PD-ABE-468

EVALUACION DEL COMPONENTE DE EDUCACIÓN SANITARIA DEL PROYECTO: AGUA, MUJERES Y SALUD

UNEPAR
USAID/GUATEMALA
CARE/USA

Junio, 1991

DataPro, S.A.

4a. Ave. 7-01, Zona 10
Ciudad de Guatemala, Guatemala

Este trabajo fue realizado para CARE/Guatemala, bajo Contrato # 6296P

AGRADECIMIENTOS

Queremos patentizar nuestros sinceros agradecimientos a las personas de todas las comunidades que visitamos para la ejecución de esta investigación, quienes nos recibieron muy atentamente cada uno en su comunidad y por permitirnos llegar hasta sus hogares y colaborar con nosotros brindándonos información. Asímismo, nuestros agradecimientos se extienden a los señores miembros de comités, en su mayoría personas entusiastas y colaboradoras que conscientes de las necesidades de sus comunidades participaron activamente viabilizándonos el trabajo en cada lugar visitado. También en forma similar a las extensionistas y promotoras dejamos nuestros agradecimientos por su valiosa ayuda.

No podemos dejar de mencionar y agradecer también en forma especial al personal de campo que trabajó en este proyecto con mucho entusiasmo y de manera consciente y responsable, sin importar los lugares que se visitaban. A todos ellos y al personal de CARE que nos orientó sobre el proyecto, "Agua, Mujeres y Salud", sinceramente les decimos !mil gracias!

TABLA DE CONTENIDOS

I. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 1
- A. Diseño del Proyecto 1
- B. Coordinación 1
- C. Promoción de Mujeres 2
- D. Sistema de Información, Monitoreo y Supervisión 2
- E. Extensionistas 3
- F. Promotores 4
- G. Técnicas y Estrategias Educativas 6
- H. Participación del Comité 7
- I. Participación de Hombres 7
- J. Participación de Niños 7
- K. Beneficios y Uso del Agua 8
- L. Cobertura 9
- M. Cambios en Conocimientos y Prácticas 9
- N. Consistencia del Proyecto de Agua, Mujeres y Salud con los Principios y Plan Multi-Año de CARE-Guatemala 9

II. PLAN DE ACCION 11
- 1. Estrategia del Proyecto 11
- 2. Coordinación 12
- 3. Plan de capacitación 12
- 4. Estrategias Educativas 13
- 5. Sistema de Información 13

III. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION 15

IV. PROYECTO ACTUAL 15

V. OBJETIVOS 16

VI. DISEÑO Y METODOLOGIA DE LA EVALUACION 16
- A. Diseño de la Evaluación 16
  - 1. Entrevistas a Nivel Central y Revisión Documental 16
  - 2. Selección de Comunidades 16
  - 3. Grupos Focales 17
  - 4. Entrevistas Domiciliarias 18
  - 5. Entrevistas con Personal de CARE 19
- B. Trabajo de Campo 19
- C. Límites Metodológicos 20
  - 1. Grupos Focales 20
  - 2. Entrevistas Domiciliarias 21

VII. COBERTURA DEL PROYECTO 22

VIII. IMPACTO 24
1. Conocimientos 26
2. Cuidado y Uso de la Letrina 27
3. Lavado de Manos 29
4. Frecuencia en Bañar a los Niños 31
5. Lavado de Tinajas 32
6. Disposición de la Basura 32
7. Observaciones Directas 33
8. Cumplimiento de Metas 36

IX. DISEÑO DEL PROYECTO 36
1. Adecuacia del Diseño 38
2. Eficacia del Plan 38
3. Estrategia para Promover la Participación de Mujeres 39
4. Coordinación con Otros Proyectos Antes del Arranque y Durante el Proyecto 39

X. SISTEMA DE INFORMACION, MONITOREO Y SUPERVISION . 41
1. Sistemas de Información 41
2. Supervisión de Campo 42

XI. EXTENSIONISTAS 43
1. Selección 43
2. Capacitación 43
a. Cursos 43
b. Seguimiento en el campo 43
c. Manual 44
d. Capacitación en Otros Programas 44
3. Capacidad 44
a. Conocimiento de objetivos del proyecto 44
b. Conocimiento y práctica de tecnologías educativas 44
c. Percepción de su papel 45
4. Opinión del Trabajo 45
5. Deserción 46

XII. PROMOTORAS 48
1. Selección 48
2. Capacitación 49
3. Percepción de su Papel 49
4. Percepción de las Promotoras por Parte de la Comunidad 50
5. Sostenimiento 50

XIII. TECNICAS Y ESTRATEGIAS EDUCATIVAS 52
1. Opinión de la Comunidad 52
2. Materiales Educativos 52
a. Opinión de la Comunidad 52

b. Análisis de los materiales educativos 53
3. Visitas Domiciliarias 54
4. Participación en Actividades 55
5. Temas 56
6. Teatro Popular 57

XIV. PARTICIPACION DEL COMITE DE AGUA POTABLE EN EL COMPONENTE EDUCATIVO 58
1. Actividades 58
2. Conocimiento del Componente Educativo 58
3. Percepción de su Papel en el Componente Educativo 58
4. Como apoyan al Componente Educativo 58

XV. PARTICIPACION DE HOMBRES EN EL COMPONENTE EDUCATIVO 60
1. Conocimiento del Componente Educativo 60
2. Papel de los hombres en la prevención de la diarrea 60
3. Interés en recibir educación 61

XVI. PARTICIPACION DE NIÑOS EN EL COMPONENTE EDUCATIVO 62
1. Importancia del Trabajo con Niños 62
2. Opinión de las Actividades 62
3. Conocimientos 62
4. Opinión y Uso de las Letrinas 63

XVII. CONOCIMIENTO DE MENSAJES 65

XVIII. IMPLEMENTACION DE CONSEJOS 66
1. Barreras a su implementación 66
a. Por capricho o pereza 66
b. No entienden o no han recibido el mensaje 66
c. Falta de agua y letrinas 66
d. Falta de tiempo 67
e. Miedo 67
f. Costumbre 67
g. Falta de Interés 67

XIX. PERCEPCION DE CAMBIOS EN LA COMUNIDAD 68

XX. BENEFICIOS Y USO DEL AGUA 69

EXECUTIVE SUMMARY

CARE-Guatemala has been implementing potable water projects for 25 years. In 1985, CARE-Guatemala integrated sanitation education into its project for the first time in cooperation with its governmental counterpart, UNEPAR (Executive Board of Rural Aqueduct). UNEPAR was unable to integrate the health education component into the Project due to lack of resources and CARE-Guatemala took responsibility for implementing health education in the middle of 1988.

The Water, Women and Health Project initiated in mid 1989 is presently implemented by CARE-Guatemala. The goal of the project is to improve the health of the population of ten highland communities in relation to the incidence of diseases caused by the insufficiency or contamination of water and the lack of adequate sanitation systems. The project was designed with three components: 1) construction of water systems in conjunction with maintenance and operation training; 2) construction of latrines in the houses of 90% of the participants in the ten communities; and 3) implementation of a health education program for approximately 600 women and school age children.

The project goals are:

1. To increase the percentage of participants (from 0 to 90%) who used adequate quantities of pure water for drinking, cooking and washing.

2. To increase the percentage of participants (by 40%) who used latrines in an appropriate manner.

3. To increase the percentage of families that implemented good hygienic practices (by 50% above the base line).

In May 1991 DataPro, S.A. was contracted by CARE to carry out an evaluation of the sanitary education component of the Water, Women and Health Project to provide information to USAID/Guatemala and CARE which would enable them to improve the design and implementation of the project's health education component.

DataPro team evaluated the changes in knowledge and the adoption of new practices by means of an experimental design of pre and post-intervention with a control group. The results of the CAP questionnaire that CARE had carried out before beginning the project were compound with the results of a survey that took place during this evaluation and with the results of the interviews in the control community.

Information was collected at the central level by means of an interview guide and in depth individual interviews with CARE personnel. Three communities were selected for the project representing a Latino community, a Mam-speaking community and a community in which Quiche is spoken. For the control community a small village was selected which had been approved for the project, but in which the education activities had not been initiated.

Focus group were conducted with women, children, men and members of the potable water committee in each community. Household interviews were also carried out with a random sample of women in 30% of the households in each community. A total of 96 individual interviews and 20 focus groups were completed in which 271 adults and children participated. In addition, the extentionist and the two volunteer promoters were also interviewed in each community.

The project reached 560 women, representing 93% of the goal of 600 women. The project reached 57% of the homes in the communities -- a very high coverage rate and above expectations for a project of this type.

An increase was observed in the percentage of women with adequate knowledge and implementation of sanitary practices after having participated in the educational activities. A better understanding and implementation of such practices was also observed in the group of women who had participated in educational activities compared to the group which had not participated. For example, based on observations of the kitchens and latrines, the percentage of women implementing the practices, increased after having participated in the educational activities. A larger percentage of women had their water, dough and other foods covered, and kept their animals out of the kitchen. In regard to the observations of the latrines, not a single latrine was found to be abandoned or to be used for another purpose. Seventy-five percent of those interviewed had a covered latrine, 47.2% had a container for paper and in 61.1% of the latrines with containers, papers was found within it. Almost 90% of the latrines were free of odors.

(The project exceeded its goals 50% above base line). In all of the indicators with the exception of the trash disposal. The other project goal achieved was that 40% of the participants used the latrines adequately. Almost all the adults said that they and their older children used the latrine, but a smaller percentage said that their smaller children used them. More than 40% of the households had implemented the precautions relating to use of the latrine with the exception of putting water and manure into them.

In the project design, the construction of the water system and the educational activities were initiated simultaneously. This strategy is effective with regard to the education. The plan is adequate and realistic in all aspects. However, it is suggested that goals be defined more specifically for the population by age and sex so that progress can be monitored more effectively. The plan should include a strategy of a planned withdrawal from the community in which the extentionist gradually gives the responsibility for the educational component to the promoter and the committee. In addition, it should include a phase of "post-construction" with continued follow-up to the promoters and the committee.

The project has not had sufficient coordination with other organizations working in health education either before or during its development. It is suggested that concrete measures be taken to increase the coordination with other non-governmental organizations (NGOs), the Ministry of Public Health and Social Welfare and with other projects and mission of CARE.

The project was successful in encouraging the participation of the women by means of their selection and training as voluntary promoters in the communities, and in their participation in the potable water committees. This strategy has had positive results, and it is recommended for continued use, with more emphasis on the training of and giving responsibility to the promoters.

There were several problems with the information system. Objectives, goals and indicators to be measured needs to be more clearly defined, and that printed forms should be developed which will permit the early identification of problems. This will aid decision-making and provide information necessary to complete reports. A distinction should be made between new participants and persons who have participated in other meetings to permit more precise measurement of coverage.

In general, the selection and training of extentionists is adequate and result n the personnel with a very high level of understanding of the project themes. In addition, the extentionists have demonstrated a great

dedication to their work and interact with the community with a sense of equality. However, there is a lack of profound understanding of the theory and practice of non-formal education, so much that not everyone understands the true goal of this methodology and how they can improve techniques used in their work.

Extentionists should be offered training about parasites, birth-spacing and first aid as well as techniques of non-formal education. The training plan should include follow-up in the countryside for the participants and visits to other programs.

In general, the extentionists have a sense of accomplishment in their work, however, the project has had a high level of turnover. This has had a negative impact on its development. The following steps should be taken to reduce turnover: 1) assign extentionists permanently to one location; 2)select nearly communities for the same extentionist, 3.) Offer more orientation to extentionists on how to protect their health; 4) provide more support in the field, perhaps by means of more frequent supervisorial visits; 5) hire a male extentionist who could circulate among the communities; and 6) have a trained extentionist in reserve as a substitute in case of openings created by departures.

The promoters have a complete understanding of their functions and the objectives of the project, and they also recognize the role they can play when the extentionist leaves the community. The promoters liked the workshops and were eager to participate further in workshops. Extentionists need to give more responsibility to the promoters and make their training a priority. Training activities with promoters should be included in extentionist goals and reports. Promoters should be given training in parasites, birth-spacing, non-formal educational techniques and first aid.

Although two promoters were trained in each community, only one was actively working in the communities visited, except Chacayá. A sufficient number of promoters should be trained to ensure that there are always two active promoters working in each community. The number of promoters should be adjusted in accordance with the size of the target population. The most that a promoter could be expected to cover would be two groups or thirty women.

In spite of the lack of a concrete plan for the withdrawal of CARE from the community, both the promoters and the community know that they will have to assume responsibility for the educational activities when the extentionists leave. They will be in a position to assume this responsibility if the following conditions are met: 1) there are at least two active promoters to support the project; 2) a process is established to select and train new promoters before CARE leaves the community; 3) the committee provides its authorization and support; 4) CARE helps the promoters develop a work plan and provides follow-up; and 5) new promoters receive training.

The extentionists felt that there was a lack of participation in the meetings. Participation is motivated by the pressure of the committee and the desire to learn new things. Some women did not attend because they were bored of "only talking about poop". To motivate participation, the inclusion of some related themes and a varied format for the meetings are recommended. There was considerable community pressure for women to attend and to put into practice the lessons they were taught. The project should not focus excessively on pressuring the women instead of motivating them to put into practice the changes for their own benefit.

The homes visits serve to improve the relationship with the extentionists, reinforce the theme of educational messages and support women as they put into practice these lessons. However, the

extentionist and the promoter should be careful to avoid being "inspectors".

The focus on using local resources is appropriate, but the use of materials which the participants can take to their houses should be considered. This will serve as reminder to the participants of messages, and others will also learn from them.

A review of the manuals found that the education content was adequately developed. Possible points of resistance to behavioral modifications should be explored and these points educational materials with messages oriented at overcoming those obstacles should be strengthened.

This project has successfully involved the community in the construction of a system of water and in the education component by means of committees and promoters. However, it would be possible to further increase the community's participation in the project by involving community members in the planning and evaluation of the activities.

Men are well-informed of the educational component, although they are not a target group of the project. All of the people interviewed considered that it is necessary to orient the men because of the dominant role that they play in the home. The men expressed an interest in receiving instruction similar to that received by their wives.

Children demonstrate a high level of understanding of the messages and lessons that their mothers have begun to perform in the home. It is important to orient older children to the role they play in caring for and teaching their younger brothers and sisters. Children younger than five years old do not use the latrines and do not wash their hands. They know the importance of using the latrine, but the young children are afraid to use them because the hole is so large that they might fall in. Other problems mentioned by children were that they could not reach the latrine in time because it was too far away and that their parents did not teach them how to use it or remind them to use it. Solutions to these problems might include: teach parents and older brothers and sister how to train the little children to use the latrines, permit use of training toilet, and to modify the latrines (to include a bench or smaller seat). Work with children should be formalized, and a guide for activities developed. An option would be to employ the activities of Child-to-child activities of UNICEF.

RESUMEN EJECUTIVO

CARE-Guatemala ha estado implementando proyectos de agua potable desde hace 25 años. En 1985, CARE-Guatemala integró la educación sanitaria en su proyecto por primera vez bajo cargo de la contraparte gubernamental UNEPAR (Unidad Ejecutora de Acueductos Rurales). Su integración no dio mayor resultado debido a la falta de recursos de UNEPAR y CARE-Guatemala tomó la responsabilidad de implementar la educación sanitaria a mediados de 1988.

El Proyecto de Agua, Mujeres y Salud actualmente implementado por CARE-Guatemala se inició a mediados de 1989. El propósito del proyecto es mejorar la salud de la población en diez comunidades en el Altiplano con relación a enfermedades causadas por insuficienia de agua o agua contaminada y la falta de sistemas adecuados de saneamiento. El proyecto contempla tres componentes: 1) construcción de sistemas de agua en conjunción con un programa de capacitación en operación y mantenimiento; 2) construcción de letrinas en los hogares de un 90% de las participantes en las diez comunidades; y 3)implementación de un programa de educación en salud dirigida a aproximadamente 600 mujeres y niñas de edad escolar.

Las metas específicas del proyecto fueron:

1. Aumentar el porcentaje de participantes (de 0 a 90%) quienes utilizan cantidades adecuadas de agua pura para tomar, cocinar y lavar.

2. Aumentar el porcentaje de participantes (a un 40%) quienes utilizan las letrinas de manera adecuada.

3. Aumentar el porcentaje de familias que implementan prácticas higiénicas (a un 50% arriba de la línea basal).

En Mayo de 1991, DataPro, S.A. fue contratada por CARE para realizar una evaluación del componente de educación sanitaria del Proyecto de Agua, Mujer y Salud para proveer información a USAID/Guatemala y CARE a fin de permitir el mejoramiento del diseño e implementación de los componentes de educación en salud del proyecto.

Se evaluaron los cambios en conocimientos y adopción de nuevas prácticas por medio de un diseño experimental "pre-intervención" y "post-intervención" con un grupo de control. Se compararon los resultados de la encuesta CAP que CARE llevó a cabo antes de principiar el proyecto con los resultados de las entrevistas que se realizaron durante esta evaluación y con los resultados de las entrevistas que se realizaron en la comunidad de control.

Se recolectó información a nivel central por medio de una revisión documental y entrevistas individuales a profundidad con personal de CARE. Se seleccionaron tres comunidades del proyecto, representando una comunidad ladina, una comunidad de habla mam y una de habla quiché. Para la comunidad de control, se seleccionó un caserío donde CARE ha aprobado el proyecto pero todavía no ha iniciado actividades educativas.

Se llevaron a cabo grupos focales con mujeres, niños, hombres y con el comité de agua potable en cada comunidad. También se realizaron entrevistas domiciliarias con una muestra aleatoria de mujeres en el 30% de los hogares en cada comunidad seleccionada. Se realizó un total de 96 entrevistas individuales

y 20 grupos focales, en los cuales participaron 271 adultos y niños. Además en cada comunidad se entrevistó a la extensionista y a las dos promotoras voluntarias.

El proyecto alcanzó a 560 mujeres, lo cual representa un 93% de su meta de 600 mujeres. El proyecto alcanzó a 57% de los hogares en las comunidades, lo cual representa una cobertura bastante alta y rebasa lo esperado para un proyecto de este tipo.

Se observó un incremento en el porcentaje de mujeres con conocimientos adecuados e implementando las prácticas sanitarias después de participar en las actividades educativas. También se observó mayor conocimientos e implementación de las prácticas en el grupo que recibió la educación en comparación con el grupo que no ha recibido orientación. Por ejemplo, según observaciones, el porcentaje de personas implementando las practicas de la cocina y letrina, aumentó después de recibir la intervención. Un mayor porcentaje de mujeres tenían su agua, masa y otros alimentos tapados, y mantenía sus animales fuera de la cocina. En cuanto a la observación de letrinas, no se observó ninguna letrina que fuera abandonada o utilizada para otra cosa. Un 75% de las entrevistadas tenía su letrina tapada, 47.2% tenía recipiente y en un 61.1% de las letrinas con recipientes, los papeles se encontraban dentro de ello. Casi 90% de las letrinas están libre de mal olor.

En todos los indicadores con la excepción de la disposición de basura, el proyecto rebasó sus metas (50% arriba de la línea basal). La otra meta del proyecto fue lograr que un 40% de las participantes usen la letrina adecuadamente. Casi todos los adultos dijeron que ellos y sus hijos mayores usan la letrina, pero un menor porcentaje informó que sus niños chiquitos la usan. Un porcentaje mayor de 40% implementaron todos los cuidados de la letrina apropiados con la excepción de echar agua y estiércol.

En el diseño del proyecto, la construcción del sistema de agua y las actividades educativas se inician juntas. Esta estrategia es efectiva en cuanto a la enseñanza. El plan es adecuado y realista en todos sus aspectos. Sin embargo, se sugiere una definición más específica de la población meta por grupos de edad y sexo para un monitoreo efectivo. El plan debe incluir una estrategia de retiro de la comunidad en la cual la extensionista vaya dejando la responsabilidad del componente educativo paulatinamente a la promotora y al comité. Además, se debe incluir una fase de "post-construcción" en la cual se brinde seguimiento a las promotoras y al comité.

El proyecto no ha tenido suficiente coordinación con otras organizaciones que trabajan en educación sanitaria antes o durante su desarrollo. Se sugiere tomar medidas concretas para aumentar la coordinación con otras organizaciones no-gubernamentales, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y con otros proyectos y misiones de CARE.

El proyecto ha tenido éxito en promover el papel de las mujeres por medio de la selección y capacitación de promotoras voluntarias en las comunidades, así como su participación en el comité de agua potable. Esta estrategia ha dado buenos resultados y se recomienda seguir su utilización, dando mayor énfasis a la capacitación y entrega de responsabilidades a las promotoras.

Se encontraron múltiples problemas con el sistema de información y se recomienda definir los objetivos, metas e indicadores que se quiera medir y desarrollar formularios impresos que brinden información que permita la identificación oportuna de problemas para apoyar la toma de decisiones y brindar la información necesaria para completar los reportes. Se debe distinguir entre participantes nuevas y subsecuentes para permitir medir la cobertura con mayor precisión.

En general, la selección y capacitación de extensionistas son adecuadas y ha resultado en que el personal cuenta con un alto grado de conocimiento sobre los temas del proyecto. Además las extensionistas se muestran muy comprometidas con su trabajo e interactúan con igualdad. Sin embargo, falta profundizar su teoría y práctica de la educación no-formal, ya que no todas han internalizado el verdadero fin de esta metodología y podría mejorar las técnicas que utilizan en su trabajo.

Se recomienda brindar a las extensionistas capacitación sobre parásitos, espaciamiento de embarazos y primeros auxilios, así como técnicas de educación no-formal. El plan de capacitación debe incluir seguimiento en el campo por la entrenadora y visitas a otros programas.

Por lo general, las extensionistas se sienten realizadas en su trabajo, sin embargo, el proyecto ha tenido una tasa de deserción alta, lo cual ha tenido un impacto negativo en su desarrollo. Se recomienda tomar las siguientes medidas para reducir la deserción: 1) tener fijas a las extensionistas; 2) seleccionar comunidades cercanas para una extensionista; 3) brindar orientación sobre cómo cuidar su salud; 4) proveer más apoyo en el campo, talvez por medio de visitas de supervisión más frecuente; 5) contratar otro extensionista masculino que pudiera rotarse entre comunidades; y 6) tener una extensionista capacitada en reserva para sustituir en caso de renuncia.

Las promotoras tienen un conocimiento completo de sus funciones y los objetivos del proyecto, también reconocen el papel que van a desempeñar al salir la extensionista de la comunidad. A las promotoras les gustó mucho el taller y solicitan otro. Es necesario que las extensionistas den más responsabilidad a las promotoras, haciendo una prioridad su capacitación. Las actividades de capacitación deben ser incluidas en sus metas e informes. Se les debe dar capacitación en parásitos, espaciamiento de embarazos, técnicas de educación no formal y primeros auxilios.

Aunque se capacitó a dos promotoras en cada comunidad, solamente una está trabajando activamente en las comunidades visitadas. Se sugiere capacitar a un mayor número de promotoras para permitir tener siempre dos promotoras activas en una comunidad. Se recomienda ajustar el número de promotoras según el tamaño de la población meta. Lo más que podría cubrir una promotora son dos grupos o treinta mujeres.

A pesar de que no existe un plan concreto para el retiro de CARE de la comunidad, tanto las promotoras como la comunidad están conscientes de que tienen que asumir responsabilidad por las actividades educativas después de que se vaya la extensionista. Estarán en capacidad de cumplir con esta responsabilidad, si se cumple con las siguientes condiciones: 1) que exista un mínimo de dos promotoras activas para que se apoyen; 2) que exista un proceso de selección y capacitación para nuevas promotoras después de la salida de CARE; 3) que el comité brinde su autorización y apoyo; 4) CARE les ayude a las promotoras a desarrollar un plan de trabajo y les de seguimiento; y 5) que reciban capacitación.

Las extensionistas sienten que falta participación en las reuniones. La participación es motivado por presión del comité y deseo de aprender nuevas cosas. Algunas mujeres no asisten porque están aburridas de "sólo hablar de popó". Para motivar la participación se recomienda incluir algunos temas relacionados y variar el formato de las reuniones. Se observó mucha presión en la comunidad para que las señoras asistan y pongan en práctica los consejos. Se debe tener cuidado que el programa no enfoque demasiado en presionar a las mujeres, sino intentar de motivarlas a llevar a cabo cambios para su propio beneficio.

Las visitas domiciliarias sirven para mejorar la relación con la extensionista, reforzar el tema de la charla y apoyar a la mujer en poner en práctica los consejos. La extensionista y la promotora deben tener cuidado de no ser "inspectores".

El enfoque en usar recursos locales está apropiado, pero se debe contemplar el uso de materiales que las participantes puedan llevar a sus casas. Estos les ayudarán a recordar los mensajes y servirán para enseñar a otras personas lo que aprendieron.

La revisión del los manuales mostró que los contenidos educativos están adecuadamente desarrollados. Es recomendable que se exploren los posibles puntos de resistencia al cambio de conducta y se fortalezcan los materiales educativos con mensajes orientados a vencer estos obstáculos.

Este proyecto ha logrado involucrar a la comunidad ampliamente en la construcción de los sistema de agua y en el componente educativo por medio de los comités y promotoras. Sin embargo, se podría lograr que la comunidad asuma más control del proyecto por medio de su involucramiento en la planificación y evaluación de las actividades.

Los hombres están bien enterados del componente educativo, a pesar de que no representa un grupo meta del proyecto. Todas las personas entrevistadas consideran que hay necesidad de orientar a los hombres debido al papel determinante que juegan en el hogar. Los hombres manifestaron interés en recibir charlas parecidas a las que reciben sus esposas.

El trabajo con niños ha dado buenos resultados ya que ellos demuestran alto conocimiento de los mensajes y enseñan a sus madres que tienen que hacer en el hogar. Es importante orientar a los niños debido al papel que desempeñan en cuidar y orientar a sus hermanitos. Sin embargo, los niños menores de cinco años no usan las letrinas y no se lavan las manos. Conocen la importancia de usar la letrina, pero los pequeñitos tienen miedo de usarla porque sienten que el hoyo es muy grande y se puede caer. Otros problemas que mencionaron son que no la alcanzan, que está demasiado lejos y sus padres no les enseñan y les recuerdan. Se sugiere desarrollar soluciones a estos problemas tales como: enseñar a los padres y hermanos mayores como entrenar a los niños pequeños a usar la letrina, otorgar basinicas y modificar las letrinas (incluir un banco o asiento más). Se recomienda formalizar el trabajo con niños, desarrollando una guía de actividades para ellos. Una opción sería emplear actividades de NIÑO-a-niño de UNICEF.

I. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. DISEÑO DEL PROYECTO

1. En el diseño del proyecto la construcción del sistema de agua y las actividades educativas se inician juntos. Esta estrategia es adecuada en términos de la oportunidad que brinda para la enseñanza. Sin embargo, se ha tenido problemas de coordinación en el campo debido al atraso del componente de construcción. Existe más entusiasmo al inicio del proyecto que al final. Se debe aprovechar este entusiasmo y planificar las charlas para que ya sólo al final se efectúe un reforzamiento.

   Se debe permitir más tiempo antes del inicio del proyecto para asegurar que los asuntos legales estén en marcha y que la comunidad tenga tiempo para organizarse y participar ampliamente en el proyecto desde su inicio.

2. El plan no contempla qué sucederá en la comunidad cuando se vaya la extensionista.

   El plan debe incluir una estrategia de retiro de la comunidad en la cual la extensionista vaya dejando la responsabilidad del componente educativo paulatinamente a la promotora y al comité. Se debe incluir una fase de "post-construcción" en la cual se brinde seguimiento y reforzamiento a las promotoras y al comité.

3. El plan es adecuado y realista en todos sus aspectos. Sin embargo, sus metas no son muy específicas y no incluyen un plan para la capacitación de extensionistas nuevas.

   Se sugiere una definición más específica de la población meta por grupos de edad y sexo, para un monitoreo efectivo del cumplimiento de las metas. Si se decide trabajar con hombres y niños, se les debe incluir dentro de las metas e incluir planes específicos para el trabajo con ellos. También se debe incluir una estrategia para entrenar al personal institucional y voluntaria que se une al proyecto después de su inicio.

B. COORDINACIÓN

1. El proyecto no ha tenido suficiente coordinación con otras organizaciones que trabajan en educación sanitaria antes o durante su desarrollo.

   Se sugiere reunirse con otras instituciones para discutir estrategias de trabajo, investigar la posibilidad de compartir capacitaciones y materiales y visitar su programa en el campo. Las organizaciones que se podrían contactar incluyen: Sistemas Comunitarios de Salud (AID/UNEPAR/MSPAS), Nuevo Amanecer, ADESE, ACESCA, Visión Mundial, UNICEF, el Departamento de Educación en Salud y Recursos Humanos del MSPAS, Agua del Pueblo, Project Concern y la Liga de Lactancia Materna de Guatemala.

2. La coordinación con el Ministerio de Salud ha sido mínima. Esto se ha dado como resultado de que a veces los promotores del MSPAS y los de CARE dan información diferente en la misma comunidad.

Mientras que se reconoce que es difícil coordinar con el Ministerio de Salud debido a sus recursos limitados por su amplia cobertura, se sugiere buscar maneras específicas para colaborar con ellos, por ejemplo a través de Sistemas Comunitarios, los Técnicos de Salud Rural, los puestos y centros de salud, y los promotores en las comunidades.

3. Falta coordinación con otros proyectos y misiones de CARE.

Cuando fuese posible, sería recomendable escoger comunidades donde CARE tiene otros proyectos. Esto enriquecerá los proyectos y resultaría en un ahorro de recursos. También se debe explorar maneras de crear una coordinación más estrecha a nivel central. Por ejemplo, se podría llevar a cabo capacitaciones, compartir materiales educativos, hacer visitas de campo a los otros programas y diseñar sistemas de información y supervisión conjuntamente.

C. PROMOCIÓN DE MUJERES

1. El proyecto ha tenido éxito en promover el papel de las mujeres por medio de la selección y capacitación de promotoras voluntarias en las comunidades así como su participación en el comité de agua potable.

Esta estrategia ha dado buenos resultados y se recomienda seguir su utilización, dando mayor énfasis a la capacitación y entrega de responsabilidades a las promotoras. Cuando fuere posible durante la vigencia del proyecto se sugiere la incorporación de mujeres en los niveles de supervisión y administración del proyecto para mejorar la situación actual en que todos los trabajadores de campo son mujeres, supervisadas por hombres.

D. SISTEMA DE INFORMACIÓN, MONITOREO Y SUPERVISIÓN

1. Se encontraron múltiples problemas con el sistema de información que se utiliza actualmente incluyendo la recolección de información que no se utiliza, la falta de información necesaria, la falta de consistencia en la información que reportan las extensionistas, la falta de concordancia en los datos, falta de claridad acerca de qué medir y para qué y demasiado tiempo invertido en preparar y leer los informes. La información que se recolecta no tiene mayor utilidad en términos de la operación diaria del proyecto. No se da retroalimentación en base a sus informes, por ejemplo, no se recolecta información acerca de la participación de las promotoras o el comité, factores claves en medir el éxito del proyecto.

Se deben definir los objetivos, metas e indicadores que se quiera medir y desarrollar formularios para cada nivel que pueda brindar información que permita la medición del cumplimiento de metas y la identificación oportuna de problemas para apoyar la toma de decisiones y brindar la información necesaria para llenar el PIA. Por ejemplo, debido al hecho de que la capacitación de la promotora local es crítica, se debe recolectar datos acerca de las actividades que llevan a cabo la extensionista para apoyarla. El uso de un formulario impreso, reduciría el tiempo de la extensionista en preparar su informe y el tiempo del asistente en analizarlo y dar retroalimentación. También aseguraría la estandarización de información entre extensionistas y a travez del tiempo. Se debe contemplar la participación del comité en el monitoreo y supervisión de la extensionista.

Para poder medir mejor la cobertura del proyecto, se recomienda refinar el sistema de información para incluir el número de reuniones con niños, hombres, mujeres y número de asistencias por persona. Se debe distinguir entre participantes nuevas y subsecuentes para permitir medir la cobertura con mayor precisión.

E. EXTENSIONISTAS

1. Por lo general, la selección y la capacitación de extensionistas son adecuadas. La capacitación y supervisión brindada por CARE ha resultado en que el personal cuenta con un alto grado de conocimiento sobre los temas del proyecto y sus objetivos. Además, las extensionistas se muestran muy comprometidas con su trabajo e interactúan con la comunidad con igualdad. CARE ha logrado aumentar el auto-estima de las promotoras y su confianza en su capacidad de estimular cambios en las comunidades donde trabajan. Sin embargo, falta profundizar su teoría y práctica de la educación no-formal, ya que no todas han internalizado el verdadero fin de esta metodología y podría mejorar las técnicas que utilizan en su trabajo.

   Se recomienda brindar a las extensionistas capacitación sobre parásitos, espaciamiento de embarazos y primeros auxilios, así como técnicas de educación no-formal. El plan de capacitación debe incluir seguimiento en el campo por la entrenadora. La capacitación podría incluir visitas a otros programas y de extensión. Estas visitas les daría ideas de cómo profundizar su trabajo y serviría como motivación.

2. Las promotoras opinan que las guías educativas recientemente desarrolladas por el proyecto son muy prácticas. Las extensionistas las utilizan para preparar sus charlas y capacitar a la promotora. A veces copian los dibujos a carteles.

3. Por lo general, las extensionistas se sienten realizadas en su trabajo, sin embargo, el proyecto ha tenido una tasa de deserción alta, lo cual ha tenido un impacto negativo en su desarrollo. Las razones mencionadas por las extensionistas de por qué renuncian sus compañeras incluyen: inhabilidad de ambientarse en la comunidad, se enferman demasiado y dificultad del trabajo. Además, la práctica de rotar a las extensionistas agrava estos problemas e impide el trabajo de la extensionista en su propia comunidad.

Se recomienda tomar las siguientes medidas para reducir la deserción:

- ***Tener fijas a las extensionistas y no cambiarlas a otras comunidades a la medida posible;***
- ***Seleccionar dos comunidades cercanas para el manejo de una extensionista;***
- ***Brindar orientación en cómo cuidar su salud y un botiquín de medicinas básicas para su propio uso;***
- ***Hacer visitas de supervisión con más frecuencia;***
- ***Proveer más apoyo en el campo, especialmente al inicio. Si no es posible trabajar en parejas, contratar otro extensionista masculino que podría rotarse entre las comunidades. Esto serviría también para reducir su cargo de trabajo y permitirle hacer un trabajo más efectivo;***
- ***Pensar en tener una extensionista capacitada en reserva para sustituir en caso de renuncia del personal;***
- ***Desarrollar estrategias para dar retroalimentación positiva a las promotoras para que se valore su avance y no sólo se enfoque en el porcentaje de la comunidad que no está poniendo en práctica sus consejos.***

F. PROMOTORES

1. Las promotoras del proyecto tienen un conocimiento completo de sus funciones y los objetivos del proyecto, también reconocen el papel que van a desempeñar al salir la extensionista de su comunidad.

2. A las promotoras les gustó mucho el taller y solicitan otro. La capacitación que se da en la comunidad está funcionando parcialmente. Es muy necesario que las extensionistas deleguen más responsabilidad a las promotoras, ya que en este momento la promotora sólo funciona como apoyo a la extensionista. La capacitación de las promotoras debería de ser una prioridad para las extensionistas y debe ser incluido en sus metas e informes mensuales.

3. Aunque se capacitó a dos promotoras en cada comunidad, solamente una está trabajando activamente en las comunidades visitadas.

   Se sugiere capacitar a un mayor número para permitir tener siempre dos promotoras activas en una comunidad. Además se recomienda ajustar el número de promotoras según el tamaño de la población meta. Se considera que lo más que podría cubrir una promotora son dos grupos, lo cual significa que una promotora podría cubrir treinta mujeres.

Sería útil definir criterios más concretos de selección de las promotoras así como el proceso de selección que se debe seguir.

Las promotoras piden capacitación en parásitos, espaciamiento de embarazos y auxilios y técnicas de educación no formal.

Se debe considerar la posibilidad de capacitar a las promotoras en primeros auxilios y otorgar un botiquín a ellos. Esto satisfacerá una necesidad sentida en las comunidades para ayuda en casos de emergencia y daría más estatus a la promotora.

4. En general, las promotoras sienten satisfechas con su trabajo pero se ponen frustrados con la gente cuando no llegan a las reuniones y no implementan sus consejos. Se recomienda darles retroalimentación positiva y no siempre enfocar en las señoras que no están implementando las prácticas.

5. A pesar de que no existe un plan concreto para el retiro de CARE de la comunidad, tanto las promotoras como la comunidad están conscientes que tienen que asumir la responsabilidad por las actividades educativas después de que se vaya la extensionista.

   Las promotoras estarán en capacidad de continuar el trabajo si se cumple con las siguientes condiciones:

   - *Que exista un mínimo de dos promotores activos para que se apoye el uno al otro.*
   - *Que existe un proceso de selección y capacitación para nuevas promotoras después de la salida de CARE de la comunidad; por ejemplo, visitas cuatrimestrales por la extensionista para evaluar la necesidad de reclutar y capacitar otros promotores y brindarles su apoyo, así como también apoyar asambleas generales convocadas por el comité con el mismo fin.*
   - *Que el comité brinde su autorización y apoyo moral; por ejemplo, por medio de la convocatoria de asambleas generales y reuniones periódicas con las promotoras para evaluar el avance de sus actividades.*
   - *CARE les ayuda a las promotoras desarrollar un plan de trabajo y les da seguimiento.*
   - *Las promotoras tienen la capacidad económica de seguir trabajando como voluntarias y no entran a trabajar. Para este fin se recomienda considerar la selección de promotoras de una situación económica estable y la utilización de incentivos como bancos comunales, etc.*
   - *Las promotoras reciben más capacitación, especialmente en como trasmitir los mensajes y las extensionistas las preparan dándoles más responsabilidades.*

G. TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS EDUCATIVAS

1. La estrategia de dividir la comunidad en grupos es efectiva.

   Se debe dar las pláticas dos veces al mes. Cuando se les dan con menos frecuencia se les olvidan los mensajes y no tienen tiempo de asistir más seguido.

2. Las extensionistas sienten que falta participación en las reuniones. Las señoras dicen que asisten a las reuniones por presión del comité y para aprender cosas nuevas. Varias señoras manifestaron estar aburridos de que "sólo hablan de popó".

   Para motivar participación en las actividades se recomienda incluir algunos temas relacionadas y variar el formato de las reuniones, incluyendo actividades y demostraciones. Por ejemplo, se podría utilizar otras metodologías tales como el grupo de apoyo que maneja la Liga de Lactancia Materna.

3. En general se observó mucha presión en la comunidad para que las señoras asistan y pongan en práctica los consejos de CARE.

   Se debe tener cuidado que el programa no enfoque demasiado en presionar a las mujeres, sino intentar motivarlas a ellas a llevar a cabo cambios para su propio beneficio.

4. Las visitas domiciliarias sirven para mejorar la relación con la extensionista, reforzar el tema de charla y apoyar a la mujer en poner en práctica las consejos.

   La extensionista y la promotora deben tener cuidado de no dar la impresión de ser un inspector.

5. El enfoque en usar recursos locales está apropiado, pero se debe contemplar el uso de material de apoyo.

   En particular, se recomienda desarrollar materiales que las participantes puedan llevar a sus casas. Estos les ayudarán a recordar los mensajes y servirán para enseñar a otras personas como sus hijos y esposos lo que aprendieron. Dos opciones son un formulario que incluye un espacio para anotar qué actividad se realizó o un afiche para pegar en la pared. Se incluyen algunos ejemplos de materiales elaborados por el Proyecto Concern en el Anexo 8.

6. La revisión de los manuales mostró que los contenidos educativos referentes a las prácticas deseables y a los conocimientos asociados a dichas prácticas están adecuadamente desarrollados. Las barreras que se encontró durante la evaluación incluyen pereza, falta de tiempo, no están acostumbrados y en el caso de las letrinas, miedo e incomodidad.

   Se recomienda que los materiales también desarrollen, con igual grado de esfuerzo, contenidos motivacionales para la prueba y adopción de las conductas que promueve

el proyecto educativo. Es recomendable que se exploren los posibles puntos de resistencia al cambio de conducta y se fortalezcan los materiales educativos con mensajes orientados a vencer gradualmente estos obstáculos.

7. El número de temas está bien, pero no se debe descartar el problema de que la gente se aburre de sólo hablar de la diarrea y prácticas higiénicas.

   Se recomienda agregar algunos temas muy ligados con la prevención de diarrea como lactancia materna, el destete, cólera, parásitos y espaciamiento de embarazos.

H. PARTICIPACIÓN DEL COMITÉ

1. El comité de agua potable participa activamente en el componente educativo; organizando actividades, buscando locales para las sesiones e instando a la comunidad para que asistan;

   Se recomienda involucrar más al comité en planificación, monitoreo y seguimiento del componente educativo.

I. PARTICIPACIÓN DE HOMBRES

1. Los hombres están bien enterados del componente educativo del proyecto, a pesar de que no representa un grupo meta del proyecto.

2. El personal de campo y la comunidad consideran que hay necesidad de orientar a los hombres debido al papel determinante que juegan en el hogar. Los hombres pueden animar y dar apoyo a la mujer en asistir a las actividades y poner en práctica los consejos, orientar a sus niños y ayudar a implementar las prácticas en el hogar.

3. Los hombres manifestaron interés en recibir charlas parecidas o iguales a las que reciben sus esposas cada mes. Prefieren recibirlas los fines de semanas o cualquier día hábil de la semana, pero de noche. Les gustaría recibir orientación en grupo de un hombre preparado.

   Para facilitar el trabajo con hombres se recomienda capacitar otra extensionista hombre y contemplar la selección y capacitación de promotores masculinos.

J. PARTICIPACIÓN DE NIÑOS

1. Los niños mostraron amplio conocimiento de los mensajes del proyecto y expresaron interés en las actividades educativas.

El trabajo con niños ha dado buenos resultados ya que enseñan a sus madres y les recuerdan que tienen que hacer en el hogar. También es importante orientar a los niños debido al papel que desempeñan en cuidar y orientar a sus hermanitos. Es más fácil cambiar hábitos a esa edad y cuando sean padres implementarán los consejos que se les enseña ahora.

Se recomienda formalizar el trabajo con niños, desarrollando una guía de actividades para ellos. Una opción sería emplear actividades de Niño-a-niño de UNICEF. El objetivo de este programa es que los niños pueden mejorar la salud de sus hermanos, llegar a ser mejores padres y conocer su propia habilidad de cambiar y mejorar la situación por ayudarse entre ellos. Las guías de UNICEF proponen actividades para realizar con niños como mini-encuestas de salud, campañas de limpieza, teatro, juegos, títeres, etc. para reforzar los mensajes educativos y hacerse educadores de su comunidad. Este trabajo se podría realizar a través de una coordinación con los maestros en cada comunidad.

3. Se ha visto que los niños ponen en práctica algunos de los consejos, pero los niños menores de cinco años no usan las letrinas, no se lavan las manos antes de comer y después de hacer popó. Los niños conocen la importancia de usar la letrina pero los chiquitos (menos de cinco o seis años) tienen miedo de usarla porque sienten que el hoyo es muy grande y se puede caer. Otros problemas que mencionaron son que no la alcanzan, la letrina es demasiado lejos y sus padres no les enseñan y recuerdan.

Debido a los problemas detectados con el uso de letrinas, se sugiere desarrollar soluciones tales como: enseñar a los padres y hermanos mayores como entrenar a los niños chiquitos a usar la letrina, otorgar basinicas y modificar las letrinas (incluir un banco o asiento más chiquito).

K. BENEFICIOS Y USO DEL AGUA

Los miembros de las comunidades comentaron que tener agua les permitirá:

- Tener más aseo personal;
- No tener que acarrear agua;
- Tener más aseo en el hogar;
- Lavar en casa y no ir al río;
- Evitar enfermedades;
- Dar agua a los animales;
- Tener agua para regar;

- Más tiempo para hacer otros oficios.

L. COBERTURA

1. El proyecto alcanzó a 560 mujeres, lo cual representa un 93% de su meta de 600 mujeres. El proyecto alcanzó a un 57% de los hogares en las comunidades, lo cual representa una cobertura bastante alta y rebasa lo esperado para un proyecto de este tipo.

   Después de la selección de comunidades, se recomienda establecer metas individuales para cada una según su tamaño.

M. CAMBIOS EN CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS

1. Se observaron grandes cambios en conocimientos y prácticas antes y después de las actividades educativas y entre el grupo que recibió la educación y la que no la ha recibido. El éxito del proyecto en aumentar los conocimientos en las comunidades donde trabajan y animan la adopción de nuevas prácticas en beneficio de la salud, ha sido impresionante. Las áreas en que el proyecto ha tenido menos éxito son enseñar a la gente a mantener los animales afuera de la cocina y en la disposición adecuada de la basura. Tampoco han captado el mensaje de echar agua y estiércol en la letrina, talvez porque construyeron sus letrinas recientemente. Se observó menor cumplimiento con el lavado de manos y el uso de letrinas por parte de los niños.

2. En general, las comunidades han asimilado los mensajes del proyecto. Sin embargo, en cuanto a los conocimientos de las causas de la diarrea, sólo un porcentaje menor sabía que no lavarse las manos después de hacer popó, tener animales en la cocina y hacer sus necesidades al aire libre podría causar la diarrea. Se sugiere reforzar estos mensajes, ya que están estrechamente vinculadas y son las prácticas que menos se realizan.

N. CONSISTENCIA DEL PROYECTO DE AGUA, MUJERES Y SALUD CON LOS PRINCIPIOS Y PLAN MULTI-AÑO DE CARE-GUATEMALA

Los resultados de esta evaluación demuestran que el proyecto sigue los lineamientos de programación establecidos en los principios programáticos de CARE. En primer lugar, este proyecto enfoca en las comunidades más desprotegidas del país y además intenta mejorar la situación de la mujer, lo cual es un compromiso consistente de CARE en ayudar los sectores de la población más necesitados. La filosofía del personal del proyecto, lo cual se observó claramente durante el trabajo de campo, es trabajar con igualdad, respetando la experiencia y cultura de sus beneficiarios.

En cuanto al principio de CARE de promover la participación comunitaria, este proyecto ha logrado involucrar a la comunidad ampliamente en la construcción de los sistemas de agua y en el componente educativo por medio de los comités y promotoras. Sin embargo, se podría lograr que la

comunidad asuma más control del proyecto por medio de su involucramiento en la planificación y evaluación de las actividades del proyecto.

El proyecto cumple con otro principio clave de CARE, adaptabilidad, ya que el modelo y las guías educativas podrían ser utilizados en pequeña escala por otras organizaciones no gubernamentales o por su contraparte, el Ministerio de Salud Pública. Con respecto al principio en que sus proyectos deben promover cambio fundamental, la naturaleza del proyecto, proveer agua potable a comunidades rurales, por sí sola influye en las vidas de los beneficiarios de una manera significativa. La participación de las mujeres como promotoras y su papel en los comités de agua potable también representa un cambio fundamental en las comunidades, proveyendo nuevas oportunidades a las mujeres.

Este proyecto ha traído no solo un impacto material, sino también está promoviendo la capacidad de las personas a tomar un control sobre sus propias vidas. Sin embargo, el proyecto podría lograr aún más en esta área por medio de la utilización de una metodología que tome más en cuenta el verdadero fin de la educación no-formal. Se debe ampliar el conocimiento de las extensionistas de esta metodología, recordándoles que el objetivo no es sólo lograr que las mujeres implementen cambios de conducta, sino también el fin de aumentar su autoestima y concientizarlas sobre su capacidad de cambiar sus vidas. El énfasis actual en exigir que las mujeres implementen los cambios de comportamientos es preocupante, ya que implica presión de afuera, no una motivación interna para cambiar.

También se consideró la congruencia del proyecto con el Plan Multi-Año de CARE-Guatemala. Hay cuatro áreas en que el proyecto debe fortalecerse para cumplir con las metas propuestas en este plan.

1. Aumentar su integración con otros programas de CARE, tales como MCH y Supervivencia Infantil. El plan sugiere la selección de sitios para permitir la integración de los programas de CARE de manera secuencial (sucesiva), simultáneo o integrado.

2. En el área de planificación familiar y población, el proyecto ya está cubriendo algunas de las áreas mencionadas en el plan, tales como aumentar el estatus de la mujer y mejorar la salud materno-infantil. El proyecto también debe proveer orientación sobre espaciamiento de los embarazos y, si es posible, hacer accesible a sus beneficiarios los servicios de planificación familiar.

3. Como se ha mencionado anteriormente, la sostenibilidad de los proyectos de CARE es de alta prioridad. El proyecto ya incluye un componente de participación comunitaria muy fuerte con el fin de lograr la continuación del proyecto después del retiro de CARE de la comunidad. Para facilitar el cumplimiento con esta meta, se recomienda dar mayor prioridad a la capacitación de las promotoras y comités por parte de las extensionistas. Las actividades de capacitación y de seguimiento deberían ser incluidos en las metas mensuales de las extensionistas. El personal del proyecto debe recibir orientación sobre cómo capacitar a las promotoras y comités.

4. Una meta del plan es crear sistemas uniformes a través de los proyectos de CARE. El proyecto no ha cumplido con esta meta y se recomienda considerar la colaboración con los otros proyectos para el desarrollo de sistemas de información y supervisión, capacitaciones, materiales, etc.

II. PLAN DE ACCION

El equipo de CARE pidió que esta evaluación incluyera un plan de acción para facilitar la implementación de las recomendaciones contenidas en la misma. Lo anterior demuestra un interés real de parte del personal de CARF en mejorar el proyecto.

El primer paso para poner en marcha las recomendaciones de la evaluación es reunir al equipo del proyecto para discutir los hallazgos y recomendaciones de la evaluación y escoger cuáles quieren implementar. Las modificaciones al proyecto sugeridos en esta evaluación se puede dividir en cinco partes: revisión de la estrategia del proyecto, coordinación, plan de capacitación, metodología educativa y sistema de información y monitoreo. A continuación se anotan los aspectos que debe considerar el personal del proyecto en el desarrollo e implementación del nuevo proyecto.

1. Estrategia del Proyecto

A. Planificación

- Factibilidad de incluir la presencia de otros proyectos de CARE en la comunidad como criterio de selección;
- Incluir una fase inicial para permitir tiempo para organizar la comunidad y terminar los trámites legales;
- Programar una fase de "post-construcción" que incluya apoyo y seguimiento después del retiro de la extensionista;
- Incluir un plan de retiro en que la promotora y el comité asuman paulatinamente las responsabilidades de la extensionista;
- Planificar una evaluación en comunidades del proyecto después de que hayan tenido agua y letrinas por un mínimo de un año. También se debe llevar a cabo una evaluación del impacto del teatro popular en la comunidad.

B. Metas

- Agregar a las metas generales, metas específicas por grupo de población (p. e. hombres, niños, mujeres), comunidad y tiempo;
- Desarrollar metas formativas como la capacitación de las promotoras y la participación del comité en los planes de trabajo.

C. Personal

- Considerar la factibilidad de contratar otro extensionista hombre y tener una extensionista rotativa para sustituir en caso de renuncias.

2. Coordinación

- Desarrollar una lista de programas con los cuales sería útil coordinar; y planificar visitas a estas organizaciones;
- Planificar visitas o conseguir documentos de otras misiones de CARE que realizan actividades parecidas;
- Planificar actividades en conjunción con otros proyectos de CARE-Guatemala, (capacitaciones, compartir materiales, diseño de sistemas de información y supervisión);

3. Plan de capacitación

A. Selección y capacitación de las extensionistas

- Revisar y documentar los criterios y proceso de selección;
- Dar más apoyo y supervisión en el campo a las extensionistas;
- Identificar los recursos disponibles y planificar capacitaciones en técnicas educativas, parásitos, espaciamiento de embarazos, primeros auxilios y cómo cuidar la salud en el campo. Incluir un plan de seguimiento en el campo e intercambios con personal de otros proyectos.
- Desarrollar un plan de capacitación para extensionistas de nuevo ingreso.

B. Selección y capacitación de promotoras

- Revisar y documentar los criterios y proceso de selección de promotoras.
- Capacitar un número suficiente de promotoras en cada comunidad para que cada una no tenga bajo su responsabilidad más de 30 familias.
- Considerar el empleo de sistemas de incentivos para promotoras (por ejemplo, bancos comunales y los otros que se están probando en Superviviencia Infantil).
- Desarrollar un plan de capacitación para las promotoras de nuevo ingreso.

- Identificar recursos disponibles y planificar capacitaciones en metodológías educativas, parásitos, espaciamiento de embarazos y primeros auxilios. Considerar otorgar un botiquín de medicamentos.

- Desarrollar un plan específico en cual la promotora y el comité asuman paulatinamente responsabilidades para el componente de educación sanitaria.

4. Estrategias Educativas

- Explorar los posibles puntos de resistencia al cambio de conducta (talvez por medio de grupos focales realizados por las extensionistas) y fortalecer los materiales educativos con mensajes orientados a vencer estos obstáculos;

- Seleccionar y agregar nuevos temas a los manuales (parásitos, espaciamiento de embarazos, lactancia materna, destete y cólera);

- Conseguir las guías de Niño-a-Niño de UNICEF, revisarlas y desarrollar un plan educativo para el trabajo con niños;

- Visitar otros programas para enriquecer y fortalecer las estrategias educativas utilizadas en el proyecto;

- Desarrollar un plan de orientación para hombres;

- Desarrollar y probar materiales que las mujeres puedan llevar a su casa;

- Discutir las barreras que se han identificado al uso de las letrinas entre los niños, especialmente los menores de cinco años, y proponer soluciones tales cómo ajustar el tipo de letrina, incluir un asiento para niños y elaborar un plan para enseñar a los adultos cómo entrenar a sus niños a utilizar las letrinas.

- Podría ser útil contratar una especialista en educación en salud para llevar a cabo las acciones descritas anteriormente.

5. Sistema de Información

- Se debe considerar la contratación de asesoría técnica para ayudar al personal del proyecto a diseñar sistema adecuado de información.

Los pasos que tendrán que seguir para desarrollar el sistema son:

1. Definir los objetivos del proyecto.

2. Decidir cómo se medirá el cumplimiento de los objetivos del proyecto y su impacto en la comunidad;

3. Seleccionar indicadores que permitan medir el avance del proyecto y brindar retroalimentación al personal de campo;

4. Diseñar y validar los formularios a utilizarse;

5. Definir los reportes que el proyecto requiera (cuáles datos, en qué forma, para quién y cuándo);

6. Crear la base de datos y los programas para crear los informes;

7. Probar el ingreso de información y hacer ajustes al sistema en base a los informes obtenidos en las reuniones con el personal de campo y los informes generados por el programa.

- Se recomienda contemplar la participación del comité y las promotoras en el monitoreo del proyecto.

III. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION

CARE-Guatemala ha estado implementando proyectos de agua potable desde hace 25 años. La evolución en cuanto al diseño e implementación de estos proyectos ha sido gradual. En vista de la experiencia en proyectos de agua potable en la cual se ha demostrado consistentemente la importancia de la educación en salud para interrumpir el ciclo de transmisión de enfermedades y lograr la disminución de la morbi-mortalidad en la población meta, CARE-Guatemala integró la educación sanitaria en su proyecto por primera vez en 1985. Al inicio, este componente quedó a cargo de la contraparte gubernamental UNEPAR (Unidad Ejecutora de Programas de Acueductos Rurales). Su integración no dio mayor resultado ya que UNEPAR no tuvo los recursos técnicos ni económicos para su implementación. En vista de esta situación CARE-Guatemala tomó la responsabilidad de implementar la educación sanitaria a mediados de 1988.

IV. PROYECTO ACTUAL

El Proyecto de Agua, Mujeres y Salud actualmente implementado por CARE-Guatemala se inició a mediados de 1989. El proyecto está dividido en dos secciones: PN 28, financiado por AID, que se propone atender a 10 comunidades del Occidente; y PN 41, financiado con fondos alemanes, que se propone operar en 30 comunidades del Norte y Oriente de Guatemala.

El propósito del proyecto de Agua, Mujeres y Salud, es mejorar la salud de la población de diez comunidades en el altiplano con relación a enfermedades causadas por insuficiencia o agua contaminada y la falta de sistemas adecuados de saneamiento. El proyecto contempla tres componentes: 1) construcción de sistemas de agua en conjunción con un programa de capacitación en operación y mantenimiento; 2) construcción de letrinas en los hogares de un 90% de las participantes en las diez comunidades; y 3) implementación de un programa de educación en salud dirigida a aproximadamente 600 mujeres y niñas de edad escolar en todas las comunidades.

Las metas específicas del proyecto fueron:

1. Aumentar el porcentaje de participantes (de 0 a 90%) quienes utilizan cantidades adecuadas de agua pura para tomar, cocinar y lavar.

2. Aumentar el porcentaje de participantes (a un 40%) quienes utilizan las letrinas de manera adecuada.

3. Aumentar el porcentaje de familias que implementan prácticas higiénicas (a un 50% arriba de la línea basal).

La implementación del proyecto se lleva a cabo a través de una estrecha coordinación y colaboración entre CARE, UNEPAR y el Comité de Agua Potable de cada comunidad. CARE es responsable del componente de educación sanitaria.

V. OBJETIVOS

DataPro, S.A. fue contratada por CARE para diseñar, planificar y realizar una evaluación del componente de educación sanitaria del Proyecto de Agua, Mujer y Salud según modificación de 1988 para proveer información a USAID/Guatemala, y CARE a fin de permitir el mejoramiento del diseño e implementación de los componentes de educación en salud del proyecto "Agua, Mujeres y Salud".

VI. DISEÑO Y METODOLOGIA DE LA EVALUACION

A. DISEÑO DE LA EVALUACIÓN

Durante la evaluación se tomaron en cuenta los indicadores del proceso e impacto. Se evaluó el diseño del plan, el cumplimiento del plan operativo, la capacitación del personal institucional y comunitario, estrategias y técnicas educativas utilizadas y el cumplimiento de las metas y objetivos educativos. También se examinó quienes recibieron la educación, cuántas veces y por cuánto tiempo recibieron los mensajes, quien impartió los mensajes y los materiales utilizados.

La evaluación de la participación de mujeres fue de interés particular en el diseño, planificación e implementación de la evaluación, debido al papel importante de las mujeres en utilizar el agua, cuidar de la higiene de la casa y educar a sus niños.

Además, se evaluaron los cambios en conocimientos y adopción de nuevas prácticas por medio de un diseño experimental "pre-intervención" y "post-intervención" con un grupo de control. Se compararon los resultados de la encuesta CAP que CARE llevó a cabo antes de principiar el proyecto con los resultados de las entrevistas que se realizaron durante esta evaluación y con los resultados de las entrevistas que se realizaron en la comunidad de control. Este diseño ayuda a compensar cualquier problema con los datos de la línea basal y evitará fuentes de error potenciales que puedan invalidar los resultados del estudio, tales como efectos coyunturales, de repetición y de maduración. Las preguntas de la evaluación se encuentran en el anexo 1.

1. ENTREVISTAS A NIVEL CENTRAL Y REVISIÓN DOCUMENTAL

Al iniciar la evaluación, se recolectó información a nivel central por medio de una revisión documental y entrevistas individuales a profundidad con personal de CARE. En el anexo 2 se encuentra un listado de las personas entrevistadas así como los documentos consultados.

2. SELECCIÓN DE COMUNIDADES

De una lista de nueve comunidades que habían terminado por lo menos la Fase 3 del programa educativo, se seleccionaron tres comunidades representando una comunidad ladina, una comunidad de habla mam y una de habla quiché. Se tomó en cuenta la inclusión de comunidades donde el proyecto ha tenido menor y mayor éxito, comunidades a cargo de varias extensionistas, y de varias características geográficas y económicas. Para la comunidad de control, se seleccionó el caserío Ruinas

de Tojoj donde CARE ha aprobado el proyecto pero todavía no ha iniciado actividades educativas. La selección de esta comunidad se debe al deseo de CARE de evitar la realización de actividades de investigación en una comunidad donde CARE no tiene planes para trabajar, lo cual podría despertar expectativas en la comunidad.

Cuadro 1: Comunidades Seleccionadas

Nombre	Municipio	Departamento	Idioma
Chacayá	Sacapulas	Quiché	Español/Quiché
Nueva Independencia	Colomba	Quetzaltenango	Español
Villa Alicia	Todos Santos	Huehuetenango	Mam
Ruinas de Tojoj	Chiantla	Huehuetenango	Español*

* Comunidad de Control donde CARE todavía no ha iniciado trabajo.

3. Grupos Focales

Se llevaron a cabo grupos focales con mujeres, niños, hombres y el comité de agua potable en cada comunidad. El comité, la extensionista y las promotoras invitaron a la gente para asistir a las reuniones. El equipo de trabajo también invitó a personas durante el transcurso de su trabajo en la comunidad. Se arregló un tiempo para trabajar con los niños de 4o. a 6o. grados a travez del apoyo de los maestros, quienes nos proporcionaron tiempo para trabajar con sus estudiantes durante el día.

La realización de grupos focales es una manera eficiente y de menor costo de recolectar información cualitativa a profundidad. La interacción de las participantes durante el grupo estimula respuestas y permite que nuevas ideas surjan. Las discusiones se realizaron en el idioma materno y fueron moderadas por personas que habían sido capacitadas en las técnicas utilizadas para los grupos focales.

Las reuniones se iniciaban con un ejercicio de rompehielos en el cual todos los participantes aprendían los nombres de los demás. Después de este ejercicio los moderadores discutían los temas de las guías, introduciendo cada tema de manera conversacional y tratando de motivar a las personas a discutir el tema abiertamente. Las guías de discusión se encuentran en el anexo 3.

Se trató de fomentar una discusión abierta y los moderadores realizaron preguntas relacionadas con el tema para profundizar sobre asuntos de interés para la evaluación. Los temas fueron tratados en el orden en que surgían y frecuentemente cuando había falta de participación en un tema el moderador tenía que regresar para enriquecer la información.

Las sesiones fueron grabadas y el observador tomó nota de las reacciones del grupo. El mismo día, los moderadores y observadores empezaron a escuchar la grabación para redactar su informe.

Para llevar a cabo el análisis de los datos se realizó el siguiente procedimiento:

- Se leyeron todos los informes preparados por el equipo.
- Se seleccionaron frases representativas de los informes, las cuales fueron organizadas por temas.
- Cuando había repetición de las mismas ideas en el grupo, se escribió una nota al lado de la frase representativa.
- Los resultados en forma de borrador fueron discutidos entre el equipo de trabajo para verificar la interpretación.

4. Entrevistas Domiciliarias

Se llevaron a cabo entrevistas domiciliarias con mujeres de un 30% de los hogares incluidos en el proyecto en cada comunidad. En base a una lista enumerada de beneficiarios del proyecto, se escogieron nombres utilizando números generados por computadora usando un programa de números aleatorios. En cada comunidad, con la colaboración de la extensionista, se elaboró un croquis localizando la casa de cada mujer seleccionada a entrevistar. De antemano se seleccionaron nombres en sustitución en caso de no encontrar a la persona indicada. En todas las comunidades fue necesario usar estos nombres debido al hecho de que muchas de las señoras no se encontraban en la comunidad, así como algunas de las personas seleccionadas que ya no radicaban en la comunidad. Este proceso varió solamente en Tojoj, la comunidad de control, donde no existía un listado de beneficiarios. Debido al hecho de que esta comunidad tenía un menor número de familias que lo esperado, se concluyó entrevistando a una mujer en cada casa donde se encontraba gente durante nuestra visita.

Se desarrolló un instrumento en base al cuestionario que utilizó CARE para la encuesta CAP que se realizó al inicio del proyecto, el cual se encuentran en el Anexo 4. El instrumento fue pre-codificado e incluyó preguntas acerca de conocimientos, prácticas y observaciones directas de la cocina y letrina.

Cuadro 2: Entrevistas Individuales y Grupos Focales Realizados

Comunidad	Entrevistas Individuales	Grupos Focales	# Participantes En Grupos Focales
Tojoj	16	1 Señoras	10
		2 Hombres	18
		1 Comité	05
		2 Niños	20
Nueva Independencia	31	1 Señoras	32
		1 Hombres	28
		1 Comité	08
		2 Niños	50
Villa Alicia	14	1 Señoras	14
		1 Hombres	10
		1 Comité*	01
		2 Niños	38
Chacayá	29	1 Señoras	11
		1 Hombres	09
		1 Comité	05
		1 Niños	12
Total	90	20 Grupos	271

* Sólo se encontró un miembro del Comité de Agua Potable debido al hecho de que estaban trabajando en la costa, por eso se realizó una entrevista individual en vez de un grupo focal.

5. Entrevistas con Personal de CARE

Además en cada comunidad que se visitó se entrevistó a la extensionista y a las dos promotoras voluntarias.

B. Trabajo de Campo

En cada comunidad se trabajó con tres equipos de trabajo: 1) Un equipo conformado por un moderador y un observador quienes realizaron los grupos focales con hombres y con el comité; 2) un equipo integrado por una moderadora y una observadora quienes llevaron a cabo los grupos con mujeres y niños; y 3) un equipo de dos mujeres quienes llevaron a cabo las entrevistas domiciliarias. El equipo de trabajo fue diferente en cada comunidad según el idioma en que se realizaron las entrevistas. La única excepción fue en Villa Alicia, donde debido a la dificultad de encontrar personal de campo de habla mam en poco tiempo, tuvimos que suplementar el equipo con dos estudiantes femeninas de Todos Santos quienes participaron como observadora de los grupos focales y traductora para las entrevistas

domiciliarias. Las entrevistas con extensionistas y promotoras fueron realizadas por la coordinadora del estudio en todas las comunidades, con la diferencia de que en Villa Alicia la hizo con el apoyo de una traductora. Se intentó siempre utilizar al personal de campo del mismo sexo y grupo étnico de la entrevistada para aumentar la confianza entre los dos y mejorar la calidad de los datos obtenidos. En el Anexo 5 se encuentran fotografías del equipo de trabajo y las actividades del trabajo de campo.

El equipo de trabajo recibió un día de capacitación en las oficinas de DataPro y CARE, lo cual incluyó una discusión a profundidad del proyecto de CARE y sus objetivos tanto como la metodología a utilizar. La mayoría de los miembros del equipo contaban con bastante experiencia en las técnicas utilizadas. La capacitación continuó en Tojoj, donde se realizaron grupos focales para probar las guías y capacitar a los miembros del equipo con menos experiencia.

C. LÍMITES METODOLÓGICOS

La mayor limitación en este estudio fue el deseo por parte de las comunidades en dar información que complacería a CARE, para no quedar mal con la institución. Se notó que a veces las personas contestaron lo que ellas pensaban que CARE "exigía" que dijeran para mantener y culminar la obra del proyecto de agua, interés justificado que manifestaron en el momento. Para evitar este sesgo intentamos explicar bien el propósito de nuestra visita, y la utilidad de información honesta y sincera para CARE.

Es importante notar también que dos de las comunidades todavía no tenían agua y en una no habían construido las letrinas todavía. Esto obviamente tiene implicaciones para una evaluación del mantenimiento y uso de las letrinas. Además, como los sistemas son nuevos, todavía existe mucho entusiasmo por parte de la comunidad. Se debe tomar en cuenta la novedad de los sistemas en la aplicación de los resultados de la evaluación. Sería recomendable hacer otra evaluación después de unos años de funcionamiento.

1. GRUPOS FOCALES

Una limitación de esta técnica, como de toda investigación cualitativa, es que los resultados no se pueden generalizar, debido a la manera no-aleatoria de la selección de participantes. En los grupos focales no hay datos de individuos, tampoco es posible obtener la frecuencia de actitudes específicas manifestadas por los participantes. Además, debido a la realización de estos grupos en áreas rurales, fue inevitable que la mayoría de participantes se conocieran, situación que es preferible evitar en los grupos focales.

El hecho de que las personas que realizaron el análisis no hablan los idiomas mayenses y que el análisis se realizó en base a traducciones puede ser otra limitante. Para minimizar el efecto de esta limitante, las personas que analizaron los datos verificaron sus interpretaciones de los datos con los moderadores de los grupos.

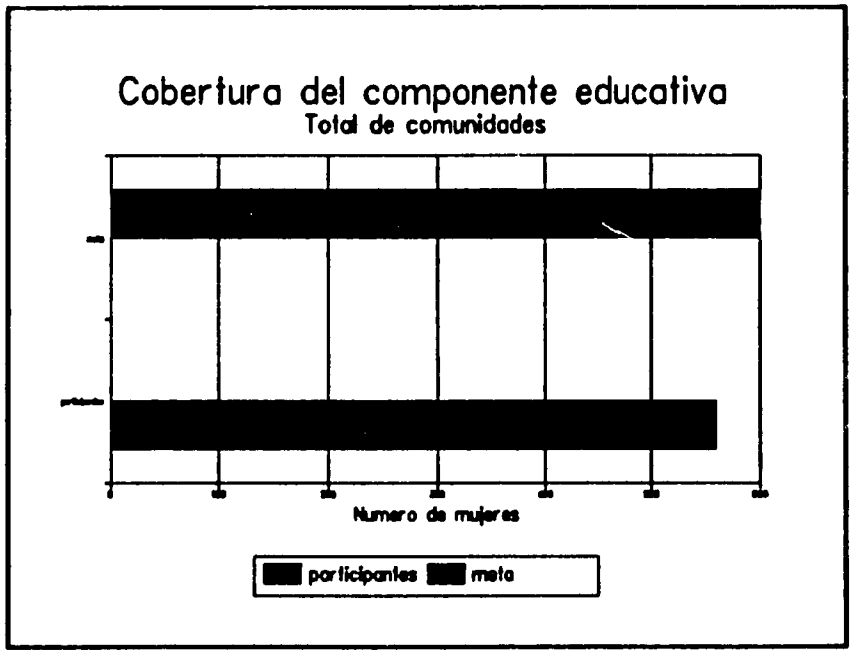
2. Entrevistas Domiciliarias

La limitación mayor aparece cuando se comparan los resultados de las entrevistas que llevó a cabo CARE antes de la intervención con los de las entrevistas que llevó a cabo DataPro durante esta evaluación. A pesar de que se intentó hacer las preguntas en la misma forma, no se debe ignorar el hecho de que los dos instrumentos no sean idénticos y las entrevistas fueron realizadas por personal de DataPro en lugar de las extensionistas de CARE.

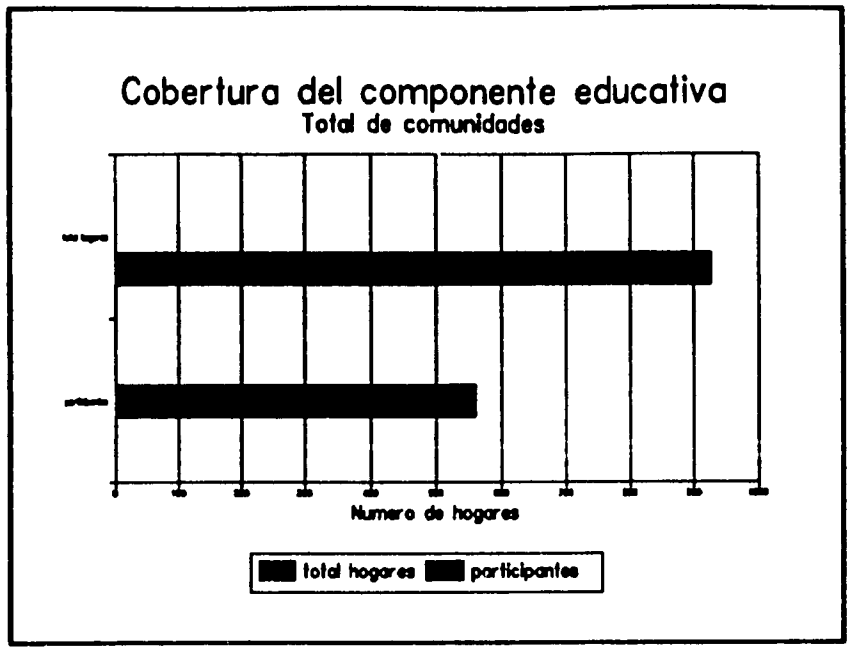
VII. COBERTURA DEL PROYECTO

¿Cumplió el proyecto con las metas de cobertura propuestas?

En la propuesta del proyecto CARE se propuso alcanzar a aproximadamente 600 mujeres y niñas de edad escolar en diez comunidades. El Cuadro 1 presenta una comparación entre el número de mujeres que participaron en las actividades educativas y la meta del proyecto. Los datos para los análisis de esta sección vienen de una tabulación de los informes de las extensionistas entre los meses de febrero, 1990 a abril, 1991. Las extensionistas informan mensualmente acerca del número de personas que asiste a cada reunión. Sin embargo, este dato no es igual al número de mujeres alcanzadas, ya que una mujer puede asistir varias veces. Para estimar el número de mujeres cubiertas por el proyecto, se utilizó el número de mujeres inscritas en los grupos de las extensionistas. Como se aprecia en el cuadro, el proyecto alcanzó a 560 mujeres, lo cual representa un 93% de la meta de alcanzar a 600 mujeres. Es interesante notar que un 80% de las 80 mujeres entrevistadas en las comunidades donde CARE ha trabajado manifestó haber participado en las charlas educativas del proyecto.

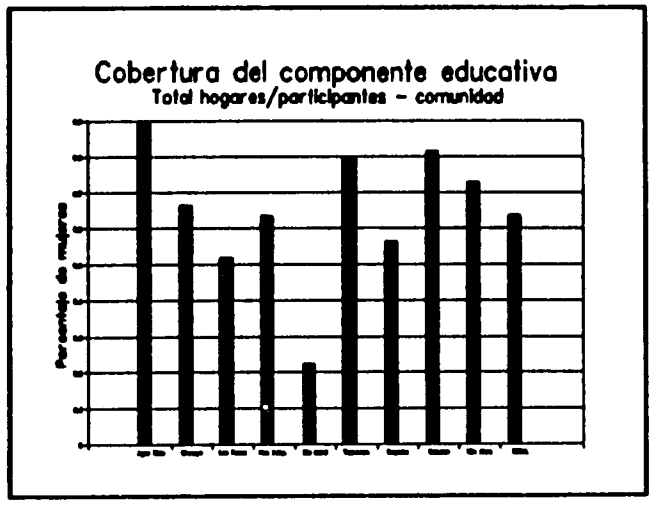


Para evaluar con mayor precisión la cobertura del proyecto, se calculó el porcentaje de mujeres en cada comunidad que asistieron a las reuniones educativas. Para estimar la cobertura, se decidió tomar como meta la participación de una mujer en cada hogar. Los datos disponibles no especifican si una sola mujer está asistiendo de un hogar o varias. Sin embargo, en base a los resultados del trabajo de campo se puede concluir que por lo general sólo una mujer de cada hogar participa. Para fines de este análisis se va suponer que cada mujer participando representa un hogar. Al calcularse de esta manera, se nota que la meta total para el proyecto sería 976 mujeres. Durante el período estudiado, participó un total de 560 mujeres en las actividades del proyecto, lo cual representa un 57% de la meta alcanzada.



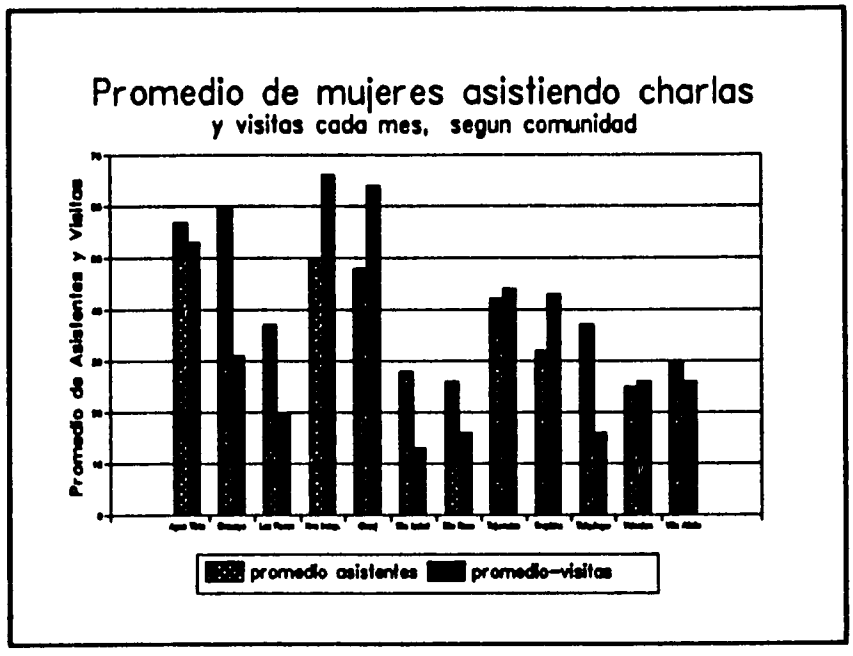
El Cuadro 3 presenta la misma información por comunidad. Como es de esperar, debido a las características diversas de las comunidades del proyecto, la cobertura del proyecto varía bastante entre comunidades. Un factor que influyó mucho en la cobertura del proyecto en cada comunidad fue la migración de la gente a la Costa en busca de trabajo. Por ejemplo, en Sta. Rosa le ha costado a la extensionista debido al alto porcentaje de familias que salen de la comunidad en busca de trabajo. Cabe notar que las actividades no se iniciaron en la misma fecha en las doce comunidades. Debido a esto, la cobertura podría variar según el tiempo que el proyecto ha estado trabajando en la comunidad. El porcentaje de mujeres que participan en las actividades, se basa en el número de participantes en los grupos entre el número total de casas, varía entre 90% (Agua Tibia) y 20% (Santa Isabel).

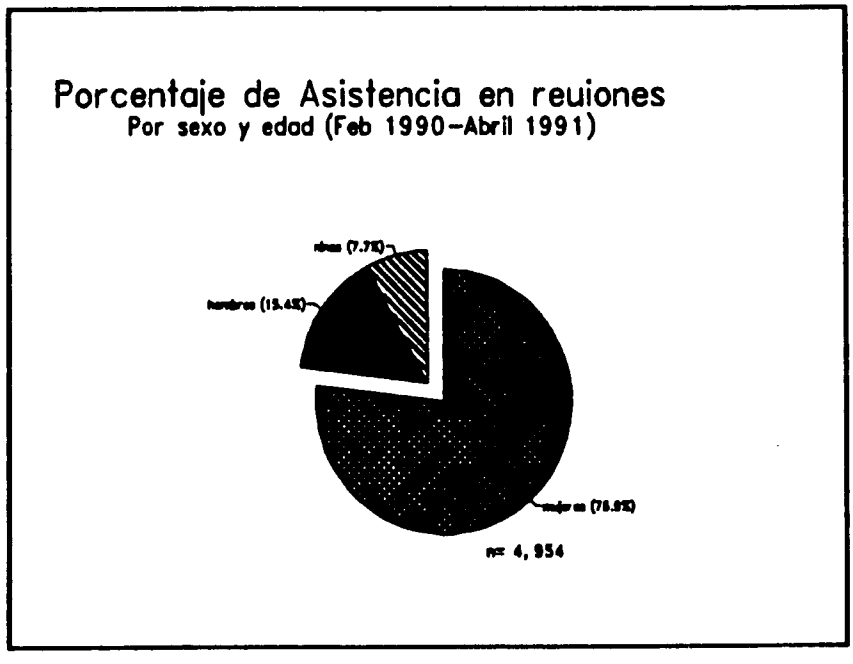
El número de reuniones y visitas domiciliarias también varía según el tamaño de la comunidad, razón por la cual se presentan estos datos según la comunidad. El Cuadro 4 presenta el promedio de personas que asisten a reuniones educativas y el promedio de visitas cada mes por comunidad. El número de mujeres asistentes a las charlas cada mes varía entre 25 a 60, mientras el número de visitas domiciliarias por la extensionista varía entre 13 a 66.



El número total de asistencias durante los 15 meses en todas las comunidades suma 4,954. Cabe señalar que este número no es igual al número de personas alcanzadas. El enfoque del proyecto fue hacia las mujeres, lo cual se aprecia en el Cuadro 5. Un 76.9% de las asistencias fueron mujeres, un 15% de hombres y un 8% de niños. Cabe notar que la participación de hombres se debe principalmente a la presentación de la obra de teatro. También es importante aclarar que la participación

de los niños no necesariamente se debe a las charlas en las escuelas u otros eventos de índole especial para niños, podría haber sido en reuniones con mujeres.





VIII. IMPACTO

Para evaluar el impacto del proyecto en conocimientos y prácticas, se compararon los resultados de la encuesta CAP que realizó CARE antes de iniciar el proyecto con los resultados de la encuesta que se llevó a cabo como parte de esta evaluación en 96 hogares en tres comunidades del proyecto. Se llevó a cabo la encuesta CAP en 445 hogares en las diez comunidades del proyecto. También se compararon los resultados de la encuesta de la evaluación en la comunidad de control, donde no ha trabajado CARE, con los resultados de las comunidades experimentales, donde CARE ha realizado actividades educativas. Cabe notar que debido al tamaño de la comunidad de control, sólo se logró entrevistar a 16 mujeres y se debe tener cuidado en sacar conclusiones en base a esta cantidad de entrevistas.

Cuadro 6

Comparación de Conocimientos Acerca de las Causas de Diarrea Entre el Grupo de Control y el Grupo Experimental

Causa de Diarrea	Control (n=16)		Experimental (n=80)	
	n	%	n	%
Tomar agua sucia	0	0.0	37	46.0
Comer alimentos contaminados	12	75.0	53	66.0
Comer con manos sucias	5	31.0	46	57.5
No lavarse las manos después de hacer popó	0	0.0	25	31.0
No lavarse las manos antes de cocinar o dar de comer a los niños	0	0.0	18	22.5
Microbios	8	50.0	41	51.0
Por dejar animales entrar a la cocina	0	0.0	11	14.0
Por hacer popó fuera de la letrina	3	18.0	13	16.0
No tapar alimentos	1	6.0	38	47.5
Dejar basura tirada	1	6.0	22	27.5
Falta de higiene personal	11	69.0	22	27.5
Desnutrición	0	0.0	4	5.0

1. Conocimientos

En el Cuadro 6 se comparan los conocimientos acerca de las causas de diarrea entre el grupo de control y el grupo experimental. Estos datos se presentan en forma gráfica en el Anexo 6. Se les preguntó a las señoras por qué se da la diarrea y ellas tenían que nombrar espontáneamente las causas. Después de cada respuesta la entrevistadora les preguntaban, "Alguna otra causa?", hasta que ella no pudo pensar en más respuestas.

Alrededor de la mitad del grupo experimental nombró las siguientes causas de diarrea; tomar agua sucia, microbios, no tapar los alimentos, comer con manos sucias y comer alimentos contaminados. Sólo una tercera parte del grupo mencionó que el no lavarse las manos después de hacer popó causa diarrea. Un menor porcentaje de personas mencionó hacer popó fuera de la letrina (16%) y dejar entrar animales a la cocina (14%).

En comparación con el grupo de control, el grupo que recibió educación de CARE tenía más conocimientos acerca de la importancia de las siguientes acciones: comer con manos sucias, no lavarse las manos después de hacer popó y antes de cocinar, mantener los animales afuera y tapar los alimentos.

Cuadro 7

Comparación de Conocimientos Acerca de la Diarrea Entre el Grupo Control y el Grupo Experimental

	Control (n=16)		Experimental (n=80)	
	n	%	n	%
Cómo Llega la Suciedad a la Casa				
Animales	2	12.5	53	66.0
Insectos	7	44.0	51	64.0
Manos	2	12.5	10	12.5
Pies	0	0.0	25	31.0
Basura	11	69.0	51	64.0
Popó	2	12.5	33	41.0
Qué Sucede Cuando Tiene Diarrea				
Deshidratación	5	31.0	52	65.0
Desnutrición	11	69.0	56	70.0
Muerte	9	56.0	52	65.0
Por qué es Importante Usar Letrina				
Evitar enfermedades	9	56.0	42	52.5
Evitar mal olor	6	37.5	54	67.5
Evitar desnutrición	1	6.0	2	2.5
Evitar contaminación	10	62.5	60	75.0
Buena higiene	3	19.0	36	45.0

En cuanto a cómo llega la suciedad a la casa, más del 60% del grupo experimental mencionó espontáneamente animales, insectos y basura. En general el grupo de intervención demostró mayor conocimiento que el grupo de control (Cuadro 7). En el grupo experimental un 65% dijo que un niño con diarrea se deshidrata y se puede morir, mientras que un 70% mencionó que un niño con diarrea se desnutre. Estos datos sugieren que las actividades educativas ayudan a las madres a entender la relación entre diarrea y deshidratación, ya que sólo un 31% del grupo control contestó que un niño con diarrea se deshidrata.

Cuando se les preguntó a las señoras por qué es importante usar la letrina, no se vio mayor diferencia entre las respuestas de los dos grupos. Un poco más de la mitad del grupo experimental (52.5%) manifestó que es importante usar la letrina para evitar enfermedades y 75% dijo que sirve para evitar contaminación en comparación a 56% y 62% del grupo de control respectivamente.

2. Cuidado y Uso de la Letrina

Las extensionistas enseñan a los beneficiarios a mantener su letrina tapada, con la puerta cerrada, barrer alrededor, no echar basura adentro y echar agua y estiércol cada 15 días. El Cuadro 8 presenta el porcentaje de mujeres que reportó cumplir con estas instrucciones siempre, a veces y nunca. La mayoría de las entrevistadas informó que mantienen la letrina tapada siempre (90%). Un menor porcentaje (86.3%) siempre siguen el consejo de no echar basura adentro de la letrina. Un 58.8% de las entrevistadas contestó que siempre mantiene la puerta cerrada. En cuanto a barrer alrededor de la letrina, un 72.5% de las señoras manifestó que siempre lo hacen. El consejo que menos implementan es echar agua y estiércol en la letrina, solamente un 19.6% siempre lo hace. Es posible que la poca implementación de este mensaje es debido al hecho de que recientemente construyeron las letrinas y muchas todavía no la han empezado a utilizar porque están esperando autorización del comité.

Cuadro 8

Cuidado de la Letrina Después de Participar en las Actividades Educativas (Según las entrevistas)
(n=51)

Cuidado	n	%
Mantener letrina tapada		
Siempre	46	90.0
A veces	3	6.0
Nunca	2	4.0
Mantener puerta cerrada		
Siempre	30	58.8
A veces	3	5.9
Nunca/no tiene puerta	18	35.3
Barren alrededor		
Siempre	37	72.5
A veces	14	27.5
Echan basura adentro		
Siempre	4	7.8
A veces	3	5.9
Nunca	44	86.3
Echan agua y estiércol		
Siempre	10	19.6
A veces	8	15.7
Nunca	33	64.7

Se les preguntó a las señoras si ellas, sus esposos y sus niños usan la letrina siempre, a veces o nunca (Cuadro 9). No se tomaron en cuenta los resultados acerca de su uso por los adultos, ya que según la señora siempre la usan. Sin embargo, hubo variación en las respuestas acerca de las prácticas de los niños. En los niños menores de cinco años, 14.3% siempre usan la letrina, 57.1% a veces y 28.6% nunca la usan. Un 90% de las madres contestó que sus niños mayores de cinco años siempre usan la letrina. Aunque no se hicieron observaciones para validar estos datos, indican que exista un problema con el uso de la letrina entre los niños, especialmente los menores de cinco años.

Cuadro 9

Uso de la Letrina Entre Niños[1]
Después de Participar en las Actividades Educativas
(Según las madres)

	n	%
Niños (0-5) (n=35)		
Siempre	5	14.3
A veces	20	57.1
Nunca	10	28.6
Niños (6-15) (n=40)		
Siempre	36	90.0
A veces	4	10.0

3. Lavado de Manos

Los resultados de las preguntas sobre el lavado de manos de los niños son parecidos a los del uso de las letrinas, las mujeres contestan que los adultos siempre se lavan las manos (Cuadro 10). Según las madres del grupo experimental, 66.1 de los niños menores de cinco años y 75.4% de los niños mayores de cinco años siempre se lavan las manos después de hacer popó. Las madres informaron que 66.1% de los niños menores de cinco años y 75.4 de los niños mayores de cinco años siempre se lavan las manos antes de comer. Un poco más del 50% de las hijas mayores de cinco años se lavan las manos antes de dar de comer a sus hermanitos, mientras que un mayor porcentaje de las madres en el grupo experimental manifestó que sus hijos menores de 6 años se lavan las manos después de hacer popó, un mayor porcentaje de las madres del grupo de control informó que sus niños se lavan las manos antes de comer o dar de comer a sus hermanos.

[1] No se incluye a los adultos porque las entrevistadas que tienen letrinas comentaron que siempre la utilizan.

Cuadro 10

Comparación del Lavado de Manos de los Niños
Entre el Grupo de Control y el Grupo Experimental
(Según las madres)

	Control		Experimental	
	n	%	n	%
Se lavan las manos después de hacer popó				
Entre hijos de 0 - 5 años				
Siempre	7	53.8	39	66.1
A veces	6	46.2	18	30.5
Nunca	0	0.0	2	3.4
Entre hijos > 5 años				
Siempre	9	75.0	46	75.4
A veces	3	25.0	15	24.6
Se lavan las manos antes de comer				
Entre hijos de 0 - 5 años				
Siempre	10	76.9	39	66.1
A veces	3	23.1	20	33.9
Entre hijos > 5 años				
Siempre	10	83.0	46	75.5
A veces	2	17.0	15	24.6
Se lavan las manos las hijas grandes (6-15) antes de dar de comer a sus hermanitos				
Siempre	7	77.8	27	55.1
A veces	2	22.2	22	44.9

4. Frecuencia en Bañar a los Niños

El Cuadro 11 presenta una comparación de la frecuencia en bañar a los niños menores de cinco años entre el grupo de control y el grupo experimental. En el grupo experimental, la mayoría de las madres (75.8%) reportó bañar a sus niños una vez por semana mientras la mayoría del grupo de control (87%) informó bañar a sus niños dos veces por semana o más.

Cuadro 11

Comparación de Frecuencia en Lavar Tinajas Entre el Grupo de Control y el Grupo Experimental

	Control (=16)		Experimental (n=62)	
	n	%	n	%
Cada Cuánto Bañan Niños Menores de 5 Años				
Menos de 1 vez por semana	1	6.3	8	12.9
Una vez por semana	1	6.3	47	75.8
Dos o tres veces por semana	11	68.7	4	6.5
Diario	3	18.7	3	4.8

Cuando se compara la frecuencia de bañar a los niños menores de cinco años antes y después de las actividades educativas, se nota que la mayoría de las mujeres informaron que bañan a sus hijos dos o tres veces por semana.

Cuadro 12

Comparación de la Frecuencia de Bañar a los Niños Menores de 5 Años Antes y Después de las Actividades Educativas

	Pre (n=66)		Post (n=63)	
	n	%	n	%
Diario	40	10.9	3	4.8
Una vez por semana	87	23.8	8	12.6
Dos o tres veces por semana	226	61.7	47	74.6
Otro	13	3.6	5	8.0

5. Lavado de Tinajas

En cuanto al lavado de tinajas, el Cuadro 14 muestra una comparación entre el grupo de control y el grupo experimental. Un mayor porcentaje del grupo experimental (56.3%) lavan sus tinajas a diario en comparación con el grupo de control (43.6%).

Cuadro 13

Comparación de Frecuencia de Lavar Tinajas Entre el Grupo de Control y el Grupo Experimental

	Control (n=16)		Experimental (n=80)	
	n	%	n	%
Cada Cuánto Lava Tinajas				
Nunca	1	6.3	3	3.7
Una vez al mes	1	6.3	1	1.2
Una vez por semana	1	6.3	6	7.5
Varias veces	6	37.5	25	31.3
Diario	7	43.6	45	56.3

El Cuadro 14 presenta una comparación de la frecuencia de lavar las tinajas antes y después de recibir orientación.

Cuadro 14

Comparación de la Frecuencia de Lavar las Tinajas Antes y Después de las Actividades Educativas

	Pre (n=442)		Post (n=80)	
	n	%	n	%
Una vez al mes	5	1.2	1	1.3
Una vez por semana	80	18.1	6	7.5
Diario	325	73.5	45	56.2
Otro	32	7.2	28	35.0

6. Disposición de la Basura

El Cuadro 15 presenta una comparación de la disposición de basura entre el grupo de control y el grupo experimental. Dentro del grupo de control la mayoría 87.5% tira su basura al terreno y 62.5% la entierra. En el grupo experimental, un 77.5% la tira al terreno, y 47.5% la quema.

Cuadro 15

Comparación de la Disposición de Basura
Entre el Grupo de Control y el Grupo Experimental

	Control (n=16)		Experimental (n=80)	
	n	%	n	%
Qué hacen con la basura				
La tiran al patio	1	6.2	15	18.75
La tiran al terreno	14	87.5	62	77.5
La queman	1	6.2	38	47.5
La entierran	10	62.5	28	35.0
Otro	2	12.5	34	42.5

Comparando los datos de antes y después de recibir orientación, se puede observar que el porcentaje de personas que queman la basura sube de 9.6% a 47.5% al recibir educación de la extensionista (Cuadro 16).

Cuadro 16

Comparación de la Disposición de Basura
Antes y Después de las Actividades Educativas

	Pre (n=446)		Post (n=80)	
	n	%	n	%
La tiran al patio	34	7.6	15	18.75
La tiran al terreno	336	75.3	62	77.5
La queman	43	9.6	38	47.5
La entierran	19	4.2	28	35.0
La usan como abono	132	29.6	34	42.5

7. Observaciones Directas

El enfoque del proyecto es que las personas ponen en práctica los consejos impartidos por las extensionistas. Para determinar si los beneficiarios están implementando las prácticas, se realizaron observaciones de sus cocinas y letrinas. El Cuadro 17 presenta una comparación entre las observaciones realizadas antes y después de las actividades educativas. Es interesante notar que el porcentaje de personas implementando las prácticas aumentó después de recibir orientación. Por ejemplo, el porcentaje de personas que tapan el agua aumentó de 32.3% a 83.3%, el porcentaje de personas que cubren su masa subió de 33.6% a 92.3% y el porcentaje de los que cubren sus alimentos de 31.6% a 81.3%. En más de la mitad (56.5%) de los hogares de los participantes no habían señales de animales

en la cocina. Sin embargo, sólo una tercera parte (28%) de las personas tenían sus animales afuera antes de recibir la orientación. Lo anterior sugiere que a pesar de que han tenido problemas en lograr que mantengan sus animales afuera de la cocina, ha aumentado el porcentaje de personas que sí lo están cumpliendo. La gráfica 3 en el Anexo 6 presenta una comparación del porcentaje de la población implementando las prácticas sanitarias según observación antes y después de recibir la educación.

Cuadro 17

Porcentaje de la Población que Implementa las Prácticas Sanitarias Adecuadas Según Observaciones Directas Antes y Después de las Actividades Educativas

	Pre (n=446)		Post (n=76)	
	n	%	n	%
Agua cubierta	144	32.3	60	83.3
Masa cubierta	150	33.6	60	92.3
Alimentos cubiertos	141	31.6	60	81.3
Animales fuera de cocina	125	28.0	43	56.5
No hay basura tirada en la cocina	133	29.8	--	---
No hay basura tirada en el patio	110	24.7	--	---

El Cuadro 18 presenta una comparación del porcentaje de la población que implementa las prácticas sanitarias adecuadas según observaciones directas entre el grupo de control y el grupo experimental. En el Anexo 6 se presentan los mismos datos en forma gráfica. Lo más notable fue la ausencia de una diferencia entre los dos grupos en cuanto a tener el agua cubierta. En cuanto a tener cubiertos los trastos, mantener la cocina libre de animales y echar la basura de la cocina y del patio en un recipiente, un mayor porcentaje del grupo de control realizó las prácticas en comparación con el grupo experimental. Cabe notar que la comunidad de control está ubicada en las montañas, y cada familia tiene poco terreno y pocos animales. Un mayor porcentaje del grupo experimental mantuvo su masa y alimentos cubiertos.

Cuadro 18

Porcentaje de la Población que Implementa las Prácticas Sanitarias Adecuadas Según Observaciones Directas Antes y Después de las Actividades Educativas
(Entre el grupo control y el grupo experimental)

	Control (n=16)		Experimental (n=76)	
	n	%	n	%
Cocina				
Agua cubierta	13	81.25	60[1]	83.3
Masa cubierta	11	68.75	60[2]	92.3
Alimentos cubiertos	12	75.0	61[3]	81.3
Trastos cubiertos	9	56.25	38[4]	52.0
Cocina libre de animales	11	68.75	43	56.5
Basura de cocina en recipiente	9	56.25	11[5]	44.0
Basura del patio en recipiente	7	43.75	9[6]	34.6
Letrina				
Letrina tapada	–	—	42[7]	75.0
Hay recipiente	–	—	25[8]	47.2
Papeles en recipiente	–	—	22[9]	61.1
Libre de olores	–	—	46[10]	86.8

1 n=72 4 n=73 7 n=56 10 =53
2 n=65 5 n=25 8 n=53
3 n=75 6 n=26 9 n=36

En cuanto a la observación de las letrinas, no se observó ninguna letrina que fuera abandonada o utilizada para otra cosa. Sin embargo, algunas de las letrinas tenían candado o no estaban en uso porque la comunidad esperaba recibir autorización del comité para iniciar su uso. El Cuadro 18 también presenta el porcentaje de letrinas que fueron debidamente mantenidas. Un 75% de las

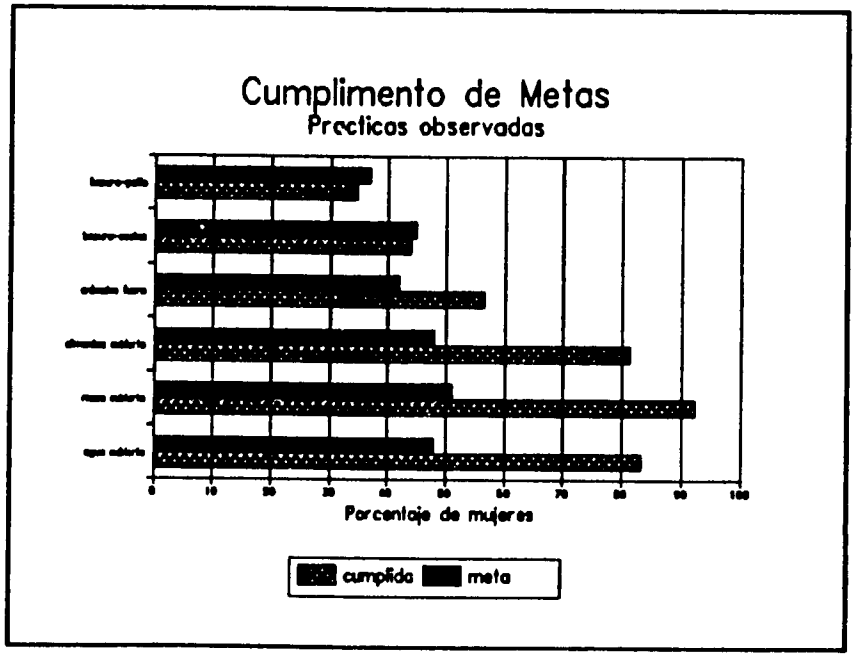
entrevistadas tenía su letrina tapada, 47.2% tenía recipiente y en un 61.1% de las letrinas con recipientes con los papeles dentro. Casi 90% de las letrinas estaban libre de mal olor.

En conclusión, se observaron diferencias importantes, tanto entre el grupo de control y el grupo experimental como entre el grupo antes y después de recibir orientación. En la mayoría de indicadores, un mayor porcentaje de las mujeres que vivían en comunidades donde CARE trabaja tenía conocimientos adecuados y ponía en práctica los consejos de la extensionista que las mujeres que vivían en la comunidad donde CARE no ha brindado orientación. De igual manera, el porcentaje de mujeres poniendo en práctica los consejos de CARE aumentó después de haber recibido orientación de la extensionista. Los resultados de esta evaluación demuestra que CARE ha tenido éxito en aumentar los conocimientos de su población meta y ha logrado un cambio en comportamientos en un porcentaje significativo de su población meta.

Han tenido menos éxito en comparación con los otros comportamientos. Otra área difícil es el uso de la letrina y el lavado de manos entre los niños, particularmente los menores de cinco años. En cuanto a los conocimientos en las comunidades de CARE, el porcentaje de mujeres que saben por qué es importante lavarse las manos, usar la letrina y mantener los animales afuera de la cocina es relativamente bajo. Lo anterior sugiere que se debe mejorar la manera de trasmitir estos conceptos a la población.

8. Cumplimiento de Metas

La siguiente gráfica demuestra una comparación entre la meta del proyecto en cuanto a las prácticas sanitarias (aumentar el porcentaje de mujeres implementando las prácticas un 50% arriba de la línea basal) con sus logros. La barra negra representa la meta, mientras la barra en sombra representa el porcentaje de mujeres implementando cada práctica. Como se puede observar, en todos los indicadores con la excepción de la disposición de basura, el proyecto ha alcanzado sus metas.



La otra meta del proyecto fue que un 40% de las participantes usan la letrina adecuadamente. Casi todos los adultos dijeron que ellos y sus hijos mayores de cinco años usan la letrina, pero sólo un 14.3% de las madres de niños de cinco años y menos informó que sus niños siempre usan la letrina y un 57.1% dijo que la usan a veces. Casi una tercera parte (28.6%) de las madres dijo que sus niños pequeños nunca usan la letrina. En cuanto al cuidado de la letrina, un porcentaje mayor de 40% implementan todos los cuidados apropiados con la excepción de echar agua y estiércol en la letrina. Sólo un 20% de las mujeres entrevistadas realiza esta actividad.

IX. DISEÑO DEL PROYECTO

1. Adecuacia del Diseño

¿Es adecuado el diseño del componente de educación en salud en relación al ciclo del proyecto? (contacto inicial con las comunidades, construcción de los sistemas, etc.)

Según el diseño del proyecto, la construcción del sistema de agua y las actividades educativas deben iniciarse juntos. El programa educativo esta diseñado para que los mensajes educativos vayan a la par de la construcción. Por ejemplo, las pláticas acerca de la ubicación de letrinas vienen un poco antes de su construcción. Sin embargo, ha costado la coordinación con UNEPAR, debido al proceso de planificación de la contraparte y la mayor variabilidad de la construcción. Según el personal de CARE, hay pocas comunidades en que la integración de los dos componentes van de acuerdo. Esta desfase ha ocasionado algunos problemas, por ejemplo, en una comunidad construyeron las letrinas antes de recibir las pláticas y algunas familias ubicaron mal las letrinas. Cuando se dio cuenta la extensionista, ya era demasiado tarde para decir algo.

En general parece buena idea iniciar las dos fases juntas, aprovechando el entusiasmo de la comunidad al principio del proyecto. Sin embargo, una extensionista sugirió que se deben planificar las charlas para que cuando se vaya terminando la construcción sólo se tenga que reforzar y no habrá que exigir tanto al final, porque al final tienen menos entusiasmo. Otra recomendación del personal de campo fue dejar un tiempo prudencial antes de iniciar el proyecto para arreglar todos los asuntos legales para evitar problemas posteriores.

Hay necesidad de contemplar una fase de seguimiento y retiro de la comunidad. En este momento aunque todos saben que se va la extensionista, no es muy claro que pasará en la comunidad. Es obvio que la comunidad necesitará una fase de reforzamiento y apoyo mientras las promotoras y el comité se encarguen de la educación sanitaria.

2. Eficacia del Plan

¿Es el plan adecuado y realista con relación a sus metas de cobertura, metas educativas, temas educativos, metodología educativa, capacitación de personal, selección de agentes educativos y sistema de supervisión y monitoreo?

El plan es adecuado en términos de metas de cobertura y metas educativas, prueba de eso es que el proyecto cumplió con la mayoría de sus metas. Sin embargo, el plan debe definir su población meta y proponer metas mensuales o por comunidad para permitir el monitoreo del cumplimiento de las metas del proyecto. El plan actual no contempla metas específicas para hombres y niños, aunque sí participaron en las actividades. Si van a trabajar con niñas deberían de especificar cuántos se va a trabajar y considerar si la meta enfoca sólo hacia las niñas como dice el plan actual o enfoca hacia los niños también. Debido a la dificultad de excluir a niños de las actividades que se llevan a cabo en la escuela y el hecho de que los niños también cuidan a sus hermanitos y necesitan lavarse las manos y usar la letrina, parece lógico revisar las metas para incluirles. Además, los resultados del

trabajo con niños del último año han sido muy positivos, sería buena idea incluir planes concretos para su participación en el próximo proyecto.

En cuanto a la selección y capacitación de agentes educativos, el plan debería incluir criterios específicos para la selección de las extensionistas y promotoras y un plan para su capacitación. Lo anterior debe tomar en cuenta la necesidad de entrenar personal que se une al proyecto después de su inicio.

3. Estrategia para Promover la Participación de Mujeres

¿Incluye el plan una estrategia para promover y apoyar la participación de las mujeres en el componente educativo del proyecto?

El plan incluyó la estrategia para capacitar a promotoras de salud y apoyar su participación como parte del comité de agua potable.

4. Coordinación con Otros Proyectos Antes del Arranque y Durante el Proyecto

Antes de implementar el proyecto, se coordinó con otras organizaciones para tomar en cuenta su experiencia? Se incorporó sus sugerencias en el proyecto?

Antes de arrancar el proyecto no hubo suficiente coordinación con otras organizaciones para tomar en cuenta su experiencia. El proyecto no ha tenido mayor contacto con otros programas de agua potable que dan educación sanitaria ni con otros programas de salud que trabajan en la prevención de diarrea, a pesar de que existen varios proyectos de este tipo en Guatemala. En el futuro podría ser de utilidad consultar con programas tales como Sistemas Comunitarios de Salud, Project Concern y Agua del Pueblo. De igual manera, hace falta una coordinación con otros proyectos y misiones de CARE con experiencia en educación sanitaria.

¿Existe coordinación entre CARE y otras organizaciones/instituciones involucradas en la salud y saneamiento de la comunidad, en la capacitación de los promotores de salud, en el diseño y utilización de materiales de extensión?

La coordinación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha sido mínima. El personal del proyecto comenta que ha sido imposible porque la cobertura del MSPAS es demasiado grande y casi nunca llegan a las comunidades del proyecto.

En una sola comunidad visitada existía coordinación entre las extensionistas y los promotores de salud del Ministerio. La extensionista explicó que a veces asistía a los promotores en las reuniones y les ayudaba a explicar el tema. Sin embargo, existen problemas porque no manejan los mismos conceptos. Por ejemplo, la forma de preparar TRO de parte de los promotores de Salud es diferente que los de CARE, lo cual podría confundir a la comunidad. Han hablado de trabajar juntos cuando se vaya la extensionista, dividiendo los grupos entre las dos promotoras de CARE y los dos promotores del Ministerio.

Tampoco han colaborado con otros proyectos aunque las extensionistas manifestaron el deseo de trabajar con otras organizaciones, ya sea de CARE o de otras ONGs, por ejemplo para poder ofrecer métodos de planificación familiar, desparasitantes, medicinas, etc. La falta de coordinación en las comunidades que se visitó durante la evaluación puede deberse a que no existen otras organizaciones trabajando allí. Si no existen proyectos a nivel de las comunidades, podría explorarse la posibilidad de colaborar en las capacitaciones, talleres, desarrollo de matrículas, etc.

El promotor de UNEPAR/CARE ha tenido mayor oportunidad de compartir con otras organizaciones. El siempre busca a los técnicos en salud rural para preguntar acerca de los pasos, acceso, ubicación, etc. porque conocen bien el área.

¿Es adecuada la coordinación entre los otros proyectos de CARE (SI/Supervivencia Infantil) en el establecimiento de objetivos, capacitación de los promotores de salud, el diseño y utilización del material de extensión?

No han tenido mucha coordinación con otros proyectos de CARE, tales como SI o supervivencia infantil. Según el Coordinador del Proyecto, eso se debe a que las comunidades donde distribuyen alimentos ya tienen sistemas de agua. Una coordinación más estrecha en todos los niveles podría permitir el mejor aprovechamiento de los recursos. Si bien es cierto que la coordinación a nivel de comunidad no es posible, debido a la ubicación de comunidades del proyecto, podría ser útil coordinar en cuanto a capacitaciones, materiales, formularios, etc.

X. SISTEMA DE INFORMACION, MONITOREO Y SUPERVISION

¿Es adecuado el sistema de monitoreo y evaluación? ¿Permite una retroalimentación rápida que apoye la toma de decisiones para prevenir y resolver problemas en la implementación del proyecto?

1. Sistemas de Información

Hay varios problemas con el sistema de información que se utiliza actualmente, de lo cual ya esta consciente el personal del proyecto. Desde el inicio del proyecto, las extensionistas han preparado un informe cada mes. Sus informes consisten en una explicación de sus actividades, un cuadro donde reportan el número de charlas, de asistentes, y de visitas domiciliarias realizadas y un promedio de tiempo por charla y visita. En su narración hablan de problemas que han tenido, sus soluciones y necesidades futuras, también registran casos de diarrea.

Estos informes han ido cambiando cada dos o tres meses, al grado que la información no es comparable entre meses, y tampoco es consistente la información de cada extensionista de mes a mes. La información reportada en el relato y en los cuadros no siempre cuadra y ocupa mucho tiempo para entender realmente que pasó durante el mes.

Según los comentarios de las extensionistas no reciben mucha retroalimentación en base a sus informes, a parte de que lo entregan tarde. La forma en que reportan su información no es muy útil para tomar decisiones. Por ejemplo, no nos dice mucho del número de participantes en una charla, otros indicadores podrían ser más útiles que tendría que definir el personal, tales como la cobertura de la población meta, si la participación en las charlas es ascendente o descendente y el grado de participación de las promotoras y comités en las actividades. Otra observación es que actualmente la comunidad no participa en la recolección de datos ni en el monitoreo y supervisión de la extensionista y promotoras.

A continuación se resumen los problemas con el sistema de información:

1. Recolecta información que no se utiliza. Por ejemplo, nunca vieron los resultados de la encuesta CAP, aunque todos los datos fueron ingresados a la computadora.

2. No recolecta la información necesaria, por ejemplo los datos requeridos para llenar los informes cuatrimestrales.

3. No hay consistencia en la información que se reporta entre extensionistas, programas, y niveles del proyecto. Tampoco hay concordancia entre los datos de la misma extensionista.

4. Falta concordancia acerca de qué es lo que quieren medir y para qué lo quieren.

5. La preparación y lectura de los informes requiere demasiado tiempo.

6. La información que recolecta no tiene mayor utilidad en términos de la operación diaria del proyecto. No se da retroalimentación a las extensionistas en base a sus informes.

Es lógico que durante el inicio de un proyecto los formularios y las maneras de reportar información cambian, pero después de un año el proyecto ya tiene suficiente experiencia para permitir el diseño de un sistema de información más ágil.

2. Supervisión de Campo

Hace falta el desarrollo de unas guías de supervisión que el asistente de extensión llene durante su visita con cada extensionista, las cuales le daría más enfoque a sus visitas asegurando que se estén monitoreando los indicadores críticos.

Las reuniones mensuales parecen ser muy útiles e importante para las extensionistas. La oportunidad de intercambiar experiencias y recibir apoyo de sus compañeros es muy valiosa. Para enriquecer las reuniones podría pensarse en visitar otros programas, invitar personas para presentar temas y platicar más sobre la metodología no-formal.

educación no-formal. Necesita seguimiento y retroalimentación para resolver las dudas que surgen en la práctica.

c. Manual

Las extensionistas opinaron que el manual es muy práctico, "Lo que está escrito es sencillo y los dibujos se entienden bien". Lo usan para preparar sus charlas y a veces copian los dibujos en cartel. También comentaron que el manual les da apoyo cuando tienen que investigar algo. Para mejorar el manual sugirieron mejorar los dibujos; incluir más aumentar y su tamaño para poder copiarlas más fácilmente. Ya no siguen exactamente las guías educativas proporcionadas por CARE, ya que han ganado confianza en su habilidad de preparar sus propias charlas.

d. Capacitación en Otros Programas

Las extensionistas no han tenido oportunidad de ir a visitar otros programas o de conocer otras extensionistas y opinan que sería útil hacerlo. Han tenido muy poca oportunidad de convivir y compartir experiencias con otras extensionistas o educadores en salud. Una mencionó que participó en un curso con Supervivencia Infantil de CARE y fue muy útil intercambiar experiencias. Podría ser muy motivador para ellas conocer otros modelos exitosos.

3. CAPACIDAD

a. Conocimiento de objetivos del proyecto

Las extensionistas mostraron un amplio conocimiento de los objetivos del proyecto, dando mayor énfasis en que las mujeres y sus familias adopten y pongan en práctica lo que les enseñan. Explican que el objetivo del proyecto es mejorar el nivel de salud en áreas rurales y específicamente disminuir los casos de diarrea.

b. Conocimiento y práctica de tecnologías educativas

Cuando se les preguntó a las extensionistas acerca de los objetivos de la educación no-formal, la mayoría comentó que fue para obtener más participación de las señoras y obtener mejor aprendizaje. En cuanto a la pregunta sobre en qué consiste la educación no-formal, comentaron que la educación no-formal: "No tiene horario ni establecimiento fijo, es movible", "Es más real, es barato, no cuesta llevarlo, es más objetivo, cobra más impacto", y "Se ve, lo toca, lo visual sólo se mira". Dicen que es importante presentarse en forma sencilla y hablar el idioma de la comunidad. "No deben sentirse más que ellas. La extensionista debe sentirse igual a las mujeres".

Es difícil sacar conclusiones sin ver que las extensionistas desarrollen una actividad educativa, pero en base a sus comentarios parece que sólo una de las extensionistas realmente había captado la verdadera importancia de esta metodología, "Quiero que analice, que logre un autodesarrollo". Para lograr este objetivo, utiliza elementos de la vida real, problemas lógicos. Partimos

de la realidad. La gente es capaz de resolver el problema. Que la vida no es así nada más, tiene su por qué. Uso historias, periódicos, les hago reflexionar."

Comentaron que al inicio al emplear la metodología les costó mucho, "Cuando empecé no tenía experiencia. Al principio las señoras llegaban y empezaba a dar la charla. Se aburrían porque no había nada de práctica. Con la experiencia se mejoró todo. Uso ejercicios participativos para motivarlas".

En cuanto a técnicas educativas, dieron mucho énfasis al aprovechamiento de recursos locales en sus pláticas. Por ejemplo, si se habla de basura, salen a buscar basura. Usan cosas reales para hacer los mensajes más impactantes. Una extensionista dijo que usa carteles y situaciones reales para ayudar a las madres a aprender identificar y resolver problemas.

c. Percepción de su papel

Todas las extensionistas mostraron una actitud muy apropiada acerca de la relación que debe tener con la comunidad. Dijeron que debe ser una relación de igualdad, más como amiga que maestra, porque con los maestros existe gran distanciamiento porque ellos creen que lo saben todo. Las extensionistas intentan tener una relación afectiva con las personas y le ponen importancia a la experiencia de convivir con la gente y adaptarse a la comunidad y su forma de expresarse. Por ejemplo, una extensionista dijo, "Intento dar amistad para que la gente se sienta más en confianza y lo busque a uno para resolver sus dudas y hablar de otros temas". Otra extensionista opinó, "Hay que compartir con ellas, incluyendo sus enfermedades".

Las extensionistas tenían muy claras sus responsabilidades mencionando las siguientes: ayudar a organizar las comunidades, forman grupos de mujeres, seleccionar y capacitar a las promotoras, realizar reportes mensuales, hacer visitas domiciliarias y participar en encuestas. Ponen mucho énfasis en la necesidad de facilitar cambios en comportamientos.

4. Opinión del Trabajo

Las extensionistas se sienten muy realizadas con su trabajo, gozando de la convivencia en la comunidad. En particular, les gusta hacer visitas a hogares porque tienen la oportunidad de hablar más a fondo con las señoras. Sin embargo, es muy raro que tengan la oportunidad de evaluar el impacto de su trabajo en la comunidad y fácilmente podrían desanimarse, enfocando sólo en las familias que no ponen en práctica sus consejos en lugar de las que han tenido éxito.

Como todos trabajan para lograr un cambio social, se frustran a veces con la lentitud del proceso. Una extensionista lo expresó así, "me molesta que no se pueda demostrar los cambios y no se ve mucho progreso". La falta de participación y el rechazo de los mensajes les molesta, por ejemplo, les desanima cuando sólo llega una o tres mujeres a las reuniones, "Se decepciona uno y hay que ir a invitarles otra vez. De igual manera, les desanima el hecho de que no todas las mujeres aceptan los mensajes. Una extensionista comentó que a veces las mujeres dicen, "Ella siempre nos dice la misma cosa". Otra dificultad es que a veces la gente no hace caso, "Con respecto a la letrinización saben de eso pero no lo ponen en práctica. Talvez no he llegado a convencerles.

En cuanto a los problemas que han encontrado en su trabajo, lo más común es la inasistencia debido a la lluvia, seguido por la migración y el trabajo. Esta información se obtiene de los informes mensuales de las extensionistas, y cabe notar que la mayoría de las veces no encontraron solución al problema.

Otra cosa que les afecta es que se enferman mucho, "Lo que no me gusta es enfermarme tanto de la diarrea. No puedo insistir en tomar sólo agua hervida. Hay que aceptar lo que ofrecen, porque si no ya no se acercan". También se les dificulta mucho el trabajo cuando se desplazan a otras comunidades. "Es bien difícil, no sólo para mí sino también para la comunidad. Cuando uno no visita la comunidad lo ven diferente, piensan que se está recibiendo plata y no trabajando para ellos". Algunas mencionaron que es difícil obtener materiales de CARE, lo cual dificulta su trabajo.

A través de la capacitación y seguimiento brindado por CARE, las extensionistas han aumentado su auto-estima y habilidad para desempeñar su papel en la comunidad. Un beneficio de este tipo de programa que muchas veces no se toma en cuenta es el desarrollo personal del personal. Una extensionista dijo: "Yo soy una persona completamente diferente de lo que fui cuando empecé a trabajar con CARE. Cuando empecé en el proyecto era muy tímida, cohibida. Ellos pensaban que no iba a poder hacer el trabajo. Me di cuenta de su preocupación y pensé que podía dominar mi timidez. Traté de cambiar. Los cursos sobre relaciones humanas ayudaron bastante". Ella cambió bastante, según el asistente, "La extensionista más antigua era muy tímida y nerviosa al inicio. Ahora se ha superado, es eficiente, creativa y tiene dominio del grupo. Ese es el proceso que tenemos en todas".

5. Deserción

De las primeras cinco extensionistas, sólo una se ha quedado. Esta situación tiene graves consecuencias para el proyecto. Primero, hay que volver a gastar recursos para su entrenamiento; y segundo, hay que desplazar extensionistas para cubrir la comunidad y dejar desprotegida su propia comunidad. Debido a esta situación, el nivel de experiencia de las extensionistas es muy variada y es difícil llevar a cabo un taller para todos.

Para poder proponer cómo minimizar este problema, se les preguntó a las extensionistas las razones por las cuales renuncian y cómo poder realizar el trabajo con más motivación. La razón que dieron frecuentemente fue que "no se ambientan". Una extensionista comentó, "... al principio al llegar a la comunidad uno se siente desesperada, triste y sola en la aldea y piensa dejar el trabajo". Otra explicó, "El primer año y medio fue muy difícil. Las comunidades eran muy aisladas y escépticas. Sólo pude llegar a pie –durante la lluvia y no fue divertido. ...Me enfermé seguido de amebas. La barrera mayor fue el idioma. Les hablaba en español y no me entendían. Me preguntaban en lengua y no entendía. Poco a poco entendí su realidad y me ambienté". Por lo general las extensionistas son jóvenes y es la primera vez que han salido de su comunidad a trabajar. Comentaron que hablando con la gente de la comunidad les ayuda a entender cuáles son sus problemas y cómo resolverlos, "Una vez que se empieza con este proceso de buscar soluciones, el tiempo no le alcanza a uno".

Además de la dificultad de ambientarse, casi todas las extensionistas comentaron que se han enfermado muy seguido de parásitos o amebas. Dicen que les hace falta medicina y orientación de cómo cuidarse. En fin, ellas concluyen en que sus compañeras se van porque el trabajo es difícil. "Se sienten muy agitadas, tienen que caminar, tienen que hacer reportes en la noche, etc". A

veces han aceptado trabajos que pagan menos pero son más tranquilos, "Van a trabajar con más confianza, no caminando, apurándose y enfermándose".

Se quejaron mucho de la práctica de rotar extensionistas entre comunidades, comentando que es difícil desplazarse, llegar a conocer la gente y realizar el trabajo. Además, explican, "La participación en su comunidad baja porque la comunidad cree que ya no van a llegar".

Las extensionistas ofrecieron varias recomendaciones para disminuir las renuncias del personal:

1. "Tenernos fijas, no cambiarnos a otras comunidades."

2. Seleccionar comunidades no muy aisladas y cuando se asigna a una extensionista dos comunidades, que sean cercanas.

3. Ofrecer orientación en cómo cuidar su salud y talvez un botiquín con medicinas básicas.

4. Hacer visitas de supervisión con más frecuencia.

5. Trabajar con parejas en las comunidades, o si no fuera posible, contratar a otro promotor masculino que podría rotarse entre las comunidades para dar apoyo.

En el caso del promotor masculino, tiene que visitar a todas las doce comunidades, dos o tres veces por semana. No ha podido armar grupos por falta de tiempo, y en lugar de eso hace asambleas generales. La extensionista cita a la gente y el les da una charla. A veces asiste a las pláticas de las extensionistas y les apoya. Cuando hay tiempo también hace visitas domiciliarias. Además, es responsable de trabajar con hombres y con comités y autoridades locales. No tiene suficiente tiempo para trabajar con hombres, "sólo llegó para picarles". Le gustaría atender a menos comunidades para hacer un trabajo más efectivo.

XII. PROMOTORAS

El sostenimiento de los proyectos es una de las preocupaciones fundamentales de CARE-Guatemala en general y del proyecto de agua potable en particular. El buen funcionamiento de las promotoras es clave en lograr la continuación de la educación sanitaria en las comunidades del proyecto. En base a los resultados de las entrevistas con promotoras, se puede concluir que tienen un conocimiento completo de sus funciones mencionando espontáneamente entre ellas: detectar casos de diarrea; enseñar a las madres la importancia del uso del suero casero y su preparación, y reforzar los mensajes del proyecto sobre el uso y mantenimiento de la letrina, lavado de manos, lavado y tapado de trastos, alimentos y agua; y asistir a las reuniones del comité. Falta todavía que comprendan la importancia de referir niños que se encuentren graves a los servicios de salud y la necesidad de coordinar actividades con los servicios de salud. Las promotoras necesitan orientación específica hacia cómo coordinar con los servicios de salud y otros proyectos y cómo trasmitir los mensajes educativos a la comunidad.

En general, todas las promotoras conocen que el objetivo del proyecto es mejorar la salud de la comunidad. Sin embargo, ponen más énfasis en la higiene, "tener las casas presentables", "ser aseadas", etc. Conocen bien los mensajes del proyecto, mencionando todos espontáneamente, incluyendo tanto la acción que se debe seguir como el por qué. También le dan mucha importancia en enseñar a las señoras cómo preparar el suero casero y del paquete. El concepto de la cadena de la muerte les impresionó mucho y todos hablan de ella.

Según las promotoras sus responsabilidades incluyen: visitar las casas para explicar sobre el suero casero e identificar casos de diarrea, alentar a las personas que necesitan orientación, reunir a las señoras, ayudar a invitarlas a las pláticas, recordarles cómo hacer las cosas y explicar por qué es importante participar en las charlas.

La mayoría de las promotoras activas han salido a hacer visitas con la extensionista e invita a la gente a las reuniones. Ellas explican que el propósito de las visitas es, "Ver si ponen en práctica lo que se les enseñan en las pláticas". Algunas de ellas han participado en las pláticas, pero no han ayudado en su planificación.

1. SELECCIÓN

Las promotoras son seleccionadas por el comité y por las extensionistas. Los criterios para su selección no están bien definidos, ya que ni la extensionista ni la promotora puede explicarlos. Generalmente comentan algo como, "Talvez nos seleccionó la comunidad para apoyar a la señora porque sabemos leer y escribir". Da la impresión de que no hay muchas mujeres con interés en desempeñar el papel debido al poco tiempo que les queda después de cuidar la casa y sus niños, y en algunos casos por oposición del esposo. La actitud del esposo es determinante, ya que en una comunidad, costó mucho convencer a un esposo que dejara a su esposa ser promotora. No dio permiso hasta que el comité llegó para convencerle. Por lo menos en una comunidad hubo problemas con la selección de la promotora porque la comunidad no estaba de acuerdo con su participación y tuvo que escoger otra. La extensionista comentó, "Aprendí que no se puede escoger así no más a la promotora, la comunidad tiene que estar de acuerdo."

2. Capacitación

Las promotoras han recibido dos tipos de capacitación, un taller y orientación por la extensionista en la comunidad. Se puede notar que el curso fue un gran éxito. Las promotoras manifestaron haber aprendido mucho en el curso y comentaron que les motivó en su trabajo. También se pudo notar que tenían conocimiento sobre los temas. El hecho de asistir al curso les dio más estatus en la comunidad, y la gente empezó a buscarles para consejos. Según ellas, lo más interesante que aprendieron fue qué hacer con los niños con diarrea, qué pasa con un niño con diarrea y cómo puede llegar a la muerte. Se pudo observar que las promotoras se preocupan mucho por la aplicación de los mensajes, dicen que "Lo importante es que aprendan y que lo pongan en práctica".

En la comunidad las promotoras acompañan a la extensionista en las visitas domiciliarias y reuniones. En todas las comunidades visitadas, por lo menos una de las promotoras había recibido adiestramiento de este tipo, pero son pocas las que han empezado a desempeñar responsabilidades por ellas mismas. Tienden a participar más en las visitas y menos en las reuniones. Su papel en las reuniones se limita únicamente a dar la bienvenida y a veces ayudar traduciendo lo que dice la extensionista. Sin embargo, las extensionistas están conscientes de la necesidad de que empiecen a tomar más responsabilidad. Dicen que les están preparando, ayudándoles a "quitar el miedo" para que participen más activamente. Una de las extensionistas está leyendo el manual con la promotora, reforzando los temas para irle dejando responsabilidades.

Todas las promotoras manifestaron su deseo de recibir más capacitación, la mayoría no pudo identificar en qué area, mientras que algunas mencionaron su deseo de recibir orientación en técnicas educativas, por ejemplo, "Cómo tener más agilidad para hablar con las señoras y cómo hacer llegar a ellas el mensaje de una mejor manera". Una promotora comentó que tiene miedo ir de casa en casa y necesita más orientación. Algunas promotoras comentaron que les gustaría recibir pláticas sobre espaciamiento de embarazos para orientar a las señoras. Una promotora con 17 niños (nueve muertos) dijo: "Muchas descuidan a sus hijos porque son demasiados. En mi caso fue cada año, me iba a la costa embarazada y en brazos a otro". Los comités opinaron que sería de utilidad enseñar a las promotoras poner inyecciones y aprender a hacer curaciones en caso de cualquier emergencia.

Es importante observar que aunque se capacitó a dos promotoras en cada comunidad, de cada una de las tres comunidades que se visitó durante la evaluación, solamente una está trabajando activamente. Las otras promotoras dejaron de participar por razones de trabajo o situaciones personales.

3. Percepción de su Papel

Las promotoras se sienten bien en su papel, manifestando que están orgullosas de ayudar a su comunidad. Una promotora comentó, "Me siento bien porque estoy ayudando a mejorar la salud de la comunidad". Otro comentario fue, "Nos sentimos bien porque ayudamos a evitar enfermedades. La comunidad nos apoya y nos dicen cosas buenas". Por lo general, las promotoras sienten que "el trabajo es fácil". Están muy conscientes de la necesidad de trasmitir sus nuevos conocimientos a la comunidad, "Es algo para mi propia comunidad. Si uno sabe no lo debe guardar sólo para uno". Lo único difícil que mencionaron fue conseguir el permiso del esposo.

Se nota que las promotoras se ven frustradas cuando la gente no les hace caso. Por ejemplo una comentó, "No me gusta cuando las mujeres nos critican y dicen que les hacemos perder su tiempo. A veces cuando les visitamos en sus casas dicen que les hacemos perder tiempo".

Se observó que las promotoras se consideran estar bajo la autoridad del comité, la extensionista y CARE, haciendo comentarios como, "Cumplimos con lo que la Jefe dice" y "Cuando el comité me da autorización, puedo ir a visitar las casas".

4. Percepción de las Promotoras por Parte de la Comunidad

Las comunidades saben quiénes son las promotoras y dicen que les han dado ayuda, "nos enseñan, andan con la extensionista". Mencionan también que explican en lengua lo que no entienden en español y dan confianza al grupo durante las pláticas. Sin embargo, hubo comentarios que las señoras no "obedecen" a las promotoras, "Si no le hacen caso a la extensionista, mucho menos a ellas".

5. Sostenimiento

Sin excepción, tanto las comunidades como las promotoras están conscientes de que tendrán que tomar la responsabilidad de educar a la gente desde el día que la extensionista se vaya.

Ambos comentaron que a fin de que las promotoras sigan trabajando se debe cumplir con las siguientes condiciones:

1. Deben existir por lo menos dos promotoras para que trabajen juntas y se debe contemplar qué pasará cuando en una comunidad una de las promotoras deje de ser activa.

   "Si, ahora funciona bien, porque hay dos de ellas y trabajan juntas. Pero, una de ellas va a tener que salir de la comunidad para conseguir trabajo. No estoy segura si puedo seguir sola".

   "Me gustaría tener a alguien para que me apoye".

2. Tiene autorización y apoyo moral del comité.

   "Yo puedo ir a cada casa, si el Jefe me lo pide. Si el Comité dice que puedo ir."

3. CARE les ayuda a desarrollar un plan de actividades.

   "Voy a continuar trabajando si me deja algún plan".

4. Las promotoras tienen la capacidad económica de seguir trabajando como voluntarias y no entrar a trabajar.

   "Depende. Yo necesito trabajar para sostener a mi niña y quién sabe si la comunidad me pagaría un sueldo."

5. Reciben seguimiento de parte de CARE. Será indispensable no olvidarlas o marginarlas porque así se desaniman.

6. Reciben más capacitación, especialmente sobre cómo trasmitir los mensajes.

XIII. TECNICAS Y ESTRATEGIAS EDUCATIVAS

¿Son efectivos los métodos educativos utilizados por el personal de campo?

1. Opinión de la Comunidad

Las señoras de la comunidad no dieron mayores comentarios sobre su opinión del desarrollo de las charlas. Están conformes con el lugar y frecuencia de las pláticas, "Nos parece bien, porque nos visita en cada aldea y es alegre porque cada quien tiene su grupo y su nombre" y "Así nos queda cerca de la casa". También están de acuerdo en recibir pláticas dos veces al mes, ya que "Si es cada poco ya no tendríamos tiempo, ya que tenemos mucho que hacer". No piensan que es buena idea recibir pláticas menos de dos veces al mes, "Se debe convocar a reuniones más seguidas y no hacerlas como ahora cada mes o mes y medio ya que con mucho tiempo la gente se le olvida lo que aprendió." Comentan que las pláticas les han servido para: prevenir las enfermedades, enseñar a sus hijos a ir al baño y lavarse sus manos, rehidratar a los niños y tener aseada la familia.

Los hombres comentaron que sus esposas les han contado sobre qué se discutió en las charlas, especificando el uso del agua, el uso de la letrina y cómo evitar la suciedad. Opinan que les ha servido a sus esposas asistir a las charlas porque han observado cambios en su hogar, por ejemplo tapar el agua y alimentos, lavar las frutas y verduras, usar y mantener la letrina. Los hombres opinaron que la participación de sus esposas "cosa buena es" porque aprenden a mantener limpia la casa. En un grupo de hombres comentaron que su participación depende del trabajo de la mujer y en que hora se llevan a cabo las reuniones.

2. Materiales Educativos

a. Opinión de la Comunidad

Por lo general, las extensionistas usan recursos naturales para apoyar sus pláticas, "Si vamos a hablar de naranjas hay que llevar naranjas, no un dibujo". También emplean carteles, hojas de reflexión y la cadena de muerte. A veces les han pasado películas de distracción sobre vacunación, higiene y lactancia materna para motivar la participación de la gente.

Algunas mujeres comentaron que les gustaría ver más materiales educativos, "...sería bueno que siempre usen carteles así se le queda mejor a uno" y "Con película también para ver y luego hacer o no hacer lo que vemos". En la comunidad donde no han empezado las actividades educativas, las mujeres opinaron que "nos enseñaron directamente cómo cocinar los alimentos, porque al entregarnos folletos hay muchas que no sabemos leer".

Las mujeres opinaron que les gustaría recibir material para llevar a su casa, ya que no han recibido ningún material para ellas, sólo la extensionista les ha enseñado en las charlas con carteles con dibujos. Piensan que les sería útil tener carteles para "mirarlo y pegarlo en la casa y poner en práctica lo que miran". Una mujer dijo: "Esto nos ayudaría a recordar lo que tenemos que hacer en nuestra casa y nos serviría para enseñárselos a otras personas, o nuestros hijos y esposos".

Es interesante señalar que los hombres también sugirieron que se les reparta boletas o "formularios" para que repasen en sus casas lo que aprendieron en las charlas.

b. Análisis de los materiales educativos

Se realizó un análisis de contenido de los manuales educativos "Nutrición para la mujer embarazada y lactante","Nutrición durante el primer año de vida", "Nutrición para el pre-escolar", "Control de la enfermedad diarréica y la terapia de rehidratación oral", "Currículum educativo y de capacitación para las extensionistas", y "visita domiciliaria: instrumento guía", de los proyectos de Agua Potable y Supervivencia Infantil de CARE.

Los contenidos educativos de los manuales son claros, coherentes y completos. Cada tema se desarrolla en detalle en uno o varios manuales y se refuerza con mensajes que aparecen en distintos módulos. Los objetivos educativos de cada charla y los mensajes principales a recalcar están claramente descritos y resumidos. Los contenidos educativos para la transmisión de conocimientos son concretos y excelentes.

El énfasis de los manuales ha sido la transmisión de conocimientos a la comunidad. En este sentido cada charla y visita domiciliaria explican las conductas deseables y el por qué es necesario adoptarlas. Los "por qués" regularmente se refieren a los ciclos de contaminación y/o a la cadena de la muerte, explicando las relaciones de causa-efecto entre la adopción de las conductas recomendadas y los desenlaces esperados a nivel de salud y nutrición.

Los manuales y sus contenidos reflejan un modelo educativo que suponen la adquisición de conocimientos llevará al cambio de conductas. Dicho en otras palabras, es un modelo educativo que establece que la falta de conductas apropiadas pre-intervención se deben fundamentalmente a la falta de conocimientos adecuados, y que la intervención educativa debe incluir la enseñanza de las conductas apropiadas, así como la transmisión de los conocimientos claves para que el resultado sea la adopción de las conductas deseables por parte de la comunidad. Por lo tanto, el punto fuerte de los manuales revisados es la transmisión de conocimientos correctos, y los mensajes educativos recalcan la comprensión de dichos conocimientos por parte del educando.

El énfasis en los manuales revisados en la transmisión de conocimientos, ha tenido como consecuencia no-planificada la ausencia de contenidos motivacionales para el cambio de conductas. Casi todas las charlas educativas comienzan con un ejercicio participativo cuya selección queda al criterio del educador. Este ejercicio, sin embargo, cumple más un propósito de motivación a la participación en la actividad educativa en sí. Los ejercicios de dinámica de grupos al principio de la charla pueden muy bien ayudar a romper el hielo y animar al grupo a involucrarse en la misma. La motivación al cambio de conducta y a la adopción permanente de las prácticas recomendadas, es un componente integral de los mensajes educativos y del lenguaje seleccionado para la comunicación de estos mensajes. Por ejemplo, "Ponga la basura en un bote o caja para que su casa se vea aseada", es un mensaje que recomienda una conducta y da una motivación, asumiendo que las educandas le otorgan valor a tener una casa limpia. Estos puntos motivacionales son cargas afectivas positivas que deben explorarse a nivel de la comunidad e incorporarse a los mensajes educativos que se establecen en el sistema.

La revisión de los contenidos de los manuales no permitió establecer si los mensajes fueron diseñados tomando en cuenta los posibles puntos de resistencia al cambio de conducta

en las comunidades del proyecto. Así como existen elementos afectivos y de actitudes que se pueden utilizar como puntos motivacionales a la adopción de nuevas conductas y al reforzamiento de conductas positivas que ya se practican, también hay puntos de resistencia al cambio. Los puntos de resistencia abarcan desde creencias y actitudes bien arraigadas, hasta falta de apoyo al cambio por parte de personas influyentes en la vida de los educandos, y pocos de los recursos económicos, materiales y de tiempo requeridos para la adopción de las conductas recomendadas.

Una vez identificados los puntos de resistencia, y previo al diseño de los mensajes educativos y los contenidos motivacionales, se deben tomar decisiones sobre la factibilidad de romper las resistencias con intervenciones educativas. Si la decisión es positiva, entonces los manuales educativos deben incluir técnicas y mensajes orientados a romper gradualmente este tipo de obstáculos.

La falta de directrices en los manuales revisados con respecto a los posibles puntos de resistencia a la adopción de las conductas recomendadas, hace sugerir que éstos todavía no se conocen o no se consideran en la capacitación de los educadores. Los resultados de la evaluación sobre la adopción de conductas, resumidos en otra sección de este informe, indican que los conocimientos básicos que son gran parte de los contenidos educativos son bien conocidos por la población meta: los hogares encuestados saben decir cuáles son las conductas que deben seguir y por qué. Los resultados de las observaciones realizadas, por su parte, indican que muchas de las conductas recomendadas no han sido puestas en práctica en forma regular. Estos dos hallazgos llevan a la conclusión de que existen puntos de resistencia a la adopción de las conductas deseables en la población meta que no están siendo abordados sistemáticamente.

En conclusión, la revisión de los manuales mostró que los contenidos educativos referente a las prácticas deseables y a los conocimientos asociados a dichas prácticas están adecuadamente desarrollados. Se recomienda que los materiales también desarrollen, con igual grado de esfuerzo, contenidos motivacionales para la prueba y adopción de las conductas que promueve el proyecto educativo. Finalmente, es recomendable que se exploren los posibles puntos de resistencia al cambio de conducta y se fortalezcan los materiales educativos con mensajes orientados a vencer gradualmente estos obstáculos.

3. Visitas Domiciliarias

¿Se dio seguimiento a las madres para reforzar el aprendizaje?

Las extensionistas llevan acabo visitas domiciliarias para evaluar y reforzar el tema que se habló en la charla anterior. Las extensionistas manifestaron que se dan cuenta de que los problemas que tienen las señoras en poner en práctica los consejos durante estas visitas. Las extensionistas opinaron que las visitas son de suma importancia porque las mujeres participan menos en las charlas por temor a las otras, mientras que en las visitas logran una mejor relación.

Durante la visita se llevan a cabo las siguientes actividades: 1) detectar si hay casos de diarrea y relacionar la diarrea con higiene; 2) explicar cómo prevenir la deshidratación; 3) reforzar puntos de la charla que no les quedó claro; 4) darles la platica a las que no asistieron; y 5) ver si lo están poniendo en práctica.

Hombres y mujeres están igualmente satisfechos con recibir visitas de la extensionista. "Se sienten felices y tranquilos durante las visitas". Una mujer comentó, "Cuando llegan las visitas estamos tejiendo y después empezamos a charlar sobre cómo asear la casa". Los hombres dijeron que están de acuerdo con las visitas domiciliarias porque la extensionista enseña cosas buenas. Un señor comentó, "Si ella ve algún defecto con toda franqueza que lo diga". Un comentario típico fue el siguiente, "Para nosotros como esposos nos sentimos bastante bien cuando ella nos visita. Aparte de que las charlas son muy amplias, cuando ella llega a la casa es muy importante, para que las familias se ordenen bien - para solidificar lo aprendido en las charlas". En otro grupo comentaron que les gusta que la extensionista visitara a sus esposas porque así no dejan a los niños solos.

A pesar de estos comentarios positivos, se pudo identificar algunas opiniones negativas acerca de las visitas. Las promotoras comentaron que la gente reclama que sólo llegan a quitarles su tiempo. En un grupo focal una señora dijo, "Llega a ver toda nuestra casa si hacemos lo que ella nos ha enseñado y regaña. Es como jefe que investiga nuestros hogares". Debido a la presión que sintió la comunidad de quedar bien con CARE y no criticar, se debe tomar estos comentarios en serio aunque sólo unas pocas mujeres los externaron.

4. Participación en Actividades

Una de los problemas mayores que mencionaron las extensionistas fue la falta de participación de las mujeres en las reuniones. Para poder hacer recomendaciones se exploraron las razones del por qué asisten o no a las actividades del proyecto. La motivación mayor parece ser la presión del comité, ya que su participación es requisito del proyecto, se ejemplifica eso en el comentario siguiente, "No sólo por el agua debemos ir a las reuniones, sino que también por nuestro propio bien". Cuando se les preguntó a las mujeres porqué asistieron a las reuniones comentaron, "Para el bien de las familias", "Porque vienen a compartir con nosotros lo que no sabemos" y "Porque es de utilidad lo que nos enseñan".

Las razones que dieron por no asistir son varias e incluyen: falta de tiempo y enfermedades. Talvez el mayor motivo de inasistencia fue porque piensan que pierden su tiempo en asistir y están aburridos y no tienen interés en los temas. Las señoras criticaron a sus compañeras diciendo que no asisten, "Por ser negligentes, ellas no quieren aprender cosas buenas". También comentaron que algunas no asisten por "desobediencia", lo cual demuestra la presión que ejerce el comité.

Las extensionistas contaron casos en que la comunidad se descontentó porque la llegada del agua tardó más de lo esperado y por eso se ausentaron de las charlas.

Fue interesante notar que mencionaron que las mujeres no asisten por pena, "No les gusta que les digan la verdad o lo claro", "No les gusta que uno se entere de los problemas de su hogar" y "Porque critican las demás personas sobre sus problemas".

Según los esposos, cuando la mujer no quiere aprender, no es bueno exigirle a que aprenda, de esto nacerán algunos conflictos esposa-esposo. Los hombres comentaron que la participación de sus esposas es muy necesaria, ya que algunas no conocen nada sobre higiene.

Las señoras comentaron que hablan con sus vecinas que no asisten a la reunión, porque les preguntan qué fueron a hacer y qué aprenden en la reunión. Les dicen que reciben consejos

para evitar enfermedades en sus niños, "Se debe colaborar con nosotros para evitar que se enfermen los niños... los van a poder cuidar mejor y así no van a gastar en doctores". También hablan con su esposo y a sus hijos para que aprendan a ser aseados.

Las extensionistas y las promotoras están muy conscientes de la manera en que invitan a las señoras influyen en su participación, "Hay que pensar en la manera de hablarles a ellas. Si solo las citan, no llegan. Hay que ir a explicar, todo depende en cómo se explica". Cuando las señoras no llegan a las reuniones ellas van a sus casas para explicarles por qué son importante las pláticas. Una promotora explicó, "Hay que formar una duda, causar curiosidad para que se vaya a la reunión". Sin embargo, varias señoras consideran que son aburridas, "Ya no habla nada más, sólo de popó, de eso ya me aburrí". Tratan de explicar que no sólo hablan de popó, sino también de evitar enfermedades.

5. Temas

La gente demostró un conocimiento muy amplio de los temas del proyecto y consideró que los temas son importantes para evitar enfermedades. Lo que más les llamó la atención fue el concepto de la cadena de la muerte, comentando, "Demuestra que hasta los sanos se mueren cuando se descuidan. Esto mismo nos parece importante". En algunos casos se notó que los temas fueron demasiado básicos para la gente, en un grupo de hombres se comentó, "Es cierto que somos del campo pero eso no indica que vayamos a comer chueco".

En cuanto al número de temas impartidos, por lo general está bien, talvez con la adición de algunos temas relacionados. Sin embargo, no se debe descartar el problema de que la gente se aburre de que sólo se les hable de diarrea y prácticas higiénicas.

La extensionista, la promotora, y a veces la misma comunidad recomendaron agregar algunos temas donde han visto interés o necesidad por parte de la comunidad. Estos incluyen la lactancia materna, parásitos y planificación familiar. Las extensionistas informaron que las madres preguntan constantemente acerca de los parásitos, "Dicen que están saliendo por la boca ¿qué les doy?". Las señoras comentaron que les gustarían aprender más de las enfermedades de los niños. También pidieron "...que nos hablaran algo más del cólera porque somos pocas las que sabemos de esta enfermedad". Una promotora comentó, "Hay muchas personas que por tener muchos niños, los descuidan y se enferman. Sería bonito enseñar a las madres planificar, no solamente para ayudar a los niños sino a la madre también."

Las señoras mencionaron otros temas no tan relacionados con los del proyecto que les gustaría recibir tales como hacer pasteles, medicina natural, cocina, repostería, costura, panadería, sastrería y sembrar hortalizas.

Cuando se les preguntó a los hombres qué les gustaría que las mujeres de su comunidad aprendieran, contestaron todo lo relacionado con la salud de los niños y la familia y la limpieza del hogar y el buen uso del agua. En un grupo de hombres comentaron que, "Creemos que las mujeres poseen capacidad para aprender muchas cosas, enseñándoles, por ejemplo: costura, panadería, sastrería. Si se aprendiera esto sería una ayuda para la comunidad".

6. Teatro Popular

En varias comunidades se ha dedicado bastante tiempo al desarrollo del teatro popular. Desafortunadamente, no se visitó a ninguna de estas comunidades durante la evaluación y no se pudo sacar conclusiones acerca de su efectividad. Sin embargo, según el personal del proyecto fue un gran éxito y los informes indican que asistieron muchas personas a las obras de teatro.

XIV. PARTICIPACION DEL COMITE DE AGUA POTABLE EN EL COMPONENTE EDUCATIVO

1. ACTIVIDADES

Los miembros de los comités de agua potable identificaron las siguientes funciones del comité: gestionar el desarrollo de la comunidad, formarse en grupos de trabajo para el proyecto, dirigir las actividades del proyecto, reunirse cada mes, orientar a la gente de la comunidad y convocar a reuniones para que los beneficiarios cumplan con el reglamento del proyecto.

2. CONOCIMIENTO DEL COMPONENTE EDUCATIVO

Los integrantes de los comités están bien informados de los objetivos del proyecto, comentando que su objetivo final es mejorar la salud de la comunidad y asegurar el uso adecuado del agua. Reconocen la importancia del componente educativo, "Con el agua potable esperamos mejorar el medio ambiente gracias al apoyo de CARE y otras... con el proyecto tratamos de mejorar el futuro de cada familia, al mismo tiempo tener buena salud aplicando los conocimientos que se reciben por parte de la extensionista". Todos los comités opinaron que es importante incluir la educación en proyectos de agua potable, "Los beneficiarios estamos contentos con la parte educativa, ya que en algunos proyectos que no se implementa la educación tienden a fracasar". Fue evidente durante las reuniones que los miembros de los comités conocen los mensajes educativos impartidos por la extensionista.

3. PERCEPCIÓN DE SU PAPEL EN EL COMPONENTE EDUCATIVO

Los comités aceptan la responsabilidad de apoyar al componente educativo, "Nosotros debemos ser el ejemplo, pero para esto debemos ser capacitados". Los miembros del comité comentaron que pueden apoyar a la extensionista en las siguientes maneras: hacer que la comunidad tome conciencia, motivar su participación, invitarles a las charlas y reunir a la comunidad y decirles qué deben hacer.

En cuanto a las barreras a su participación en las actividades educativas mencionaron la falta de conocimientos por no tener una orientación, falta de tiempo por la necesidad de trabajar y que los integrantes trabajan muy lejos y no se mantienen en la comunidad.

4. COMO APOYAN AL COMPONENTE EDUCATIVO

Los comités brindan un apoyo importante al componente educativo llevando a cabo las siguientes actividades: organizando actividades educativas de salud, buscando u otorgando un local adecuado para las reuniones que realiza la extensionista, instando a los hombres para que sus mujeres asistan a las actividades educativas, coordinando visitas, citando a la comunidad a asambleas generales, y coordinando actividades inter-comunales. También mencionaron la importancia de aplicar los conocimientos adquiridos en las charlas y en sus propias casas. En una comunidad el comité comentó que se debe coordinar estrechamente las actividades que realiza la extensionista, ya que en algunos casos

cuando no participan las promotoras se da poca captación del mensaje por problemas de idioma. En el caso de las promotoras, mencionaron que visitan a las personas de casa en casa para que pongan atención y lo pongan en práctica.

XV. PARTICIPACION DE HOMBRES EN EL COMPONENTE EDUCATIVO

1. Conocimiento del Componente Educativo

Los hombres están bien enterados de los objetivos, actividades y mensajes del proyecto. Como dijo un hombre, "Hemos visto lo que es la cadena de la muerte, allí muestra la forma como entran los microbios o las enfermedades, hasta llegar a la muerte, completando la educación nos ha enseñado el uso y el mantenimiento de las letrinas. Estos depósitos de popó, nos ayudan a no contaminar más nuestro medio, al construir esto estaremos viviendo mejor".

2. Papel de los hombres en la prevención de la diarrea

Las extensionistas, promotoras y la comunidad opinaron que es importante que los hombres reciban orientación, "Como el objetivo es que cada familia adopte las prácticas, es importante que participen todos, para que cada quien, no sólo las mujeres, practiquen". Además comentaron que a veces los hombres ignoran las consecuencias de los descuidos. La otra razón que dan es que el marido "tiene voz y voto" y para apoyar a la mujer es necesario trabajar con ellos. Los hombres comentaron que "Es bueno que se oriente a los hombres así en la casa para velar y ayudar para que todo esté limpio" y "Debe cumplir primeramente el esposo con todo lo que se aprende, para poder presionar a la esposa e hijos en el cumplimiento de lo que se recibe en las charlas educativas". Opinaron que el involucramiento de los hombres en las actividades educativas es importante porque él también juega un papel importante en mantener el hogar y enseñar a los niños, "Cada familia necesariamente tiene que ser guiado por el padre y la madre".

Los hombres dijeron que podrían implementar los consejos de la extensionista en varias maneras: viendo que las instrucciones se lleven a cabo, ayudando a las mujeres en los quehaceres, enseñando a los niños y a su esposa, y haciendo algunas de las prácticas él mismo.

Fue muy evidente que el hombre tiene el poder en la casa y puede presionar a su esposa e hijos en el cumplimiento de lo que se recibe en las charlas educativas. Otra razón que se dio para incluir a los hombres en las actividades es porque las mujeres dependen del marido. El hombre tiene que darle permiso a ella para salir. Las extensionistas manifestaron que es útil trabajar con los hombres porque les dicen a las señoras que vengan. "Son los que mandan en la casa, tienen derecho de decirles, "tape los alimentos". La extensionista de UNEPAR comentó que anima a los hombres para que animen a sus mujeres. "Creo yo que ha dado resultado. No sólo para asistir a las reuniones, sino también para que lo pongan en práctica".

Menos personas mencionaron que es importante orientar al hombre porque "lo que la mujer no alcanza a hacer, lo hace el hombre". Como mencionó un hombre, "Tenemos que decirle a la mujer si ella no sabe...

Los hombres también juegan un papel en la orientación de sus esposas e hijos. Recordándoles lo que han aprendido con la extensionista." Los hombres opinaron que pueden ayudar a enseñar a sus hijos, obligándoles a ellos a que hagan todas las recomendaciones. Por ejemplo, un hombre comentó que se puede apoyar en los cambios, "... ayudándole a lavarles las manos a nuestros

hijos antes de comer, a lavar las frutas para evitar que les de diarrea, así como también ver que se coman las frutas maduras y no verdes y tampoco shucas..."

Finalmente, reconocieron que los hombres podrían llevar a cabo algunos de los consejos.

3. INTERÉS EN RECIBIR EDUCACIÓN

Los hombres manifestaron que les gustaría recibir charlas parecidas o iguales a las que reciben sus esposas cada mes. Prefieren recibirlas los fines de semana o cualquier día hábil de la semana, pero de noche. Les gustaría recibir orientación en grupo y de un hombre preparado. Se sentiría más confianza con un señor o un joven - siempre que sea hombre.

XVI. PARTICIPACION DE NIÑOS EN EL COMPONENTE EDUCATIVO

1. Importancia del Trabajo con Niños

Las extensionistas y las promotoras creen que el trabajo con niños ha dado muy buenos resultados. Por ejemplo una extensionista comentó, "Hay señoras que no se les queda. Visité a unas en sus casas, y de repente sabían de todo, me dijeron que su niño les contó, "Esto me lo dijo mi hijo y me recuerdo, dijo una señora, los niños sí ayudan". Una promotora contó que una mañana pasó a una casa toda desordenada. Ella le dijo a la niña que tenía que componerla y que al regreso quería ver su casita limpia. Al regreso sí la tenía ordenada y todo tapado. Ella concluyó, "Sí hacen caso los niños cuando se les explica bien. Por esa razón ella quiere trabajar con los niños, diciendo que,"Es importante porque son los niños que van para arriba. En un grupo focal con el comité de agua potable un hombre comentó, "En algunas familias desafortunadas no se aplican los conocimientos. La salida o solución a esto es que se les debe dar más importancia a todas estas charlas para los niños para que en el futuro se aplique o se cumplan todas las reglas en lo que a salud se refiere".

2. Opinión de las Actividades

Todos los niños conocieron a la extensionista y comentaron que ella viene para ayudarles. Mencionaron que les da pláticas en la escuela y juega con ellos. También la conocen porque hace visitas a sus casas. Según los niños, ella habla con ellos de enfermedades, diarrea, una "enfermedad llamada cólera", contaminación, el uso y cuidado del agua y los alimentos, hábitos de limpieza y también de la cadena de la muerte.

Cuando se les preguntó a los niños su opinión de las actividades, comentaron que les gustó porque, "...nos ha dicho cosas buenas para evitar enfermedades" y "porque nos enseña y explica la manera de mantenerse limpios y a la vez combina con juegos". Concluyeron, "Aprendemos muchas cosas con ella".

Los niños comentaron que les hubiera gustado que les enseñaran más sobre lo que no saben, mencionando cocinar, pasteles, algo de zapatería y cómo aserrar madera. En un grupo, los niños dijeron,"Nos gustaría platicar con ella cosas de niños".

3. Conocimientos

Los niños demostraron un alto conocimiento de los mensajes del proyecto, mencionando de manera espontánea las prácticas que se debe realizar y por qué lo deben implementar, así como las causas de la diarrea. Explicaron que, "Los asientos convierten en agua el popó y la persona se pone flaca porque tiene asientos". Un niño dijo, "Le ataca los asientos cuando ingiere alimentos con microbios". "Es la forma que usa el estómago para sacar la suciedad por medio del popó liquido". Mencionaron que un niño con diarrea se pone flaco, se le quita el hambre, le dan dolores de estómago y se puede morir.

Con facilidad los niños nombraron las causas de la diarrea y las maneras de prevenirla, incluyendo todos los mensajes claves del proyecto tales como lavado de manos, lavado de frutas y sacar animales fuera de la casa. Un ejemplo de los comentarios sobre niños sigue así, "Se deben lavar las manos porque tienen suciedad, porque tocamos tierra, tocamos la pelota y porque vamos al baño, siempre antes de comer los alimentos. Se debe lavar los manos después de ir a la letrina con bastante agua y jabón". Para determinar si lavan o pelan la fruta, se les preguntó si les gusta comer la fruta, la respuesta que se dio en un grupo fue,"Sí, pero bien lavadas". Después otro niño comentó, "Hay que lavar bien la fruta porque así evitamos la contaminación, los asientos y no nos enfermamos de diarrea".

Cuando se les preguntó a los niños qué pueden hacer ellos para prevenir la diarrea, mencionaron las siguientes cosas: cuidar el aseo personal, hacer popó en la letrina para que no haya moscas, cuidar a los hermanitos para que no agarren tierra y no coman cualquier cosa, barrer la casa para que la basura no se amontone, quemar y enterrar la basura, hacerles recordar a sus hermanitos del lavado de manos, sacar los animales de la casa, lavar la fruta y verduras, lavar y tapar bien los trastos, lavar la ropa, asear la casa, acarrear agua. Cuando se les preguntó a los niños cómo podrían ayudar a su mamá para que nadie se enferme de la diarrea contestaron, "Ayudándola a poner en práctica todo lo dicho anteriormente y recordándole algo que a ella se le olvide".

4. Opinión y Uso de las Letrinas

En las comunidades donde todavía no hay letrinas, se les preguntó a los niños qué son las letrinas. A continuación se anota sus respuestas:

"Es donde va hacer popó uno, es un hoyo grande, redondo, cuadrado y chiquito".
"Son unas cositas cuadradas."
"Están en una casita chiquita"
"Los hemos visto en los pueblos"

Los niños conocen la importancia de usar las letrinas, comentando, "No nos gusta hacer nuestras necesidades en el monte, porque si lo hacemos así las moscas se llegan a parar al popó y luego contaminan la comida". Otro niño comentó que les gusta las letrinas, "Para ya no ir al monte y así no caminar mucho y que no hayan mas microbios y moscas". Todos los niños dijeron que las letrinas sirven para no enfermarse y para evitar enfermedades y algunas enfermedades específicas como el cólera. Han captado muy bien el papel de las moscas en la transmisión de enfermedades, un niño dijo, "Hay que usar letrina para que las moscas no se paren en los trastos viniendo de donde hay popó."

Aparte de evitar enfermedades, los niños mencionaron otras razones por las que prefieren usar la letrina incluyendo: "para que no ensuciarse en el campo", "para que no nos miren las personas", "para no caminar a buscar un lugar donde hacer popó al aire libre", "no tener mal olor" y "Nos gusta la letrina por la casita, por la taza, por el hoyo, por todo". No les gusta que hieda la letrina, que no esté barrido, que no esté tapado el hoyo y que no esté aseado.

Los niños también demostraron amplio conocimiento en el mantenimiento de la letrina. Mencionaron la necesidad de "hacer su casita", "taparla para que no salgan las moscas y lleven microbios", "tener una cubeta para los papeles", "lavarla de vez en cuando", "barrerla", "sacar los

papeles y quemarlos", "cerrar la puerta al salir" y "echarle agua y popó de caballo o de vaca para evitar el mal olor".

Los niños manifestaron que pueden empezar a usar la letrina entre las edades de cinco y seis años, "Más pequeños no las usamos porque nos caemos". Señalaron la necesidad de que los padres enseñen a los niños a usar la letrina, "... Gracias a nuestros papás, que ellos nos enseñaron a usar la letrina."

A pesar de los comentarios favorables de los niños y su conocimiento sobre la importancia de usar letrina, se observa por los comentarios de las extensionistas, promotoras y miembros de la comunidad, así como los resultados del CAP, que no todos los niños utilizan las letrinas. Según un miembro del comité, el problema principal es el uso de la letrina entre los niños menores de 4 años, ya que ellos son los más pequeños y no les enseñan. Los datos del estudio de CAP apoyan este comentario, un 60% de las entrevistadas manifestó que los niños menores de cinco años no son capaces de usar la letrina. Los adultos comentaron que no la usan los niños pequeños porque no alcanzan a sentarse, no tienen la costumbre y no les han enseñado. Los hombres en una comunidad dijeron que hubo un problema con el hoyo de la letrina porque era muy grande y además algunas letrinas no estaban parejas y cuando los niños la usaban se salía el orín. Este problema lo han resuelto aplicando cemento en la base de la letrina.

Los niños comentaron que algunos de sus hermanitos no usan la letrina porque no la alcanzan. En este caso les dan a ellos una basinica y luego van a tirar el popó a los pozos ciegos. Aún entre los niños que sí alcanzan la letrina, algunos no la usan porque tienen miedo de caerse en el hoyo. En todos los grupos de niños surgió el comentario que algunos tienen miedo de usar la letrina, por ejemplo:

"Conocemos algunos niños que no la usan porque tienen miedo de irse en el hoyo".

"Le tienen miedo porque el pozo es alto y hondo".

Para fomentar el uso de la letrina los adultos mencionaron que tendrán que cambiar los hábitos de los padres. Hasta los niños comentaron, "Si el niño es chiquito, hay que llevarlo para hacer popó. Hay que enseñarle que tiene que lavarse después de hacer popó. Hay que recordarle para crearle costumbre".

XVII. CONOCIMIENTO DE MENSAJES

Mientras que la técnica de los grupos focales no es apropiada para evaluar conocimientos porque un participante que conoce el material puede guiar al grupo, fue interesante notar que los miembros de la comunidad (mujeres, hombres, y niños) hablaron con facilidad acerca de los temas del proyecto. Durante la discusión en grupo, la mayoría de las participantes mencionaron espontáneamente los mensajes del componente educativo.

Las mujeres en particular hablaron con facilidad acerca de todos los temas impartidos por la extensionista incluyendo las causas de la diarrea y las actividades concretas que pueden realizar en sus hogares para prevenirla. Pusieron mayor énfasis en el aseo de la casa, repitiendo muchas veces la necesidad de mantener aseado el hogar. No sólo tienen conocimiento sobre qué hacer sino también explicaron cómo funciona el proceso de transmisión de las enfermedades diarréicas. Los temas que más impactaron fueron el papel que juega las moscas y la cadena de la muerte.

Los hombres también mostraron un amplio conocimiento de los mensajes educativos impartidos por la extensionista. Demostraron conocimiento de los mensajes educativos, pero lo discutieron de manera más general que las mujeres.

Es importante señalar que una proporción de las personas ya sabían los mensajes antes del inicio del proyecto de CARE. Las promotoras dijeron que, "Algunas conocían los mensajes, pero la mayoría no los conocían". Sin embargo, en una comunidad comentaron que, "Antes de CARE, nadie sabía estas cosas. Ahora algunas mujeres sí y otros no". La otra promotora de la misma comunidad dijo, "Antes la gente no sabía todo eso, dormían junto con los animales".

XVIII. IMPLEMENTACION DE CONSEJOS

En cuanto a la implementación de las prácticas, la extensionista y la promotora, y de menor grado, la comunidad, se sienten frustrados que no hayan logrado un mayor número de familias que pongan en práctica los consejos. Por ejemplo, una extensionista comentó,"Durante el proceso educativo talvez entre el 15 y 20% de las personas los ponen en práctica".

A travez del comité, la extensionista y la promotora, en particular durante las visitas a hogares, existe bastante presión para cumplir con las prácticas recomendadas. Por ejemplo, una promotora comentó que, "las señoras tienen la idea de que si no asisten no van a tener agua o que se les va a cerrar el chorro. Así han comentado a todos. No es algo que se va hacer pero tienen miedo que eso suceda". En una comunidad el comité pidió una lista de las señoras para presionarles a asistir a las reuniones. Otro factor que motiva a la comunidad es el deseo de quedar bien con la gente del proyecto. Una promotora dijo que cuando les visita el Asistente la gente dicen, "Ya viene Don Alex, hay que acudir".

1. Barreras a su implementación

Si existe tanta presión en la comunidad para implementar las prácticas, ¿por qué no lo hacen todos? A continuación se mencionan las razones sugeridos por hombres y mujeres en las comunidades por las cuales no las implementan.

a. Por capricho o pereza

En todas las comunidades algunas personas comentaron que no lo hacen por capricho o pereza. "Por capricho, ya que son necias y no hacen lo que se les dice" dijo una participante en una reunión de mujeres. En un grupo los hombres mencionaron que no tapan los alimentos por pereza o dejadez. Una mujer dio esa explicación, "Son rebeldes no quieren aprender".

b. No entienden o no han recibido el mensaje

También se da el caso en que la mujer no ha entendido o no ha recibido el mensaje. Una promotora comentó, "Siempre hay unas que no se les queda". Los hombres en una comunidad sugirieron que, "Lo que sucede en algunas señoras es que existe una dificultad debido al idioma en que se dan las charlas, por lo mismo es que llegan a las casas con la mente vacía". Algunas señoras no reciben las platicas, algunas porque trabajan y no les da tiempo y otras porque no quieren perder su tiempo.

c. Falta de agua y letrinas

En algunas comunidades todavía falta el agua y letrinas, lo cual dificulta la implementación de las prácticas sanitarias sugeridas.

d. Falta de tiempo

Algunas personas comentaron que no implementan los consejos por falta de tiempo, mientras otras no están de acuerdo con este análisis. Una promotora dijo, "Algunas mujeres comprenden pero no lo hacen por falta de iniciativa o falta de tiempo. Por ejemplo a las 5:30 van a la finca, dejan hecho el molido, llegan cansadas a buscar leña y acarrear agua para lavar los trastos". Otra persona comentó, "No lo ponen en práctica por falta de tiempo y por los niños y si el esposo es molestón". Reconocen que con muchos niños su trabajo es más difícil, "...por ejemplo el lavado de ropa es muy pesado (con muchos niños)". Sin embargo, en cada comunidad algunas personas no consideraron que la falta de tiempo influya, "...el tiempo uno lo tiene en sus manos". Los hombres comentaron que a veces no se lavan las manos por falta de tiempo o por hambre (no quieren esperar).

e. Miedo

En el caso del no uso de las letrinas por los niños, es evidente que el miedo de caerse en el hoyo influye, así como la distancia de la casa, la paciencia de los padres y hermanos en enseñarles y recordarles.

f. Costumbre

Algunas personas comentaron que las personas no ponen en práctica los consejos porque no están acostumbrados a hacerlo. Un señor dijo, "Ya es demasiado tarde para nosotros. Ya estamos acostumbrados a la suciedad. Los niños todavía no". Según un participante, "No lo hacen por costumbrismo". Las costumbres no cambian muy rápido, "uno nacido así, cuesta cambiar".

g. Falta de Interés

En la mayoría de hogares la preocupación principal es el trabajo y después se preocupan por la salud y la higiene.

XIX. PERCEPCION DE CAMBIOS EN LA COMUNIDAD

Todos los que están involucrados en el proyecto informan que han visto cambios en las comunidades del proyecto.

Las extensionistas mencionaron que han visto cambios en sus comunidades, "No hemos visto el 100% de resultados pero sí hay cambios". Otra dijo, "He visto cambios en cuanto a prácticas. Cuando yo vine ellos sabían mucho, la enfermera subía para dar platicas, pero no lo ponía en practica. Ahora sí hay cambios, algunas casas están muy aseadas y no estaban así antes. Asean más a los niños". Una extensionista manifestó, "Una vez se visita y cuando se vuelve a visitar hay cambios en su higiene."

La extensionista de UNEPAR comentó que, "Entre una nueva comunidad y una por finalizar los conocimientos sí han cambiado algunas de las prácticas. Ya sienten que el proyecto es suyo cuando empiezan a manejar los fondos. Sienten que tienen que cuidarlo y realizar sesiones.

Las promotoras opinan que sí han cambiado las cosas, "Lentamente...no es cosa de la noche a la mañana. Ellas mismas dicen que ha sido de ayuda para ellas". Otra comentó, "Sí, anteriormente se sentían malos olores en la comunidad. La peste. Veía pollos tirados por donde quiera en la calle. Eso ya es raro. Ya se han visto bastantes cambios". Los comités opinaron lo mismo, que ahora observan cambios en las casas.

Uno de los cambios esperado en la comunidad es que se logre que la comunidad luche por su propio desarrollo. Según el comité en Chacayá, han alcanzado esta meta, "Sí han visto cambios, ya que la gente de la comunidad está más contenta, más participativa, más colaboradora, más entusiasta y como que ya han visto que el proyecto va avanzando". El promotor de UNEPAR hizo la observación, "Otro cambio es que ya no se conforman con nuestro proyecto, dicen que esto nos falta. Empiezan a gestionar otros proyectos".

XX. BENEFICIOS Y USO DEL AGUA

¿Qué beneficios del componente educativo perciben los participantes?

Las mujeres perciben una variedad de beneficios del proyecto:

- poder bañarse y bañar a los niños a cualquier hora
- tener más aseo
- no tener que acarrear agua

"Nos ahorraríamos el tiempo que usamos para ir a traer agua, podrían hacer otros oficios de la casa y dedicarles más tiempo a nuestros hijos".

"Así como ahora nos cansamos mucho al estar acarreando agua para nosotros es una alegría tener el agua".

"No hay que andar en la noche buscando agua como "trompo".

- no tendrían charcos de agua sucia en su casa
- se podrá lavar la ropa en casa y no ir al río
- se evitarían enfermedades (la diarrea, de la piel, amebas)
- mejorar la salud de los niños
- tener agua para los animales
- tener agua para regar (hortalizas y para sembrar flores en la casa)

"El campo va enverdecer. Aunque no vamos a dejar agua allí. Sin embargo, el poco que corre va ayudar a sembrar árboles y flores".

Las respuestas en cuanto al uso de agua para regar y dar a los animales variaban en el mismo grupo, ya que algunos opinaron que al agua le darían un sólo uso, para tomar, y otros opinaron que con el agua podrían construir o regar una hortaliza.

- tener agua limpia

"Ya no tener que hervir el agua porque esa agua ya no es contaminada".

Los hombres identificaron los mismos beneficios que las mujeres. También comentaron que cuando las mujeres se enferman ya no tendrán ellos que ir a buscar agua y si hay nenes chiquitos ya no

tendrán que cuidarles mientras que vaya a traer agua la mujer. En fin, los hombres ya no tendrían que ayudar a sus esposas en la tarea de acarrear agua.

LISTADO DE ANEXOS

ANEXO 1.	Preguntas de Evaluación
ANEXO 2.	Listado de personas entrevistadas y documentos consultados
ANEXO 3.	Guías de discusión
ANEXO 4.	Instrumentos
ANEXO 5.	Fotografías de actividades de campo
ANEXO 6.	Gráficas
ANEXO 7.	Material educativo elaborado por proyecto Concern

ANEXO 2

LISTADO DE PERSONAS ENTREVISTADAS

Nivel Central

Peter Heffron

Roberto Lemus, Coordinador del Proyecto

Ileana Melendreras, Entrenador

Salvador Baldizón, TSR

Alejandro Calí, Asistente de Extensión

Nivel de Campo

Julio Xocol, Extensionist (UNEPAR/CARE)

Blanca Elizabeth Santiago Ulún, Extensionista

María del Rosario López, Extensionista

Isabel Castro, Promotora de Chacayá

Francisca Ramírez Gómez, Promotora de Chacayá

Susana Mendoza, Promotora de Villa Alicia

Carmelina Cruz, Promotora Villa Alicia

María de Lourdes Salmerón, Promotora de Nueva Independencia

Aura Marina Rojas, Promotora de Nueva Independencia

DOCUMENTOS CONSULTADOS

AID/CARE/UNEPAR. "Evaluation of the Implementation and Achievements of Rural Water Project 520-0336". Prepared for USAID Mission to Guatemala under purchase order 520-0000-0-00-9833-00, January 1990.

Baldizón, Salvador, "Informe de Asesoría Técnica del proyecto "Agua y Saneamiento Ambiental". CARE-Guatemala. Septiembre 1990.

Breve informe sobre las actividades realizadas en Educación Sanitaria y Promoción Comunal en varias comunidades de San Marcos, El Quiché, San Marcos, Huehuetenango, Quetzaltenango. Proyectos de agua potable UNEPAR/CARE.

CARE-Guatemala. "Descripción de Trabajo para la Promotora Local".

CARE-Guatemala. Taller Promotoras Locales, proyecto de agua potable.

Cali, Alejandro. Proyecto "EL Agua, La Mujer y La Salud". Reporte final de componente educativo de 1988 a 1989.

CARE-Guatemala. "Aspectos que Debe Considerar un Reporte Mensual".

CARE-Guatemala. "Principios para la Programación de CARE". Filosofía interna de CARE-Guatemala.

CARE-Guatemala. "Multi-Year Plan" - Part II.

CARE-Guatemala. "Currículum de Capacitación y Educativo de las Extensionistas".

CARE-Guatemala. "Nutrición para el Pre-escolar". Manual del Extensioinista No. 4.

CARE-Guatemala. "Nutrición Durantel el Primer Año de Vida". Manual del Extensionista No. 3.

CARE-Guatemala. "Control de la Enfermedad Diarreica y la Terapia de Rehidratación Oral". Manual del Extensionista.

CARE-Guatemala. "Nutrición para la Mujer Embarazada y Lactante". Manual del Extensionista No. 2.

CARE-Guatemala. "Visita Domiciliar". Documento guía.

Guías Educativas para el Proyecto "Agua, La Mujer y Salud". CARE-Guatemala.

Sayer, Patrick. "A Water and Sanitation Project". Water, Women and Health project proposal. Period 1989-1991.

Sayer, Patrick y Roberto Lémus. "Control de la Enfermedad Diarreica y la Terapia de Rehidratación Oral". Manual del Extensionista. CARE-Guatemala. 1990.

GUIAS DE DISCUSION

EVALUACION DEL COMPONENTE DE EDUCACION EN SALUD
PROYECTO CARE "EL AGUA, LA MUJER Y SALUD"

GUIA DE ENTREVISTA CON EXTENSIONISTAS

PARTE I: INTRODUCCION

1. Cuánto tiempo tiene trabajando en el proyecto?

2. Qué hacía antes de este trabajo?

3. Cómo se siente trabajando como extensionista? Qué le gusta? Qué no le gusta?

4. Ha tenido la oportunidad de visitar o hablar con extensionistas en otros programas de educación en salud?

5. Cómo afecta al proyecto que se van las extensionistas?

   Cómo es el sueldo? Viáticos? Tiempo en la comunidad?

PARTE II: CAPACITACION

1. Qué capacitación ha recibido?

2. Qué parte de la capacitación le ha servido más? Menos?

3. Le sirve el manual de extensionista? Lo ha leído? Lo usa? Cómo? Cómo lo podría mejorar?

4. En qué mas le gustaría recibir capacitación?

PARTE III: CONOCIMIENTOS

1. Cuáles son los objetivos de salud del proyecto?

   Cuál es el problema de salud enfocado por el proyecto?

2. En qué forma debe integrarse los tres componentes del proyecto para lograr los objetivos?

3. Cuál es su papel en las comunidades donde trabaja?

4. Qué es la educación no formal?
   Cómo le parece?

5. Por qué utilizan la metodología de educación no formal?

   Cuáles son las ventajas?

6. Qué técnicas de educación no-formal sabe?
Cuáles ha utilizado?
Cómo se siente usándolas?
Qué resultado han dado?

7. Cree que las madres han aprendido como identificar y resolver problemas? Cómo les enseña esta habilidad?

8. Qué tipo de relación debe tener una extensionista con las madres en la comunidad?

9. Cuál es el objetivo de la visita domiciliaria? Qué hace durante la visita?

10. Si usted llega a la casa de una madre y ve que los niños no se están lavando sus manos antes de comer, que hace?

11. Por qué cree usted que las madres a veces no ponen en práctica lo que les enseña?

PARTE IV: ESTRATEGIAS

1. Cómo prepara sus planes de clase? Participa la vocal? Cómo?

2. Las madres le han pedido orientación sobre otros temas? Cuáles?

3. Piensa que se debe dar menos, más o la misma cantidad de mensajes a la comunidad? Por qué?

   Se debe incluir otros temas? Cuáles?

4. A veces las madres le hacen preguntas que no sabe contestar? Qué hace?

5. Qué actividades hacen con los niños?

6. Ha coordinado con el Ministerio de Salud Pública? Cómo? Con qué resultado? Con alguna otra organización?

7. Piensa que es importante incluir a los hombres en las actividades educativas? Por qué? Cómo se podría incluirlos?

8. Qué problemas ha encontrado en su trabajo como extensionista?

9. Cómo los ha resuelto?

PARTE V: VOCALES

1. Qué ha hecho para capacitar a las vocales en la comunidad?

2. Cuál es su rol en el comité? Participa en la toma de decisiones?

3. Cómo ha sido la reacción del comité respecto a la participación de las mujeres? De la comunidad?

4. Qué hace para apoyarla?

5. Cree que es importante capacitar a las vocales? Por qué?

6. Piensa que la vocal va poder seguir en el trabajo educativo que ha empezado cuando se vaya de la comunidad? Qué hará?

PARTE VI: SUPERVISION

1. Qué tipo de supervisión y apoyo recibe de Alejandro?

2. Cree que necesita más supervisión/apoyo en el campo? O supervisión diferente?

3. Es fácil o difícil preparar su informe mensual? Cuánto tiempo le lleva?

4. Recibe consejos de Alejandro en base a sus informes? Por ejemplo?

5. Con qué frecuencia se reúne con las otras extensionistas? Con Alejandro?

   Qué hacen en las reuniones?
   Son útiles?
   Quisiera reunirse con más o menos frecuencia o así está bien?

PARTE VII: COMUNIDAD

1. Cómo ha participado o apoyado el comité en el componente educativo?

2. Quién más en la comunidad ha participado en el proyecto?

3. Quiénes son los líderes en esta comunidad? (maestros, comadronas, promotoras de salud, etc.)

PARTE VIII: CONCLUSIONES

1. Piensa que el trabajo que hace usted podría mejorar las vidas de las personas en las comunidades donde trabaja? Cómo?

2. Le ha cambiado desde que empezó a trabajar como extensionista con CARE? Cómo?

3. Hay algo más que quisiera contarme?

EVALUACION DEL COMPONENTE DE EDUCACION EN SALUD
PROYECTO CARE "EL AGUA, LA MUJER Y SALUD"

GUIA DE ENTREVISTA CON VOCALES DE SALUD

INTRODUCCION

1. Cuánto tiempo tiene participando como vocal de salud?

2. Cómo le seleccionó la comunidad?

3. Cuáles son sus responsabilídades como vocal?

4. Cómo le pareció?

5. Qué capacitación ha recibido de CARE?

6. Cómo le pareció?

7. En que más necesita orientación para cumplir con las responsabilidades?

8. Cuáles son los problemas más serios de esta comunidad? En cuanto a salud?

CONOCIMIENTOS

1. Cuáles son los objetivos del proyecto?

2. Desde que empezo a participar en el proyecto, qué cosas ha aprendido?

3. Son importantes estas cosas? Por que?

4. Qué cosas enseñan a las mujeres para que los niños no se enfermen de los asientos?

5. Por qué se debe usar la letrina? Lavarse las manos? Tapar los alimentos y el agua?

6. Por qué es importante mantener a los animales fuera de la cocina?

7. Por qué se debe enterrar la basura?

8. Sabemos que no siempre es fácil poner en práctica estos consejos. Por qué cree usted que algunas madres no los ponen en práctica?

9. Qué se debe hacer cuando un niño tiene diarrea?

10. Piensa que las mujeres en la comunidad ya saben éstas cosas?

ACTIVIDADES

1. Qué ha hecho como vocal?

2. Ha ayudado a la extensionista a planear las actividades educativas? Cómo?

3. Ha participado en las charlas? Cómo?

4. Ha participado en las visitas domiciliarias? Cómo?

5. Qué actividades educativas piensa hacer en el futuro?

6. Cómo le ha apoyado la extensionista?

7. Está en comunicación con el puesto o centro de salud? Con la promotora? Usted piensa que es importante estar en comunicación con ellos? Por qué?

8. Qué cosas se le han dificultado en su trabajo? Qué cosas se le han facilitado?

9. Cómo se siente trabajando como vocal? Qué le gusta? Qué no le gusta?

COMITE

1. Cómo se siente ser miembro del comité?

2. Qué ha hecho como miembro del comité?

3. Participa en la toma de decisiones?

4. Cómo le aceptan los otros miembros del comité? Piensa que es buena idea tener mujeres en el comité? Por qué?

5. Cómo aceptan su papel de vocal en la comunidad?

CONCLUSIONES

1. Cuál debe ser el papel del vocal en la comunidad?

2. Qué piensa hacer para ayudar a las madres a prevenir enfermedades en sus niños?

3. Qué podría hacer para motivar la participación de las madres en las reuniones?

4. Piensa que es importante tener vocales en la comunidad? Por qué?

EVALUACION DEL COMPONENTE DE EDUCACION EN SALUD
PROYECTO CARE "EL AGUA, LA MUJER Y LA SALUD"

GUIA DE DISCUSION DE GRUPOS FOCALES CON MUJERES

PARTE I: Presentación, introducción y explicación del método

A. Presentación de la moderadora, observadora y el grupo

B. Introducción a los temas de la discusión

C. Explicación del método de grupos focales

PARTE II: Beneficios que ha traído la introducción del agua

1. Cómo le ha ayudado tener agua en su casa?

2. Desde que han tenido agua en la casa y han asistido a las charlas, se ha cambiado la manera de hacer cosas en su casa? Cómo?

3. Tiene más tiempo ahora para hacer otras cosas? Qué hace con el tiempo que tiene ahora que no tenía antes?

PARTE III: Percepción de cambios en las enfermedades infantiles desde que llegó el agua

1. De qué se enferman más los niños chiquitos ahora?

2. De qué se enfermaban más los niños chiquitos antes de llegara el agua?
(Si hay una diferencia) Por qué ha cambiado?

3. Piensa que tener agua ha hecho una diferencia en la frecuencia en que los niños chiquitos se enferman de la diarrea?

PARTE IV: Opinión sobre las actividades educativas

A. Las charlas

1. Uds. han participado en alguna charla?

2. Cómo les pareció? Por qué?

3. Les ha servido algo que aprendieron en las charlas?
Qué?

4. Por qué llegan las señoras a las charlas?
Por qué les gusta?

5. Y las señoras que no llegan, por qué será?
Por qué no les gusta ir a las charlas?

6. Han hablado con alguien acerca de lo que aprendieron en las reuniones? Con quién? Ha hablado con su marido? Que les comentó?

B. Las visitas domiciliares

1. Qué piensan de las visítas que hacen las extensionistas a su casa? Cómo se siente cuando le visita?

2. Qué hacen durante las visítas? De que platican?

C. Sugerencias para mejorar las actividades educativas

1. Se podrían mejorar las charlas? Cómo?

2. Como le parece el lugar de las reuniones? La hora?

3. Qué piensan de la frecuencia de las charlas, son muchas o muy pocas al mes, o así está bien?

4. Sobre cuáles otras cosas les gustaría recibir charlas?

5. Qué otros tipos de actividades educativas les gustaría tener?

6. Han recibido algún material educativo impreso para tener en su casa? Qué? Cómo le parece? Les gustaría tener más material para llevar a su casa? Por qué? Si lo tuvieran, para qué les serviría? Cómo lo usarían?

7. Qué piensa del papel de la vocal de salud? Ud cree que ella va poder seguir el trabajo que hace la extensionista cuando ya no este?

D. Opinion de los mensajes

1. Qué cosas le han enseñado la extensionista?

2. Piensan que son importantes? Por qué?

3. Por qué se debe usar una letrina?

4. Cuándo se debe lavar las manos? Cómo? Por qué?

5. Por qué se debe tapar los alimentos y el agua?

6. Sabemos que no siempre es facil poner en práctica estos consejos. Qué dificultades han encontrado en poner en práctica los consejos de la extensionista?

   - lavado de manos (adultos/niños)
   - uso de la letrina (adultos/niños)
   - tapado de alimentos/agua
   - disposición de basura
   - mantener los animales fuera de la casa

EVALUACION DEL COMPONENTE DE EDUCACION EN SALUD
PROYECTO CARE "EL AGUA, LA MUJER Y LA SALUD"

GUIA DE DISCUSION DE GRUPOS FOCALES CON HOMBRES

PARTE I: PRESENTACION, INTRODUCCION Y EXPLICACION DEL METODO

A. Presentación de la moderadora, observadora y el grupo

B. Introducción a los temas de la discusión

C. Explicación del método de grupos focales

INTRODUCCION

1. Qué son los problemas más graves que enfrenta la comunidad? Por qué?

PARTE II: Beneficios que ha traído la introducción del agua

1. Cómo le ha ayudado a su esposa tener agua en su casa?
   -ahorro de tiempo

2. Le ha ayudado a Ud.? Cómo? Le ha causado más trabajo?

3. Desde que había agua en la casa y sus esposas han recibido charlas, se ha cambiado la manera de hacer cosas en la casa? Cómo?

PARTE III: Actividades Educativas

1. Conocen a la extensionista? Cómo le conocieron?

2. Uds. han participado en alguna charla?

3. Han participado sus esposas en alguna charla?

4. Les contaron a Uds. que se discutió en la charla?

5. Han visto el material educativo del proyecto? Dónde lo vieron? Cómo les parece?

6. Qué opinan de las actividades educativas? Por qué?

7. Qué opinan de la participación de sus esposas en las reuniones?

8. Cómo se sienten cuando la extensionista visita a sus esposas en la casa?

9. Piensan que les ha servido a sus esposas asistir a las charlas? En qué?

10. Qué les gustaría que las mujeres en esta comunidad aprendiera? Por qué?

11. Piensan que se debe orientar a los hombres también? Por qué? Acerca de qué? Cómo les gustaría recibir orientación? Cuándo? De quién?

D. Opinion de los mensajes

1. Qué causa la diarrea? Cómo se puede prevenir la diarrea?

2. Por qué se debe usar una letrina?

3. Cuándo se debe lavar las manos? Cómo? Por qué?

4. Por qué se debe tapar los alimentos y el agua?

5. Por qué se debe quemar o enterrar la basura?

6. Sabemos que no siempre es facil poner en práctica estos consejos. Qué barreras existen a poner en practica los consejos de la extensionista?

   - lavado de manos (adultos/niños)
   - uso de la letrina (adultos/niños)
   - tapado de alimentos/agua
   - disposición de basura
   - mantener los animales fuera de la casa

7. En qué manera podrían los hombres apoyar a las mujeres a prevenir la diarrea en sus hijos?

EVALUACION DEL COMPONENTE DE EDUCACION EN SALUD
PROYECTO CARE "EL AGUA, LA MUJER Y LA SALUD"

GUIA DE DISCUSION DE GRUPOS FOCALES
CON LOS COMITES DE AGUA POTABLE

PARTE I: PRESENTACION, INTRODUCCION Y EXPLICACION DEL METODO

A. Presentación de la moderadora, observadora y el grupo

B. Introducción a los temas de la discusión

C. Explicación del método de grupos focales

PARTE II: Conocimiento del proyecto

1. Para Uds, que son los objetivos del proyecto?

2. Qué beneficios esperan del sistema de agua y saneamiento? Del componente educativo?

3. Qué son los problemas más graves que enfrenta la comunidad? Piensan que este proyecto ayudará a resolverlos? Cómo?

4. Cómo se debe coordinar la construcción del sistema de agua, la construcción de las letrinas, y la parte educativa?

5. Piensan que se debe incluir educación en salud en proyecto de agua potable? Por qué?

COMITE

1. Cuáles son las principales actividades y funciones del comité?

2. Piensan que es una buena idea tener mujeres en el comité? Por qué?

3. Uds. piensan que el comité se debe involucrar en la parte educativo del proyecto o piensan que no es su responsabilidad?

4. Cómo ha participado el comité en el componente educativo? Cómo ha apoyado a la extensionista?

5. Que más podría hacer el comité para educar a la comunidad?

6. Qué podría hacer el comité para motivar a las madres a participar en las reuniones?

PARTE III: Componente educativa

1. Qué ha hecho el proyecto para enseñar a las mujeres sobre la higiene?

2. Qué cosas se ha enseñado?

3. Alguna de Uds. ha asistido a alguna reunion?

4. Saben que se discuten en las charlas?

5. Qué opina de las actividades educativas? Por qué?

6. Qué otras cosas les gustaría que las mujeres en esta comunidad aprendiera? Por qué?

7. Piensan que se debe orientar a los hombres también? Por qué? Acerca de qué? Como les debería orientar? Cuándo? Quién?

8. Ha visto el material educativo del proyecto? Dónde lo vió? Cómo le parece?

9. Qué sugerencias tienen para mejorar las actividades educativas?

EVALUACION

1. Le ha ayudado a la comunidad tener agua en las casas? Cómo? Qué ha sido el resultado más importante de este proyecto?

2. Desde el inicio del proyecto, han visto cambios en la comunidad? En qué?

3. Qué va pasar en la comunidad cuando ya no está la extensionista? Piensan que la vocal podrá continuar educando a la comunidad? Qué apoyo va necesitar?

CONOCIMIENTO Y OPINION DE LOS MENSAJES

1. Qué causa la diarrea? Cómo se puede prevenir la diarrea?

2. Cuándo se debe lavarse las manos? Cómo? Por qué?

3. Por qué se debe tapar los alimentos y el agua?

4. Por qué se debe quemar o enterrar la basura?

5. Sabemos que no siempre es facil poner en práctica estos consejos. Qué dificultades han encontrado en poner en práctica los consejos de la extensionista? ?

   - lavado de manos (adultos/niños)
   - uso de la letrina (adultos/niños)
   - tapado de alimentos/agua
   - disposición de basura
   - mantener los animales fuera de la casa

7. Cómo podría los hombres apoyar a las mujeres a prevenir la diarrea en sus hijos?

EVALUACION DEL COMPONENTE DE EDUCACION EN SALUD
PROYECTO CARE "EL AGUA, LA MUJER Y LA SALUD"

GUIA DE DISCUSION DE GRUPOS FOCALES CON NINOS

PARTE I: PRESENTACION, INTRODUCCION Y EXPLICACION DEL METODO

A. Presentación de la moderadora, observadora y el grupo

B. Introducción a los temas de la discusión

C. Explicación del método de grupos focales

ACTIVIDADES

1. Algunas de Ud. conoce a (nombre de la extensionista)?

2. Cómo la conocieron?

3. Qué han hecho con ella?

4. Cómo les gustó? Por qué?

5. Cuándo estaban con ella de que hablaron? De qué más hablaron?

CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS

1. Quién me puede decir que son los asientos?

2. Alguno de Uds. ha tenido asientos?

3. Por qué creen que le dió asientos? Qué más puede causar los asientos?

4. Qué pueden hacer Uds. para que no se enfermen Uds. o sus hermanitos de los asientos?

5. Qué puede hacer su mamá para que no se enfermen de los asientos?

6. Cómo pueden ayudar a su mamá en la casa para que nadie se enferme de los asientos?

CONOCIMIENTOS ESPECIFICOS

1. Se debe lavarse las manos? Por qué? Cuando? Cómo?

2. Les gustan comer las frutas? Cuáles les gustan más? Les gustan las (nombrar alguna fruta común que se debe lavar)? Cómo se debe comer (nombrar la fruta)? Qué tiene que hacer primero? Por qué

3. Se debe mantener los animales afuera de la casa? Por qué?

LETRINAS

1. Usan la letrina en su casa o aqui en la escuela? Por qué? Y sus hermanitos la usan? Conocen algun niño que no usa la letrina? Por qué no la usa?

2. Cuantos años tenían cuando empezaron a usar la letrina?

3. Quién me puede decir porque es importante usar la letrina?

4. Cuentame todo lo que no les gusta a Uds. y sus hermanos acerca de usar la letrina? Hay algo que les gusta?

EVALUACION DEL COMPONENTE DE EDUCACION EN SALUD
PROYECTO CARE "EL AGUA, LA MUJER Y EL DESARROLLO"

Formulario de entrevista a hogares Form. No._____

Encuestadora:_____Comunidad:_____

Número de hogar: _____ Fecha:_____

Número de hogar:_____Fecha:_____

Idioma:_____ Nombre de la mujer:_____

INSTRUCCIONES GENERALES:

PRESENTESE CON LOS SEñORES DE LA CASA, EXPLIQUE DE QUE SE TRATA LA VISITA, SOLICITE SU COLABORACION Y ASEGURELES QUE LA INFORMACION QUE DEN ES TOTALMENTE CONFIDENCIAL. PIDA PERMISO PARA INICIAR LA ENTREVISTA.

ESTE FORMULARIO HA SIDO DISEñADO PARA QUE LA GRAN MAYORIA DE LAS RESPUESTAS PUEDAN SER REGISTRADAS CON CODIGOS EN LOS ESPACIOS CORRESPONDIETES. UN CODIGO ES UN NUMERO QUE REPRESENTA UNA RESPUESTA. POR EJEMPLO, EN ESTE FORMULARIO UN "NO" SIEMPRE SERA CODIFICADO CON UN "0", Y UN "SI" SIEMPRE SERA CODIFICADO CON UN "1".

LA UNICA EXCEPCION SERA CUANDO LA RESPUESTA DADA POR EL ENTREVISTADO O ENTREVISTADA NO ESTE CONTEMPLADA ENTRE LAS POSIBLES RESPUESTAS PRECODIFICADAS. EN ESTOS CASOS SE CODIFICARA UN "OTRO" Y SE ESCRIBIRA LA RESPUESTA ESPECIFICA EN EL ESPACIO QUE SE HA DEJADO PARA EL PROPOSITO.

TODOS LOS CUADROS ESTAN PRECODIFICADOS.

PARTE I: Conocimientos

Instrucciones:

En esta parte se pretende evaluar el grado de conocimiento y comprensión que las participantes tienen de los mensajes. Haga cada una de las preguntas que siguen. Cada vez que la entrevistada diga una de las respuestas que aparecen después de cada pregunta, registre el código correspondiente a un "sí" al lado de dicha respuesta. Si la entrevistada da respuestas que no aparecen en la lista, ignórelas. Todas las posibles respuestas que la entrevistada no mencione se codificarán con un "no". Utilice los siguientes códigos para registrar las respuestas:

códigos 0 = no 1 = si

1. Por qué da diarrea?

- por tomar agua sucia
- por comer alimentos contaminados
- por comer con las manos sucias
- por no lavarse las manos después de hacer popó o de limpiar a alguien que ha hecho
- por no lavarse las manos antes de tortear, preparar la comida o dar de comer o mamar a los niños
- por microbios, parásitos, bacterias, o virus
- por dejar que los animales entren o vivan en la cocina
- por hacer popó cerca de la casa o de la fuente de agua o fuera de la letrina
- por no tapar los alimentos, el agua o los trastos
- por dejar la basura tirada en la casa o en el patio
- por falta de higiene personal
- porque los niños están desnutridos

2. Cómo llega la suciedad a la casa?

- animales . . . . . .
- insectos . . . . . .
- manos sucias . . . . . .
- pies . . . . . .
- basura . . . . . .
- popo . . . . . .

3. Qué les puede suceder a los niños cuando tienen diarrea durante más de 3 días?

- deshidratación
- desnutrición
- muerte

4. Por qué es importante tener y usar letrina?

- para evitar diarrea/enfermedades
- para evitar mal olor/aspecto
- para evitar la desnutrición en los niños

PARTE II: Adopción de prácticas

INSTRUCCIONES:

En esta parte se pretende recolectar información sobre las conductas (comportamientos, prácticas) que las familias han adoptado. Use los códigos que se definieron en la Parte I para registrar respuestas afirmativas y negativas.

1. Disponibilidad de agua y letrina:

En su casa tienen agua día y noche? . . . . . [ ]

En su casa tienen letrina? . . . . . [ ]

Si no tienen letrina en la casa pase a la sección 3 sobre lavado de manos. No haga las preguntas sobre uso y mantenimiento de letrinas.

2. Mantenimiento y uso de la letrina

INSTRUCCIONES:

PREGUNTE PARA CADA MIEMBRO DE LA FAMILIA SI USAN LA LETRINA Y CON QUE REGULARIDAD, SEGUN LAS CATEGORIAS QUE APARECEN EN LA CABEZA DEL CUADRO. REGISTRE LA INFORMACION PARA CADA MIEMBRO O GRUPO DE MIEMBROS DE LA FAMILIA EN LAS CASILLAS CORRESPONDIENTES. SOLO UNA RESPUESTA EL POSIBLE PARA CADA MIEMBRO O GRUPO DE MIEMBROS DE LA FAMILIA.

a. En su casa usan la letrina?

miembros del hogar	siempre	a veces	nunca
el esposo	1	1	3
la esposa	1	2	3
los hijos chiquitos (0-5 años)	1	2	3
los hijos grandes (6-15 años)	1	2	3

b. Los que usan la letrina sólo a veces, casi nunca o nunca, en qué lugar hacen sus necesidades?. . . . . [ ]

códigos
0 = usan letrina
1 = al aire libre
2 = otro: _____

c. Qué hace Ud. con el popó de sus niños chiquitos que todavía no usan letrina? . . . . . [ ]

códigos
0 = no tiene niños chiquitos que no usen la letrina
1 = lo deja donde lo hicieron
2 = lo tira dentro de la letrina
3 = lo entierra
4 = lo lleva al campo
5 = otro:_____

INSTRUCCIONES

EN LA SIGUIENTE PREGUNTA, PREGUNTE POR CADA UNA DE ACCIONES LISTADAS EN LA COLUMNA DE LA EXPREMA IZQUIERDA SOBRE LA FRECUENCIA CON QUE SE REALIZA, SEGUN LAS CATEGOR QUE APARECEN EN EL ENCABEZADO DEL CUADRO. SOLAMENTE HAY RESPUESTA POSIBLE PARA CADA ACCION.

d. En su casa cómo cuidan la letrina?

acción	siempre	a veces	nunca
mantienen tapada	1	2	3
mantienen puerta cerrada	1	2	3
barren	1	2	3
botan papeles en caja o bote	1	2	3
no echan basura adentro	1	2	3
cada 15 días en verano echan agua y estiércol	1	2	3

3. <u>Prácticas de lavado de manos</u>

a. Antes de comer, en su casa se lavan las manos?

miembros del hogar	siempre	a veces	nunca
el esposo	1	2	3
la esposa	1	2	3
los hijos chiquitos (0-5 años)	1	2	3
los hijos grandes (6-15 años)	1	2	3

91

miembros del hogar	siempre	a veces	nunca
el esposo	1	2	3
la esposa	1	2	3
los hijos chiquitos (0-5 años)	1	2	3
los hijos grandes (6-15 años)	1	2	3

c. antes de cocinar, tortear o preparar comida se lavan las manos?

miembros del hogar	siempre	a veces	nunca
la esposa	1	2	3
las hijas grandes (6-15 años)	1	2	3

d. antes de dar de comer o dar de mamar a los chiquitos se lavan las manos?

miembros del hogar	siempre	a veces	nunca
la esposa	1	2	3
las hijas grandes (6-15 años)	1	2	3

4. <u>Manejo de agua y alimentos</u>

a. tapan la comida y el agua cuando no la estan usando?

qué tapan?	siempre	a veces	nunca
masa	1	2	3
otra comida	1	2	3
agua	1	2	3

b. Con qué tapan la comida?. . . . . ☐

c. Con qué tapan el agua? . . . . . ☐

códigos para b. y c.
0 = con nada
1 = trapo o manta
2 = tapadera
3 = otro:_____

92

cántaros /otros) donde guardan el agua? . . . . ☐

códigos
0 = no los lavan
1 = una vez al mes o menos
2 = una vez a la semana
3 = varias veces por semana
4 = a diario

5. <u>Baño de los niños</u>

Cada cuánto se bañan sus niños (menores de 6 años)? . ☐

códigos
0 = menos de 1 vez por semana
1 = una vez por se mana
2 = 2 o 3 veces por semana
3 = a diario

6. <u>Disposición de basura</u>

En su casa qué hacen regularmente con la basura?

acción	siempre	a veces	nunca
tiran al patio	1	2	3
tiran al terreno alrededor del patio	1	2	3
la queman	1	2	3
la entierran	1	2	3
otro: _____	1	2	3

7. <u>Participación en actividades educativas</u>

a. Ha participado alguna vez en las charlas educativas? . . . ☐

Si nunca ha participado en las actividades educativas, deje esta sección en blanco y pase a la sección de observaciones.

b. (si la respuesta a la anterior es sí) Cuantas veces fue Ud. a las charlas en el mes de abril? . . . . . ☐

c. Cuántas veces la visitó la extensionista en su casa en el mes de abril? . . . . . ☐

OBSERVACIONES DIRECTAS

INSTRUCCIONES:

DESPUES DE TERMINAR CON LA ENTREVISTA, PIDA PERMISO PARA PASAR A LA COCINA Y LA LETRINA. OBSERVE LA CONDICION DE CADA UNO DE LOS PUNTOS QUE SIGUEN, Y CODIFIQUE SUS RESPUESTAS DESPUES DE SALIR DE LA CASA, NUNCA ENFRENTE DE LOS SEÑORES U OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA. USE LOS CODIGOS ESTABLECIDOS PARA REGISTRAR RESPUESTUES POSITIVAS Y NEGATIVAS.

1. Está cubierta el agua que usan para tomar? ☐
2. Está cubierta la masa? ☐
3. Están cubiertos los otros alimentos? ☐
4. Hay animales en la cocina, o señales de que entran fácilmente y seguido a la cocina? ☐
5. Hay algún jabón a la vista? ☐
6. Hay basura en la cocina que no esté depositada en un recipiente apropiado? ☐

   recipiente apropiado?
7. Hay basura en el patio que no esté depositada en un recipien|e apropiado? ☐
8. Está cubierta el agua que usan para beber ☐
9. La letrina tiene señales de ser usada? ☐
10. La letrina está limpia? ☐
11. La letrina está tapada? ☐
12. Hay un recipiente para los papeles? ☐
13. Los papeles o la mayoría de ellos están dentro del recipiente? ☐
14. La letrina está libre de mal olor? ☐

códigos
0 = no
1 = si

ANEXO 5

FOTOGRAFIAS DE LAS ACTIVIDADES

EVALUACION COMPONENTE EDUCATIVO DEL PROYECTO:

Viajando a Tojoj, Huehuetenango

Equipo de trabajo: encuestadoras y moderadores(as) dispuestos a trabajar

Grupo focal: actividad rompehielo, niñas de Tojoj afueras de escuela

Grupo focal con madres de Tojoj, interior de la escuela

Grupo focal con niños
Escuela Nueva Independencia, Colomba, Quetzaltenango

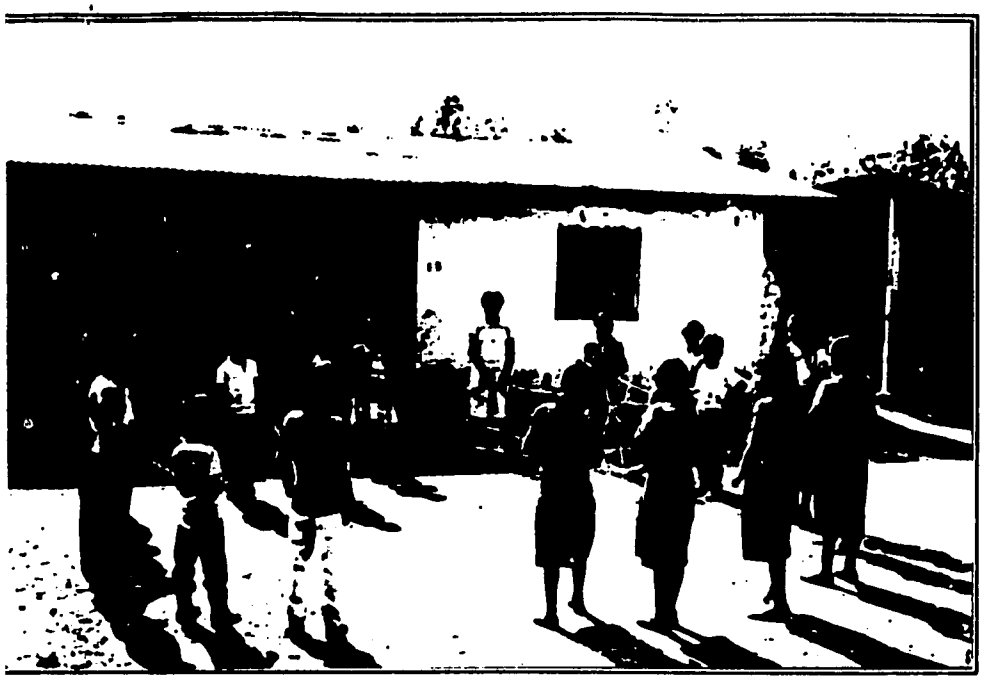
Grupo focal con señoras de la comunidad Nueva Independencia

Entrevistas:
visitando a las señoras en sus casas
Nueva Independencia

ACTIVIDADES EN COMUNIDADES DE HUEHUETENANGO

Equipo de encuestadoras de Villa Alicia revisando encuestas
(Area Mam)

Encuestando a domicilio, la foto muestra la observación de letrinas en
Villa Alicia, Todos Santos Cuchumatanes



Grupo focal con niños en la escuela de Villa Alicia

Grupo focal con señoras de la comunidad Villa Alicia

Grupo focal con señores en el local de la escuela de Villa Alicia, Todos Santos Cuchumatanes

Bajando de los Cuchumatanes para realizar actividades en comunidades de El Quiché

Grupo focal con señoras de Chacayá, Sacapulas, patio de casa del presidente del comité

Grupo focal con niños de Chacayá, Sacapulas

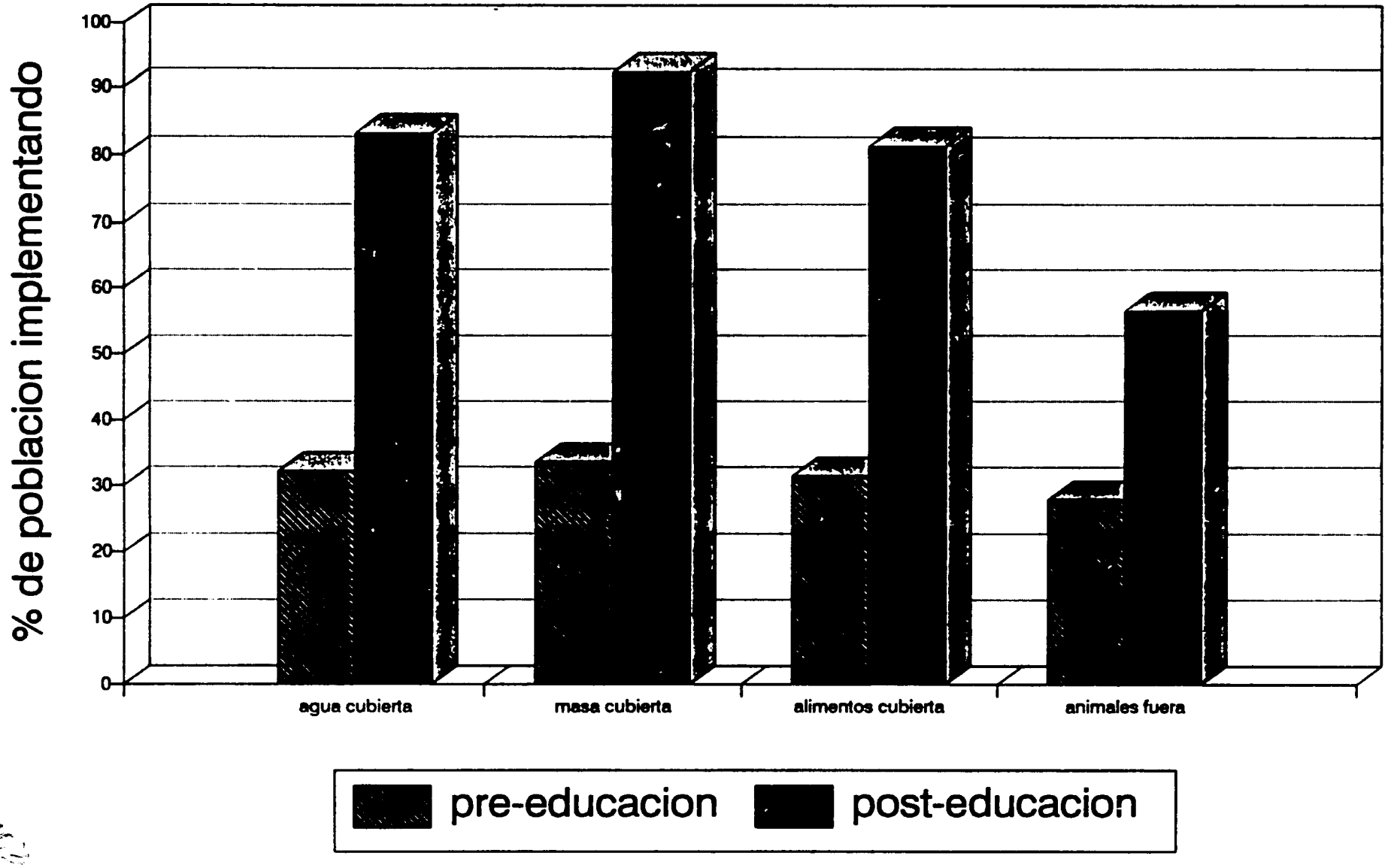
Grupo focal con señores, proporcionando información del componente educativo

Comité de agua y promotoras de Chacayá, Sacapulas, El Quiché.

GRAFICAS

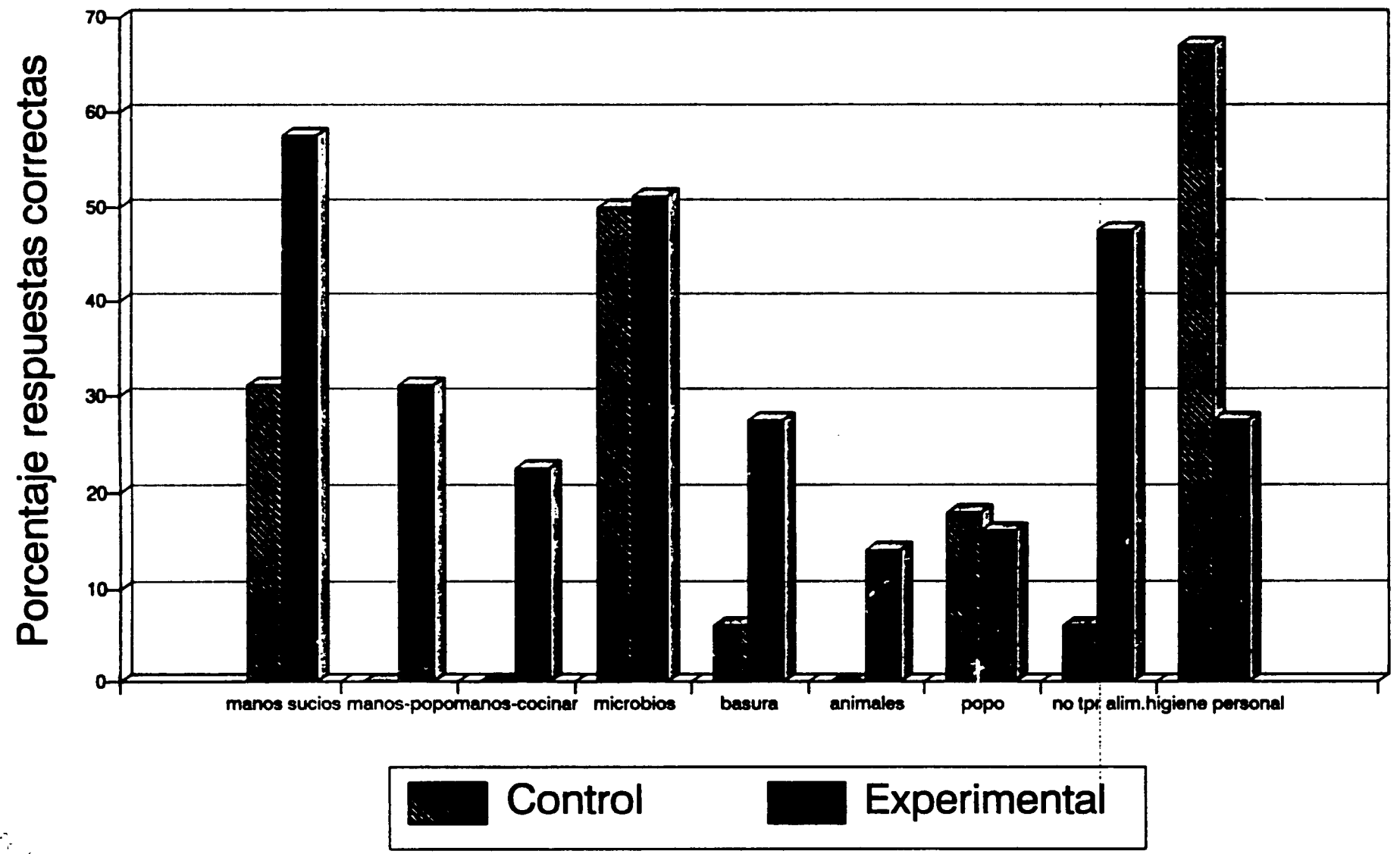
Comparacion de Practicas Sanitarias

Segun observacion antes/despues charlas



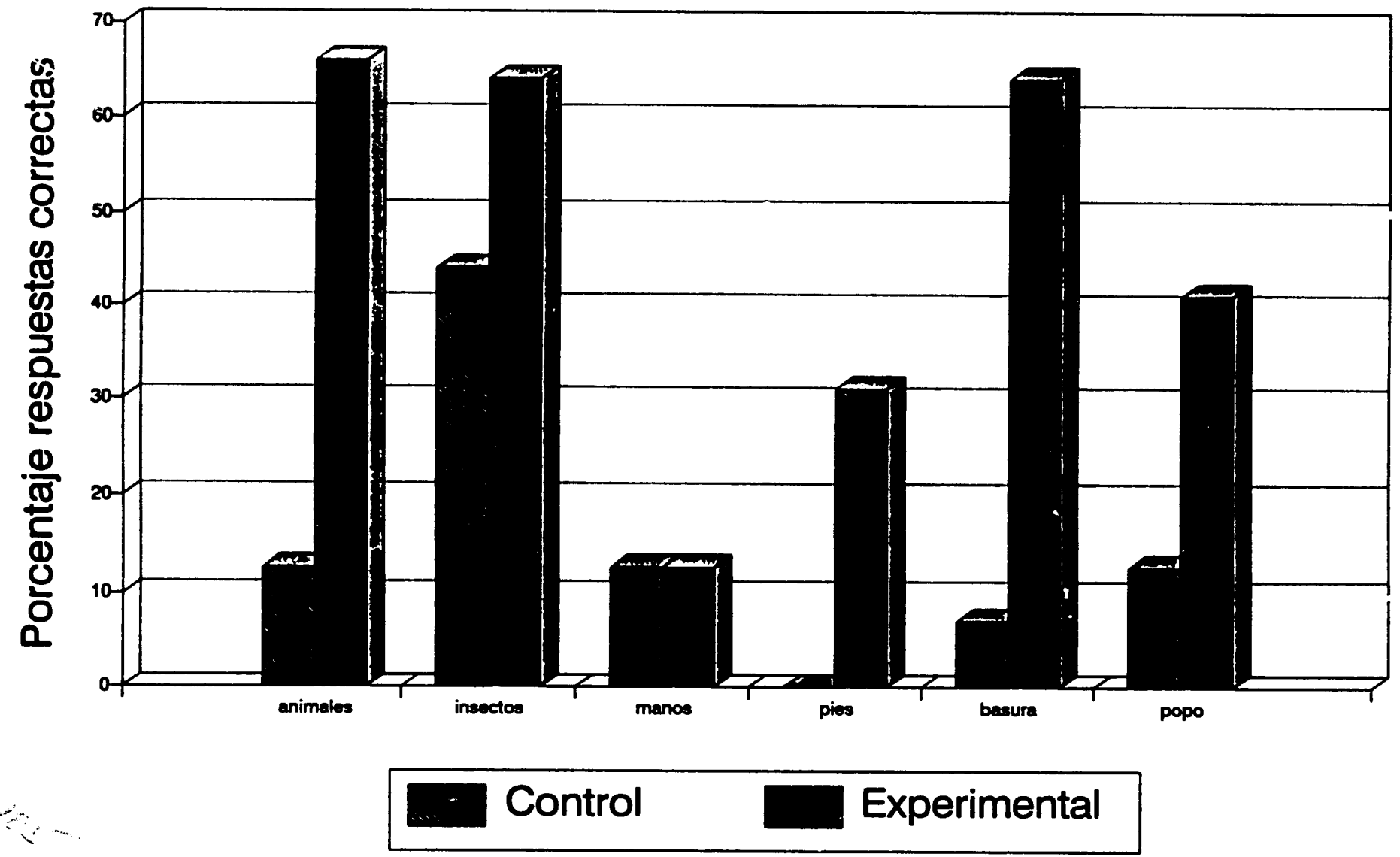
Conocimientos de causas de diarrea

Comparacion entre grupos



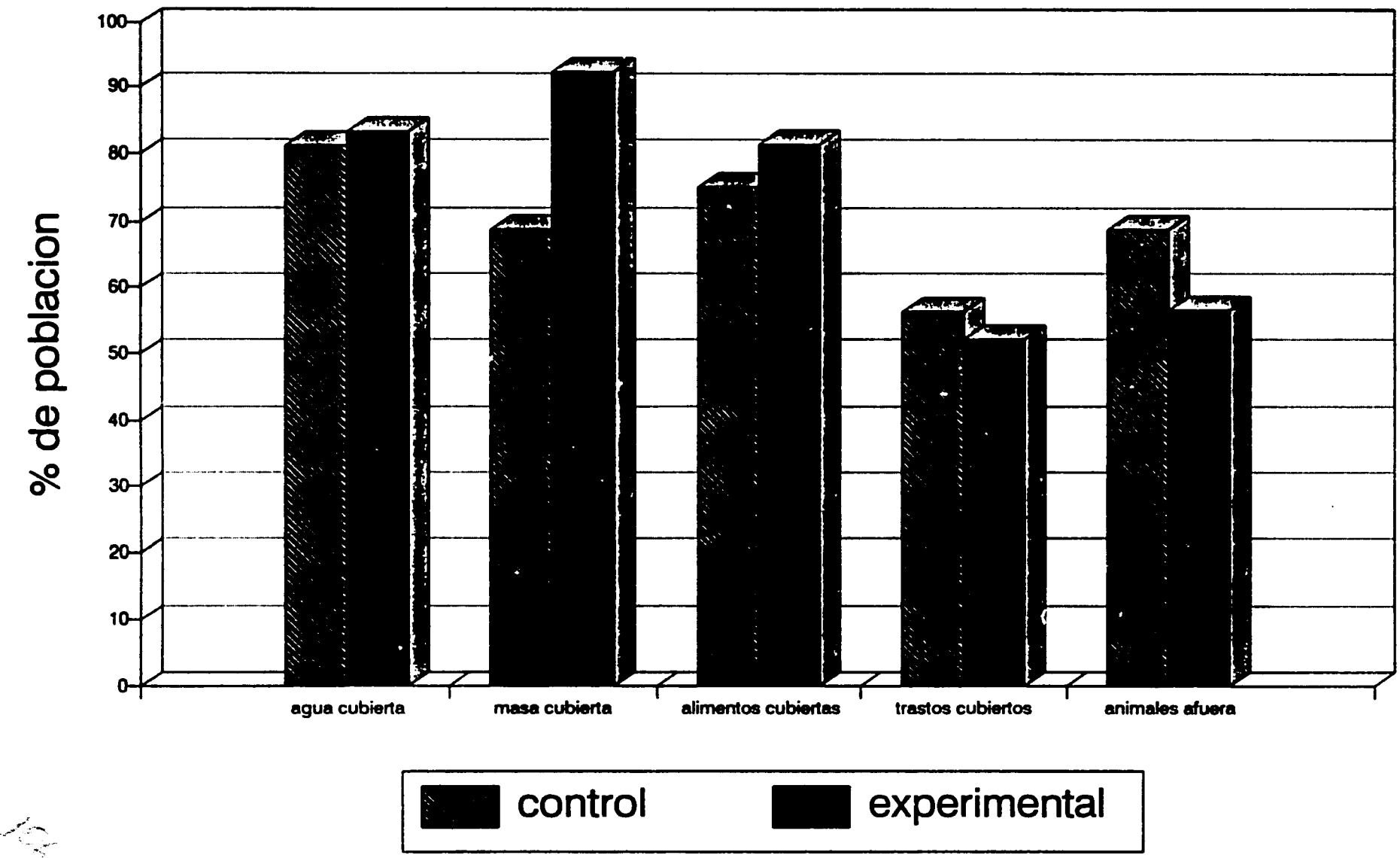
Como llega la suciedad a la casa

Comparacion entre grupos



Comparacion de Practicas Sanitarias

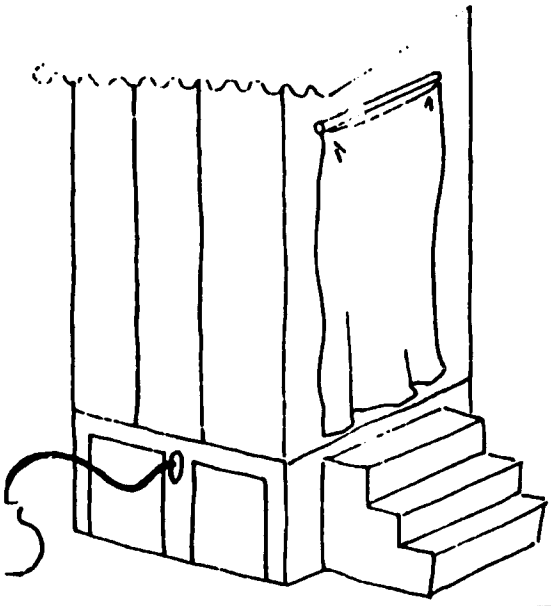
Segun grupo de control y experimental

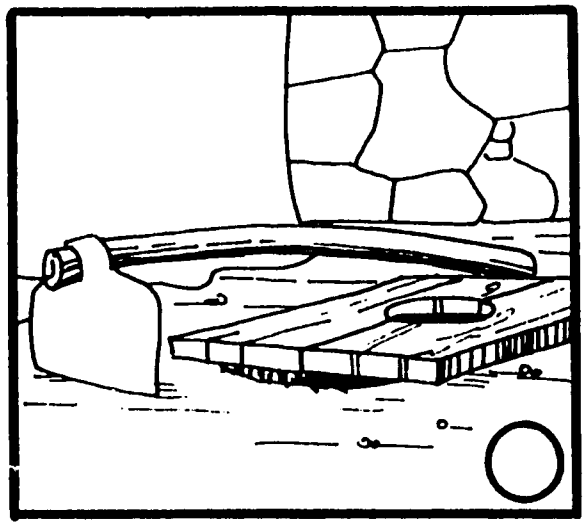


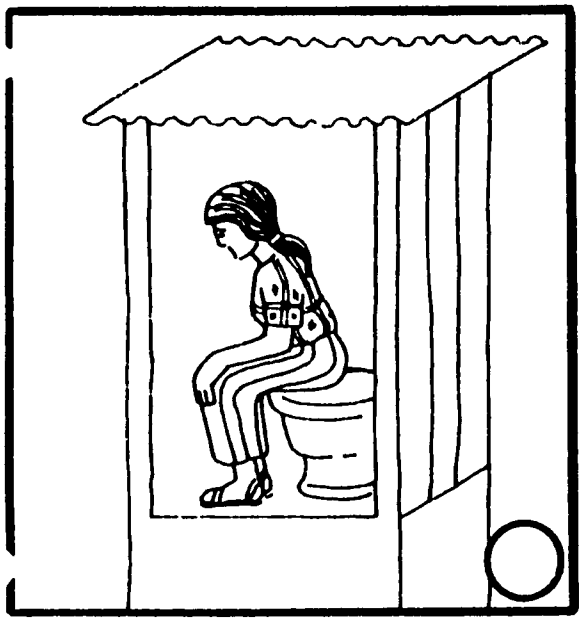
ANEXO 7

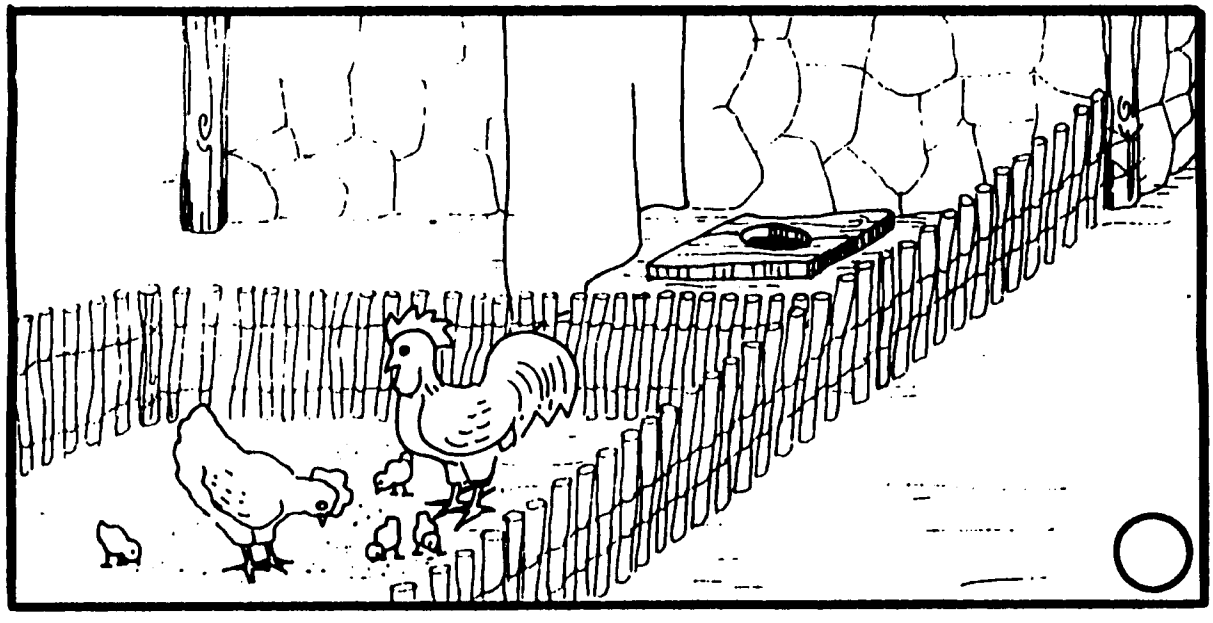
MATERIAL EDUCATIVO ELABORADO POR

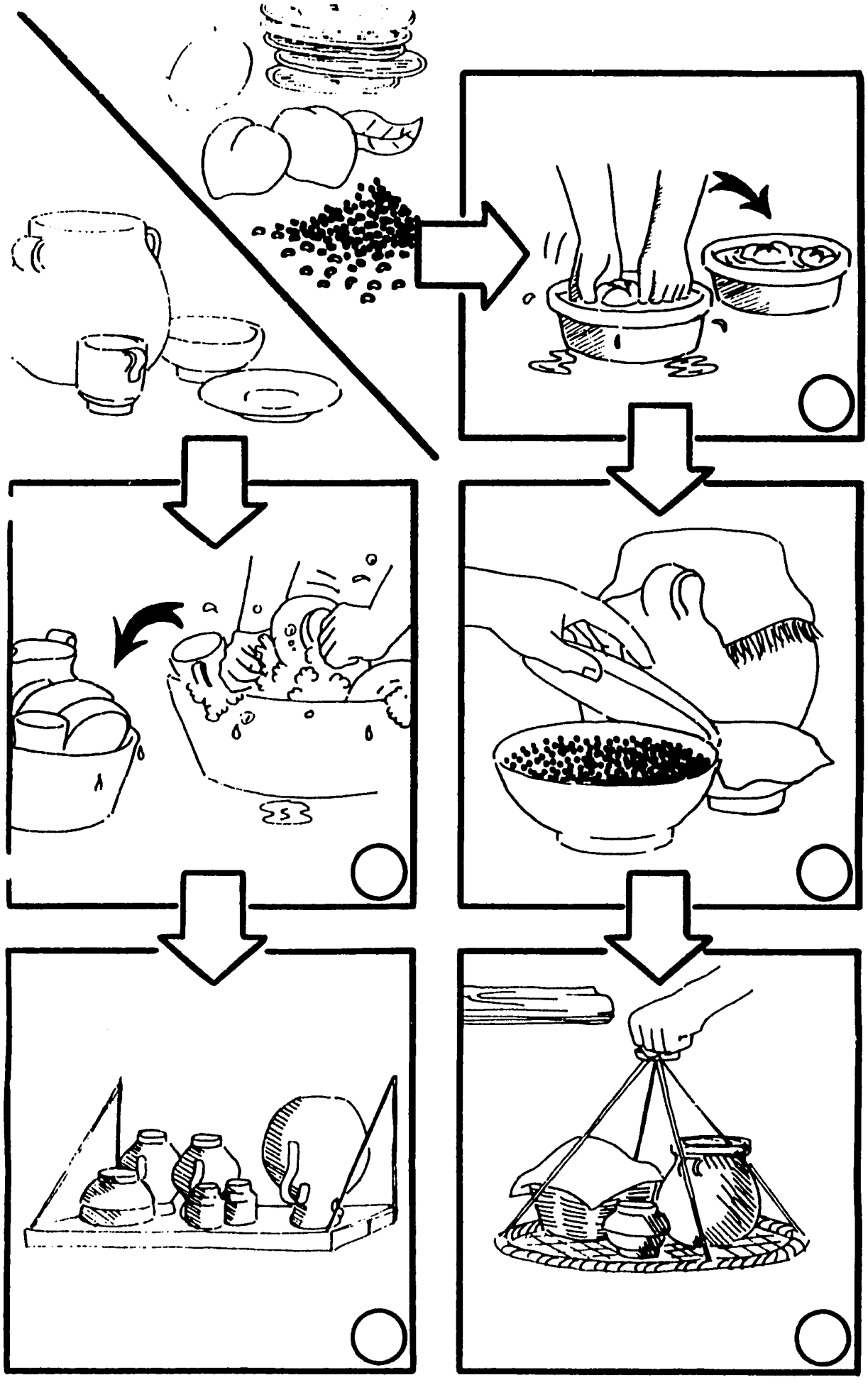
PROYECTO CONCERN







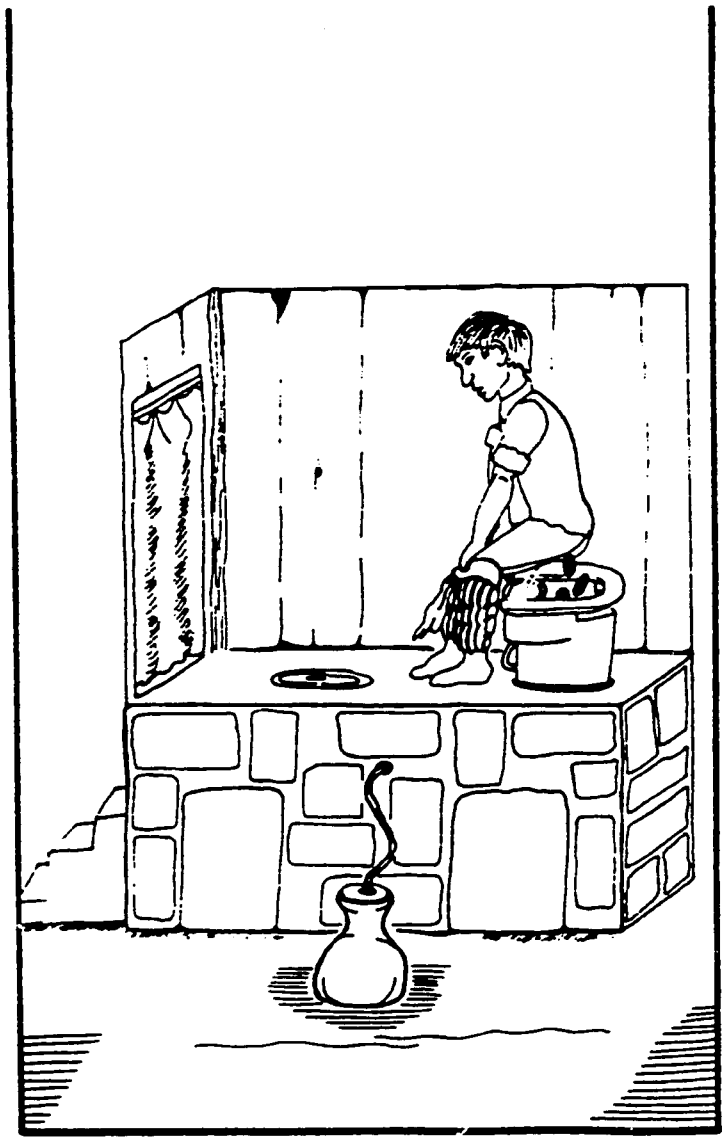




CLINICA SANTIAGUITO

SANTIAGO ATITLAN SOLOLA

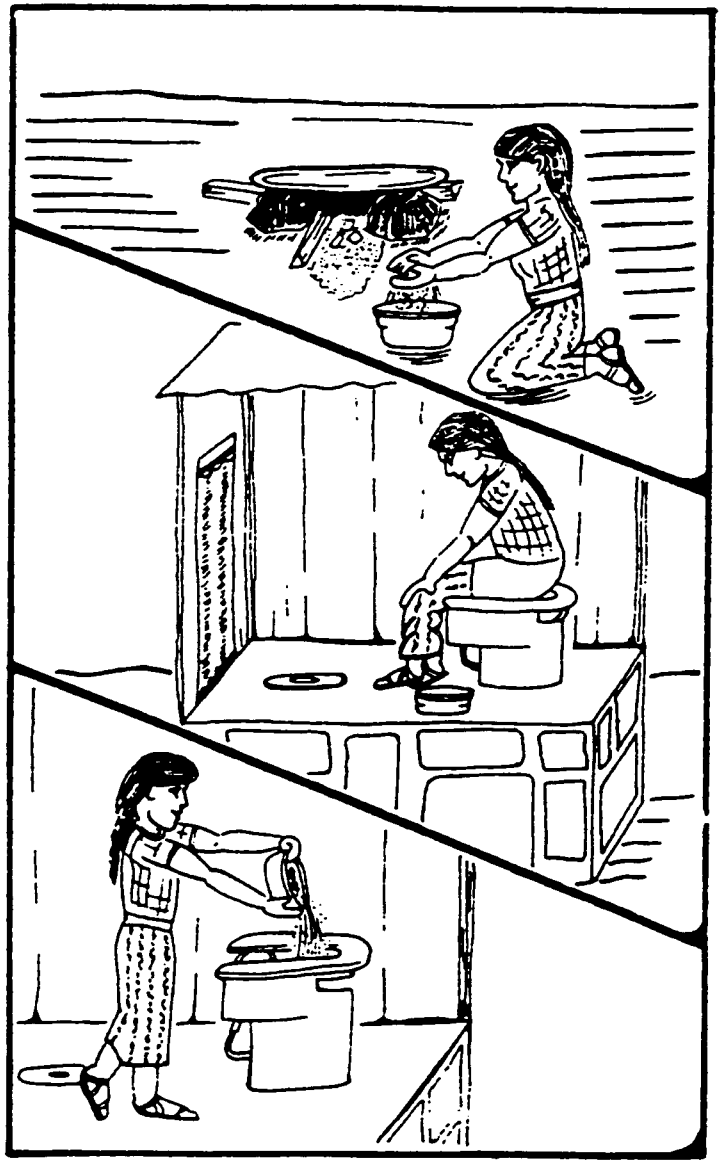
PRODUCIDO POR PROYECTO CONCERN

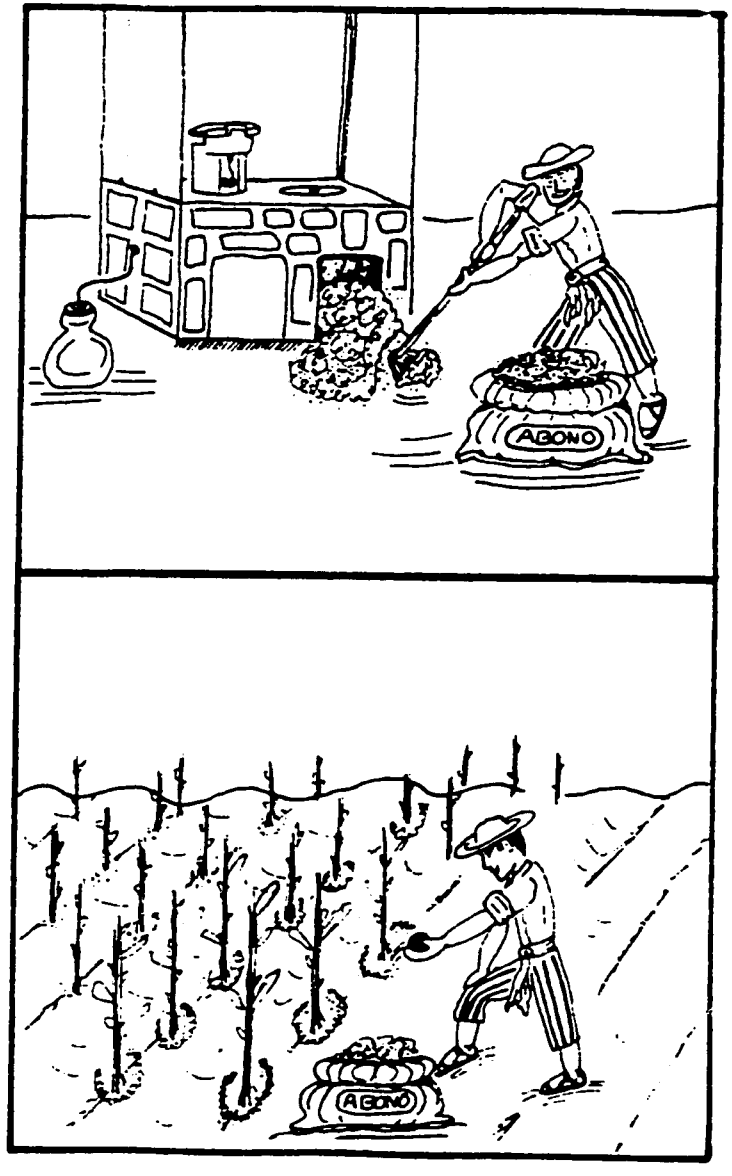


Visitas Domocilarias

Fecha ↓	Agente ↓	Fecha ↓	Agente ↓

Observaciones



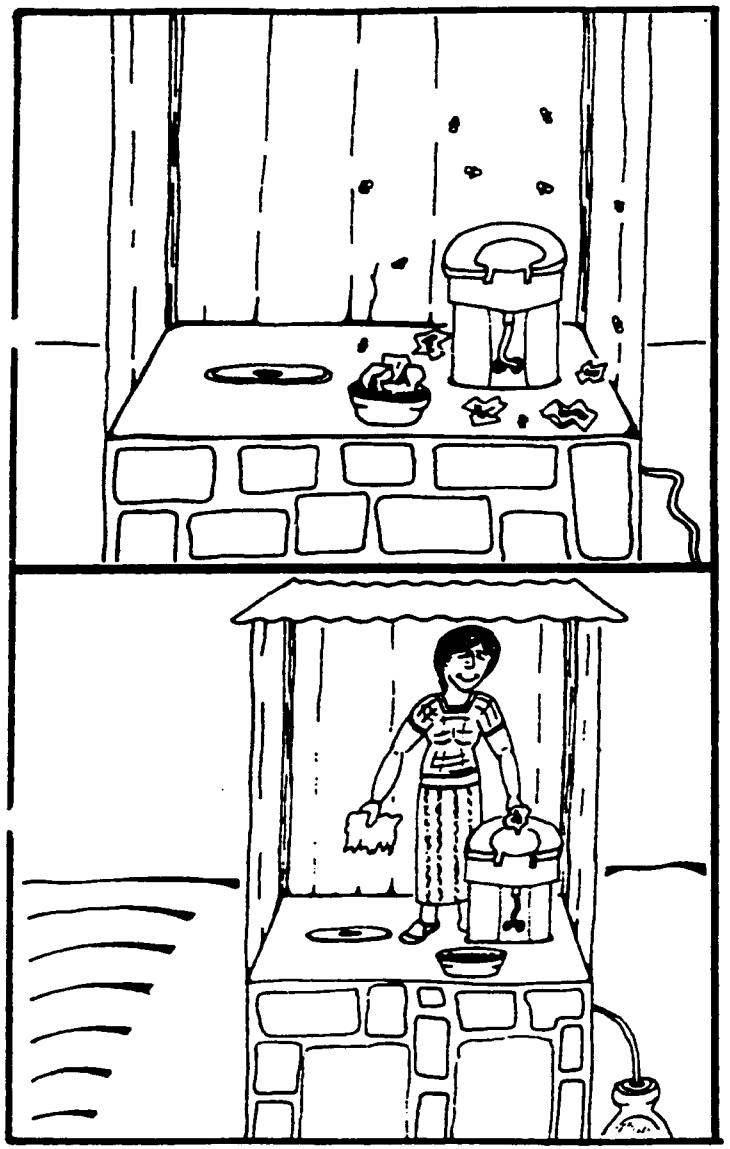

ABONO
ABONO

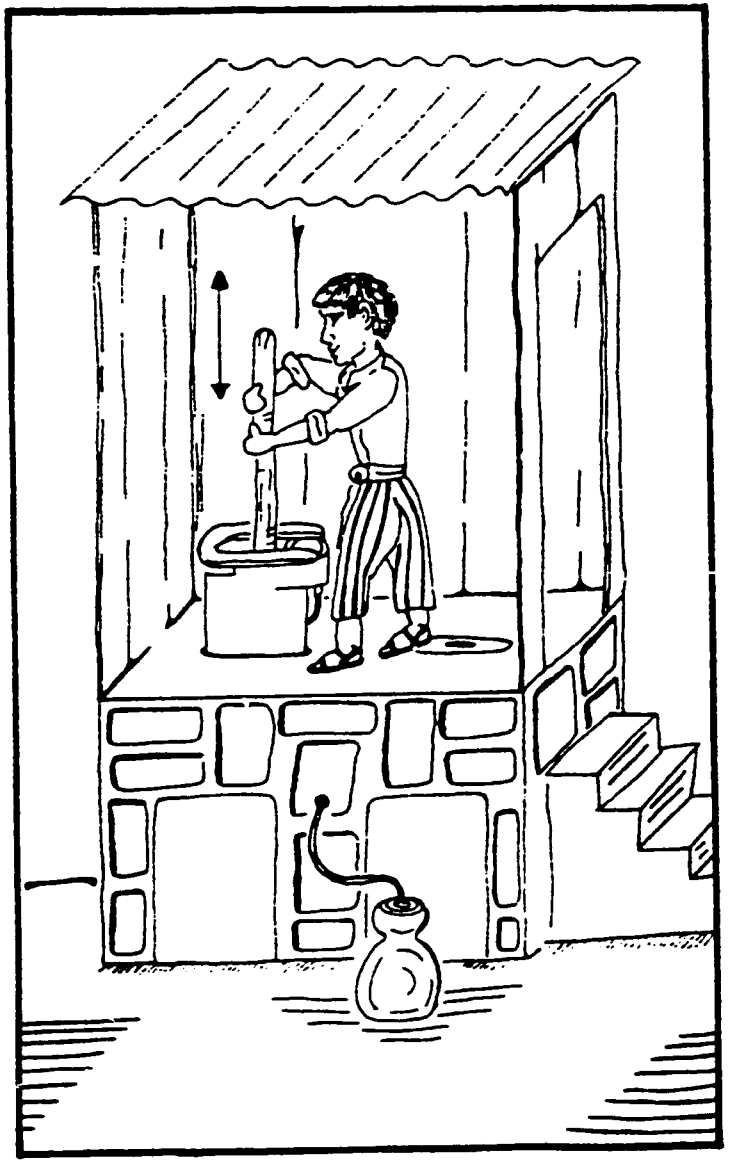
LETRINA ABONERO

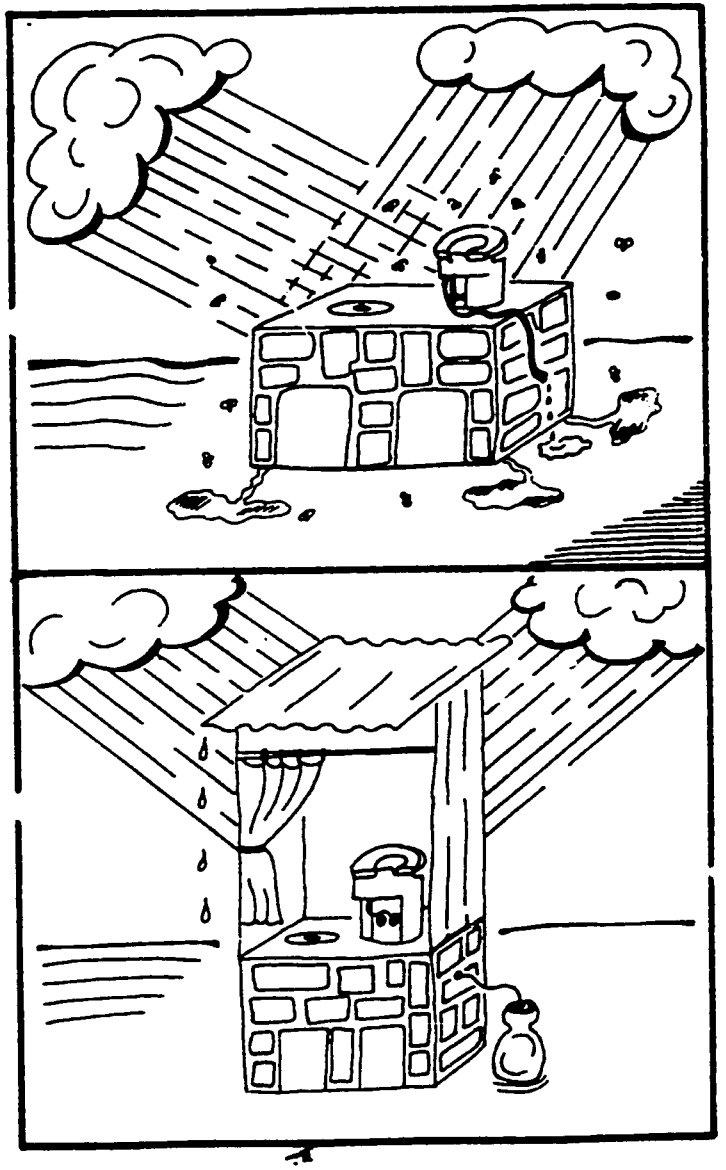
PROPIEDAD DE: _____

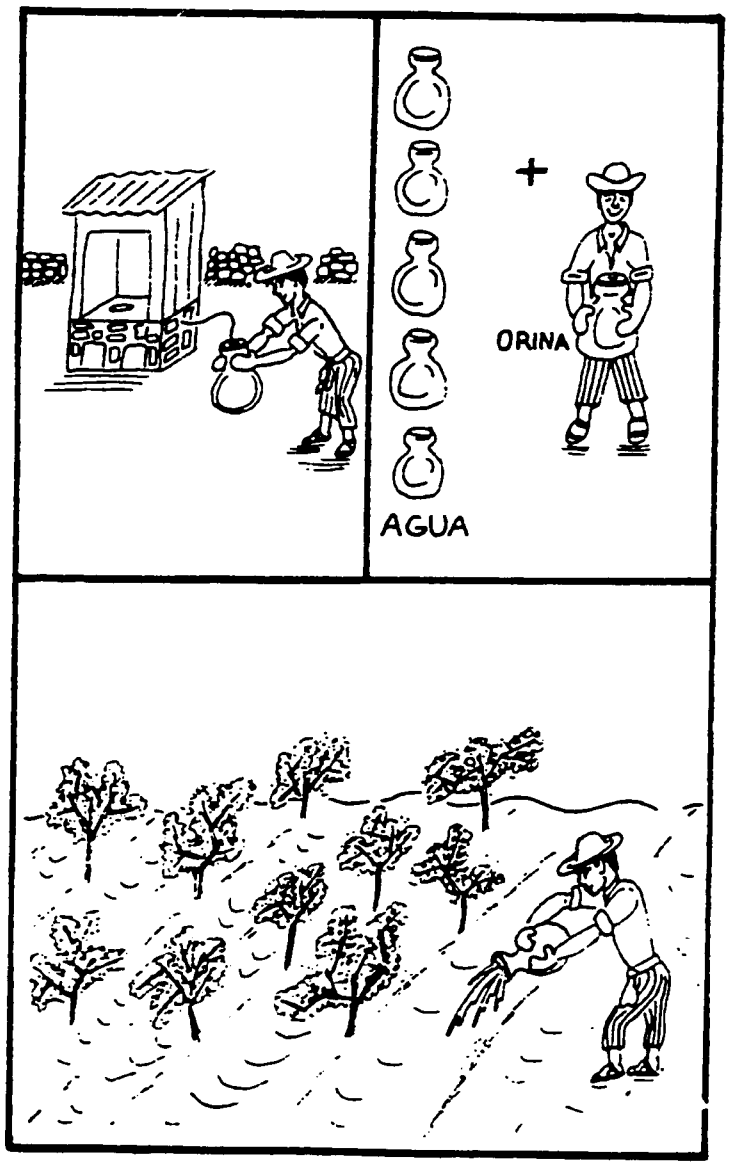
DIRECCION: _____

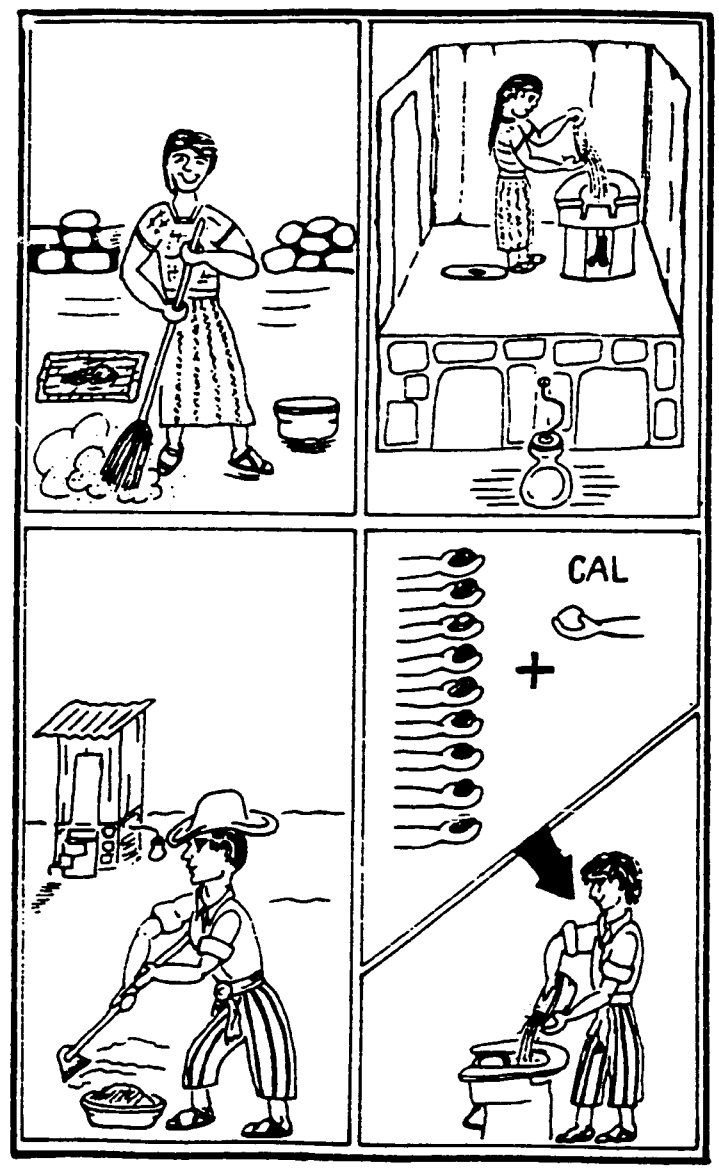
FECHA DE CONSTRUCION: _____








+
ORINA
AGUA


CAL
+