no comprometer o entregar a su hija de 14 años, otras familias en igual condición, decidieron incluso, mandarlas a la escuela.

#### El beneficio de los cambios de comportamientos propuestos en la COD

Las familias participantes no incurrieron en costos en el proceso de implementación del proyecto, es decir en la visita de consejería, para cumplir con los acuerdos que consideraron podían cumplir, debieron invertir recursos de tiempo y dinero, en casos en donde el comportamiento incluía traslados, entre ellos, acudir al CP. Ninguna de las familias ha expresado que su participación en el proyecto le costó dinero. En las reflexiones realizadas en entrevistas y grupos de enfoque, las personas participantes han podido observar que las modificaciones que han realizado a partir de la consejería, les han producido beneficios, citan como ejemplo, el ahorro en el plan de parto. A su vez, han podido identificar **en familias no participantes en el proyecto**, cómo estas siguen haciendo lo que ellos han cambiado, ejemplificando, situaciones en las que madres con hijo con diarrea, atribuyen la enfermedad al llamado "empacho" y acuden a una persona para que "los sobe" (remedio casero), en estos casos no acuden al CS, no consumen zinc ni litrosol. Han experimentado como familia, que el ombligo del recién nacido no se infectó y que ha quedado bien al no usar fajero, es una experiencia que proporciona una nueva vivencia y generalmente es compartida por la familia a otras familias.

El diseño de la metodología COD, con 15 temas, 87 acuerdos y con sus mensajes clave, fue ajustada a las necesidades de la población y apoyada con un estrategia de comunicación que no implicó medios masivos, sino una relación directa que construyó un canal de confianza entre ACC y familia, por un período que con algunas familias alcanzó entre 15 y 21 meses y una capacitación continua, basada en las necesidades de los ACC para desarrollar una mejor experiencia en la consejería, refleja una **intención de comportamiento planificado**, siendo otra teoría subyacente en la implementación de proyecto, los elementos que la describen son:

- La consejería en cada tema proporcionó información mediante historias positivas y negativas que motivaron a las familias a asumir los compromisos que ellas consideraban posible de cumplir
- La información y la asistencia del ACC ayudó a que las personas adquirieran las habilidades necesarias para ejecutar los acuerdos
- Las familias han podido experimentar los beneficios del cambio, por ejemplo, en el tema 15, las personas han manifestado "no hay zancudos"; sobre PF, expresan "satisfacción" por el uso de métodos
- Las familias han exteriorizado complacencia por implementar los acuerdos, "todo lo hice" dice una mujer puérpera al hablar del "plan de parto, parto institucional y el puerperio"; "con la cabeza en alto" expresa una mujer adulta al referirse al tema de autoestima.

Estos aspectos reflejan que las familias han tenido control para cumplir con la mayoría de los acuerdos a que se comprometieron para poner en práctica los nuevos comportamientos.

### La teoría de las motivaciones

Esta teoría plantea tres conceptos: a) la Amotivación: que es ausencia de motivación, la persona no está interesada en un comportamiento; b) la motivación extrínseca que es aquella cuando las personas realizan un comportamiento por contingencias externas como premios, recompensas, reconocimiento, afirmando que el comportamiento se mantendrá en la medida en que estas contingencias estén presentes y c) la motivación intrínseca: es cuando las

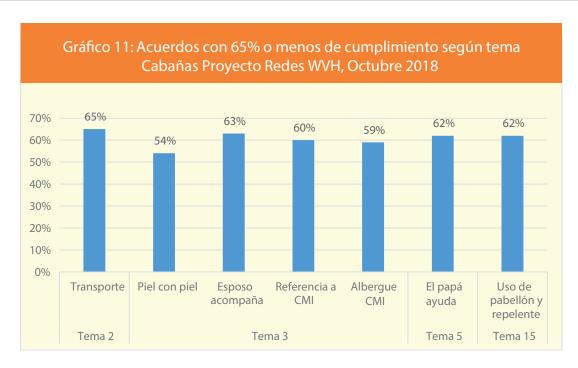
personas realizan un comportamiento por factores internos, de esta manera independiente a lo que pase con el exterior o las contingencias externas, las personas mantendrán su comportamiento.

En búsqueda de falta de motivación, no se encuentran textos de personas participantes que expresen que no tenían motivación de cumplir con acuerdos que ellos seleccionaron en la consejería. Al analizar los porcentajes de los acuerdos con un cumplimiento de 65% o menos, se presentan en los municipios de Cabañas, San Jerónimo y Santa Rita. Las tablas a continuación presentan, el número de la COD, el tema y el porcentaje del acuerdo no logrado. Los acuerdos que aparecen subrayados es porque se repiten al menos una vez en otro municipio.

Cabañas, se observa que en 7 acuerdos no logró cumplimientos mayores de 65%. En la COD 3, su promedio es de 63.

Tabla 29: Acuerdos con 65% o menos de cumplimiento, según tema COD Municipio Cabañas, Proyecto Redes WVH, octubre 2018

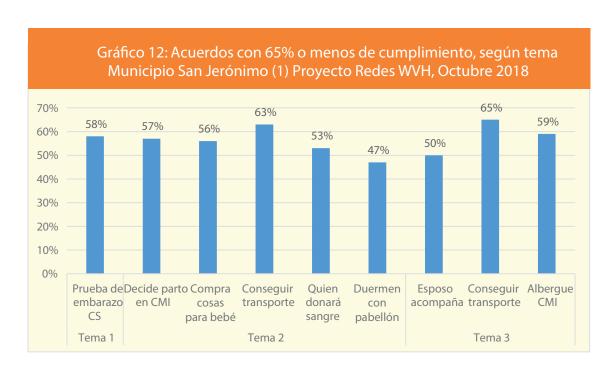
	COD	Tema	Acuerdos con 65% o menos de cumplimiento
	2	Plan de parto y emergencias	65% transporte y dinero para el parto
	3	Importancia del parto en la clínica materna u hospital. Participación del hombre y la familia en los cuidados de la mujer embarazada	54% pide piel con piel y da pecho inmediatamente
			63% esposo pide permiso para acompañar parto
	5		60% CS da referencia para la CMI
			59% albergue en CMI
	5	Preparativos de la familia para el parto y cui- dados del recién nacido	62% padre ayuda cuidados del RN
		Embarazo y medidas de prevención del zika	61% miembros de la familia duermen con pabellón y emba-
	15		razadas usan repelente

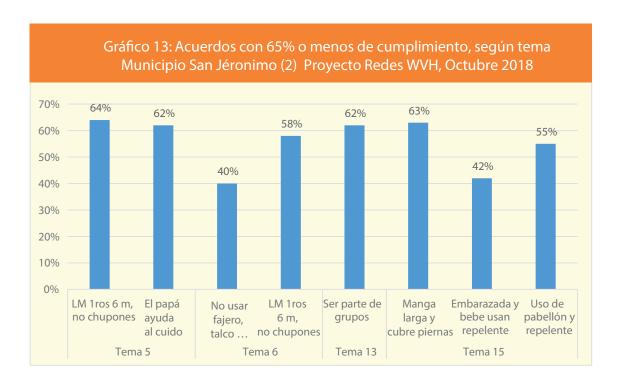


**San Jerónimo,** es el municipio con 17 acuerdos con porcentajes menores de 65%, en 7 temas. Registra los tres porcentajes más bajos alcanzados en cumplimiento de acuerdos. La COD 3, presenta un promedio de 64.

Tabla30: Acuerdos con 65% o menos de cumplimiento, según tema COD Municipio San Jerónimo, Proyecto Redes WVH, octubre 2018

COD	Tema	Acuerdos con 65% o menos de cumplimiento
1	Cuidados durante el embarazo y control pre natal antes de los 3 meses	58% asistir CS prueba de embarazo
2	Plan de parto y emergencias	57% decidir parto en CMI 56% comprar cosas para bebé 63% conseguir con tiempo transporte 53% saber quién donará sangre 47% embarazada duerme con pabellón y el bebé después del parto
3	Importancia del parto en la clínica materna u hospital. Participación del hombre y la fami- lia en los cuidados de la mujer embarazada	50% esposo pide permiso para acompañar parto 65% conseguir transporte con anticipación 59% albergue en CMI
5	Preparativos de la familia para el parto y cuidados del recién nacido	64% LM en primero seis meses, no chupones ni agüitas 62% padre ayuda cuidados del RN
6	Atención de la mujer después del parto y del recién nacido en los 3 primeros días	<b>40%</b> no usar fajero, ni talcos, monedas, hiervas molidas u otros en ombligo 58% LM en seis primeros meses, no chupones, ni aceite, ni agüitas
13	Autoestima, valores y proyecto de vida	62% adolescentes y jóvenes buscan ser parte de grupos organizados
15	Embarazo y medidas de prevención del zika	63% familia usa ropa de manga largo y que cubra sus piernas 42% mujeres embarazadas usan repelente contra mosquito y el bebé 55% miembros de la familia duermen con pabellón y embara- zadas usan repelente

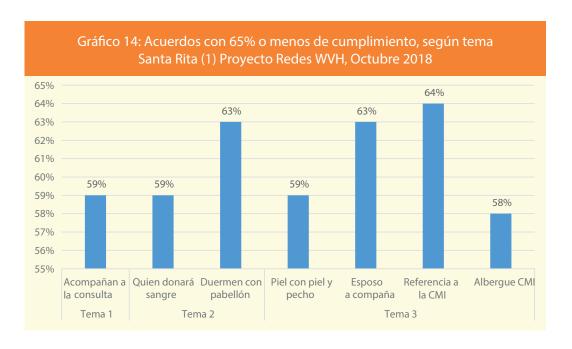


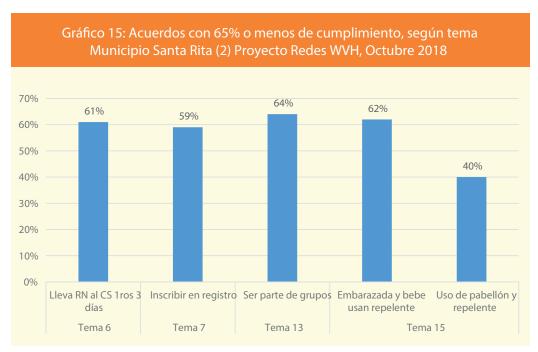


**Santa Rita,** en siete temas de COD registra 12 acuerdos con porcentajes menores de 65%. El promedio en la COD 3, es de 65%.

Tabla 31: Acuerdos con 65% o menos de cumplimiento, según tema COD Municipio Santa Rita, Proyecto Redes WVH, octubre 2018

COD	Tema	Acuerdos con 65% o menos
1	Cuidados durante el embarazo y control pre natal antes de los 3 meses	59% esposo o familiar acompaña y entran juntos a la consulta de CP
	Plan de parto y emergencias	59% Sabe quién donará sangre en caso necesario
2		63% mujer embarazada duerme con pabellón y el bebé des- pués del parto
	Importancia del parto en la clínica materna u hospital. Participación del hombre y la familia en los cuidados de la mujer emba- razada	59% pide piel con piel y da pecho inmediatamente
3		63% esposo pide permiso para acompañar parto
3		64% CS da referencia para la CMI
		58% albergue en CMI
6	Atención de la mujer después del parto y del recién nacido en los 3 primeros días	61% esposo o familiar lleva RN al CS en los primeros 3 días
7	Cuidados del recién nacido y señales de peligro	57% inscribir en el Registro Nacional de Personas al RN
13	Autoestima, valores y proyecto de vida	64% adolescentes y jóvenes buscan ser parte de grupos organizados
15	Embarazo y medidas de prevención del zika	61% mujeres embarazadas usan repelente contra mosquito y el bebé
		53% miembros dela familia duermen con pabellón y embara- zadas usan repelente





La COD 3 presenta incumplimientos menores de 65%, en 4 de sus acuerdos y aparece con promedios de 64, 63 y 65% en los 3 municipios. El resto de temas COD no presentan promedios debajo de 65%, aunque su incumplimiento aparece en dos o tres municipios. En los acuerdos no cumplidos y con porcentaje de 65% o menos, se observa que algunos se relacionan con: a) la cultura o costumbres de la población y sus creencias; se destaca, el acudir al control prenatal en los primeras semanas, la participación del padre en el embarazo, parto, puerperio y recién nacido; b) al costo económico del mismo: el parto institucional, el albergue anticipado en la CMI, el uso de repelentes, manga larga y pabellones al dormir, y c) la familia no tiene la decisión para cumplirlo: el apego precoz, ya este depende del médico en la CMI.

## Evaluación Cualitativa Proyecto Redes "Uso de Redes Sociales para mejorar los resultados neonatales e infantiles en zonas rurales de Honduras

Las motivaciones intrínsecas, se han señalado a partir de que las familias han observado cambios al consumir ácido fólico: los bebés no nacen con malformaciones, las uñas y el cabello lucen mejor; satisfacción en el uso de métodos de PF; el parto es seguro en la clínica, entre otros. Las motivaciones externas, no se han manifestado ya que las familias no recibían ninguna recompensa por participación en el proyecto. Salvo raras excepciones con la finalidad de evitar una muerte materna o infantil, recibieron apoyo de transporte por parte del proyecto o gestión ante la clínica materna para llamar la ambulancia o conseguir otro medio para traslado de emergencia. En concreto, las familias se sintieron motivadas de participar desde que les presentaron el proyecto y aceptaron su participación. No recibieron recompensa por participar y sus propios cambios y experiencias les motivaron para continuar hasta culminar las 15 o 21 visitas de consejerías y posteriormente, lo aprendido lo comparten con otras familias.

# 4.5. Prestadores de servicios -sistema de salud- su influencia en los cambios de comportamiento

Desde la perspectiva de ACC y de las familias participantes en la evaluación, existe una influencia del sistema de salud en el cambio de comportamientos que han experimentado las familias participantes en Redes. Para unos la influencia ha contribuido al cambio, para otros, es una limitante.

#### Para el personal de Redes:

"Esta relación de CC logrados y los centros de salud es bastante grande, porque en la medida que los prestadores de servicios de salud entraban en conocimiento con lo que se andaba haciendo en la comunidad y lo aceptaba como tal, la gente lo creía más y nos comentaban que en el centro les habían indicado, que lo que se le había explicado [en la consejería] era correcto. Al contrario, si a la unidad de salud llegaba una referencia con una posible señal de peligro y el médico tomaba el papel y lo tiraba a la basura diciendo que no servía, esto desmotivaba a la familia, entonces ya esa familia no creía y ponía en duda lo que le había explicado en la consejería"

#### Para las familias participantes

- "Los mensajes del ACC y CS, eran casi lo mismo, la importancia de CP y la planificación familiar" (MGE)
- "No se contradicen, [se refiere a los mensajes de ACC y CS] entre el centro de salud y la consejería no se contradicen, sino que van juntos. Lo del litrosol, está bien; nos dicen del zinc, está bien; los niños que van a la clínica, está bien; lo del hospital, está bien. Bueno, va junto, no se contradice en nada". (HGE)
- Siempre se recibe información [cuando va al CS] con respecto a los niños, como cuando estén con dolor en el pecho, acudir luego al centro, síntomas de neumonía y todo eso. Cuando el pecho les suena, se sienten cansados, tosen que no se parece a la tos normal, como tos cansada". (MGE)

#### Perspectiva del personal de salud

- "Sinceramente no hemos observado cambios en la población, por sus costumbres culturales es un poquito difícil abordarlos".
- "En niños hemos visto cambios, la neumonía ha disminuido con respecto al año anterior, también las diarreas"
- "Hay más mujeres que están planificando, además con un poquito más de conocimiento, seguimos con indicadores cercanos a la meta, pero no se logra todavía, hay meses que vienen más, es fluctuante"
- "El zinc, suero oral y consulta después de tres días, es una norma del prestador de servicios, en la consulta privada se maneja con antibióticos"

## Evaluación Cualitativa Proyecto Redes "Uso de Redes Sociales para mejorar los resultados neonatales e infantiles en zonas rurales de Honduras

- "Todavía el ácido fólico no todas las MEF se lo toman, hay gente que más bien lo bota, quizás porque es regalado, esperemos que de verdad se la estén tomando"
- "La mujer embarazada si está consumiendo el AF, si se capta oportunamente, generalmente lo toman cuando ya están embarazadas"
- "Es que uno de los problemas de la mujer en edad fértil sobre todo en la familia indígena, es como miraban que el Ácido Fólico se le daba a la embarazada, entonces... ¡ahhhh mi hija que tal si queda embarazada o van a decir que está embarazada!, ¡no se lo doy! Yo lo percibí en cierta población, se ha venido disminuyendo ese mito, porque hoy lo aceptan más. Antes al inicio, ese era el problema, que, si yo se lo doy, sale embarazada. A mi consulta llegó un hombre que estaba con anemia, le receté hierro y ácido fólico; ¡y para que voy a tomar eso yo! ¡sí eso es lo que le dan a la embarazada! Entonces, hay ese mito, que sólo es para embarazadas, pero se ha ido disminuyendo en la medida que se les ha dado ácido fólico y la consejería, tanto el proyecto como nosotros y aquí también se da".
- "Antes estábamos en 50% de parto institucional, ahora es 75%, ahorita la CMI tiene un hogar materno, tipo hotel, que tiene dos grandes cubículos con 14 camas a cada lado, 28 en cada cubículo, bien ordenadito. Hay espacio para cocinar. Hay mujeres que les da miedo cocinar en estufa eléctrica, hay una hornilla afuera también para incentivarlas que puedan cocinar. Hay un área donde ellas pueden estar haciendo trabajos manuales. El hogar materno funciona mucho mejor que antes".

#### 4.6. La Comunidad Maya Chortí y su visión de los cambios de comportamientos

Líder Maya Chortí, explica:

"Acá en Copán estamos en cincuenta y nueve comunidades, tenemos un consejo nacional, un consejo regional de varones y un consejo regional de mujeres, que ahí las mujeres ellas solitas, trabajan, elaboran sus propuestas y ejecutan proyectos igual que nosotros los varones. Sí, hemos visto cambios, años atrás ha habido muchas muertes infantiles, igual de mujeres embarazadas o en el parto, hemos visto que ya no ha habido estas muertes como se daban antes, que sí era seguido, que se veía eso de que se morían los niños, a veces se les moría adentro del vientre por cuestiones de descuido de la misma familia; pero vimos que World Vision con este proyecto preparó a la gente, los educó....

Cambios logrados, ha habido cambios, bastante gente lo ha notado, dentro de lo que es este proyecto, está bien claro eso, hubo cambios... los consejeros de salud son quienes le dieron todo el seguimiento para este proyecto... tenemos nuestra propia cultura, también no podemos arriesgar, porque ya los tiempos han cambiado, antes mi esposa cuando yo llegaba, ya había tenido [se refiere a que había tenido el parto], pero ya ahora, miramos que los partos se complican, la mujer cuando está embarazada requiere de cuidados, se le concientizó a la gente porque ya ahora, la gente cuando ya sabe que le toca su día de parto, entonces ya se abocan pues a una clínica o al hospital público que es a donde más llegan. Estos cambios son siempre y cuando sea consciente la persona, sí porque aquí nosotros en algún momento, nos opusimos porque algunas instituciones estaban tratando de hacerlo de manera forzada [se refiere a obligar a la mujer a un parto en la CMI].

<u>Cambios no logrados</u>, "todavía se mantiene y quizá algo que también el proyecto no se logró de repente en una gran cantidad, son los embarazos a temprana edad, siempre hay en las comunidades, hay unas niñas como de unos trece, catorce años que todavía viven con los papás y están embarazadas, en eso creo que no se alcanzó lo que se quería, porque un embarazo a temprana edad es riesgoso y; lo de la planificación familiar, quizá no se dejó bien claro todos los métodos que hay para eso, porque todavía quedaron personas que requieren de eso, al tener mucha familia también como que se limita en algunos derechos que uno como padre debe asistir. Ya a nivel de organización sabemos, que es un reto, todavía que queda pendiente. Esto es un aspecto ya es cuestión cultural, yo pienso que también se puede cambiar, se puede mejorar.

<u>Factores que influyen</u>, sí la cuestión económica, porque acá en la zona, aquí produce empleo nada más las fincas de café y eso es sólo una vez al año, ahorita estamos en la época a inicios de octubre, noviembre, diciembre, enero llega hasta febrero, entonces, allí sí hay ingreso económico en la familia, son como cuatro meses con ingreso económico y ocho meses sin ingresos. Si el parto le toca en esos ocho meses, se dificulta trasladar a una mujer embarazada a una clínica porque se requiere de recursos económicos, el transporte es bastante caro, viajar de acá a Santa Rosa, no baja de unos tres mil quinientos a cuatro mil lempiras [aproximadamente ciento sesenta dólares], es un poco elevado el costo. Por eso a veces las mujeres se arriesgan a morirse. El proyecto retomó esto con el plan del parto y en mi comunidad se habla de este plan de ahorro".





## 5. Conclusiones y recomendaciones



La COD y su implementación, integró de manera planificada, lógica y con coherencia, los hallazgos de la investigación formativa y la estrategia de comunicación que surgió de ese estudio. De igual forma, proporcionó insumos para la estructuración de lo que se ha denominado modelo operativo, a fin de dar respuestas a las necesidades y prioridades de las familias habitantes de cuatro municipios. En los capítulos anteriores ha quedado constatada la atribución del Proyecto Redes en cuanto a la mejora de los comportamientos en relación a la salud materna, neonatal e infantil y con ello, la calidad de vida de las familias participantes, lo que da cuenta de la relevancia del mismo. Sin embargo, es importante retomar, cuatro aspectos: a) la participación de las familias; b) el proceso de aprendizaje implícito en la COD; c) los CC logrados y sus retos relacionados con las familias, el contexto y el sistema de salud; y d) la innovación del proyecto no se limita al uso de la tecnología. Aspectos implícitos en la ejecución del Proyecto, que merecen ser ahondados, porque presentan una oportunidad para contribuir al alivio de los niveles de salud materna, neonatal e infantil de la población.

La participación de las familias, es evidente que la cultura de participación de las familias en proyectos sociales, en los municipios de cobertura del proyecto ha estado enmarcada en el asistencialismo. No obstante, de las 3,022 familias que recibieron al menos una visita de consejería, hay registro en el sistema de información que contabiliza a 2,546 familias que permanecieron activas y participaron en 15 y hasta 21 visitas COD (2,443 y 1,034 respectivamente) hasta agosto 2018 al finalizar la intervención, dando cuenta de una participación que ha valorado la educación en salud y que en su nivel más alto, puede interpretarse como un valor inherente en la familia con una connotación ética, demostrando además, una profunda disposición para compartir conocimientos y experiencias con quienes habitan en su entorno. ¿Cómo ha sido la participación de las familias en un proyecto estructurado previamente? Si bien las familias no participaron en la gestión del proyecto, su participación en el proceso educativo concretado en la consejería, les ha proporcionado conocimientos y con ello, empoderamiento, ya que han tomado decisiones inherentes a su propia vida. Se han fortalecido sus capacidades para orientar mejor los procesos de embarazo, parto, puerperio, el cuidado de recién nacidos. Es evidente que los conocimientos adquiridos, les han permitido, en algunos casos, demandar y negociar con los proveedores de salud y en el caso de la población Maya

## Evaluación Cualitativa Proyecto Redes "Uso de Redes Sociales para mejorar los resultados neonatales e infantiles en zonas rurales de Honduras

Chortí, concientizarse para trascender de sus tradiciones ancestrales a nuevas formas de cuidado en la familia. En otras palabras, participar en las consejerías ha proporcionado a las familias satisfacciones que les hace valorar su autoestima, contar con conocimientos que les permiten gestionar su salud y, además, es información que les permite interactuar con otras familias, dando a conocer su nueva experiencia de vida. En relación a las familias que rechazaron participar, todo indica que entendían bien el propósito educativo del proyecto, pero su visión asistencialista prevaleció.

El proceso de aprendizaje implícito en la COD, evidencia dos resultados, el primero, manifiesta que el conocimiento adquirido en la consejería ha sustentado la toma de decisiones que les permiten practicar comportamientos que, anterior a su participación en el proyecto, eran considerados como "evitables", entre ellos: consumir el AF antes y durante el embarazo, el ahorro en especies para el parto, optar por ir antes del parto a la clínica materna (albergue) y al parto institucional, acudir al control de puerperio, hacer uso de la PF; en el cuidado del recién nacido: el no uso de fajeros, ni chupones, entre otros. Esto evidencia que a partir de la consejería COD asimilaron estas acciones como "necesidades", las cuales, requieren ser satisfechas. El segundo, es que ha habido diálogo y consenso en la familia, revela además, que han adquirido destrezas y capacidades que reflejan presencia de una negociación e interlocución entre sus miembros, logrando romper esquemas comunitarios, entre ellos: acompañamiento del hombre al CP, en el parto y apoyo en algunas tareas domésticas —en algunos casos-; estas habilidades y destrezas respaldadas por el conocimiento adquirido, permite también, la disposición de compartirlos, principalmente con las nuevas generaciones.

La consejería estructurada y apoyada con materiales didácticos y herramientas de comunicación, han sido elementos que por su estrategia de utilización, propician el desarrollo de habilidades cognitivas en las familias, en un contexto determinado —su hogar-, facilitando la captación y la comprensión de cada tema, haciendo comparaciones positivas y negativas de una realidad, utilizando otros instrumentos como las bombas, adivinanzas, canciones para la reflexión (ambiente lúdico) y el reforzamiento de los contenidos para propiciar el aprendizaje y con ello el cambio de comportamiento. Queda evidenciado que los ACC informaron, preguntaron, cuestionaron, advirtieron, sugirieron, apoyaron, es decir, concretaron un proceso de reflexión en cada consejería y con ello, motivaron un proceso a lo interno de la o las personas (familia) participantes para la toma de mejores decisiones.

El equipo del proyecto Redes, adaptó la COD a la realidad de los municipios, para ello, desarrolló procesos de validación y a pesar de que hay una voz unísona en las familias de que "no cambiarían nada de la consejería", es sano aceptar que pueden equivocarse y retomar las consideraciones expresadas por el personal de redes para ajustar procedimientos —ya citados- en el modelo operativo, en el desarrollo de la consejería y, en caso de aplicar la experiencia en otro contexto sin el carácter de estudio. Las recomendaciones conllevan a la realización de mejoras en la distribución de las familias por cada ACC, el tiempo de duración, los materiales didácticos y comunicacionales y una administración con más miembros del equipo a fin de evitar sobre cargas laborales.

Los cambios de comportamientos logrados y sus retos relacionados con las familias, el contexto y el sistema de salud, es difícil de separarlo del fortalecimiento de capacidades en las familias, es decir, del carácter educativo del proyecto, que además ha sido la tarea central en la implementación del proyecto. ¿Qué harán las familias con los conocimientos y con sus nuevas prácticas? Para responder se visualizan cuatro dimensiones:

- a) Ámbito personal, para las personas mayores y para quienes ya tenían alguna experiencia en temas de maternidad, neonatos y cuidado de la niñez, la reflexión a que fue sometida su experiencia en la consejería, les orientará a fomentar el cuidado de su persona. Para quienes no han tenido este tipo de experiencias, les proyecta el cómo gestionarán estas facetas de su vida.
- b) Ámbito familiar, temáticas como la planificación familiar, plan de vida reproductiva, el plan de ahorro para el parto y emergencias, el consumo de ácido fólico desde los 10 años, evitar el embarazo en la adolescencia, han aportado un mecanismo para el diálogo en el seno de la familia (toma de decisión) y ha motivado acciones individuales y familiares para la gestión (demanda) ante el prestador de servicios de salud.

## Evaluación Cualitativa Proyecto Redes "Uso de Redes Sociales para mejorar los resultados neonatales e infantiles en zonas rurales de Honduras

- c) Ámbito comunitario, cada familia participante dispuesta a compartir lo que sabe, respalda un nuevo saber comunitario, marcando pauta para crear nuevas tradiciones: no se usa fajero, ni chupones, el parto es mejor en la clínica, el hombre puede y debe acompañar y tomar responsabilidades en la familia, en especial con la mujer embarazada, recién nacido y cuido de sus hijos e hijas.
- d) Ámbito relacionado con proveedores de salud, en este tema surge la pregunta: ¿Cómo puede el sistema de salud, aprovechar los conocimientos y disposiciones de las 2,552 familias que estuvieron activas participando en el proyecto?

Los retos pendientes: la prueba de embarazo en las primeras 3 semanas, el plan de vida reproductiva, el embarazo en la adolescencia, la participación consiente del hombre en la salud reproductiva, en la maternidad y cuidado de la niñez, la protección de la mujer embarazadas ante el zika, son temas pendientes ya que no alcanzaron el puntaje deseado en sus prácticas, sin embargo, se han sentado bases con amplia información al respecto y el valor que tienen para la salud en las familias y en las aldeas.

¿Son sostenibles los cabios de comportamientos alcanzados? El proyecto determinó desde su diseño, acciones que sustentan la sostenibilidad de sus resultados, entre estas acciones están:

- 1. Seleccionó una metodología, en este caso la COD, que fue adecuada a las necesidades de población, aunque como ya se ha mencionado, hay que hacer ajustes en canciones, bombas y otros recursos didácticos que propició el diálogo, la reflexión y toma de decisiones.
- 2. Fomentó la participación de la familia, incorporando a la niñez y cada miembro habitante en la casa, si bien, la participación de los hombres fue limitada, hay evidencias de que algunas familias optaron por mantener-los informados y en base a esa información, participaron en la toma de decisiones favorables a los nuevos comportamientos.
- 3. La base de la participación fue la voluntad propia de cada familia, la cual imperó durante toda la intervención hasta cerrar el ciclo de 15 visitas COD y hasta 21 visitas, lo que denota que este proceso educativo sentó las bases del conocimiento y su gestión.
- 4. Generó un proceso de aprendizaje que permite la gestión del conocimiento en la familia
- 5. Las familias no recibieron presión para aplicar los cambios de comportamientos, las limitantes que se han identificado son sobre todo económicas, muchas barreras culturales cedieron y se sobre pasaron expectativas con mujeres embarazadas por ejemplo, permanecer en el albergue de la clínica materna, tener su parto en la clínica, hacer uso de métodos de planificación familiar.

Es de recalcar, que estas acciones han sido desarrolladas en equidad para hombres y mujeres y desde una perspectiva de género y generacional, han participado, personas mayores, jóvenes, adultos, adolescentes, niñez y personas con discapacidad.

La innovación del proyecto no se limita al uso de la tecnología, en el contexto de los municipios intervenidos, el proyecto ha marcado una pauta en el concepto de la visita domiciliar en salud y su metodología, lo cual constituye a su vez, una innovación, porque rompe con el esquema local o tradicional de la misma en los siguientes aspectos: a) Identificar el tema de la consejería en base a las necesidades de la familia, a pesar que está estructurada en temas previamente definidos; b) Indagar barreras y resistencias en la consejería; c) Motivar a un análisis crítico con base a historias positivas y negativas de la vida de otras personas para reflexionar y tomar decisiones para su vida, basados en el dialogo entre ACC y familia.

# Valoración y recomendaciones basadas en las evidencias recolectadas en el proceso de evaluación

Conclusión		Recomendación	Responsable		
Modelo operativo del Proyecto Redes para el desarrollo de la estrategia educativa					
<ul> <li>Se ejecutaron 82% (51, gramadas (63,462) en lo 2,434 familias ejecutaro y 1,034 en 21 consejeríceso de educación en sobilidad de aprender favoren el proyecto y el enfo limitó a otras familias.</li> </ul>	.786) de las visitas pro- os municipios on la COD en 15 visitas as completaron el pro- alud. nilias acerca de su posi- oreció la participación	Compartir al proveedor de servicios de salud los resultados del proyecto, entidades como el gobierno local y la organización Maya Chortí	World Vision BID		
<ul> <li>La COD ha demostrado que se puede adaptar a población</li> </ul>	_				
<ul> <li>Los contenidos de la CC cas, planes y estrategias por lo que contribuye a materna, neonatal e inf plementación</li> </ul>	s nacionales de salud la mejora de la salud				
Proceso de aprendizaje, la COD					
<ul> <li>Las 15 temáticas han da necesidades de conocir para optar por un CC</li> <li>El sistema de seguimier yecto, fue preciso, siste pleado en futuras réplic</li> </ul>	nientos de las familias nto que aplicó el pro- mático y debe ser em-	Buscar la institucionalización del modelo operativo, mediante el re- conocimiento del gobierno local y alianzas con otros actores	World Vision BID		
La sostenibilidad de los CC					
<ul> <li>La innovación del proye de tecnología para el ap do la forma de hacer co con los requisitos de se idóneo para la familia, i lia en la decisión del día sus necesidades, la sele</li> </ul>	orendizaje, han innova- onsejería, cumpliendo r privada, en el local nvolucrando a la fami- a, la hora y en base a	Compartir al proveedor de servicios de salud los resultados del proyecto, entidades como el gobierno local y la organización Maya Chortí	World Vision BID		

## **Bibliografía**

- Aguilar, N., Sarmiento, V., & Marchant, E. (n.d. de Septiembre de 2015). *PREZI*. Obtenido de PREZI: https://prezi.com/v3z0w9brmmo8/modelo-de-creencias-de-rosenstock/
- Ajzen y Madden. (1986). citado por Noreña.
- CEDECO ECODES. (2016). Informe de Resultados, Determinaciónd e Servicios al Ambiente, en parcelas de Café y Cacao asociadas, a la Cooperativa Flor de Dalia, Nicaragua. San José: n.d.
- Centro de Comercio Internacional. (n.d. de Junio de 2009). *Centro de Comercio Internacional*. Recuperado el 16 de Diciembre de 2016, de La Guía del Café: http://www.laguiadelcafe.org/guia-del-cafe/merca-dos-nicho-aspectos-ambientales-y-sociales/utz-certified/
- ECODES. (2014). Documento de Formulación de Proyecto. León: n.d.
- ECODES. (2015). Informe tercer año proyecto Caixa, ECODES, ADDAC. León: n.d.
- ENDESA, R. d. (2011/2012). Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Honduras.
- Gumucio, S. (2011, pág 5). Recogida de Datos, Métodos Cuantitativos. n.d.: Medicos del Mundo.
- INBio. (n.d. de n.d. de 2006). *Instituto Nacional de Biodiversidad*. Obtenido de Hongos Entomapatógenos : http://www.inbio.ac.cr/papers/entomopatogenos/
- Indix Mundi. (n.d. de n.d.) Honduras Tasa de Mortalidad Materna. n.d., n.d., n.d.
- INIDE. (2008). El Tuma La Dalia en cifras. Managua: n.d.
- LI, 1999, Citado por Noreña. (s.f.). *Teorías de cambio de comportamientos*.
- Obra Social "la Caixa". (n.d. de n.d. de 2017). Guía para la realización de la Evaluación final de los proyectos de Cooperación Internacional. *Pautas para planificar y llevar a cabo la evaluación final*. n.d., n.d., n.d.: n.d.
- OMS. (Enero de 2016). *OMS*. Recuperado el 02 de Marzo de 2016, de Temas de Salud: http://www.who.int/topics/maternal\_health/es/
- OPS. (6 de septiembre de 2003). *Teorías de cambios de comportamientos.* Obtenido de Diplomado en Comunicación en Salud Pública: http://www.bvsde.paho.org/cursoa\_edusan/modulo1/ES-M01-L07-Comportamiento.pdf
- Roberto Hernandez, Carlos Fernandez, Pilar Baptista. (2006). *Metodología de la Investigación.* Mexico: McGraw-Hill, Interamericana.
- SEDIS, S. d. (2013). Análisis de Comportamiento de los Indicadores Básicos de Desarrollo Social. Honduras.
- UNAH CUROC; IUDPAS. (31 de Enero de 2019). *Observatorio Regional de Violencia*. Obtenido de Observatorio Regional de Violencia: file:///C:/Users/ASROCK/Downloads/BoletinRegionalCUROCEd1.pdf
- UNFPA. (1994, pág 53). Programa de Acción CIPD 1994. n.d.: UNFPA.

## Evaluación Cualitativa Proyecto Redes "Uso de Redes Sociales para mejorar los resultados neonatales e infantiles en zonas rurales de Honduras

- World Vision Internacional. (2007). *Aprendizaje a través de la evaluación con Responsabilidad y Planificación LEAP.* Washintong: World Vision Internacional.
- WVH, A. V. (2015). Análisis de Seguridad y Evaluación de Riesgos realizado por el equipo de Seguridad Corporativa de World Vision Honduras. Honduras.
- Zolla, C., & Zolla, E. (n.d. de n.d.). *Los pueblso indigenas de México, 100 preguntas*. Recuperado el 12 de Marzo de 2016, de Universidad Autónoma de México: http://www.nacionmulticultural.unam. mx/100preguntas/index.html

### **Anexos:**

#### Anexo 1: Glosario de términos

**Actitud**: es una forma de ser, una postura. Se trata de tendencias, de "disposiciones a". Se trata de una variable intermedia entre la situación y la respuesta a dicha situación. Permite explicar que, entre las posibles alternativas de un sujeto sometido a un estímulo, este adopte una determinada práctica y no la otra. Las actitudes no se pueden observar de manera directa como las prácticas, por consiguiente, conviene ser prudente a la hora de medirlas. Es interesante destacar que numerosos estudios muestran un vínculo a menudo débil y en ocasiones nulo en relación entre actitud y práctica. (Gumucio, 2011, pág 5)

**Conocimiento:** representa un conjunto de cosas conocidas, de saber, de "ciencia". También incluye la capacidad de representarse, la propia forma de percibir. El conocimiento a fondo de un comportamiento considerado beneficioso no implica una aplicación automática del mismo. El grado de conocimiento constatado permite situar los ámbitos en que es necesario realizar esfuerzos en materia de información y educación. (Gumucio, 2011, pág 5)

Creencia: es el firme asentimiento y conformidad con algo (Diccionario Real Academia de la Lengua Española)

MANCORSARIC: es una mancomunidad constituida oficialmente en 1999. Se organizó con base al artículo 20 de la ley de municipalidades y con personería jurídica obtenida en el 2003. Está integrada por los municipios de Copán Ruinas, Santa Rita, San Jerónimo y Cabañas del departamento de Copan. Mantuvo a su cargo la Red piloto para implementar el nuevo modelo descentralizado de salud en los municipios que la integran, al final de la ejecución del proyecto Redes, ya no asume este rol.

**Práticas:** o comportamientos son acciones observables de un individuo en respuesta a un estímulo. Son el aspecto concreto, la acción. (Gumucio, 2011, pág 5)

**Planificación familiar:** el propósito de los programas de planificación de la familia debe ser permitir a las parejas y las personas decidir de manera libre y responsable el número y el espaciamiento de sus hijos y obtener la información y los medios necesarios para hacerlo, asegurándose de que ejerzan sus opciones con conocimiento de causa y tengan a su disposición una gama completa de métodos seguros y eficaces. (UNFPA, 1994, pág 53)

**Salud reproductiva:** la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. (UNFPA, 1994, pág 53)

**Salud materna:** comprende todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, al parto hasta el posparto. Cinco complicaciones directamente relacionadas son responsables de más del 70% de las muertes maternas: hemorragias, infecciones, abortos peligrosos, eclampsia y parto obstruido. La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos. (OMS, 2016)

Salud neonatal: se refiera a la salud de niñas y niños que acaban de nacer hasta los 28 días.

## Evaluación Cualitativa Proyecto Redes "Uso de Redes Sociales para mejorar los resultados neonatales e infantiles en zonas rurales de Honduras

**Modelo de atención de salud**: corresponde al contenido de la atención de salud y las características principales de la interacción entre el prestador y el usuario de los servicios.

Mortalidad Materna: la tasa de mortalidad materna (TMM) es el número anual de muertes de mujeres por cada 100.000 niños nacidos vivos por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, excluyendo las causas accidentales o incidentales. La TMM para el año especificado incluye las muertes durante el embarazo, el parto, o dentro de 42 días de interrupción del embarazo, independientemente de la duración y sitio del embarazo. (Indix Mundi, n.d.)

Consejería, son espacios de educación en salud, se orienta en base a las necesidades de la familia en relación a los temas de salud materna, neonatal y reproductiva. Es el espacio de encuentro entre el ACC y la familia participante en el Proyecto Redes, cuyo objetivo es el desarrollo de 15 temas que incluye la metodología COD. La selección del tema se hace en base a las necesidades de la familia y pueden ser reforzados en otra consejería. El número de consejerías es de 15, una por cada tema, sin embargo, con algunas familias se hicieron hasta 21 visitas de consejerías para reforzar temas o involucrar a otros miembros de la familia.

CommCare: es una aplicación móvil para uso en dispositivos smartphone, tablets y computadoras.

CommCare HQ: este es el portal en internet que facilita crear y lanzar aplicaciones (App), ver y analizar datos, e implementar y comunicarse con los usuarios.

#### Modismos de la zona de intervención

**Chupón**, es una tela que se moja con saliva de mujer embarazada, que se le da al niño o niña cuando tiene diarrea. Se acostumbre para quitar el mal de ojo o diarrea. También se utiliza con miel de abeja y agüitas de plantas para darle al recién nacido como remedios.

#### Anexo #2: Estructura del sistema de información e indicadores

Módulos del sistema de registro del Proyecto Redes			
Módulo	Módulo Objetivo del módulo y/o de formularios y datos recabados		
1 Visita diagn <b>ó</b> stica o visita cero			

Consta de seis formularios para recolectar los datos de la visita 0, o diagnóstica. Se realizan las siguientes acciones:

- En la sección de confirmación del hogar se asegura que está visitando el hogar correcto y se confirma y actualiza la información de cada uno de los miembros del hogar.
- Se realiza el diagnóstico rápido, identificación de signos de peligro en los miembros de la familia; si hay una emergencia genera una alerta en el módulo del supervisor
- Consentimiento informado, si la familia está de acuerdo continúa con el formulario de la visita 0; y si no, finaliza la visita, este hogar se reporta en CommCare HQ como no confirmado.
- información de toda la familia; después de lo cual acuerda la fecha de la próxima visita con la familia (primera visita COD)

#### 2 Formularios generales desarrollados antes de iniciar cada visita COD

Son 5 formularios que se completan en cada visita COD

- 1. Verificación del hogar. Objetivo: asegurara que el hogar visitado es el correcto de acuerdo a los datos proporcionados por el YINS. Registra: fecha, hora de la visita COD, la ubicación GPS del hogar. Verifica: la condición de la casa, si la familia puede recibir la visita, quien recibe la visita, confirma o actualiza el grupo familiar. Se determina el módulo COD a impartir.
- 2. Formulario de verificación de los miembros del hogar (individuo). Objetivo: verificar si hay miembros del hogar.
- 3. Formulario de miembros del hogar estado de salud. Verifica si hay señales de alarma o de emergencia que pongan en riesgo la salud. Este formulario genera alerta referencia al supervisor.
- 4. Formulario de conocimiento, actitudes y prácticas CAP. Objetivo: recolectar dato sobre la adopción de conocimientos o cambio de opinión respecto a los mensajes claves por parte de la familia.
- 5. Formulario revisión de acuerdos. Objetivo verificar el cumplimiento de los acuerdos o compromisos de la visita anterior. Se aplica a partir de la segunda visita a la familia. Se identifican 82 acuerdos en los 15 temas. Cada COD tiene un número de acuerdos.

3 Visita COD

El Objetivo es registrar todo el desarrollo de la visita COD.

- Los módulos COD se refieren al desarrollo de la visita de consejería, para los 15 módulos COD.
- Los módulos 2, 5, 8, 10, 11, 12, 13,14 tienen un formulario menos porque no tienen el formulario 6 que corresponde a la sesión técnica.
- Los módulos 1, 3, 4, 6, 7, 9, 15 si tienen la sesión técnica, el módulo 3 tiene una particularidad y es que este tiene dos historias positivas, el formulario 03a corresponde a la historia positiva de Participación del hombre y la familia en los cuidados de la mujer embarazada y el formulario 04a que corresponde a las preguntas de la segunda historia positiva.

#### 4

#### Registro de reuniones grupales

Objetivo: recolectar información de las reuniones grupales.

- Primer formulario: se recopila la información de los participantes en la reunión tales como: fecha de reunión, se ingresan datos de nombre completo y fecha de nacimiento de invitados.
- Formulario de Reunión de Grupo: registra datos de la comunidad, lugar de reunión, fecha y hora. De una lista de contenidos se selecciona el que fue cubierto y fecha y hora de la reunión siguiente.

#### 5

#### Supervisión

Objetivo: recolectar datos de supervisiones a los ACC

- Registra: nombre de supervisor, nombre del ACC, fecha de supervisión, tipo de supervisión visita al hogar o reunión grupal.
- Registra el número del hogar, el municipio, aldea,
- Registra en base a una lista, las habilidades que el ACC desarrolla o no en la visita
- Verifica los materiales que el ACC anda consigo para el desarrollo de la visita
- Registra el tiempo de duración de la visita e indaga en la familia el parecer sobre las visitas, estas observaciones se registran y se establecen oportunidades de mejora, basándose en la puntuación asignada por el sistema.

Este módulo registra las alertas, con la finalidad de asegurar que se estuviera trabajando con las casas intervenidas por el estudio. Cada alerta fue verificada por el equipo de supervisión.

Las alertas reportadas por ACC, llamadas "casa alerta" fueron registradas, si al visitar las casas se encontraban con las siguientes situaciones: visita hasta 3 veces la vivienda y no encuentra a nadie dentro de ella; las personas en la casa no son las personas en el listado de YINS (estudio); el hogar no puede ser accedido debido a violencia u otra condición extrema; el hogar está abandonado o deshabitado; la familia rechaza la visita COD; la familia no dio su consentimiento; el hogar se fusionó con otro hogar. Todas las alertas reportadas eran verificadas por el equipo de supervisores y confirmadas en el sistema.

#### 6

#### Alerta MANCORSARIC

Este formulario registra la "alerta referencia" llamadas así a las referencias dadas por ACC por alguna situación de salud de las familias visitadas. El equipo de supervisores y supervisora técnica daba seguimiento y además establecía coordinación con la clínica materna, centro de salud, o con las instancias correspondientes con mancorsario según la necesidad.

#### 7

#### Monitoreo de la calidad de la visita COD

El objetivo de este formulario es verificar la calidad de las visitas desarrolladas por el ACC con las familias. Contiene preguntas específicas sobre el desarrollo de los pasos de la visita, sobre lo aprendido por las familias y su valoración acerca de las visitas COD.

#### 8

#### Monitoreo rápido de la adopción de prácticas

El objetivo es registrar la adopción de algunas prácticas específicas de las familias; lo implementaron los ACC con el total de familias activas en los meses de mayo 2017 a agosto de 2018, se registró:

- El lugar de ocurrencia del último parto.
- El acompañamiento del esposo al control prenatal y si había entrado a la consulta
- Acompañamiento del hombre en el último parto, a la clínica.
- El uso del fajero en el último hijo
- Preguntas sobre chupón, consumo de ácido fólico, métodos de planificación familiar y otros temas.

#### **Anexo 3: Dictamen DICU - UNAH**





#### DICTAMEN N°004 - 2018

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

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

Fecha: agosto de 2018.

#### I. VISTA

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

- 1.- Carta de presentación y solicitud.
- 2.- Carta de aval institucional.
- 3.- Protocolo e instrumentos de evaluación cualitativa.
- 4.- Protocolo e instrumentos de sistematización.
- 5.- CV de investigadora principal de la evaluación cualitativa.
- 6.- CV de investigadora principal de la sistematización.



La carta de presentación y solicitud contiene lo siguiente:

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

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





#### II. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

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

#### III. CONSIDERANDOS

#### **CONSIDERANDO QUE:**

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

#### **CONSIDERANDO QUE:**

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

#### CONSIDERANDO QUE:

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





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

#### **CONSIDERANDO QUE:**

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

#### Protección de las personas

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

#### Rigor científico: validez, fiabilidad y credibilidad de sus métodos

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

#### Divulgación de la investigación

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





#### **CONSIDERANDO QUE**

La intervención respeta determinadas normas de investigación:

#### Responsabilidad

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

#### Formación de investigadores

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

#### Aplicación del conocimiento en asuntos de trascendencia

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

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





#### Compartir conocimiento

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

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

#### Trabajo en equipo

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

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

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

Participación de la Universidad de Yale.





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

#### **CONSIDERANDO QUE:**

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

#### Idiosincracia y cosmovisión cultural

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

#### Confidencialidad

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





#### Devolución de resultados

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

#### Difusión

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

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

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

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

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

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





#### IV. DICTAMEN

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

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

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

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

- c) Registrar, monitorear, evaluar y acreditar las diversas actividades de investigación científica.
- h) Realizar la evaluación técnica de los proyectos de investigación científica que se presentan para revisión, evaluación y decisión.





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

En consecuencia, la Dirección de Investigación Científica dictamina por:

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

Guía 1: protocolo de grupo de enfoque

Guía 2: protocolo de entrevista

Guía 3: protocolo de grupo de enfoque

Guía 4: protocolo de taller

Guía 5: protocolo de entrevista

Tabla de congruencia

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

- 2. También, a este dictamen se adjunta la siguiente documentación:
- 1.- Carta de presentación y solicitud.
- 2.- Carta de aval institucional.
- 3.- Protocolo e instrumentos de evaluación cualitativa.
- 4.- Protocolo e instrumentos de sistematización.
- 5.- CV de investigadora principal de la evaluación cualitativa.
- 6.- CV de investigadora principal de la sistematización.

TO THE COLON OF TH





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

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

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

Santiago J. Ruiz Ph.D.

Director a.i.

Dirección de Investigación Científica Universitaria, UNAH

### **Anexo 4: Protocolo Evaluación Proyecto Redes**

Asociación Visión Mundial Honduras Tegucigalpa Honduras

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

#### PROTOCOLO DE EVALUCION FINAL

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

Agosto, 2018.

## TABLA DE CONTENIDO

### Contenido

Siglas / Acrónimos		1
I.	Tema de estudio	2
II.	Introducción	3
III.	Antecedentes y contexto	4
IV.	Justificación	8
V.	Preguntas de investigación y objetivos	9
VI.	Marco teórico- referencial	11
VII.	. Metodología	13
VIII	II. Cronograma de actividades	19
IX.	Bibliografía	21
X.	Anexos	22

## Siglas / Acrónimos

ACC Agentes de Cambios de Comportamientos

VMH Visión Mundial Honduras

BID Banco Interamericano de Desarrollo
CAP Conocimientos, Actitudes y Prácticas

CC Cambio de Comportamiento

COD Consejería Oportuna y Dirigida

CPN Control Prenatal

EDAs Enfermedades diarreicas agudas
IRAs Infecciones Respiratorias Agudas
ISM Iniciativa Salud Mesoamérica
LME Lactancia Materna Exclusiva

MANCORSARIC Mancomunidad de Municipios de Copán Ruinas, Santa Rita, San Jerónimo y

Cabañas

MEF Mujeres en Edad Fértil

Redes Uso de Redes Sociales para Mejorar Resultados Neonatales, Infantiles y Maternos

en Zonas Rurales"

RGC Reuniones Grupales Comunitarias
SESAL Secretaría de Salud de Honduras

UC-SMI Unidad Coordinadora – Iniciativa Salud Mesoamérica

YINS Yale Institute of Network Science

## I. Tema de estudio

Los comportamientos implementados y las razones de cambios ocurridos, en las familias participantes del Proyecto Redes.

### II. Introducción

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

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

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

### III. Antecedentes y contexto

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

El proyecto Redes inició su intervención en 154 comunidades distribuidas en los cuatro municipios y un total de 3,634 familias seleccionadas del departamento de Copán. Aproximadamente, en cada aldea viven un aproximado de 53 familias de las cuales 12,

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

tienen a un recién nacido entre sus miembros. La región presenta altos índices de actos ilícitos que ocasionan actos de violencia como robos, tiroteos y homicidios; situación que dificulta el acceso a algunas comunidades, en las cuales, para ingresar, se debe pedir autorización a los jefes de dichos grupos. (VMH, 2015)

#### SITUACION DE SALUD

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

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

zonas rurales donde la atención perinatal puede ser insuficiente o insegura, puesto que apenas la mitad de ellos estuvo a cargo de parteras calificadas. (ENDESA, 2011/2012)

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

#### DESCRIPCION DEL PROYECTO

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

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

La **Fase II** del proyecto se desarrolló de mayo de 2017 a septiembre del 2018, solo VMH como ejecutor. En esta fase se continuó la intervención con la metodología COD y se desarrollaron las Reuniones Grupales Comunitarias (RGC). Los esfuerzos se centraron en el desarrollo creativo de la estrategia educativa, en la cual los ACC jugaron un rol importante,

al igual que Supervisores de campo y el equipo técnico del proyecto para lograr concluir operativamente el ciclo de las 21 visitas COD a las familias.

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

La estrategia educativa aplicada mediante la COD contiene 15 temas, que se concreta en una visita domiciliaria a cada una de las familias participantes, una vez al mes, realizando un ciclo de 21 visitas en total durante la intervención comunitaria. En cada visita se aborda uno de los 15 temas de los que incluye la estrategia, en términos generales los temas son: a) en relación a salud materna: Cuidados durante el embarazo y control prenatal antes de los tres meses, Plan de parto y emergencias; Importancia del parto institucional; Importancia de la planificación familiar; Cuidados de la mujer después del parto, Señales de peligro en la puérpera y el recién nacido; b) en relación al cuidado de la niñez: Cuidados del recién nacido, Cuidados de niños y niñas de 1 a 6 meses; Señales de peligro de infecciones respiratorias agudas (IRA) y enfermedades diarreicas agudas (EDA) en menores de cinco años; c) en salud reproductiva: Plan de vida reproductivo, Importancia de tomar ácido fólico, Importancia de la prevención de embarazos antes de los 18 años; Autoestima, valores y metas de vida, Prevención de violencia de género y Medidas de prevención contra el zika, dengue y chicungunya.

Para las visitas domiciliarias, se contrató y capacitó a 52 hombres y mujeres, que se desempeñaron como ACC. Cada uno de estos agentes atendió en promedio de 50 a 55 familias. Para potenciar su eficiencia, se organizaron en cinco grupos entre 10 y 12, dirigidos por un supervisor de campo. Es importante destacar que todas las actividades que realiza el ACC con la familia se registraron en una aplicación especial del programa educativo, cargada en una tablets. Con fines de monitoreo y evaluación, cada ACC, reporta diariamente el número de visitas realizadas, los problemas enfrentados y remite los datos desde su tablets al servidor para alimentar el sistema de información.

#### Metodología de monitoreo y evaluación

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

CommCare es una plataforma móvil de código abierto diseñada para recolectar datos, cuenta con dos componentes principales: la aplicación móvil y CommCare HQ. La aplicación móvil

es utilizada por el equipo de ACC y supervisores para recolectar datos e información en la visita y el desarrollo de la COD con las familias; funcionando adicionalmente como una herramienta educativa que incluye audio, imagen y mensajes de video. La aplicación es compatible con teléfonos móviles Android y tablets.

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

- Módulo I: Visita Diagnóstica: Este módulo consta de seis formularios para recolectar los datos de la visita 0.
- Módulo II: Visita COD: El ACC llega al hogar en la fecha y hora programada con la familia, inicia verificando el hogar, luego verifica los miembros del hogar, confirma el estado de salud de los miembros del hogar.
- Módulo III: Reunión de grupo: El ACC utilizará este módulo para las reuniones grupales en las comunidades.
- Módulo IV: Reunión de grupo contenido cubierto: En este módulo el ACC registrará el contenido cubierto en la visita actual y programará la fecha y hora de la próxima reunión.
- Módulo V: Módulo del supervisor: Este módulo será utilizado por el supervisor de campo para realizar observación directa del rendimiento del ACC-COD.
- Módulo VI: Casas alertas: En este módulo se recolectan las alertas generadas en las Tablet de los ACC, y el supervisor debe confirmar in situ.
- Módulo VII: Hogares de alerta MANCORSARIC: Este módulo recolecta información de las situaciones críticas de salud encontradas por los ACC y que ameritaron referencia a un servicio de salud.
- Módulo VIII y IX: Línea Base, Conocimientos, actitudes y prácticas: Contienen la información de todos los hogares asignados a los ACC, con esta información el supervisor puede apoyar en la realización de las visitas si por alguna razón el ACC está indispuesto.

### IV. Justificación

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

Por otro lado, a la luz del estudio que desarrolla la Universidad Yale, sobre el uso de las redes sociales en la intervención comunitaria, esta evaluación podría proporcionar insumos valiosos, o bien para otros estudios de interés de las organizaciones implementadoras o instituciones del país

## V. Preguntas de investigación y objetivos

En acuerdo con los intereses del Proyecto Redes, el estudio se centrará en obtener una valoración sobre los cambios de comportamiento y las razones del por qué han ocurrido o no, desde la perspectiva de las familias participantes y el personal técnico del mismo; en este sentido el conjunto de preguntas que dan origen a la estructura de objetivos que orientarán se detallan:

- ¿En qué comportamientos relacionados a la salud materna, neonatal e infantil y de planificación familiar, las familias reconocen que han realizado cambios a partir de la intervención del Proyecto Redes?
- ¿Cuáles son las razones por las que han ocurrido estos cambios de comportamientos en las familias participantes del proyecto redes?

Para la construcción de los objetivos específicos, se han formulado las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son los conocimientos relacionados a la salud materna, neonatal e infantil y de planificación familiar que han adquirido las familias participantes en la intervención del Proyecto?
- ¿Qué actitudes y comportamientos relacionados a la salud materna, neonatal e infantil y de planificación familiar en las familias participantes del proyecto Redes se han mantenido o modificado?
- ¿Cuáles son las razones que han influido en que se hayan logrado o no estos cambios de comportamientos en las familias participantes del proyecto redes?
- ¿Cuál es la percepción de los beneficiarios acerca del modelo operativo del proyecto para el desarrollo de la estrategia educativa en cuanto a: ¿La visita del ACC, la calidad del servicio, la tecnología, aceptación del mensaje, referencia y contra referencia?
- ¿Cuál es la percepción del equipo del proyecto acerca del modelo operativo para el desarrollo de la estrategia educativa en cuanto a: ¿La visita del ACC, la calidad del servicio, la tecnología, aceptación del mensaje, referencia y contra referencia?

Con estos interrogantes, se configuran los objetivos de la evaluación.

#### **OBJETIVO GENERAL**

Valorar los cambios de comportamiento y las razones por las que han ocurrido o no, en salud materna, neonatal e infantil, en las familias beneficiadas en la implementación del Proyecto Redes en los municipios de Copán Ruinas, Santa Rita, San Jerónimo y Cabañas, en el departamento de Copán, en un periodo comprendido entre diciembre 2016 a agosto 2018.

#### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- 1. Identificar conocimientos, actitudes y comportamientos relacionados a la salud materna, neonatal e infantil en las familias participantes.
- 2. Comprender las razones por las que han ocurrido o no, los cambios de comportamiento en el ámbito familiar.
- 3. Indagar la percepción de los beneficiarios acerca del modelo operativo del proyecto para el desarrollo de la estrategia educativa.

Sobre el alcance de estos objetivos, hay que detallar que en relación a los comportamientos, se toman en cuenta los 15 temas de la estrategia educativa con los que promueve comportamientos con el Proyecto Redes en su implementación; el término: razones por las que han ocurrido, se refiere a los aspectos motivadores, facilitadores, barreras y resistencias y las vivencias actuales que los comportamientos proveen a estas familias; y sobre las percepciones del modelo operativo, se centra en la visita, la calidad del servicio y la tecnología como elemento innovador en la experiencia del proyecto.

# VI. Marco teórico- referencial

Las teorías que se han seleccionado para orientar el estudio cualitativo de evaluación del Proyecto Redes, está integrado por un conjunto de postulados, que en principio favorecen la comprensión de la acción social en salud ejecutada por el Programa y se identifican como teorías de cambio de comportamiento. En general, hay dos tipologías: las que se centran en las causas de la conducta y las que enfatizan el cambio individual de la conducta, esto significa que ambos enfoques son necesarios para este estudio. El Proyecto Redes, se define a sí mismo como educativo y en este sentido la **meta teoría o teoría principal** es la identificada como **Modelo de Creencias de Salud** que fue propuesta por **Rosentock** en 1960, que según explica Aguilar, Sarmiento y Marchant:

Este modelo está basado en las teorías del valor esperado (expectativas) cuyo postulado básico es que la conducta depende principalmente de dos variables, el valor que la persona da a un determinado objetivo y la estimación que la persona hace sobre la probabilidad de que al llevar a cabo una acción determinada se logre el objetivo deseado. (Aguilar, Sarmiento, & Marchant, 2015)

De igual forma afirman que en su versión original, el modelo identifica cuatro variables: susceptibilidad, severidad, beneficio percibido y barreras psicológicas, las que parecen influir en las personas a la hora de llevar a cabo una determinada acción. La OPS, retomando a Becker y Maiman en 2003, al exponer este modelo determina cinco variables: 1) el comportamiento depende de si las personas consideran que son susceptibles a un problema de salud en particular; 2) consideran que se trata de un problema serio; 3) están convencidos de que el tratamiento o las actividades de prevención son eficaces, y 4) al mismo tiempo consideran que éstos no son costosos; y 5) reciben un incentivo para tomar medidas de salud. (OPS, 2003). Documentos del Proyecto dan cuenta que esta es la teoría central en el diseño de este, por su vinculación con el campo de la educación. En concreto, refiere que el comportamiento de salud es una función tanto del conocimiento como de las actitudes. Específicamente, este modelo enfatiza que la percepción de una persona acerca de su vulnerabilidad a una enfermedad y la eficacia del tratamiento, tendrán influencia sobre sus decisiones en relación con sus comportamientos de salud. Este modelo pertenece a la tipología centrada en las causas de la conducta.

Tomando en cuenta que el Proyecto Redes, ha diseñado la intervención social, una **segunda teoría** es la que se denomina **Teoría del Comportamiento Planificado**, en la cual toman relevancia dos aspectos, uno es el hecho de la intención del cambio, y dos la importancia del control del comportamiento; este último está determinado por los factores no voluntarios.

Esto implica que en los comportamientos se mueven de un punto en el cual hay control, hasta la falta de control de este.

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

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

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

En la ejecución del Proyecto Redes, la acción que promueve el cambio de comportamiento es la metodología COD, mediante la visita domiciliar que hace el ACC a la familia en el ámbito de la vivienda familiar. Las tres teorías descritas contribuirán a valorar, por una parte, los cambios que ha efectuado la familia, así como las barreras, resistencias y las motivaciones.

# VII.Metodología

El estudio que dará cuerpo a la evaluación empleará el método cualitativo y de manera complementaria se utilizarán los datos cuantitativos que genera el sistema de información del Proyecto Redes. El método cualitativo, se usará para indagar en el tema de comportamientos, conocimientos, actitudes y los aspectos que han favorecido o rechazado los cambios de comportamiento en las familias.

# Muestreo teórico

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

MUESTREO TEÓRICO	CONCEPTO	CASOS	ESTIMACIÓN DE CASOS PARTICIPANTES
Muestra confirmativa	La finalidad es adicionar nuevos casos, cuando en los ya analizados se suscita alguna controversia o surge información que apunta en diferentes direcciones	Mujeres y hombres con niños menores de un año que han participado en al menos 15 visitas COD.  Mujeres y hombres que han participado en las 21 visitas COD hasta finalizar el proyecto.  ACC, supervisores y miembros del equipo técnico que han participado desde el inicio del proyecto.	40 participantes máximo, en 2 talleres con personal del Proyecto. 36 beneficiarios, en 3 grupos de enfoque
Muestra de casos extremos	Útiles cuando nos interesa evaluar características, situaciones o fenómenos especiales, alejados de la "normalidad".	Mujeres y hombres que participaron en al menos 5 visitas y que rechazaron el programa. Se seleccionarán familias que iniciaron su participación en el proyecto y en el transcurso rechazaron. Se hará con familias que provienen de comunidades que rechazaron y que quieran participar voluntariamente.	36 participantes máximo en 3 grupos de enfoque en comunidades
Muestra de casos tipo	El objetivo es analizar los valores y significados, el objetivo es la riqueza, profundidad y calidad de la información, no la cantidad.	Puérperas o madres de menores que cumplieron a cabalidad su plan de parto, MEF con plan de vida reproductivo.	6 participantes. Entrevista

MUESTREO TEÓRICO	CONCEPTO	CASOS	ESTIMACIÓN DE CASOS PARTICIPANTES
	Casos con características específicas, típicas		
Muestra de casos sumamente importantes	Casos del ambiente que no podemos dejar fuera, que no podrían ser excluidos, es decir que no se puede prescindir de ellos por la importancia para el problema analizado.	Personal directivo y operativo el proyecto. Se entrevistará a líderes Chortí, autoridades SESAL y MANCORSARIC, gerencia del proyecto y VMH, gerencia de la UC-SMI/BID y consultora local del BID que brindó asistencia al proyecto.	6 participantes. Entrevista.

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

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

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

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

- Mujeres y hombres con niños menores de un año que han participado en al menos 15 visitas COD.
- Mujeres y hombres que han participado en las 21 visitas COD hasta finalizar el proyecto. Pueden ser: madres de niños y niñas menores de 5 años; hombres en su condición de padres o sin hijos, adolescentes, jóvenes y adultos; MEF; embarazada en cualquier edad gestacional; abuelas y suegras.
- ACC, supervisores y miembros del equipo técnico que han participado desde el inicio del proyecto.
- Mujeres y hombres que participaron en al menos 5 visitas y que rechazaron el programa. Se seleccionarán familias que iniciaron su participación en el proyecto y

en el transcurso rechazaron. Se hará con familias que provienen de comunidades que rechazaron y que quieran participar voluntariamente. Las personas participantes podrán ser: mujeres embarazadas (ME) en cualquier mes de su embarazo, adolescentes, joven o adultas; MEF entre 15 a 49 años de edad; madres y padres de niños menores de 5 años.

- Puérperas entre 01 a 42 días después de su parto, o madre de menor de 1 año que cumplieron a cabalidad su plan de parto. Hombre marido de mujer puérpera, pareja de la mujer que está entre 01 y 42 días después de su parto.
- MEF entre 15 a 49 años, con plan de vida reproductivo: Pueden ser MEF que no están embarazadas; adolescentes, jóvenes y adultas que son madres de niños y niñas menores de cinco años o que no tienen hijos.

# Métodos para recolectar datos

Se aplicarán dos métodos: la entrevista y discusión de grupo. Se utilizará la técnica de la entrevista enfocada en un problema, definida por Witzel citado por Maren Bracker (1998). Es definida como entrevistas semiestructuradas con grupos seleccionados de personas donde se discuten temas establecidos en forma abierta y participativa, y están moderados por un facilitador. El método de discusión de grupo se aplicará mediante el grupo de enfoque y el taller, según el volumen seis: lineamientos de grupos (Bracker, la entrevista cualitativa. Tomo I, 1998).

#### Administración de los datos

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

# Análisis y elaboración de informe

En el método cualitativo, el análisis se hará en paralelo a medida que se recaben los datos. Con las transcripciones se elaborarán matrices y con ellas, se irá construyendo, en base a los conceptos sensibilizantes, las categorías y temas que surgen. Se elaborará el informe en donde se combinarán los hallazgos cuantitativos y los cualitativos relacionados con la percepción del servicio.

La ruta del análisis: El análisis de los datos es un proceso dinámico y creativo se trata de obtener una comprensión más profunda del objeto de estudio. La idea central es que a través

de los datos se llega al fenómeno estudiado. Este protocolo describe las diferentes etapas del análisis (Taylor & Bogdan, 1987):

# FASES DEL ANALISIS / PASOS A DESARROLLAR

#### **RESULTADOS**

# Fase de descubrimiento de temas, desarrollar conceptos y proposiciones

- 1. Leer repetidamente los datos
- 2. Seguir la pista de temas, interpretaciones e ideas
- 3. Buscar temas emergentes
- 4. Elaborar tipologías
- 5. Desarrolle conceptosi y proposicionesiiteóricas
- 6. Desarrolle una Guía de la historia

- Se conoce muy bien los datos, se reconocen temas implícitos y emergentes
- Las tipologías ayudan a concretar y apoyan el desarrollo de los conceptos.
- El concepto permite pasar de la descripción a la interpretación y a la teoría
- Las proposiciones

# Codificacióniii de los datos y refinamiento de la comprensión del tema en estudio

- 1. Desarrolle categorías de codificación
- Codifique todos los datos -lo negativo y positivode la categoría
- 3. Separe –mecánicamente- los datos que pertenecen a cada categoría de codificación
- 4. Revise los datos que sobran si hay datos que no se ajustan, no forzar su ingreso-.
- 5. Refine el análisis

- Lista de temas, conceptos, interpretaciones, tipologías, interpretaciones, identificados o producidos
- Planteamiento de nuevas categorías
- Compara diferentes fragmentos relacionados con cada tema conceptos, interpretaciones y tipologías.

# Comprensión de los datos en el contexto en que fueron recogidos

- 1. Datos solicitados o no solicitados
- 2. Atender la influencia del investigador en el escenario
- 3. Quién estaba allí
- 4. Datos directos e indirectos
- 5. Fuentesiv
- 6. Los supuestos del investigador

- Entender los efectos de la presencia del investigador
- Verificar que el dato es respuesta a la pregunta, no incluir cosas distintas
- Habrá menos validez si nos basamos en datos indirectos<sup>v</sup>
- Prestar atención a la fuente de datos, distinguir entre la perspectiva de una sola persona y las de un grupo más amplio.
- Tomar en cuenta los preconceptos

El proceso descrito será aplicado a los datos primarios y secundarios. Los instrumentos básicos para el ordenamiento de los datos serán matrices construidas a partir de las teorías que orientan el proceso, los conceptos sensibilizantes, categorías y códigos. El objetivo general de este análisis es identificar y construir a partir de los sistemas de relevancia de los entrevistados, los parámetros, patrones o comportamientos relacionados con la salud materna, neonatal e infantil y plan de vida reproductivo. Así como señalar las similitudes y diferencias y elaborar la propuesta de comunicación de los hallazgos.

# Uso de datos cuantitativos.

Se utilizará la base de datos disponible en el sistema gestor de datos del proyecto, CommCare HQ, con el propósito de identificar el nivel de cumplimiento de: a) Los indicadores

priorizados por el proyecto; b) Acuerdos, por cada temática y comportamientos establecidos en la intervención.

Según los módulos y datos registrados, se generará información del sistema sobre los siguientes ítems: datos de salud de las familias, alerta MANCORSARIC, percepción del servicio de salud, datos sobre preguntas CAP, monitoreo de la calidad de la visita, casa alerta, entre otra información que se estime necesario para complementar la comprensión y análisis cualitativo.

La información se desagregará por municipio, en corte trimestral y de cada fase, según se determine su utilidad, además se elaborarán tablas de salida conteniendo la frecuencia y porcentaje de los indicadores y acuerdos examinados.

#### DEVOLUCION DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos del proceso evaluativo serán devueltos al personal técnico y población beneficiada, con el fin de validarlos y para obtener algunos insumos que no se hayan abordado en la fase de recolección de datos.

Concluida esta fase de retroalimentación se preparará el informe final, el cual sería diseminado según los actores o instituciones involucradas.

# CONSIDERACIONES ÉTICAS

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

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

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

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

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

# VIII. Cronograma de actividades

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

									SEMA	SEMANAS 2018	18								
ACTIVIDAD	A	AGOSTO	0		SEF	SEPTIEMBRE	RE		00	OCTUBRE			NOV	NOVIEMBRE			DICIE	DICIEMBRE	
	1 2	<u>ო</u>			_	2 3	4	_	2	က	4	~	7	က	4	_	7	က	4
PRIMERA ETAPA – ORGANIZACION																			
1. Revisión de la propuesta de Evaluación	×																		
2. Revisión y consenso de propuesta metodológica.		×		×															
<ol> <li>Conformación de equipos de trabajo para recolección de datos.</li> </ol>		×		×			×	×											
4. Taller inicial con equipo del proyecto				×															
5. Elaboración de protocolos e instrumentos.				_	× ×	×	×												
<ol> <li>Revisión, retroalimentación y aprobación de protocolo e instrumentos.</li> </ol>								×	×	×									
<ol> <li>Selección de participantes y convocatoria según fechas de actividades.</li> </ol>								×	×	×									
SEGUNDA ETAPA – RECOLECCION DE DATOS																			
8. Revisión documental - Datos secundarios: Informes del proyecto, informe de línea de base y Sistema de Información del proyecto, otros.					×	×	×	×	×										
<ol> <li>Establecimiento de contactos con equipo proyecto, líderes comunitarios, VMH, otros, para asegurar la recolección de datos (GF y entrevistas).</li> </ol>								×	×	×									
10. Validación de instrumentos										×									
11. Recolección de datos cualitativos; entrevistas, grupos de enfoque y talleres.											×	×	×	×					

									SEMA	SEMANAS 2018	318								
ACTIVIDAD		AGOSTO	0		SE	SEPTIEMBRE	BRE		00	OCTUBRE			NOVII	NOVIEMBRE			DICIE	DICIEMBRE	
	_	2	က	4	_	2	3	4	1 2	က	4	_	2	က	4	_	2	က	4
TERCERA ETAPA – PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS																			
12. Transcripción de entrevistas, grupos focales y talleres realizadas a actores daves											×	×	×	×					
<ol> <li>Procesamiento de la información en matrices – ordenamiento y análisis</li> </ol>											×	×	×	×					
<ol> <li>Construcción de tablas de salida y triangulación de datos</li> </ol>											×	×	×	×					
15. Taller de presentación de hallazgos														×	×				
CUARTA ETAPA – ELABORACIÓN DE INFORME FINAL																			
16. Elaboración del informe preliminar														×	×				
17. Revisión del documento preliminar del informe																×	×		
18. Ajustes al informe final, según las recomendaciones brindadas (por retroalimentación recibida)																×	×		
<ol> <li>Envío de informe de evaluación versión final y productos (documentos en versión impresa y digital, base de datos, otros)</li> </ol>																		×	

# IX. Bibliografía

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# X. Anexos

# GUIA No. 1

# Protocolo de Grupo de enfoque

Participantes: Mujeres y hombres con niños menores de un año que han participado en 15 o 21 visitas COD.

P	ROTOCOLO DEL GRUPO DE ENFO	QUE – EVALUACION PROYECTO REDES (15-21)
Temas	planificación familiar. Razones por las que han ocurrido o no	comportamiento en salud materna, neonatal e infantil y de los cambios de comportamientos. o para el desarrollo de la estrategia educativa.
Métod		Discusión de grupo
Técnic	a	Grupo de enfoque
Fecha		Entre el 22 octubre y 10 de noviembre 2018
PREPA	ARACION DEL GRUPO DE ENFOQU	
No.	ASPECTOS POR CONSIDERAR	DESCRIPCIÓN
	Intención del grupo de enfoque: ¿Cuáles son los objetivos del grupo de enfoque?	<ol> <li>Identificar desde la perspectiva de las mujeres con niños menores de un año y hombres los conocimientos relacionados a la salud materna, neonatal e infantil y de planificación familiar que han adquirido en la intervención del Proyecto.</li> <li>Indagar las actitudes y comportamientos relacionados a la salud materna, neonatal e infantil y de planificación familiar que han mantenido o modificado.</li> <li>Comprender las razones que han influido en el logro o no de los cambios de comportamientos la salud materna, neonatal e infantil y de planificación familiar en las familias participantes del proyecto redes.</li> <li>Indagar sobre la percepción del equipo acerca de: La visita del ACC, la calidad del servicio, la tecnología, aceptación del mensaje y referencia y contra referencia.</li> </ol>
2	Tipo de preguntas a realizar	Paradigma Cualitativo: Combinación de métodos con una guía temática, con preguntas estructuradas y abiertas.
	Estructura del grupo de enfoque: Definir cuál es el tipo de persona que va a participar.	Discusión grupal con Mujeres y hombres con niños menores de un año que han participado en al menos 15 o 21 visitas COD.
4	Forma de comunicación:	La presentación de preguntas se realizará de forma oral a través de una conversación natural, la observación, grabación y toma de notas.
	Medio de comunicación en grupo de enfoque: Cuál será el medio más adecuado para lograr la comunicación	Se realizará personalmente, en las comunidades donde se identifique y seleccionen Mujeres con niños menores de un año y hombres que hayan participado en al menos 15 o 21 visitas COD. Horario a conveniencia de las personas participantes y ubicación de las comunidades.
1	Estilo de comunicación: Cuál será el estilo de la comunicación	Suave y neutral.

P	PROTOCOLO DEL GRUPO DE ENFO	QUE – EVALUACION PROYECTO REDES (15-21)
7	Formas de preguntas: Cómo será la forma de abordaje del grupo de enfoque.	Preguntas abiertas.
8	Formato y tiempo del grupo de enfoque: Número óptimo de preguntas a realizar, tiempo y cuál debe ser el orden de estas	26 preguntas para 3 horas como máximo, en un orden inductivo.
9	Contexto del grupo de enfoque	Se describirá las circunstancias en donde las personas y/o experiencias actúan o se desarrollan.
DURA	NTE EL GRUPO DE ENFOQUE	
1	Presentación personal y objetivo	Realizar presentación personal y explicar tanto el objetivo de la evaluación como el objetivo del grupo de enfoque
2	Qué cosas se deben tener en cuenta	Propiciar clima de confianza (raport)
		Escucha empática
		Aceptar ideas
		Evitar críticas
		No inferir respuestas
		Lenguaje sencillo

# GUÍA TEMÁTICA (15-21)

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

- ♦ Dar bienvenida, propiciando ambiente de confianza
- Presentación de la moderadora
- Presentación de los tomadores de notas
- Presentación de cada uno de los participantes (nombre, comunidad y a qué se dedica)
- Explicación del propósito de la actividad
- Presentación del plan de trabajo y procedimientos
- ♦ Acordar con el grupo reglas para desarrollo del trabajo (igualdad de participación, validez de todas las respuestas, la confidencialidad de información, uso de grabadoras, etc.)

Se nos presenta la oportunidad de dialogar con Ustedes para conocer sus opiniones sobre las visitas o charlas de consejería en las que participaban y sobre el trabajo del ACC (promotor), supervisores y equipo que les visitaba, con el objetivo de evaluar la estrategia educativa que impulsó el proyecto Redes. Iniciaremos con unas preguntas generales y después iremos profundizando en nuestra conversación.

- 1. ¿Qué fue lo que más le gustó de participar en la visita de consejería que le realizaba el proyecto Redes?
- 2. ¿Cuál considera es el principal logro o beneficio que obtuvo al participar en la visita de consejería?
- 3. ¿Además del equipo del proyecto Redes, recibía otras visitas para hablar de temas de salud? ¿Podría mencionar la organización o de parte de quien eran visitados también?

Segunda etapa: Profundización. Tiempo: 90 minutos

Identificar los conocimientos relacionados a la salud materna, neonatal e infantil y de planificación familiar que han adquirido en la intervención del Proyecto.

# **GUÍA TEMÁTICA (15-21)**

- 4. ¿Qué conocen sobre los cuidados para mantener la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio?
- 5. ¿Cuáles son los cuidados que conocen ustedes para mantener la salud del recién nacido hasta los 28 días de su nacimiento?
- 6. ¿Cuáles son los cuidados que se deberían tener con los niños menores de dos años?
- 7. ¿Que conocen ustedes sobre la planificación familiar?
- 8. ¿Sobre qué otros temas les impartieron consejería y qué puede mencionar de lo que aprendió de estos temas?

# Indagar las actitudes y comportamientos relacionados a la salud materna, neonatal y de planificación familiar que han mantenido o modificado.

- 9. ¿Qué les parecieron las visitas de consejería que realizaban ACC y supervisores del proyecto Redes?
- 10. ¿De qué manera consideran les ha beneficiado estas visitas?
- 11. ¿Qué opina sobre la importancia de promover comportamientos de salud con las familias?
- 12. Respecto a los comportamientos de salud: ¿Podrían mencionar los cambios que Ustedes tuvieron y que antes no hacían de esa manera? (nuevos comportamientos)
- 13. ¿Cuáles comportamientos considera han sido los que más se han modificado y cuáles menos y por qué?
- 14. ¿Cuáles comportamientos de los acordados con los ACC en las visitas no lograron mantener, o fue difícil practicar? ¿Por qué?

# Comprender son las razones que han influido en el logro o no de los cambios de comportamientos la salud materna, neonatal y de planificación familiar en las familias participantes.

- 15. ¿Qué elementos del proceso de implementación de la estrategia educativa han sido fundamentales/claves para el éxito o no de las visitas de COD?
- 16. ¿Qué factores consideran ustedes han favorecido el logro de la práctica de cambios de comportamientos?
- 17. ¿Qué factores consideran ustedes han limitado el logro del cambio de la práctica de comportamientos? (Barreras y resistencias)
- 18. ¿Qué piensa respecto a la atención de proveedores de servicios de salud y su relación con los cambios de comportamiento alcanzados y los no alcanzados?
- Si la mujer con niños menores de un año y su pareja han participado en 21 visitas COD pregunte:
- 19. Después de las 15 visitas ¿Qué le motivó a continuar recibiendo las visitas?
- 20. Después de las 15 visitas ¿En qué más les ha ayudado estas visitas?

# Indagar sobre la percepción del equipo acerca de: La visita del ACC, la calidad del servicio, La tecnología, aceptación del mensaje y referencia y contra referencia.

- 21. Con respecto a la visita que recibía: ¿Cuál es su opinión con respecto a la calidad de la charla o visita de consejería que recibió del ACC?
- 22. En relación a la manera o forma en que hacía la visita el ACC para enseñar sobre los temas de salud: ¿Cuál es su opinión sobre el uso de Tablet, canciones, historias, adivinanzas, bombas, colorear dibujos, etc. ¿Qué les pareció? ¿Cuál le gustó más, por qué? ¿Le ayudó a aprender sobre los temas de salud?
- 23. Durante las visitas de los ACC ¿Qué mensajes recibió? ¿En qué le ayudaron estos mensajes?
- 24. En caso de que la familia presentara algún problema de salud o necesidad, el ACC le debía hacer una referencia para ir a la Unidad de Salud ¿Ustedes recibieron referencias del ACC? ¿Qué piensa respecto a las referencias que le daba los ACC para ir a la unidad de salud? ¿Para qué le sirvió o le ayudó tener una referencia del ACC al momento de ir a la unidad de salud? ¿Qué utilidad tiene la referencia?
- 25. ¿Qué piensa respecto a la atención de proveedores de servicios de salud y su relación con los cambios de comportamiento alcanzados y los no alcanzados? Qué información recibió de los proveedores de salud (MANCORSARIC/Unidad de salud) y a través de qué medios?
- 26. ¿Han recibido información cuando van al servicio de salud, o por otros promotores que no sean los del proyecto Redes, por ejemplo, con video, historias, canciones, coloreando; ¿Podría comentar cuáles?

# **GUÍA TEMÁTICA (15-21)**

# Tercera etapa: Clausura. Tiempo: 30 minutos

Tema a discutir:

- 27. Si en estos momentos tuvieran la oportunidad de hacer cambios a la visita, ¿Cuáles serían estos cambios?
- Resumen de los comentarios del grupo, sin emitir juicios personales.
- Agradecimiento y valoración de la participación
- Resaltar las características de los participantes e importancia de sus aportes

# GUIA No. 2

**Protocolo de Entrevista:** Puérperas o madres de menores que cumplieron su plan de parto, cuidados del recién nacido y la planificación familiar con éxito.

PROTOCOLO DE EVALUACION - ENTREVISTA A PUERPERAS

√ ✓	planificación familiar  Razones por las que han ocurrido o no los	omportamiento en salud materna, neonatal e infantil y de s cambios de comportamientos para el desarrollo de la estrategia educativa.
Métod	do	Entrevista cualitativa
Técni	ca	Entrevista semi- estructurada
Fecha		Entre el 22 octubre y 10 de noviembre 2018
PREP	PARACION DE ENTREVISTA	
No.	ASPECTOS A CONSIDERAR	DESCRIPCIÓN
1	Intención de la entrevista: ¿Cuáles son los objetivos de la entrevista?	<ol> <li>Identificar los conocimientos de las puérperas o madres de menores que cumplieron su plan de parto a cabalidad, los cuidados del recién nacido y su planificación familiar.</li> <li>Indagar las actitudes y comportamientos relacionados a la salud materna, neonatal y de planificación familiar que les ayudó a cumplir o mantener su práctica de nuevos comportamientos.</li> <li>Comprender las razones por las que lograron cumplir a cabalidad su plan de parto, cuidados del recién nacido y su planificación familiar y las limitantes que enfrentaron</li> <li>Indagar sobre la percepción las puérperas o madres de menores acerca de: La visita del ACC, la calidad del servicio, la tecnología, aceptación del mensaje y referencia y contra referencia</li> </ol>
2	Tipo de preguntas a realizar	Paradigma Cualitativo: Combinación de métodos con preguntas estructuradas y abiertas
3	Estructura del entrevistado: Definir cuál es el tipo de persona que puede proporcionar información	Entrevista individual con participantes que hayan cumplido a cabalidad el plan de parto y su plan de vida.
4	Forma de comunicación:	La presentación de preguntas se realizará de forma oral a través de una conversación natural, con grabación y toma de notas.

	PROTOCOLO DE EVALUAC	ION - ENTREVISTA A PUERPERAS
5	Medio de comunicación en entrevista oral: Cuál será el medio más adecuado para lograr la comunicación	Se realizará personalmente en las comunidades seleccionadas con el criterio de contar con puérperas o madres que cumplieron su plan de parto y plan de vida. Horario a conveniencia de las personas participantes o de la ubicación de las comunidades.
6	Estilo de comunicación: Cuál será el estilo de la comunicación	Suave y neutral.
7	Formas de preguntas: Cómo será la forma de abordaje de la entrevista	Preguntas abiertas.
8	Formato y tiempo de la entrevista: Número óptimo de preguntas a realizar, tiempo y cuál debe ser el orden de las mismas	24 preguntas para 1 hora y media como máximo, en un orden inductivo.
9	Contexto de la entrevista	Describimos las circunstancias en donde la persona y/o experiencias actúan o se desarrollan.
DURA	NTE LA ENTREVISTA	
1	Presentación personal y objetivo	Realizar presentación personal y explicar tanto el objetivo de la evaluación como el objetivo de la entrevista
2	Qué cosas se deben tener en cuenta	Propiciar clima de confianza (raport)
		Escucha empática
		Aceptar ideas
		Evitar críticas
		No inferir respuestas
		Lenguaje sencillo

# **GUÍA TEMÁTICA**

Primera etapa. - Introducción: Establecimiento de afinidad y preguntas generales. Tiempo: 20 minutos

- ♦ Dar bienvenida, propiciando ambiente de confianza
- Presentación de la moderadora
- Presentación de los tomadores de notas
- Presentación de cada uno de los participantes (nombre, comunidad, a que se dedica)
- Explicación del propósito de la actividad
- Presentación del plan de trabajo y procedimientos
- ♦ Acordar con el grupo reglas para desarrollo del trabajo (igualdad de participación, validez de todas las respuestas, la confidencialidad de información, uso de grabadoras, etc.)

Se nos presenta la oportunidad de dialogar con Usted para conocer sus opiniones sobre las visitas o charlas de consejería en las que participó y sobre el trabajo del ACC (promotor), supervisores y equipo que lo visitaba, para evaluar la estrategia educativa que impulsó el proyecto Redes. Iniciaremos con unas preguntas generales y después iremos profundizando en nuestra conversación.

- 1. ¿Qué fue lo que más le gustó de participar en la visita de consejería que le realizaba el proyecto Redes?
- 2. ¿Cuál considera es el principal logro o beneficio que obtuvo al participar en la visita de consejería?

# PROTOCOLO DE EVALUACION - ENTREVISTA A PUERPERAS

3. ¿Además del equipo del proyecto Redes, recibía otras visitas para hablar de temas de salud? ¿Podría mencionar la organización o de parte de quien eran visitados también?

#### DESARROLLO DE PREGUNTAS POR OBJETIVO DE LA ENTREVISTA (puérpera)

Identificar los conocimientos de las puérperas o madres de menores, que cumplieron su plan de parto y plan de vida a cabalidad, sobre salud materna, neonatal y de planificación familiar.

- 4. Durante se realizaron las visitas se trataron varios temas, ahora quisiéramos que Usted nos cuente sobre los conocimientos que tiene sobre los cuidados de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio:
  - ¿Qué conoce usted sobre los cuidados para mantener la salud de la mujer durante el embarazo?
  - ¿Qué cuidados conoce Usted que debe tener la mujer en preparación antes del parto?
  - ¿Qué cuidados conoce Usted que debe tener la mujer después del parto o puerperio?
- 5. ¿Cuáles son los cuidados que conoce usted para mantener la salud del recién nacido hasta los 28 días de su nacimiento?
- 6. ¿En qué consiste el plan de parto que Usted aplicó?
- 7. ¿Qué conoce usted sobre el plan de vida reproductivo? o ¿En qué consistía?
- 8. ¿Qué conocen usted sobre la planificación familiar?

# Indagar las actitudes y comportamientos relacionados a la salud materna, neonatal y de planificación familiar que han mantenido o modificado.

- 9. En base a su experiencia ¿Qué opina de haber tenido un plan de parto con la participación de la familia?
- 10. ¿De qué manera considera le benefició o ayudó a usted, o a su familia haber tenido un plan de parto?
- 11. Con relación al plan de parto, cuidados del recién nacido y su planificación familia ¿Cuáles fueron los comportamientos que Usted y su familia practicaron con éxito (nuevos o modificados) y cuáles comportamientos no pudieron lograr practicar? ¿Por qué?
  - Cumplimiento de los controles prenatales
  - Identificación de señales de peligro y acudir de forma oportuna a la unidad de salud
  - Tener ahorro para emergencia y atención del parto
  - Tener lista las cosas del bebé y la madre antes del parto
  - Tener identificada el transporte con anticipación para garantizar el traslado antes del parto
  - Ir a la casa materna con tiempo para esperar su parto
  - Parir en la casa materna
  - Ser acompañado por su pareja y/o familiar a los CPN y en el momento del parto.
  - Atenderse en los primeros 3 a 7 días después del parto
- 12. Con relación a la planificación familiar ¿Cuáles fueron los comportamientos que Usted y su familia practicaron con éxito (nuevos o modificados) y cuáles comportamientos no pudieron lograr practicar? ¿Por qué?
- 13. Con relación al cuido del recién nacido ¿Cuáles fueron los comportamientos que Usted y su familia practicaron con éxito (nuevos o modificados) y cuáles comportamientos no pudieron lograr practicar? ¿Por qué?
  - Llevar al recién nacido a la unidad de salud para ser atendido entre los primeros 3 a 7 días de nacido
  - Identificación de las señales de peligro del recién nacido
  - Búsqueda de atención oportuna en la unidad de salud (Ahorros, transporte)
  - Cuidados especiales que practicó: leche materna exclusiva, colocar piel con piel, abrigarlo
    adecuadamente, cuidado del ombligo en seco (no uso de fajero), no chupones, ni agüitas, ni té,
    medidas general de higiene.

# DESARROLLO DE PREGUNTAS POR OBJETIVO DE LA ENTREVISTA (puérpera)

14. ¿Cuáles comportamientos de los acordados con los ACC en las visitas, considera no lograron mantener hasta la fecha? ¿Y por qué? ¿Y en la planificación familiar?

# Comprender las razones por las que lograron cumplir a cabalidad su plan de parto, cuidados del recién nacido y su planificación familiar y las limitantes que enfrentaron

- 15. ¿Qué factores usted considera le facilitaron el cumplimiento del plan de parto?
- 16. ¿Qué factores considera le limitaron el cumplimiento del plan de parto?
- 17. ¿Qué factores facilitaron el cuidado del recién nacido, por ejemplo, apego precoz, piel con piel, no uso de fajeros, no chupones, no agüitas, LME?
- 18. ¿Qué factores limitaron el cuidado del recién nacido, por ejemplo, apego precoz, piel con piel, no uso de fajeros, no chupones, no agüitas, LME?
- 19. ¿Qué factores considera le favorecieron el cumplimiento de su planificación familiar hasta la fecha?
- 20. ¿Qué factores considera le limitaron el cumplimiento de su planificación familiar? (si aplica)

# Indagar sobre la percepción de las puérperas o madres de menores acerca de: La visita del ACC, la calidad del servicio, la tecnología, aceptación del mensaje y referencia y contra referencia.

- 21. Con respecto a la visita que recibía: ¿Cuál es su opinión con respecto a la calidad de la charla o visita de consejería que recibió del ACC?
- 22. En relación a la manera o forma en que hacía la visita el ACC para enseñar sobre los temas de salud: ¿Cuál es su opinión sobre el uso de Tablet, canciones, historias, adivinanzas, bombas, colorear dibujos, etc. ¿Qué les pareció? ¿Cuál le gustó más, por qué? ¿Le ayudó a aprender sobre los temas de salud?
- 23. Durante las visitas de los ACC ¿Qué mensajes recibió? ¿En qué le ayudaron estos mensajes?
- 28. En su caso o en la familia al presentarse algún problema de salud o necesidad ¿Recibieron alguna referencia para ir a la Unidad de Salud? ¿Qué piensa respecto a las referencias que le daba los ACC para ir a la unidad de salud? ¿Para qué le sirvió o le ayudó tener una referencia del ACC al momento de ir a la unidad de salud? ¿Qué utilidad tiene la referencia?
- 29. ¿Qué piensa respecto a la atención de proveedores de servicios de salud y su relación con los cambios de comportamiento alcanzados y los no alcanzados? Qué información recibió de los proveedores de salud (MANCORSARIC/Unidad de salud) y a través de qué medios?
- 24. ¿Han recibido información cuando van al servicio de salud, o por otros promotores que no sean los del proyecto Redes, por ejemplo, con video, historias, canciones, coloreando; ¿Podría comentar cuáles?

#### Tercera etapa: Clausura. Tiempo: 10 minutos

- 25. Si en estos momentos tuvieran la oportunidad de hacer cambios a la visita ¿Cuáles serían estos cambios?
- Resumen de los comentarios del grupo, sin emitir juicios personales.
- Agradecimiento y valoración de la participación
- Resaltar las características de los participantes e importancia de sus aportes

# GUIA No. 3

# Protocolo de Grupo de enfoque

**Participantes:** Mujeres y hombres con niños menores de un año que han participado en al menos <u>5 visitas</u> <u>COD. (Familias que no continuaron)</u>

	PROTOCOLO DEL GRUPO DE ENI	FOQUE – EVALUACION PROYECTO REDES (5)
Tema a	a discutir: Razones por las que las familias no con los comportamientos de salud.	ntinuaron en las visitas COD ni en la práctica de cambios en o para el desarrollo de la estrategia educativa.
Métod	lo	Discusión de grupo
Técnio	ca	Grupo de enfoque
Fecha		Entre el 22 octubre y 10 de noviembre 2018
PREP	ARACION DEL GRUPO DE ENFOQU	JE
No.	ASPECTOS POR CONSIDERAR	DESCRIPCIÓN
1	Intención del grupo de enfoque: ¿Cuáles son los objetivos del grupo de enfoque?	<ol> <li>Comprender las razones que influyeron en las familias para no continuar en las visitas COD, ni en la práctica de cambios de comportamientos de la salud materna, neonatal e infantil y de planificación familiar.</li> <li>Indagar sobre la percepción que tiene acerca de: La visita del ACC, la calidad del servicio, la tecnología, aceptación del mensaje y referencia y contra referencia.</li> </ol>
2	Tipo de preguntas a realizar	Paradigma Cualitativo: Combinación de métodos con una guía temática, con preguntas estructuradas y abiertas.
3	Estructura del grupo de enfoque: Definir cuál es el tipo de persona que participará.	Discusión grupal con Mujeres y hombres con niños menores de un año que han participado en al menos 5 visitas COD (familias que no continuaron en el programa)
4	Forma de comunicación:	La presentación de preguntas se realizará de forma oral a través de una conversación natural, la observación, grabación y toma de notas.
5	Medio de comunicación en grupo de enfoque: Cuál será el medio más adecuado para lograr la comunicación	Se realizará personalmente, en las comunidades donde se identifique y seleccionen Mujeres con niños menores de un año y hombres que hayan participado en al menos 5 visitas COD. Horario a conveniencia de las personas participantes y ubicación de las comunidades.
6	Estilo de comunicación: Cuál será el estilo de la comunicación	Suave y neutral.
7	Formas de preguntas: Cómo será la forma de abordaje del grupo de enfoque.	Preguntas abiertas.
8	Formato y tiempo del grupo de enfoque: Número óptimo de preguntas a realizar, tiempo y cuál debe ser el orden de estas	15 preguntas para 1 horas y media como máximo, en un orden inductivo.
9	Contexto del grupo de enfoque	Se describirá las circunstancias en donde las personas y/o experiencias actúan o se desarrollan.

	PROTOCOLO DEL GRUPO DE E	NFOQUE - EVALUACION PROYECTO REDES (5)
DURA	ANTE EL GRUPO DE ENFOQUE	
1	Presentación personal y objetivo	Realizar presentación personal y explicar tanto el objetivo de la evaluación como el objetivo del grupo de enfoque
2	Qué cosas se deben tener en cuenta	Propiciar clima de confianza (raport)
		Escucha empática
		Aceptar ideas
		Evitar críticas
		No inferir respuestas
		Lenguaje sencillo

# **GUÍA TEMÁTICA (5)**

Primera etapa, - Introducción: Establecimiento de afinidad y preguntas generales. Tiempo: 20 minutos

- Dar bienvenida, propiciando ambiente de confianza
- Presentación de la moderadora
- Presentación de los tomadores de notas
- Presentación de cada uno de los participantes (nombre, comunidad, a que se dedica)
- Explicación del propósito de la actividad
- Presentación del plan de trabajo y procedimientos
- ♦ Acordar con el grupo reglas para desarrollo del trabajo (igualdad de participación, validez de todas las respuestas, la confidencialidad de información, uso de grabadoras, etc.)

Se nos presenta la oportunidad de dialogar con Ustedes para conocer sus opiniones sobre las visitas o charlas de consejería en las que participaron y sobre el trabajo del ACC (promotor), supervisores y equipo que lo visitaba para evaluar la estrategia educativa que impulsó el proyecto Redes. Iniciaremos con unas preguntas generales y después iremos profundizando en nuestra conversación.

- 1. El proyecto Redes de Vision Mundial visitaba comunidades y Ustedes fueron familias seleccionadas para participar en el proyecto ¿Recuerda si fue visitado alguna vez por alguien de VM con el proyecto Redes? ¿Podrían por favor recordar quién les visitó y para qué?
- 2. ¿En cuántas visitas participaron Ustedes?

Segunda etapa: Profundización. Tiempo: 60 minutos

Comprender las razones que influyeron en las familias para no continuar en las visitas COD, ni en la práctica de cambios de comportamientos de la salud materna, neonatal e infantil y de planificación familiar.

- 3. De las visitas recibidas obtuvo usted o su familia algún beneficio ¿Podría mencionarlos?
- 4. De las visitas que recibió del ACC, recuerda algún tema de salud ¿Podría mencionarlos?
- 5. A pesar de haberse retirado o no continuar en el programa ¿Ustedes tuvieron algún cambio de comportamiento de salud promovido por el proyecto Redes? ¿Podría mencionar cuáles?
- 6. ¿Qué dificultades enfrentó o cuáles fueron los motivos para no continuar participando en las visitas?
- 7. De las visitas recibidas ¿Qué es lo que más le gustó en participar?
- 8. De las visitas recibidas ¿Qué es lo que menos le gustó en participar?

Indagar sobre la percepción que tiene acerca de: La visita del ACC, la calidad del servicio, la tecnología, aceptación del mensaje y referencia y contra referencia.

# **GUÍA TEMÁTICA (5)**

Con respecto a la visita en las participó:

- 9. ¿Cuál es su opinión con respecto a la calidad de la charla o visita de consejería que recibió del ACC?
- 10. ¿Cuáles actividades de las que realizaba el ACC durante la visita no le gustaron? ¿Por qué?
- 11. De la manera en que se desarrollaba la visita: ¿Cuál es su opinión sobre el uso de la Tablet, canciones, historias, adivinanzas, bombas, colorear dibujos, etc. ¿Qué les pareció? ¿Cuál le gustó más, o no le gustó, por qué?
- 12. ¿Qué mensajes recuerda de las visitas en las que participó ¿Le ayudó a aprender sobre los temas de salud?
- 13. Sobre las referencias de salud ¿Le dieron alguna vez referencia para que fuera a la unidad de salud? ¿Qué le pareció su utilidad?
- 14. ¿Qué información recibió de los proveedores de salud (MANCORSARIC/Unidad de salud) y a través de qué medios?
- 15. ¿Han recibido información cuando van al servicio de salud, o por otros promotores que no sean los del proyecto Redes, por ejemplo, con video, historias, canciones, coloreando; ¿Podría comentar cuáles?
- 16. ¿Le gustaría ser visitado en el futuro para brindarles consejería de salud?

Tercera etapa: Clausura. Tiempo: 10 minutos

- 17. Si en estos momentos tuvieran la oportunidad de hacer cambios a la visita ¿Cuáles serían estos cambios?
- Resumen de los comentarios del grupo, sin emitir juicios personales.
- ♦ Agradecimiento y valoración de la participación
- Resaltar las características de los participantes e importancia de sus aportes

# GUIA No. 4

# Protocolo de Taller

Participantes: Personal técnico y operativo el proyecto

# PROTOCOLO DEL TALLER – EVALUACION PROYECTO REDES

#### Tema a discutir:

- ✓ Comportamiento en salud materna, neonatal e infantil y de planificación familiar que las familias han logrado cambiar, modificar y mantener.
- Comportamientos relacionados a la salud materna, neonatal e infantil y de planificación familiar que las familias no lograron cambiar, modificar ni mantener.
- ✓ Razones por las que han ocurrido o no los cambios de actitudes y comportamientos en las familias
- ✓ Percepción acerca del modelo operativo para el desarrollo de la estrategia educativa

Método	Discusión de grupo
Técnica	Taller
Fecha	Entre el 22 de octubre al 10 noviembre de 2018
BREDIE CLONIE BULLED	

#### PREPARACION DEL TALLER

No.	ASPECTOS A CONSIDERAR	DESCRIPCIÓN
	Intención del taller: ¿Cuáles son los objetivos del taller?	Identificar desde la percepción del personal técnico y operativo del proyecto, las actitudes y los comportamientos relacionados a la salud materna,

	<u>.                                      </u>			
		neonatal e infantil y de planificación familiar que las familias han logrado cambiar, modificar y mantener.		
		<ol> <li>Indagar las actitudes y los comportamientos relacionados a la salud materna, neonatal e infantil y de planificación familiar que las familias no lograron cambiar, modificar ni mantener.</li> </ol>		
		<ol> <li>Comprender las razones, que, desde su perspectiva, han influido en el logro o no de los cambios de comportamientos la salud materna, neonatal e infantil y de planificación familiar en las familias participantes.</li> <li>Indagar sobre la percepción del equipo del proyecto acerca de: La visita del ACC, la calidad del servicio, la tecnología, aceptación del mensaje y referencia y contra referencia.</li> </ol>		
2	Tipo de preguntas a realizar	Paradigma Cualitativo: Combinación de métodos con una guía temática, con preguntas estructuradas y abiertas.		
3	Estructura del taller: Definir cuál es el tipo de personas que van a participar.	Discusión grupal con Personal técnico y operativo el proyecto (ACC, Supervisores, personal técnico)		
4	Forma de comunicación:	La presentación de preguntas se realizará de forma oral a través de una conversación natural, la observación, grabación y toma de notas.		
5	Medio de comunicación en taller: Cuál será el medio más adecuado para lograr la comunicación	Se realizará personalmente, en un local apropiado para el taller.  Horario de 8:00 a.m 5:00 pm primer día y el segundo de 8:00 a 12:00md		
6	Estilo de comunicación: Cuál será el estilo de la comunicación	Suave y neutral.		
7	Formas de preguntas: Cómo será la forma de abordaje del taller.	Preguntas abiertas.		
8	Formato y tiempo del taller: Número óptimo de preguntas a realizar, tiempo y cuál debe ser el orden de estas	30 preguntas para un taller de 1 día y medio, en un orden inductivo.		
9	Contexto del taller	Se describirá las circunstancias en donde las personas y/o experiencias actúan o se desarrollan.		
DURA	NTE EL TALLER			
1	Presentación personal y objetivo	Realizar presentación personal y explicar tanto el objetivo de la evaluación como el objetivo del taller.		
2	Qué cosas se deben tener en cuenta	Propiciar clima de confianza (raport)		
		Escucha empática		
		Aceptar ideas		
		Evitar críticas		
		No inferir respuestas		
		Lenguaje sencillo		

# **GUÍA TEMÁTICA**

Primera etapa. - Introducción: Establecimiento de afinidad y preguntas generales. Tiempo: 1 hora

- ♦ Dar bienvenida, propiciando ambiente de confianza
- Presentación del equipo facilitador
- Presentación de los tomadores de notas
- Presentación de cada uno de los participantes (Se hará una dinámica en la cual se conozca de cada participante: su nombre, cargo, tiempo de laborar en el proyecto, principales funciones, lo que más le gustó del proyecto)
- Explicación del propósito de la actividad
- Presentación del plan de trabajo y procedimientos
- ♦ Acordar con el grupo reglas para desarrollo del trabajo (igualdad de participación, validez de todas las respuestas, la confidencialidad de información, uso de grabadoras, etc.)

#### Introducción:

Se nos presenta la oportunidad de evaluar el proyecto y su participación es muy importante para conocer sus opiniones, percepciones, valoraciones en relación a los logros alcanzados, dificultades, aciertos y desaciertos en la implementación del proyecto, con énfasis en los cambios de comportamientos y el modelo operativo empleado para el desarrollo de la estrategia educativa.

Iniciaremos con unas preguntas generales y después en las siguientes actividades se profundizará.

De forma oral y libre opinar sobre las siguientes preguntas:

- 1. ¿Qué es lo que más les gustó del proyecto en general y de forma particular de lo que les correspondía hacer según sus funciones?
- 2. Según su valoración ¿Cuáles son los principales logros alcanzados del trabajo realizado con el proyecto?
- 3. ¿Cómo se siente Usted de haber trabajado para este proyecto? ¿Por qué?

# Segunda etapa: Profundización. Tiempo: 8 horas

Identificar desde la percepción del personal técnico y operativo del proyecto, las actitudes y los comportamientos relacionados a la salud materna, neonatal e infantil y de planificación familiar que las familias han logrado cambiar, modificar y mantener

Respecto a los cambios de comportamientos clave promovido en los 15 temas desarrollados a través de las COD, opine alrededor de las siguientes preguntas:

- 4. ¿Cuáles consideran fueron los comportamientos relacionados a la salud materna (embarazo, parto y puerperio) que se lograron cambiar, modificar y mantener con las familias que participaron en las 15 y hasta 21 visitas COD realizadas por Ustedes? Describan en qué consistieron los cambios.
- 5. ¿Cuáles consideran fueron los comportamientos relacionados al cuidado del recién nacido que se lograron cambiar, modificar y mantener con las familias que participaron en las 15 y hasta 21 visitas COD realizadas por Ustedes? Describan en qué consistieron los cambios.
- 6. ¿Cuáles consideran fueron los comportamientos relacionados al cuidado de la salud infantil que se lograron cambiar, modificar y mantener con las familias que participaron en las 15 y hasta 21 visitas COD realizadas por Ustedes? Describan en qué consistieron los cambios.
- 7. ¿Cuáles consideran fueron los comportamientos relacionados a la planificación familiar, plan de vida reproductiva y prevención del zika, dengue y chicungunya que se lograron cambiar, modificar y mantener con las familias que participaron en las 15 y hasta 21 visitas COD realizadas por Ustedes? Describan en qué consistieron los cambios.
- 8. ¿Cuáles consideran fueron los comportamientos relacionados a la prevención de la violencia de género y embarazo en adolescentes que se lograron cambiar, modificar y mantener con las familias que participaron en las 15 y hasta 21 visitas COD realizadas por Ustedes? Describan en qué consistieron los cambios.

- 9. ¿Qué otros cambios de comportamientos identifican que se dieron en las familias a partir de las visitas COD que realizaron?
- 10. ¿De manera particular, qué cambios de comportamientos de salud tuvieron Ustedes sobre los temas que facilitaron con las familias, y por qué? ¿Si no hubo ningún cambio en Ustedes a qué se debió?
- 11. Sobre los beneficios que han tenido las familias con los nuevos comportamientos de salud, ¿Cuáles consideran Ustedes que han sido esos beneficios?
- 12. ¿De qué manera se han beneficiado ustedes con las visitas COD a las familias participantes?

Comprender las razones, que, desde la perspectiva del equipo, han influido en el logro o no de los cambios de comportamientos la salud materna, neonatal e infantil y de planificación familiar en las familias participantes.

En relación al logro de comportamientos:

- 13. ¿Según su percepción ¿Qué elementos o factores favorecieron para que las familias lograran los cambios de comportamientos?
- 14. ¿Qué elementos, factores y/o condiciones cree que incidieron o facilitaron para que las familias se dispusieran a tomar acuerdos para cumplir nuevos comportamientos?
- 15. ¿Cómo lograba verificar la práctica o cumplimiento de los comportamientos negociados y acordados con la familia?
- 16. ¿De qué manera reforzaba los mensajes clave para la práctica de los comportamientos acordados con las familias?
- 17. ¿De qué manera considera que su rol contribuyó al proceso de cambio de comportamiento de las familias o personas que participaban en las COD?

En cuanto a los comportamientos no alcanzados

- 18. ¿Cuáles comportamientos esperados no logró que se cumplieran, cambiaran o modificaran con las familias que visitaba?
- 19. ¿Cuáles de los comportamientos que promovía fueron los que presentaron más barreras y resistencia para su cumplimiento? ¿Por qué?
- 20. ¿Qué factores, barreras y resistencias consideran ustedes limitaron el logro del cambio de algunos comportamientos esperados?
- 21. ¿Cómo identificaba las barreras o las resistencias en las familias y qué hacía para buscar soluciones?
- 22. ¿Qué piensa respecto a la atención de proveedores de servicios de salud y su relación con los cambios de comportamiento alcanzados y los no alcanzados?

Indagar sobre la percepción del equipo, acerca del modelo de implementación del proyecto: La visita del ACC, la calidad del servicio, la tecnología, aceptación del mensaje y referencia y contra referencia.

- 23. ¿Cuál es su valoración del modelo de implementación del proyecto en relación a:
- 24. La visita COD, organización e implementación
- 25. La supervisión de la visita COD por supervisores y equipo técnico
- 26. Monitoreo de la visita COD con las familias
- 27. La tecnología app CommCare y la información
- 28. Materiales de comunicación y didácticos para hacer la COD
- 29. Capacitaciones del equipo
- 30. Qué elementos del proceso de implementación de la estrategia educativa han sido fundamentales/claves para el éxito o no de las visitas de COD?
- 31. ¿Cuál ha sido la actividad más significativa del modelo o la forma en que se desarrolló la estrategia educativa?
- 32. ¿Qué percepción tiene ustedes respecto a la calidad de los servicios que se brindaron a las familias?
- 33. ¿Qué consideraciones tiene respecto a la aceptación o no de los mensajes que brinda el proyecto a las familias participantes?
- 34. ¿Qué piensa respecto a la atención de proveedores de servicios de salud y su relación con los cambios de comportamiento alcanzados y los no alcanzados?

- 35. ¿Las familias recibían información de las unidades de salud cuando las visitaban, o por promotores que no fueran del proyecto Redes, por ejemplo, con video, historias, canciones, coloreando; ¿Podría comentar cuáles?
- 36. ¿Qué piensa respecto a las referencias y contra referencias que se brindan a las familias participantes en el proyecto?

# Tercera etapa: Clausura. Tiempo: 60 minutos

- 37. Si en estos momentos tuvieran la oportunidad de hacer cambios a la visita de COD, ¿Cuáles serían estos cambios?
- 38. Si en estos momentos tuvieran la oportunidad de hacer cambios al modelo operativo, ¿Cuáles serían estos cambios?
- Resumen de los comentarios del grupo, sin emitir juicios personales.
- ♦ Agradecimiento y valoración de la participación
- Resaltar las características de los participantes e importancia de sus aportes

#### GUIA No. 5

# Protocolo de Entrevista

Protocolo de Entrevista: Personal directivo del proyecto (Gerente, supervisores, monitoreo y evaluación) y otros actores claves

# PROTOCOLO DE LA ENTREVISTA-EVALUACION PROYECTO REDES

Tema a discutir:

- ✓ Principales logros alcanzados en el proyecto con los comportamientos en salud materna, neonatal e infantil y de planificación familiar con las familias.
- ✓ Razones por las que han ocurrido o no los cambios de actitudes y comportamientos en las familias
- ✓ Percepción acerca del modelo operativo para el desarrollo de la estrategia educativa.

Método	Entrevista cualitativa
Técnica	Entrevista semi- estructurada
Fecha	Entre el 22 de octubre y el 10 de noviembre de 2018

#### PREPARACION DE ENTREVISTA

No.	ASPECTOS A CONSIDERAR		DESCRIPCIÓN
1	Intención de la entrevista: ¿Cuáles son los objetivos de la entrevista?	1)	Identificar desde la perspectiva del personal directivo del proyecto, los principales logros alcanzado en relación a los comportamientos promovidos con el proyecto.
		2)	Comprender las razones, que, desde su perspectiva, han influido en el logro o no de los cambios de comportamientos la salud materna, neonatal e infantil y de planificación familiar en las familias participantes.

		3) Indagar la percepción del personal directivo acerca del modelo operativo del proyecto para el desarrollo de la estrategia educativa, en cuanto a: La visita COD, la calidad del servicio, la tecnología CommCare, estrategia de comunicación, servicios de salud y los desafíos que deja este modelo para futuras intervenciones.		
2	Tipo de preguntas a realizar	Paradigma Cualitativo: Combinación de métodos o preguntas estructuradas y abiertas		
3	Estructura del entrevistado: Definir cuál es el tipo de persona que puede proporcionar información	Entrevista individual con personas del equipo directivo o Visión Mundial, UC-SMI/BID y otros actores claves.		
4	Forma de comunicación:	La presentación de preguntas se realizará de forma oral a través de una conversación natural, con grabación y toma de notas.		
5	Medio de comunicación en entrevista oral: Cuál será el medio más adecuado para lograr la comunicación	Se realizará personalmente en su oficina ubicada en Copán Ruinas y/o por vía Skype en los casos necesarios Horario a conveniencia de las personas participantes.		
6	Estilo de comunicación: Cuál será el estilo de la comunicación	Suave y neutral.		
7	Formas de preguntas: Cómo será la forma de abordaje de la entrevista	Preguntas abiertas.		
8	Formato y tiempo de la entrevista: Número óptimo de preguntas a realizar, tiempo y cuál debe ser el orden de las mismas	18 preguntas para 2 horas como máximo, en un orden inductivo.		
9	Contexto de la entrevista	Describimos las circunstancias en donde la persona y/o experiencias actúan o se desarrollan.		
DURA	NTE LA ENTREVISTA			
1	Presentación personal y objetivo	Realizar presentación personal y explicar tanto el objetivo de la evaluación y el objetivo de la entrevista		
2	Qué cosas se deben tener en cuenta	Propiciar clima de confianza (raport)		
		Escucha empática		
		Aceptar ideas		
		Evitar críticas		
		No inferir respuestas		
		Lenguaje sencillo		
	CI	IÍA TEMÁTICA		

# **GUÍA TEMÁTICA**

Primera etapa. - Introducción: Establecimiento de afinidad y preguntas generales. Tiempo: 15 minutos

- ♦ Dar bienvenida, propiciando ambiente de confianza
- Presentación de la entrevistadora
- Presentación de la persona tomadora de notas
- Presentación de cada uno de los participantes
- Presentación del procedimiento de la entrevista

• Recordar (validez de todas las respuestas, confidencialidad de información, uso de grabadoras, etc.)

# Introducción:

Se nos presenta la oportunidad de evaluar el proyecto y su participación es muy importante para conocer sus opiniones, percepciones, valoraciones en relación a los logros alcanzados, dificultades, aciertos y desaciertos en la implementación del proyecto, con énfasis en los cambios de comportamientos y el modelo operativo empleado para el desarrollo de la estrategia educativa.

Iniciaremos con unas preguntas generales y después en las siguientes actividades se profundizará.

De forma oral y libre opinar sobre las siguientes preguntas:

- 1. ¿Qué es lo que más me gustó del proyecto en general y de forma particular de lo que le correspondía hacer según sus funciones en relación al proyecto?
- 2. ¿Cómo se siente Usted después de haber participado en este proyecto? ¿Por qué?

# Desarrollo de preguntas por objetivo de la entrevista

# Segunda etapa: 1 hora y media

Identificar desde la perspectiva del personal directivo del proyecto, los principales logros alcanzado en relación a los comportamientos promovidos con el proyecto.

- 3. ¿Cuáles considera que son los principales logros alcanzados con la implementación del proyecto?
- 4. Según su conocimiento de la implementación del proyecto ¿Cuáles fueron los comportamientos que se lograron y cuáles no se lograron?
- 5. ¿De qué manera consideran les ha beneficiado a las familias las visitas COD?

Comprender las razones, que, desde su perspectiva, han influido en el logro o no de los cambios de comportamientos la salud materna, neonatal e infantil y de planificación familiar en las familias participantes.

- 6. ¿Qué elementos del proceso de implementación de la estrategia educativa han sido fundamentales/claves para el éxito o no de las visitas de COD?
- 7. ¿Qué factores considera usted han favorecido el logro de los cambios de comportamientos?
- 8. ¿Qué factores considera usted han limitado el logro del cambio de comportamientos en las familias?

En cuanto a los comportamientos no alcanzados

- 9. ¿Cuáles comportamientos esperados no logró que se cumplieran, cambiaran o modificaran con las familias que visitaban?
- 10. ¿Cuáles de los comportamientos que promovía, considera que fueron los que presentaron más barreras y resistencia para su cumplimiento? ¿Por qué?
- 11. ¿Qué factores, barreras y resistencias consideran ustedes limitaron el logro del cambio de algunos comportamientos esperados?
- 12. ¿Cómo identificaba las barreras o las resistencias en las familias y qué hacía para buscar soluciones?

Indagar la percepción del personal directivo acerca del modelo operativo del proyecto para el desarrollo de la estrategia educativa, en cuanto a: La visita COD, la calidad del servicio, la tecnología CommCare, estrategia de comunicación, servicios de salud y los desafíos que deja este modelo para futuras intervenciones

- 13. ¿Cuál es su valoración del modelo de implementación del proyecto en relación a:
  - La visita COD, organización e implementación
  - La supervisión de la visita COD por supervisores y equipo técnico
  - Monitoreo de la visita COD con las familias
  - La tecnología app CommCare y la información
  - Materiales de comunicación y didácticos para hacer la COD

- Capacitaciones del equipo
- 14. ¿Qué consideraciones tiene respecto a la estrategia de comunicación que se desarrolló con las familias a través de la COD?
- 15. ¿Qué piensa respecto a las referencias y contra referencias que se brindan a las familias participantes en el proyecto?
- 16. ¿Qué piensa respecto a la atención de proveedores de servicios de salud y su relación con los cambios de comportamiento alcanzados y los no alcanzados?

# Tercera etapa: Finalización. Tiempo: 15 minutos

- 17. Si en estos momentos tuvieran la oportunidad de hacer cambios a la visita de COD, ¿Cuáles serían estos cambios?
- 18. Si en estos momentos tuvieran la oportunidad de hacer cambios al modelo operativo, ¿Cuáles serían estos cambios?
- Resumen de los comentarios del grupo, sin emitir juicios personales.
- ♦ Agradecimiento y valoración de la participación
- Resaltar las características de los participantes e importancia de sus aportes

# TABLA DE CONGRUENCIA EVALUACIÓN CUALITATIVA PROYECTO REDES

Valorar los cambios de comportamiento y las razones por las que han ocurrido o no, en salud matema, neonatal e infantil, en las familias beneficiadas en la implementación del proyecto redes en los municipios de Copán Ruinas, Santa Rita, San Jerónimo y Cabañas, en el departamento de Copán, en un periodo comprendido entre diciembre 2016 a agosto 2018.

Preguntas Guías	<ol> <li>¿Qué les ha parecido las visitas que realizan los ACC?</li> <li>¿Qué opinan de las sesiones de consejería que realizan con los ACC?</li> <li>¿De qué manera consideran les ha beneficiado estas visitas?</li> <li>¿Cuántas visitas de consejería han recibido o realizado con los ACC?</li> <li>¿Cuáles de los comportamientos acordados con los ACC en las visitas a sus hogares, consideran ustedes haber logrado modificar/cambiar?</li> <li>Cuídados durante el embarazo y puerperio - Asistencia temprana al CPN</li> <li>Asistencia a todos los controles prenatales en las fechas citadas</li> <li>Consumo de ácido fólico durante el tiempo indicado consumo de vitaminas prenatales durante todo el embarazo y puerperio</li> <li>Alimentación:         <ul> <li>Tomar descanso durante la jornada diaria</li> <li>Acompañamiento del esposo en las tareas del hogar</li> <li>Identificación de señales de peligro de embarazadas y puérperas</li> <li>Búsqueda de atención oportuna de los servicios de salud.</li> <li>Parto institucional (atención del parto en clínica materno infantil u hospital)</li> <li>Cuidados del recién nacido: apego precoz, piel con piel, cuidado en seco del ombligo, uso de fajeros y chupones, señales de peligro, LME</li> <li>Plan de vida reproductivo y uso de métodos de planificación familiar</li> <li>Uso de ácido fólico en MEF</li> </ul> </li> </ol>
Casos / Fuentes	Mujeres y hombres con niños menores de un año que han participado en al menos 15 visitas COD
Método / Técnica	Discusión de grupo/ Grupo de enfoque de enfoque
Muestreo Teórico	Muestra confirmativa
Alcance de los Objetivos/Conceptos Sensibilizantes	Cambios de comportamiento relacionados con: salud matema y neonatal y los factores que limitaron o favorecieron.  • Cuidados durante el embarazo y puerperio (Captación temprana, controles prenatales, ácido fólico y vitaminas prenatales, alimentación, descanso, acompañamiento del esposo)  • Identificación de señales de peligro de embarazadas y puérperas y búsqueda de atención oportuna de los servicios de salud.  • Plan de parto y ahorro  • Parto institucional (atención del parto en clínica matemo infantil u hospital)  • Cuidados del recién nacido. (apego precoz, piel con piel, cuidado en seco del ombligo, uso de fajeros y chupones, señales de peligro, LME)  • Plan de vida reproductivo y uso de métodos de panificación familiar  • Uso de ácido fólico en MEF  • IRAS y EDAS (identificación de señales de peligro y búsqueda de atención oportuna de los servicios de salud, uso de suero oral y zinc  • Atención de proveedores de servicios de configidador o no, de CC
Objetivo Específico	1. Identificar conocimientos, actitudes y comportamientos relacionados a la salud materna, neonatal e infantil en las familias participantes

Preguntas Guías	<ul> <li>IRAS y EDAS: (identificación de señales de peligro y búsqueda de atención oportuna de los servicios de salud, uso de suero oral y zinc</li> <li>Atención de servicios de salud</li> <li>¿Qué factores consideran ustedes han favorecido el logro de estos cambios de comportamientos?</li> <li>7. ¿Qué factores consideran ustedes han limitado el logro del cambio?</li> </ul>	<ul> <li>8. ¿Qué les ha parecido las visitas que realizan los ACC?</li> <li>9. ¿Qué opinan de las sesiones de consejería que realizan con los ACC?</li> <li>10. ¿De qué manera consideran les ha beneficiado estas visitas?</li> <li>11. ¿Cuántas visitas de consejería han recibido o realizado con los ACC?</li> <li>12. ¿Cuáles de los comportamientos acordados con los ACC?</li> <li>12. ¿Cuáles de los comportamientos acordados con los ACC?</li> <li>12. ¿Cuáles de los comportamientos acordados con los ACC?</li> <li>13. ¿Cuáles de los comportamientos acordados con los ACC?</li> <li>14. ¿Cuáles de los comportamientos prenegas prenegas prenegas prenegas a sus hogares, consideran ustedes haber logrado modificar/cambiar?</li> <li>15. ¿Cuáles de las visitas a sus hogares, consideran ustedes haber logrados de ácido fólico durante el tiempo indicado embarazo y puerperio</li> <li>16. Asistencia a todos los controles prenatales en las fechas citadas</li> <li>17. Asistencia a todos los controles prenatales en las fechas citadas</li> <li>18. Asistencia a todos los controles prenatales en las fechas citadas</li> <li>19. Tomar descanso durante la jornada diaria</li> <li>10. Acompañamiento del esposo en las tareas del hogar</li> <li>10. Plan de parto y ahorro</li> <li>10. Plan de parto y ahorro</li> <li>11. Plan de parto y ahorro</li> <li>12. Plan de parto y ahorro</li> <li>13. Plan de parto y ahorro</li> <li>14. Plan de parto y ahorro</li> <li>15. Plan de parto y ahorro</li> <li>16. Plan de parto y ahorro</li> <li>17. Plan de parto y ahorro</li> <li>18. Plan de parto y ahorro</li> <li>19. Plan de parto y ahorro</li> <li>19. Plan de parto y ahorro</li> <li>20. Plan de parto y ahorr</li></ul>
Casos / Fuentes		Mujeres y hombres que participaron en al menos 5 visitas
Método / Técnica		Discussión de grupo/ Grupo de enfoque de enfoque
Muestreo Teórico		Muestra de casos extremos
Alcance de los Objetivos/Conceptos Sensibilizantes		
Objetivo Específico		

Preguntas Guías	<ul> <li>Plan de vida reproductivo y uso de métodos de planificación familiar</li> <li>Uso de ácido fólico en MEF</li> <li>IRAS y EDAS: (identificación de señales de peligro y búsqueda de atención oportuna de los servicios de salud, uso de suero oral y zinc</li> <li>Atención de servicios de salud</li> <li>¿Qué factores consideran ustedes han favorecido el logro de estos cambios de comportamientos?</li> <li>¿Qué factores consideran ustedes han limitado el logro del cambio?</li> </ul>	¿Qué les ha parecido las visitas que realizan los ACC? ¿Qué opinan de las sesiones de consejería que realizan con los ACC? ¿Dué opinan de las sesiones de consejería que realizan con los ACC? ¿Cuántas visitas de consejería han recibido o realizado con los ACC? ¿Cuáles de los comportamientos acordados con los ACC?  ¿Cuáles de los comportamientos acordados con los ACC?  - Cuidados Aurante el embarazo y puerperio - Asistencia temprana al CPN  - Asistencia temprana al CPN  - Asistencia a todos los controles prenatales en las fechas citadas  - Consumo de ácido fólico durante el tiempo indicado - consumo de vitaminas prenatales durante todo el embarazo y puerperio - Alimentación:  - Tomar descanso durante la jomada diaria - Acompañamiento del esposo en las tareas del hogar - Identificación de señales de peligro de embarazadas y puérperas  - Búsqueda de atención oportuna de los servicios de salud.  - Plan de parto y ahorro - Parto institucional (atención del parto en clínica materno infantil u hospital)
L	Plan Plan Plan Plan Plan Plan Plan Plan	15. ¿Qué le for ¿Qué oprealizan 17. ¿De qué oprealizan 17. ¿De qué visitas? 18. ¿Cuáles ACC en haber lo cuida - Asiste fechax embar
Casos /		Puérperas o madres de menores que cumplieron a cabalidad su plan de parto y plan de vida reproductivo
Método/		• Entrevista
Muestreo	02100	Muestra de casos tipo
Alcance de los Objetivos/Conceptos	Sensibilizantes	
Objetivo Específico		

Preguntas Guías	<ul> <li>Cuidados del recién nacido: apego precoz, piel con piel, cuidado en seco del ombligo, uso de fajeros y chupones, señales de peligro, LME</li> <li>Plan de vida reproductivo y uso de métodos de planificación familiar</li> <li>USO de ácido fólico en MEF</li> <li>IRAS y EDAS: (identificación de señales de peligro y búsqueda de atención oportuna de los servicios de salud, uso de suero oral y zinc</li> <li>Atención de servicios de salud</li> <li>20. ¿Qué factores consideran ustedes han favorecido el logro de estos cambios de comportamientos?</li> <li>21. ¿Qué factores consideran ustedes han limitado el logro del cambio?</li> </ul>	<ul> <li>22. Respecto a los cambios de comportamientos alcanzados por los distintos grupos de familias participantes, ¿Cuáles considera han sido los que más se han modificado y cuales menos y por qué?</li> <li>23. ¿Qué factores consideran ustedes han favorecido el logro de estos cambios de comportamientos?</li> <li>24. ¿Qué factores consideran ustedes han limitado el logro del cambio?</li> <li>25. ¿Qué piensa respecto a la atención de proveedores de servicios de salud y su relación con los cambios de comportamiento alcanzados y los no alcanzados?</li> <li>26. ¿Qué elementos del proceso de implementación de la estrategia educativa han sido fundamentales/daves para el éxito o no de las COD?</li> </ul>
Casos / Fuentes		Personal directivo y operativo el proyecto
Método / Técnica		Discusión de grupo/ Grupo de enfoque     Entrevistas
Muestreo Teórico		Muestra de casos sumamente importantes
Alcance de los Objetivos/Conceptos Sensibilizantes		
Objetivo Específico		

ocino semboro	Frecuencia y porcentaje de:  Cuidados durante el embarazo y puerperio  Asistencia a todos los controles prenatales en las fechas citadas  Consumo de ácido fólico durante el tiempo indicado consumo de vitaminas prenatales durante todo el embarazo y puerperio  Alimentación:  Tomar descanso durante la jornada diaria  Acompañamiento del esposo en las tareas del hogar Identificación de señales de peligro de embarazadas y puérperas  Búsqueda de atención oportuna de los servicios de salud.  Parto institucional (atención del parto en clínica materno infantil u hospital)  Cuidados del recién nacido: apego precoz, piel con piel, cuidado en seco del ombligo, uso de fajeros y chupones, señales de peligro, LME  Plan de vida reproductivo y uso de métodos de planificación familiar  Uso de ácido fólico en MEF  IRAS y EDAS: (identificación de señales de peligro y búsqueda de atención oportuna de los servicios de salud, uso de suero oral y zinc  Atención de servicios de salud
Casos /	Sistema de información CommCare HQ Evaluación formativa
Método /	Técnica
Muestreo	Teórico
Alcance de los Objetivos/Conceptos	Sensibilizantes
Ohiotivo E constitution	

Preguntas Guías	<ol> <li>¿Cuáles son las razones que usted considera por las que han ocurrido estos cambios de comportamientos en las familias participantes del proyecto redes?</li> <li>¿Cuáles son las razones que han influido en que no se hayan logrado estos cambios de comportamientos en las familias participantes del proyecto redes?</li> </ol>				
Casos / Fuentes	Mujeres y hombres con niños menores de un año que han participado en al menos 15 o 21 visitas COD	Mujeres y hombres que participaron en al menos 5 visitas	Puérperas o madres de menores que cumplieron a cabalidad su plan de parto y plan de vida reproductivo	Personal directivo y operativo el proyecto	Sistema de información CommCare HQ Evaluación formativa
Método / Técnica	Discusión de grupo/ Grupo de enfoque	Discusión de grupo/ Grupo de enfoque	• Entrevista	Discusión de Grupo/Taller     Entrevista	•
Muestreo Teórico	Muestra confirmativa	Muestra de casos extremos	Muestra de casos tipo	Muestra de casos sumamente importantes	
Alcance de los Objetivos/Conceptos Sensibilizantes	Cambios de comportamiento relacionados con: salud materna y neonatal y los factores que limitaron o favorecieron.  • Cuidados durante el embarazo y puerperio (Captación temprana, controles prenatales, ácido fólico y vitaminas prenatales, ácido folico y vitaminas prenatales.	vitariniras prenatares, animentadou, descanso, acompañamiento del esposo)  Identificación de señales de peligro de embarazadas y puérperas y búsqueda de atención oportuna de los servicios de salud.	<ul> <li>Plan de parto y ahorro</li> <li>Parto institucional (atención del parto en clínica materno infantil u hospital)</li> <li>Cuidados del recién nacido. (apego precoz, piel con piel, cuidado en seco del ombligo, uso de fajeros y chupones, señales de peligro, LME)</li> <li>Plan de vida reproductivo y uso de</li> </ul>	Métodos de planificación familiar     Uso de ácido fólico en MEF     IRAS y EDAS (identificación de señales de peligro y búsqueda de de actual de la contrata del contrata de la contrata de la contrata del contrata de la contra	Atención de suero oral y zinc     Atención de proveedores de     servicios de salud como factor     facilitador o no, de CC
Objetivo Específico	2. Comprender las razones por las que han ocurrido o no los cambios de comportamiento en el ámbito familiar y comunitario				

Preguntas Guías	Preguntas para BENEFICIARIOS Y MIEMBROS DEL EQUIPO DEL PROYECTO.  1. ¿Cómo consideran las visitas de los ACC?  2. ¿Qué percepción tiene ustedes respecto a la calidad de los convicios que se brindan a la población participada en el	proyecto?	<ol> <li>¿Qué piensan respecto a la tecnología que utiliza el proyecto Redes para la implementación de esta estrategia educativa?</li> </ol>	<ol> <li>¿Qué consideraciones tiene respecto a la aceptación o no de los mensajes que brinda el proyecto a las familias participantes?</li> </ol>	5. ¿Qué piensa respecto a las referencias y contra referencias que se brindan a las familias participantes en el proyecto?
Casos / Fuentes	Mujeres y hombres con niños menores de un año que han participado en al menos 15	o 21 visitas COD	ACC, supervisores y equipo técnico		Personal directivo y operativo el proyecto
Método / Técnica	Discusión de grupo/ Grupo de enfoque		<ul> <li>Discusión de Grupo/Taller</li> <li>Entrevista</li> </ul>		Discusión de Grupo/Taller     Entrevista
Muestreo Teórico	Muestra confirmativa				Muestra de casos sumamente importantes
Alcance de los Objetivos/Conceptos Sensibilizantes	Percepción de beneficiarios y del equipo acerca de:  • La visita del ACC  • La calidad del servicio  • La tecnología  • Aceptación del mensaje	<ul> <li>Referencia y contra referencia</li> </ul>			
Objetivo Específico	3. Indagar la percepción de los beneficiarios acerca del modelo operativo del proyecto para el desarrollo de la	estrategia educativa			

# Evaluación Cualitativa Proyecto Redes "Uso de Redes Sociales para mejorar los resultados neonatales e infantiles en zonas rurales de Honduras

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

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

<sup>&</sup>lt;sup>ii</sup> Taylor y Bogdan, especifican que una proposición, es un enunciado general de hechos, basado en datos y se desarrollan mediante el estudio cuidadoso de los datos.

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

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

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