

Desviación Positiva / Talleres Hogareños



*Una Guía de Recursos Para la
Rehabilitación Sostenible de
Niñas(os) Desnutridas(os)*

C.ORE

Grupo de Colaboración y Recursos para la
Supervivencia Infantil / Grupo de Trabajo de Nutrición
Febrero 2003

El Grupo CORE

El Grupo de Colaboración y Recursos para la Supervivencia Infantil (El Grupo CORE) es una asociación con una membresía que sobrepasa las 35 Organizaciones Privadas Voluntarias de Estados Unidos que trabajan conjuntamente unidas para promover y mejorar los programas de atención en salud primaria para a mujeres y niñas(os) y las comunidades en donde viven. La misión del Grupo CORE consiste en fortalecer la capacidad local en una escala global, a fin de mejorar de forma mensurable la salud y bienestar de niñas(os) y mujeres de los países en vías de desarrollo a través de la colaboración de las ONG en la acción y el aprendizaje conjunto. Las organizaciones miembros, vistas en forma colectiva trabajan en más de 140 países apoyando programas de salud y desarrollo.



Esta publicación fue posible gracias al apoyo de la Oficina de Cooperación Privada y Voluntaria de la Agencia para el Desarrollo Internacional de Estados Unidos (USAID) bajo el convenio de cooperación FAO-A-00-98-00030. Esta publicación no necesariamente representa la opinión de USAID. Puede reproducirse siempre y cuando se acredite la fuente.

Fuente Recomendada

El Grupo de Trabajo Nutricional, Grupo de Colaboraciones y Recursos para la Supervivencia Infantil (El Grupo CORE), Desviación Positiva / Talleres Hogareños: Una Guía de Recursos para la Rehabilitación Sostenible de Niñas(os) Desnutridas(os), Washington, DC: Diciembre 2002.

Resumen

Desviación Positiva /Talleres Hogareños es un programa de nutrición con base en el hogar y la comunidad, para niñas(os) de los países en vías de desarrollo que están en riesgo de desnutrición por falta de proteínas y calorías. El programa utiliza el enfoque “desviación positiva” para identificar las conductas que siguen las madres y personas encargadas del cuidado de niñas(os) bien nutridas(os) provenientes de familias pobres, para luego comunicar estas prácticas positivas a otras familias de la comunidad con niñas(os) desnutridas(os). El “Taller Hogareño” o el hogar es el sitio en donde se llevan a cabo las sesiones de educación y rehabilitación nutricional. Esta guía de recursos explica en detalle como identificar a las(os) niñas(os) en riesgo, como llevar a cabo una Investigación de Desviación Positiva con el objetivo de identificar las prácticas positivas, implementar “Talleres Hogareños”, y establecer un sistema de monitoreo y evaluación. Además, se proveen ejemplos específicos recogidos durante el trabajo de campo y herramientas útiles.

DP/Talleres
Hogareños

**UN PROGRAMA
CON BASE EN EL
HOGAR Y LA
COMUNIDAD**



RECONOCIMIENTOS

Muchas personas han contribuido a la versión final de esta guía de recursos - ya sea escribiendo capítulos, o compartiendo experiencias, reorganizando el material y los pasos y editando el documento para facilitar su utilización por el personal de campo. Esta versión final es el producto del esfuerzo de muchos individuos comprometidos que encontraron validez en el enfoque “Desviación Positiva/Talleres Hogareños” y quisieron compartir su aprendizaje con otras personas. Deseamos agradecer a los muchos miembros y socios de CORE que han compartido sus percepciones sobre DP/Talleres Hogareños mediante reuniones y correos electrónicos a través de los últimos dos años. Lamentablemente no podemos mencionar a todas las personas que contribuyeron en este esfuerzo, así que nos limitaremos a resaltar especialmente a algunas personas claves que aportaron una cantidad considerable de su tiempo.

CORE contrató a **Donna Sillan** como la escritora principal del primer borrador de la guía de recursos. Ella viajó a Myanmar para trabajar con **Monique y Jerry Sternin** y aprender sobre el trabajo de DP/Talleres Hogareños que realizaban en Vietnam, Egipto, Myanmar y otros países. Esta experiencia además de su propio trabajo diseñando programas de DP/Talleres Hogareños para miembros de CORE alrededor del mundo, le sirvieron de base para recopilar información y ejemplos de casos sobre DP/Talleres Hogareños. Ella incorporó materiales de las siguientes fuentes: *la guía de campo original de DP/Talleres Hogareños: Guía de Campo: Diseñando un Programa de Nutrición con Base en la Comunidad Utilizando el Modelo de Talleres Hogareños y el Enfoque de “Desviación Positiva”* (1); la tesis de Maestría de **Melissa Cribben**, que puso a prueba la guía original del trabajo de campo en Bolivia (2); *Desviación Positiva en la Nutrición Infantil: Un Manual de Campo para Usarse en África Occidental* (3); un taller nacional sobre Talleres Hogareños en Guinea llevado a cabo en Febrero del 2000 por Africare; una Reunión del Grupo Técnico Consultor de Talleres Hogareños sostenida en Abril del 2000 por CORE y BASICS II; y un taller sobre el Enfoque de Desviación Positiva llevado a cabo en Noviembre del 2000 en Mali por Save the Children y BASICS. Las contribuciones de estas diferentes fuentes han sido demasiado extensas como para que fuera posible referirse a ellas individualmente en el texto.

Monique y Jerry Sternin elaboraron la metodología de Desviación Positiva y demostraron su increíble poder estableciendo el Programa de Educación y Rehabilitación Nutricional de Save the Children en Vietnam. Comenzaron en pequeño y lo fueron llevando a escala con un marco conceptual denominado por ellos “universidad viva”, documentando su éxito científicamente. Monique revisó varios borradores y proporcionó información valiosa basada en su extensa experiencia.

Drs. Gretchen y Warren Berggren estructuraron y escribieron sobre los Talleres Hogareños originales (talleres demostrativos de nutrición) en los años 60 en Haití y continúan contribuyendo con el depuramiento y las lecciones aprendidas del enfoque de Talleres Hogareños, mientras guían a otros sobre su uso. Gretchen y Warren revisaron varios borradores del manual y aportaron una excelente guía técnica.



Este producto final es el trabajo de muchos individuos comprometidos que encontraron validez en el enfoque de Desviación Positiva/Talleres Hogareños y quisieron compartir su aprendizaje con otras personas.

Dr. David Marsh escribió el capítulo sobre Monitoreo y Evaluación y aportó muchos de los estudios de casos provenientes del trabajo desarrollado por Save the Children. El arduo trabajo que David realizó documentando el éxito del enfoque a través de actividades de investigación operativa en varios países contribuyó significativamente a la aceptación del enfoque “Desviación Positiva y Talleres Hogareños”.

Agencia Adventista para el Desarrollo y Recursos Asistenciales (ADRA), Africare, CARE, Christian Children’s Fund, Mercy Corps, Save the Children, World Relief, World Vision, y otros implementaron DP/Talleres Hogareños en distintas comunidades alrededor del mundo. El trabajo tenaz de las comunidades, voluntarias de “Talleres Hogareños” y personal de campo hizo posible presentar en este documento lecciones aprendidas, casos, y ejercicios.

Olga Wollinka inició el desarrollo de este documento y compartió percepciones valiosas basadas en su experiencia en World Relief con DP/Talleres Hogareños.

Lynette Walker solicitó retroalimentación de un equipo de especialistas y reorganizó y escribió la versión final del manual.

Las personas que revisaron y corrigieron el documento aportaron información extensa sobre varios borradores: **Judiann McNulty** (Mercy Corps), **Karen LeBan** (CORE), **Caroline Tanner** (FANTA), **Valerie Flax** (consultora), **Hannah Gilk** (Pearl S. Buck Foundation), **Judy Gillens** (FOCAS), y **Karla Percy** (consultora).

Varios editores de manuscritos aportaron al documento en sus distintas etapas: **Alicia Oliver, Lucia Tiffany, Justine Landegger** y **Robin Steinwand**.

Regina Doyle diseñó el esquema, diseño gráfico, e ilustraciones.

Además de las personas anteriormente mencionadas, deseamos expresar nuestro aprecio y agradecimiento a las muchas personas y organizaciones que no se mencionaron pero que han contribuido enormemente al desarrollo de los programas de DP/Talleres Hogareños alrededor del mundo. Gracias.

Animados por la esperanza de convertir en norma las prácticas de estas extraordinarias personas “Desviadoras positivas” y aprender como poner en práctica su buena crianza, sus prácticas de alimentación y sus conductas orientadas a lograr la salud de los niñas(os), les presentamos esta guía de recursos para el enfoque DP/Talleres Hogareños a todas aquellas personas responsables de implementarlo.

Sinceramente,

Judiann McNulty, Co-Coordinadora

Grupo de Trabajo Nutricional, Grupo de Colaboraciones y Recursos para la Supervivencia Infantil (CORE)

Karen LeBan, Directora Ejecutiva

Grupo de Colaboraciones y Recursos para la Supervivencia Infantil (CORE)



Nuestro agradecimiento a las muchas personas y organizaciones que no fueron mencionadas pero que sin embargo contribuyeron enormemente en el desarrollo de los programas de DP/Talleres Hogareños alrededor del mundo.

INDICE

RECONOCIMIENTOS	iii
-----------------------	-----

GENERALIDADES SOBRE DESVIACION POSITIVA/TALLERES

HOGAREÑOS	1
Como Utilizar esta Guía	1
¿En qué Consisten los DP/Talleres Hogareños?	1
Ventajas de la DP/Talleres Hogareños vs. Enfoques Tradicionales	6
¿Por qué la Desnutrición constituye un Problema?	10
Pasos claves para el enfoque DP/Talleres Hogareños	12
Definiciones	14

GENERALIDADES

CAPITULO UNO: Paso 1 - Determinando si el programa de DP / Talleres Hogareños es para Usted

A. Condiciones Generales	17
B. Compromiso Comunitario	20
C. Implementando el compromiso a nivel de Agencia	17

PASO 1

CAPITULO DOS: Paso 2 - Movilizar, Seleccionar y Capacitar

A. Movilizando a la Comunidad	27
B. Proceso de Desarrollo de la Capacitación	30
Ejemplos de Descripciones de Puestos	39
Ejercicios Adaptados a los Talleres Hogareños	42
Ejemplo del Perfil de Capacitación para las Voluntarias	53

PASO 2

CAPITULO 3: Paso 3 - Preparación para la Investigación de Desviación Positiva

A. Determinar la Edad del Grupo Meta	58
B. Realizar una Linea Base para Evaluación Nutricional	58
C. Realizar un Análisis Situacional	62
D. Realizar una Encuesta de Clasificación Socio-económica	65
E. Reuniones con la Comunidad	66
F. Identificar a las Personas “Desviadoras Positivas”	68
G. Capacitar y Preparar al Equipo	69
Métodos de Recolección de Información	70
Evaluación Nutricional según la Linea Base	76

PASO 3

CAPITULO CUATRO: Paso 4 - Realizar la Investigación de Desviación Positiva

A. Planificación de la logística para la IDP	86
B. Realizar Visitas Domiciliarias	89
C. Recopilar los Hallazgos	89
D. Compartir Resultados con la Comunidad	93
Preguntas y Respuestas	94
Aplicando el Enfoque IDP en otras áreas	97
Lista de verificación de Observaciones para IDP	99
Ejemplo de Entrevista Semi-Estructurada	101
Formato de Informe de Hallazgos de las Visitas Domiciliarias	104
Análisis IDP de Varios Países	106

PASO 4

PASO 5

CAPITULO CINCO: Paso 5 - Diseño de Sesión del Taller Hogareño	113
A. Programación de Sesiones para Talleres Hogareños	114
B. Planificación de los Menús para las Sesiones de Talleres Hogareños	114
C. Diseño de Mensajes de Educación en Salud	119
D. Selección del Sitio para las Sesiones de Taller Hogareño	124
E. Diseño de Protocolos para las Sesiones de Taller Hogareño	124
F. Creación de un Plan Anual de Actividades	127
Preguntas y Respuestas	127
Información Adicional sobre Micronutrientes	130
Formulario de Inscripción para el Taller Hogareño	133
Protocolo para la Identificación Temprana de Niñas(os) “En Riesgo” de Desnutrición	134

PASO 6-8

CAPITULO SEIS: Pasos 6 a 8 - Conduzca, Apoye, Repita	135
Paso 6 -Conduzca las Sesiones de Taller Hogareño	135
A. Reuna los Materiales y Organice las Sesiones Diarias del Taller Hogareño	136
B. Reciba/Inscriba a las Personas Encargadas(os) del Cuidado de Menores y Reuna Alimentos DP	136
C. Lidere las Sesiones de Taller Hogareño	137
D. Supervise las Actividades de Taller Hogareño	140
Paso 7 - Apoye Nuevas Conductas	141
Paso 8 - Repita Sesiones de Taller Hogareño Según Sea Necesario	142
Preguntas y Respuestas	143
Lista de Verificación de Supervisión para la Observación de Sesiones de Taller Hogareño	146
Guía de Entrevistas para Personas Encargadas del Cuidado de Menores	147
Guía de Retroalimentación y Detección de Problemas para Supervisoras(es) ..	148

PASO 9

CAPITULO SIETE: Paso 9 - Expansión de los Programas DP/Talleres Hogareños	149
Enfoque hacia la Expansión	149
A. Desarrollo de un Modelo Exitoso a Pequeña Escala	150
B. Desarrollo de un Modelo Exitoso a Mayor Escala	150
C. Expansión del Enfoque IDP/Taller Hogareño a Nivel de Distrito	151
D. Desarrollo de una “Universidad Viva”	151
E. Apoyo a Recién Graduadas(os) para que Comiencen a Reproducir el Programa	152
Éxito en la Expansión	152
Sostenibilidad	154

CAPITULO OCHO: Monitoreo y Evaluación	157
A. Seleccionando Resultados de Proyectos	158
B. Monitoreo	159
C. Evaluación	168
Resultados del Campo	171
Ejemplo de Formularios para Monitoreo y Evaluación	176

FUENTES	185
----------------------	-----

REFERENCIAS	189
--------------------------	-----

GENERALIDADES de la DESVIACION POSITIVA / TALLERES HOGAREÑOS

¿Quién debe leer esta guía?

Se ha diseñado esta guía de recursos para gerentes de programa interesadas(os) en movilizar a las comunidades para que trabajen en la rehabilitación sostenible de menores desnutridas(os).

Cómo utilizar esta guía

El primer Capítulo le ayudará a decidir si el enfoque de Desviación Positiva/Talleres Hogareños es apropiado para su comunidad. Los siguientes capítulos contienen ejercicios útiles, consejos y lecciones aprendidas por organizaciones no-gubernamentales que están implementando con éxito DP/Talleres Hogareños alrededor del mundo. La información y materiales eminentemente prácticos le guiarán a través de una serie de pasos para la implementación efectiva de un programa de Desviación Positiva (DP)/Talleres Hogareños (TH). Le recomendamos leer íntegramente la guía antes de comenzar a implementar el programa, ya que una comprensión profunda del proceso simplificará la planificación de su programa.

Recuerde que es indispensable hacer una adaptación para el contexto local. Incluya los elementos esenciales que aparecen en este capítulo y luego sea creativo y experimente. Existe un sin número de variaciones que pueden adaptarse al enfoque a su proyecto. Cada diseño individual de proyecto depende de la disponibilidad de recursos y de combinar los mismos. A medida que desarrolle su propio programa DP/Talleres Hogareños, aprenderá muchas lecciones a partir de su experiencia personal. Documente su experiencia para compartirla a nivel global con los Talleres Hogareños. Los Talleres Hogareños al nivel global se alimentan y se mantienen vivos gracias a personas como usted, que buscan soluciones factibles para el problema de la desnutrición.

¿En qué consiste el Programa DP/Talleres Hogareños?

El enfoque DP/Talleres Hogareños es muy exitoso para reducir la desnutrición. Este enfoque le ha permitido a cientos de comunidades reducir los actuales niveles de desnutrición infantil y prevenir la desnutrición incluso años después de finalizado el programa.



Nuestra recomendación es que lea la guía completa antes de comenzar a implementar, ya que una completa comprensión del proceso simplificará la planificación de su programa.

El enfoque DP/Talleres Hogareños es muy exitoso para reducir la desnutrición. Este enfoque le ha permitido a cientos de comunidades reducir los actuales niveles de desnutrición infantil y prevenir la desnutrición incluso años después de finalizado el programa.

Metas de un Programa DP/Talleres Hogareños

1. Rehabilitar rápidamente a la población infantil desnutrida identificada en la comunidad;
2. Empoderar a las familias para que por su cuenta en el hogar sigan una rehabilitación sostenible de estas niñas(os); y
3. Prevenir futuras desnutriciones en toda la población infantil nacida en la comunidad, cambiando las normas comunitarias de cuidado, alimentación y salud de niñas y niños.

El programa DP/Talleres Hogareños combina dos enfoques comprobados que reducen exitosamente la desnutrición infantil y promueven el desarrollo normal de las(os) niñas(os) al nivel de comunidad.

El proceso DP/Talleres Hogareños se apoya en la sabiduría local para el tratamiento exitoso y prevención de la desnutrición, y disemina esa sabiduría a lo largo y ancho de la comunidad.

El Enfoque de Desviación Positiva

La Desviación Positiva se basa en la premisa que algunas soluciones a los problemas que enfrentan las comunidades ya existen dentro de la comunidad y únicamente necesitan descubrirse. Debido a que el cambio de conducta es un proceso lento, la mayor parte de las(os) profesionales en salud pública concuerdan en que las soluciones que se extraen de la comunidad misma resultan más sostenibles que las que se importan del mundo exterior. El proceso DP/Talleres Hogareños incursiona en el conocimiento local para el tratamiento y prevención exitosa de la desnutrición y difunde ese conocimiento a toda la comunidad.

La Desviación Positiva constituye un enfoque basado en las “fortalezas” o “recursos” que se fundamenta en la creencia que en cada comunidad existen ciertos individuos (Personas Desviadoras Positivas) cuyas prácticas especiales o poco comunes les permiten encontrar mejores formas de prevenir la desnutrición, quienes contrastan con sus vecinos con los cuales comparten los mismos recursos y enfrentan los mismos riesgos. Utilizando un proceso dinámico denominado Investigación de Desviación Positiva el personal del programa invita a los miembros de la comunidad a que participen en el descubrimiento de esas prácticas únicas que contribuyen a un resultado nutricional más positivo en la(el) niña(o). Después el personal del programa junto con los miembros de la comunidad diseñan la intervención que les permitirá a las familias con hijas(os) desnutridas(os) aprender y practicar tanto éstas como otras conductas beneficiosas.

En cada comunidad, independientemente que estén ubicadas al interior de los Estados Unidos o en las zonas marginales de Manila, Addis Abeba, Cairo, o en las aldeas rurales empobrecidas de Myanmar o Nicaragua, existen Personas Desviadoras Positivas, quienes demuestran ciertas conductas y prácticas que les han permitido resolver problemas exitosamente y superar barreras increíbles. Este enfoque de Desviación Positiva se ha utilizado extensamente en la lucha contra la desnutrición, y en otras áreas tales como la atención materno-infantil y en el uso del condón entre grupos de alto riesgo.

El Enfoque de Talleres Hogareños

Dentro del enfoque de Talleres Hogareños, las(os) voluntarias(os) de la comunidad y personas al cuidado de menores desnutridas(os) practican nuevas formas de cocinar los alimentos y prácticas mejoradas de alimentar, y cuidar la higiene y salud de las(os) menores que han tenido éxito en la rehabilitación de otras niñas(o) desnutridas(os).



Las personas Desviadoras Positivas desarrollan ciertas conductas y prácticas que les permiten resolver problemas exitosamente y superar barreras increíbles.

Se seleccionaron estas prácticas por ser producto de los resultados de las Investigaciones de Desviación Positiva y de las conductas altamente recomendadas por las(os) expertas(os) en salud pública. Las(os) voluntarias(os) involucran activamente a la madre y a la(el) niña(o) en el proceso de rehabilitación y aprendizaje en el seno confortable del hogar y trabajan para lograr que las familias mantengan dentro del hogar una situación nutricional mejorada. La sesión de Talleres Hogareños consiste en un período de doce días de rehabilitación nutricional y educación, seguida de visitas domiciliarias a las personas que cuidan a las(os) menores.

El enfoque de Talleres Hogareños promueve el cambio de conducta y además empodera a los padres y personas encargadas de las(os) menores a asumir la responsabilidad de la rehabilitación nutricional de sus hijas(os) utilizando los conocimientos y recursos locales. Después de dos semanas de recibir una dieta de alimentos adicionales alta en calorías las(os) menores se muestran más vigorosos y con mayor apetito. Los visibles cambios en las(os) niñas(os), aunados al método de “aprender haciendo”, aumentan la confianza de las personas encargadas de las(os) menores, y su capacidad para alimentarles, cuidarles y para buscar prácticas orientadas a mejorar su higiene y salud. Las mejores prácticas, independientemente del nivel de educación de la madre, aumentan el crecimiento y desarrollo de la(el) menor. Este enfoque reduce exitosamente la desnutrición en las comunidades meta al brindar la oportunidad a los miembros de la comunidad de descubrir la sabiduría de las madres Desviadoras Positivas y practicar este conocimiento durante las sesiones diarias de Talleres Hogareños.

El método de Desviación Positiva/Talleres Hogareños constituye una herramienta de movilización comunitaria muy efectiva, ya que estimula a las comunidades a tomar acción, y promueve la participación de los miembros de diferentes niveles sociales para que trabajen juntos en la solución del problema y en el descubrimiento de la solución desde el seno de la comunidad. Se centra en maximizar los recursos, habilidades y estrategias existentes para resolver el problema mediante el uso extensivo de metodologías participativas y el proceso de Aprendizaje y Acción Participativa.

Aun cuando es requisito adaptar el DP /Talleres Hogareños a las necesidades locales y a pesar de que muchos de los pasos de implementación también son flexibles, existen ciertos elementos esenciales inamovibles que deben incluirse para mantener la efectividad del enfoque DP /Talleres Hogareños.

La experiencia ha demostrado que todo programa efectivo:

- ♥ Lleva a cabo una Investigación de Desviación Positiva en cada comunidad meta utilizando a los miembros y personal de la comunidad
- ♥ Involucra a mujeres voluntarias de la comunidad quienes dirigen las sesiones de Talleres Hogareños y las visitas domiciliarias de seguimiento
- ♥ Desparasita a las(os) menores antes de iniciar las sesiones de Talleres Hogareños y además administra los micronutrientes necesarios
- ♥ Utiliza el Monitoreo de crecimiento para identificar a nuevas(os) menores desnutridas(os) y además monitorea el progreso nutricional de esas(os) menores
- ♥ Se asegura que las personas encargadas del cuidado de las(os) menores contribuyan diariamente con alimentos/materiales a los Talleres Hogareños

TALLERES HOGAREÑOS

**Los Talleres
Hogareños consisten
en rehabilitación
nutricional y
educación**



Los cambios visibles en la niñez, junto con el método de ‘aprender haciendo’, aumentan la confianza de la persona encargada del cuidado de las(os) niñas(os) y mejoran sus habilidades de alimentación, cuidado, higiene y prácticas dirigidas a buscar atención médica oportuna.

ELEMENTOS ESENCIALES

**Programas
Efectivos de
Desviación Positiva
/ Talleres Hogareños**

- ♥ Diseña los menús para las sesiones de Talleres Hogareños basandose en alimentos disponibles localmente y al alcance de todos
- ♥ Exige la presencia y participación activa de padres y personas encargadas de las(os) menores durante cada de las sesiones de Talleres Hogareños
- ♥ Lleva a cabo la sesión de Talleres Hogareños por 10 o 12 días dentro de un período de dos semanas
- ♥ Se hacen las visitas domiciliarias de seguimiento durante dos semanas después de finalizados los Talleres Hogareños para asegurar el promedio de 21 días de práctica necesarios para convertir la nueva conducta en hábito
- ♥ Involucra activamente a toda la comunidad a lo largo del proceso completo

Conductas y Prácticas Beneficiosas Promovidas por los DP/Talleres Hogareños

Las prácticas beneficiosas en el hogar que constituyen el corazón del programa DP/ Talleres Hogareños se dividen en tres o cuatro categorías principales: alimentación, atención, higiene y búsqueda de la salud.

Prácticas de Alimentación: Las buenas prácticas incluyen alimentar las(os) niñas(os) mayores de seis meses de edad con porciones pequeñas de alimentos variados durante el transcurso del día, además de la leche materna, la alimentación activa, la alimentación durante la enfermedad y recuperación, y el manejo de las(os) menores con poco apetito.

Prácticas de Cuidado: La interacción positiva entre la(el) niña(o) y las personas principales y secundarias encargadas de su cuidado estimula el desarrollo emocional y psicológico de los mismos. Entre las prácticas positivas podemos mencionar la interacción verbal frecuente con la(el) menor, prestarle atención a la(el) menor y demostrarle afecto, compartir el cuidado de forma que permita una adecuada supervisión y cuidado de la(el) menor, así como la participación activa de los padres en el cuidado de la(el) menor. Aunque a menudo se relegan a un segundo plano, estas y otras prácticas del cuidado de las(os) menores resultan críticas para el desarrollo normal de la niñez.

Prácticas de Higiene (a veces se incluyen en las prácticas del cuidado): La higiene del cuerpo, de los alimentos y la ambiental juegan un papel importante en la salud de la niñez y en la prevención de enfermedades diarreicas y parásitos. Una sola práctica de higiene, la de lavarse las manos con jabón antes de comer y después de defecar, se ha convertido en el centro de la campaña de la Organización Mundial de la Salud en la lucha por reducir la incidencia de las enfermedades diarreicas.

Prácticas para la Búsqueda de la Salud: Otro componente que juega un papel importante en la salud de las(os) menores, además de la vacunación con el total de inmunizaciones requeridas antes del primer año de vida de la(el) niña(o), es el tratamiento oportuno de las enfermedades infantiles y la búsqueda oportuna de atención médica.



Las prácticas beneficiosas deben revisarse dentro del contexto de cada comunidad en particular donde se implementa el programa de DP/ Talleres Hogareños.

Estas prácticas deben revisarse dentro del contexto cultural de cada comunidad donde se implementa el programa DP/Talleres Hogareños. El personal del programa colabora con los socios locales para seleccionar las conductas prioritarias claves en cada comunidad. El capítulo 4 incluye ejemplos de prácticas beneficiosas a través del enfoque de DP/Talleres Hogareños fueron descubiertas en varias comunidades.

También sería beneficioso ver las dieciséis prácticas claves de la familia adoptadas por la Organización Mundial de la Salud y UNICEF para la Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia en el Hogar y la Comunidad (AIEPI) con miras a reducir las principales causas de la morbilidad y mortalidad infantil.

CUADRO 0.1 PRACTICAS CLAVES DE LA FAMILIA EN LA COMUNIDAD SEGÚN EL AIEPI

<p>Para el Desarrollo Físico y Mental</p> <ul style="list-style-type: none"> ♥ Amamantar exclusivamente a los lactantes durante al menos cuatro meses y si es posible hasta los seis meses (Las madres que sean seropositivas respecto al VIH tienen que ser asesoradas sobre otras posibles opciones) ♥ Aproximadamente a partir de los seis meses de edad, comenzar a dar a los niños alimentos complementarios recién preparados, con alto contenido nutritivo y calórico, y continuar amamantando hasta que el niño tenga dos o más años ♥ Asegurarse de que los niños reciban suficientes cantidades de micronutrientes (especialmente vitamina A y hierro), ya sea en su dieta o mediante suplementos alimenticios ♥ Promover el desarrollo mental y social del niño atendiendo sus necesidades (hablándole, jugando con él y proporcionándole un ambiente de estímulo) 	<p>Para la Prevención de Enfermedades</p> <ul style="list-style-type: none"> ♥ Llevar a los niños a vacunarse cuando corresponda, para completar el régimen total de inmunizaciones (BCG, DPT, VOP y sarampión) antes de que cumplan el año de edad ♥ Deshacerse debidamente de la materia fecal (incluidas las heces de los niños); y lavarse las manos después de defecar, antes de preparar los alimentos, y antes de dar de comer a los niños ♥ Proteger a los niños en áreas donde la malaria sea endémica, haciendo que duerman bajo mallas tratadas con insecticida ♥ Adoptar y mantener las conductas apropiadas en la prevención y tratamiento del VIH/SIDA, y en el trato con las personas afectadas por la enfermedad, incluidos los niños huérfanos
<p>Para asegurar la atención adecuada en el hogar</p> <ul style="list-style-type: none"> ♥ Continuar amamantando a los niños cuando estén enfermos y ofrecerles más líquidos, incluida la leche materna ♥ Administrar a los niños enfermos el tratamiento adecuado en el hogar cuando tengan infecciones ♥ Tomar las medidas adecuadas para prevenir y tratar las lesiones y accidentes que sufran los niños ♥ Prevenir el abuso y el descuidar los niños y tomar las medidas apropiadas cuando ocurra ♥ Asegurarse de que los hombres tomen parte activa en el cuidado de los niños y en la salud reproductiva de la familia 	<p>En lo referente a la búsqueda de ayuda fuera del hogar</p> <ul style="list-style-type: none"> ♥ Reconocer cuándo los niños enfermos necesitan tratamiento fuera del hogar y buscar dicha atención de los proveedores adecuados ♥ Seguir las recomendaciones del trabajador de salud en lo que se refiere al tratamiento, consultas posteriores y remisión de pacientes ♥ Asegurarse de que las mujeres embarazadas reciban adecuada atención pre-natal, lo que incluye por lo menos cuatro visitas antes del parto con el proveedor de salud adecuado y la dosis recomendada de la vacuna del toxoide tetánico. La madre necesita asimismo el apoyo de su familia y la comunidad para buscar la atención necesaria en el momento del parto e inmediatamente después del mismo, así como durante el período de lactancia.



Existen dieciséis prácticas familiares claves que reducen significativamente las enfermedades y mortalidad infantil.

Fuente: Presentado durante el Taller Internacional para Mejorar la Salud y Nutrición de Niñas/os en Comunidades, Durban, Junio 20-23, 2000 (1)

DP/Talleres Hogareños vs. Programas Tradicionales de Nutrición

Las intervenciones tradicionales de nutrición incluyen el monitoreo del crecimiento, consejería y el abastecimiento de alimentos suplementarios y micronutrientes, tales como la Vitamina A.

El monitoreo del crecimiento es un componente importante de toda intervención de nutrición, y cumple varias funciones. Aún cuando su propósito primario consiste en identificar a las(os) niñas(os) desnutridas(os), facilita el monitoreo del crecimiento, lo que estimula a los padres de niñas(os) sanos a mantenerles saludables e identificar a las(os) menores con enfermedades subyacentes y referirles para su tratamiento. Se utiliza también para monitorear la condición nutricional del grupo meta por el tiempo necesario y provee una herramienta para medir el impacto cuantitativo además del impacto sostenido.

Las(os) trabajadoras(es) locales en salud han movilizadas a millones de aldeas en las últimas dos décadas para que pesen a sus niñas(os) regularmente, en un esfuerzo por mitigar la desnutrición. En los países en vías de desarrollo, se han utilizado las básculas Salter, las básculas de mercado y de baño para monitorear el peso de las(os) niñas(os) menores de cinco años. Los ministerios de salud nacionales han producido tarjetas para monitorear el peso de las(os) niñas(os).

Pero ¿qué sucede después de pesar a las(os) niñas(os)? ¿Ha mejorado el crecimiento de las(os) niñas(os)? ¿Ha mejorado la condición nutricional de las(os) niñas(os) de la comunidad? ¿El sólo hecho de pesarles mejora la condición nutricional de las(os) niñas(os)? A menudo, cuando los datos de crecimiento de todas las(os) niñas(os) de la comunidad se tabulan cada mes y luego se revisa la tendencia de un año, queda claro que las sesiones de monitoreo de crecimiento producen pocos cambios en la condición nutricional de la/el menor. Un doctor prominente de salud pública exclamó “estamos literalmente pesando a las(os) niñas(os) hacia la muerte”. (2) A menudo, la voluntaria en salud traza una curva de crecimiento descendente de una(un) menor, cuyo peso eventualmente cae dentro de la zona de desnutrición severa sin que éste(a) se inmute. Mas bien se siente satisfecho de si mismo por haber sido capaz de trazar correctamente la curva de peso, no se percata de que el siguiente paso es muy importante: que significan los cambios en el peso. El crecimiento infantil es un proceso dinámico. La meta de lograr cada mes un aumento adecuado en el peso de la/el menor revierte la atención hacia aquellas(os) niñas(os) con problemas. La incapacidad de una(un) menor para subir de peso es a menudo una primera señal de otro problema subyacente.



Con los programas tradicionales que dependen de recursos alimenticios externos y proveedores de salud, las(os) niñas(os) a menudo recaen en su estado de desnutrición previo apenas finalizan las sesiones de alimentación.

La consejería constituye un componente clave del programa de nutrición, ya que le proporciona a la persona encargada de la/el menor información sobre como cambiar la condición nutricional de la/el menor con miras a impactar en la tasa de crecimiento de manera positiva. Aunque la voluntaria en salud interprete la gráfica correctamente, habla con la madre sobre los alimentos correctos durante una ruidosa y ocupada sesión de monitoreo de crecimiento. Probablemente no hay suficiente tiempo para cubrir los temas de lactancia materna, atención en el hogar de las enfermedades, la necesidad de referir a otros recursos de salud y otros temas de interés en casos de desnutrición. En este caso, la madre o la persona encargada de la/el menor sale de la sesión desconociendo o sin recordar los pasos prácticos que puede seguir en casa.

Durante décadas, las organizaciones mundiales de auxilio y desarrollo han proporcionado programas terapéuticos y de alimentos suplementarios para las(os) niñas(os) clasificadas(os) como desnutridas(os) y han logrado rehabilitar con éxito a muchas(os) niñas(os). Sin embargo, es debido a que los programas se fundamentan en el abastecimiento de recursos externos alimentarios, generalmente en centros con proveedores de salud asalariados, y no en lograr que la familia cambie de conducta, por lo que las(os) niñas(os) a menudo recaen en la desnutrición una vez terminadas las sesiones de alimentación.

Los enfoques tradicionales de las intervenciones en nutrición tienden a buscar en la comunidad problemas para resolver. El enfoque DP/Talleres Hogareños busca las conductas positivas y fortalezas que existen dentro de la comunidad misma para construir sobre ellas. Se puede ver la diferencia al analizar las preguntas utilizadas típicamente en estos dos enfoques

CUADRO 0.2 ENFOQUE TRADICIONAL vs DP/TALLERES HOGAREÑOS

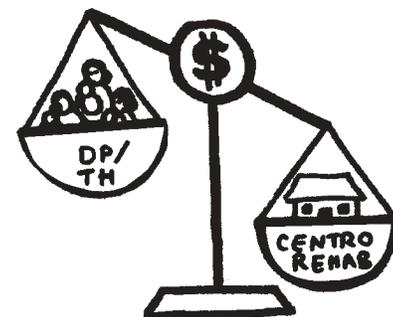
Enfoque Tradicional	Enfoque DP/ Talleres Hogareños
¿Cuáles son sus necesidades?	¿Cuáles son sus fortalezas?
¿Qué esta mal?	¿Qué funciona aquí?
¿Qué podemos proporcionar?	¿Cuáles son sus fortalezas?
¿Qué le falta a la comunidad?	¿Qué esta bien en su comunidad?
¿Qué falta aquí?	¿Sobre qué podemos construir?

Ventajas del Enfoque DP/Talleres Hogareños

Existe una cantidad de ventajas respecto al enfoque DP/Talleres Hogareños, ya que este es:

Rápido - El enfoque proporciona una solución que puede abordar un problema inmediato, con rapidez. La niñez necesita ser rehabilitada ahora, por lo que la alimentación supervisada se realiza durante la sesión de talleres hogareños. Luego, la persona encargada del cuidado de la(el) menor implementa las mismas prácticas en el hogar e informa acerca de sus experiencias durante las sesiones de talleres hogareños. Los padres y voluntarias reciben apoyo de seguimiento en el hogar.

Sufragable - El DP/ Talleres Hogareños tiene un costo bajo y las familias no dependen de recursos externos para practicar las nuevas conductas. Los DP/ Talleres Hogareños resultan mucho más costo-efectivos que dotar de personal a un centro de rehabilitación nutricional o invertir en una sala de un hospital. En Vietnam, el costo del programa fue de aproximadamente dos dólares por niña(o). El costo por cada niña(o) que participa en los talleres hogareños es un nivel del costo total. El siguiente nivel que se debe incluir en la ecuación son los ahorros obtenidos cuando las(os) hermanas(os) menores no sufren de desnutrición al mejorar las prácticas en el hogar. Y todavía queda un tercer nivel. Si se elimina la desnutrición en una comunidad, muchas(os) de las(os) niñas(os) por nacer se beneficiarán también de los talleres hogareños. Por lo tanto, el costo por hogar beneficiado se vuelve exponencialmente minúsculo si consideramos el número de casos en los que se previene la desnutrición y a veces hasta la muerte.



El programa DP/ Talleres Hogareños es mucho más costo efectivo que dotar de personal a un centro de rehabilitación nutricional o invertir en una sala de hospital.



Los Talleres Hogareños no solo cambian las conductas de las familias individuales sino también la forma como la comunidad percibe la desnutrición y su capacidad para cambiar su situación.

Participativo - La participación de la comunidad es un ingrediente vital para el éxito del enfoque DP/Talleres Hogareños. La comunidad juega un papel importante durante todo del proceso DP/Talleres Hogareños, desde el descubrimiento de las prácticas y estrategias exitosas existentes la comunidad hasta el apoyo que brindan a las(os) encargadas(os) de las(os) menores cuando terminan las sesiones de los Talleres Hogareños.

Sostenible - El enfoque DP/Talleres Hogareños resulta sostenible debido a que las nuevas conductas se internalizan y continúan luego de finalizadas las sesiones de los talleres hogareños. Las personas encargadas de las(os) menores no son capacitadas únicamente para rehabilitar a sus niñas(os) desnutridas(os) sino que también para que esa rehabilitación en el hogar sea permanente. Las habilidades practicadas en los talleres hogareños se convierten en conductas habituales y por lo tanto, las(os) hermanas(os) menores reciben los beneficios nutricionales de los talleres hogareños sin haber asistido a uno.

Los talleres hogareños no solo cambian la conducta de familias individuales, sino que también cambian la manera como la comunidad percibe la desnutrición y su capacidad para cambiar la situación. Inculca en muchas familias normas positivas en cuanto al cuidado de sus niñas(os) y prácticas saludables de alimentación. Pero sobre todo, las comunidades aprenden las habilidades necesarias para sostener los P/Talleres Hogareños, de ser necesario, con insumos locales únicamente.

Autóctono - Se logra un progreso rápido debido a que la solución es local, sin mucho análisis ni recursos externos. El enfoque se puede aplicar ampliamente, ya que existen personas Desviadoras Positivas en casi todas las comunidades.

Culturalmente Aceptable - Por definición, los talleres hogareños son culturalmente apropiados debido a que se basan en las conductas autóctonas identificadas dentro del contexto social, étnico, lingüístico y religioso de comunidades individuales.

Basadas en el Cambio de Conducta (y no principalmente en la adquisición de conocimientos) - En este enfoque se incluyen los tres pasos del proceso de cambio de conducta:

1. Descubrimiento (Investigación de Desviación Positiva)
2. Demostración (Sesiones de Talleres Hogareños)
3. Práctica (Talleres Hogareños y el hogar)



Save the Children/EEUU en Vietnam

EJEMPLO

En 1990, cuando el Gobierno de Vietnam invitó a Save the Children para crear un programa que les facilitara a las(os) aldeanas(os) pobres resolver el severo problema de desnutrición, pareció un desafío enorme. Con el propósito de encontrar una solución de largo plazo a nivel comunitario a la desnutrición infantil, fue necesario no solo rehabilitar a las(os) niñas(os), sino que más importante aún, asegurarse de que las familias pudieran continuar esta mejoría.

Save the Children buscó un nuevo enfoque que identificara las soluciones a los problemas de la comunidad dentro de la comunidad misma. Esta búsqueda condujo al uso del Enfoque de Desviación Positiva. Aún cuando se conocía el concepto desde hacía varios años, su aplicación se había limitado a algunos estudios académicos con la excepción de los proyectos de algunas ONG que se habían implementado en Haití y Bangladesh (3). Save the Children comenzó a aplicar este concepto en cuatro comunidades muy pobres al Norte de Vietnam. A pesar que la desnutrición afectaba a más del 70% de todos las(os) niñas(os) menores de tres años, aproximadamente el 30% de la población logró tener niñas y niños bien nutridas(os).

Utilizando la Investigación de Desviación Positiva. Personas capacitadas de las aldeas identificaron a aquellas familias muy pobres con hijas(os) bien nutridas(os), o sea a las Personas Desviadoras Positivas, y les visitaron en sus hogares, para conocer cuáles eran las conductas singulares que les permitían sobresalir respecto a sus vecinos. Se descubrió que en cada uno de estos hogares pobres con hijas(os) bien nutridas(os), la madre de familia o la persona encargada de cuidar de las(os) menores recogía las hojas del camote y también iba a los arrozales para recoger pequeños camaroncillos y cangrejos que añadían a la dieta de la(el) niña(o).

Aun cuando estos alimentos están accesibles, son gratuitos y están listos para su consumo, la sabiduría convencional dictaba que los mismos eran inapropiados, e incluso peligrosos para las(os) menores. Sin embargo, la investigación reveló además que existían otras prácticas de alimentación y de crianza de las Desviadoras tales como la lactancia materna, alimentación activa, lavado de las manos, y el dar alimentos y líquidos apropiados cuando las(os) (os) menores estaban enfermos. Con base en estos hallazgos, se desarrolló un programa de nutrición, educación y rehabilitación. Se invitó tanto a las madres como a las(os) encargadas(os) de las(os) menores desnutridas(os) para que asistieran a una sesión de dos semanas en donde pudieron poner en práctica las nuevas formas de alimentar y cuidar de sus hijas(os).

El programa proporcionó alimentos localmente disponibles tales como arroz, tofú, pescado y grasas, con el objeto de rehabilitar a las(os) menores. Sin embargo, a fin de llegar a la meta más difícil de lograr, el que las familias mantuvieran su condición mejorada luego de la rehabilitación, Save the Children requirió que todos las(os) encargadas(os) trajeran un puñado de camarones, cangrejos, y verduras (alimentos de “desviación positiva”) como “precio de admisión” de la sesión de nutrición. Se esperaba que el pedir que las madres recogieran los camarones, cangrejos y verduras, durante los 14 días del programa, estas adquirieran el hábito y continuaran haciéndolo después de rehabilitadas(os) sus hijas(os).

Finalmente se observaron resultados exitosos como resultado del programa DP/Talleres Hogareños. Un cohorte de 700 niñas(os) que presentaban un segundo o tercer grado de desnutrición participaron en el programa de Talleres Hogareños. El seguimiento efectuado dos años después demostró que de éstas(os) mismas(os) niñas(os), únicamente el 3% todavía padecían de desnutrición de segundo y tercer grado. Cincuenta y nueve por ciento de todas(os) las(os) participantes en los Talleres Hogareños se encontraban rehabilitadas(os) a nivel normal y 38% a un primer grado de desnutrición. Este mismo nivel inicial de mejoría se pudo observar después de 14-23 meses de haber participado en el programa.



El programa DP/Talleres Hogareños realizado en Vietnam constituye un ejemplo maravilloso de como el enfoque DP/Talleres Hogareños puede lograr resultados sorprendentes y llevarse a escala hasta ser un programa nacional. Inició en 1991 con cuatro aldeas y una población de 20,000. El programa fue adoptado por el Ministerio de Salud y en 1998 abarcó a un total de 256 aldeas con una población total de 1.2 millones.



“Somos culpables de muchos errores y faltas Pero nuestro peor crimen es abandonar a nuestros hijos, abandonando así la fuente de la vida. Muchas de las cosas que necesitamos pueden esperar El niño no Ahora es el momento en que se forman sus huesos, Se crea su sangre, se desarrollan sus sentidos. Al niño no le podemos responder “Mañana” El nombre del Niño es Hoy.”

‘El nombre del niño es Hoy’
de **Gabriela Mistral**
Poetisa Chilena
Ganadora del Premio Nóbel

Los datos de Save the Children en Vietnam evidenciaron el impacto dramático para la prevención de la desnutrición futura. En 1991, el 3% de las(os) niñas(os) menores de tres años presentaban una desnutrición severa, un 12% de desnutrición moderada y un 26% de desnutrición leve. En 1995, dos años después de implementado el programa, se habían eliminado totalmente los casos de desnutrición de tercer grado. Únicamente un 5% de las(os) menores presentaban desnutrición moderada, mientras que el 21% padecía de desnutrición leve. El programa logró reducir la desnutrición de segundo y tercer grado en un 80%. Las personas encargadas pudieron mantener el mejoramiento de la condición nutricional dos años después de concluido el programa de Talleres Hogareños. Así mismo, las(os) hermanas(os) menores de estas(os) niñas(os), y demás niñas(os) de la comunidad nacidas(os) después de la finalización de los Talleres Hogareños gozaron de la misma condición nutricional que las(os) participantes del programa TH (4).

El enfoque DP/Talleres Hogareños no trata únicamente de camarones, cangrejos o verduras. Tampoco es un “modelo” ya que esto implicaría que es algo prefijado. Más bien, es un enfoque flexible, que depende de las prácticas locales y culturalmente aceptables dentro de la comunidad.

¿Por qué la desnutrición constituye un problema?

La desnutrición esta presente en más de la mitad de todos los casos de muerte infantil en el mundo entero. Actúa lenta, tenaz y a menudo ni siquiera se diagnostica. La desnutrición constituye una emergencia silenciosa que pone en peligro a las(os) niñas(os), las mujeres, las familias, y en última instancia la viabilidad general de toda la sociedad. Esta crisis es real y su persistencia tiene implicaciones profundas para el futuro de la aldea global. Aún cuando la desnutrición lleva a las(os) niñas(os) a la muerte y discapacidad en gran escala, tiene aún mayores consecuencias. Al discapacitar física y mentalmente a la niñez, la desnutrición le roba a las(os) niñas(os) su capacidad de desarrollarse en todo su potencial como seres humanos. Para muchas(os) niñas(os) el hambre crónica se ha convertido en algo habitual. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud incluso la(el) menor que padece de un peso levemente bajo tiene un mayor riesgo de morir.

Algunas(os) niñas(os) desnutridas(os) tienen cabello rojizo y fino y tienden a tener poca energía, son indiferentes, apáticas(os) desinteresadas(os) en el juego, alimentos o la interacción. Otras(os) se ven retraídas(os) y confusas(os). Algunas(os) otras(os) aparentan estar normales, sin embargo se ven mucho menores para su edad real. Luego tenemos a las(os) niñas(os) marásmicas(os) y las(os) niñas(os) kwashiorkor clásicas(os) quienes exhiben una desnutrición severa en su estado más desarrollado y que requieren atención médica inmediata. Debido a su inicio gradual y alta prevalencia, las personas encargadas de las(os) menores, sus familias, las comunidades y los gobiernos a menudo pasan por alto la desnutrición. Sin embargo, cada niña(o) que padece de desnutrición debería ondear una bandera roja que indique la necesidad de apoyo de la familia y de la comunidad. Todo apunta a un problema en el que podrían tener un rol importante la falta de alimentos, la mala distribución de los alimentos disponibles, prácticas inadecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria, estimulación temprana deficiente, prácticas de cuidado familiar inadecuadas, agua y saneamiento deficientes, y las enfermedades.

El cuadro. O.1 muestra las interacciones entre las causas subyacentes e inmediatas de la desnutrición. El programa de DP/Talleres Hogareños se enfoca en las causas conductuales subyacentes de la desnutrición al nivel del hogar, tales como cuidado materno infantil inadecuado, a fin de poder abordar las dos causas directas de la desnutrición como son la ingesta de alimentos inadecuada y las enfermedades.

CUADRO O.1 CAUSAS DE LA DESNUTRICION



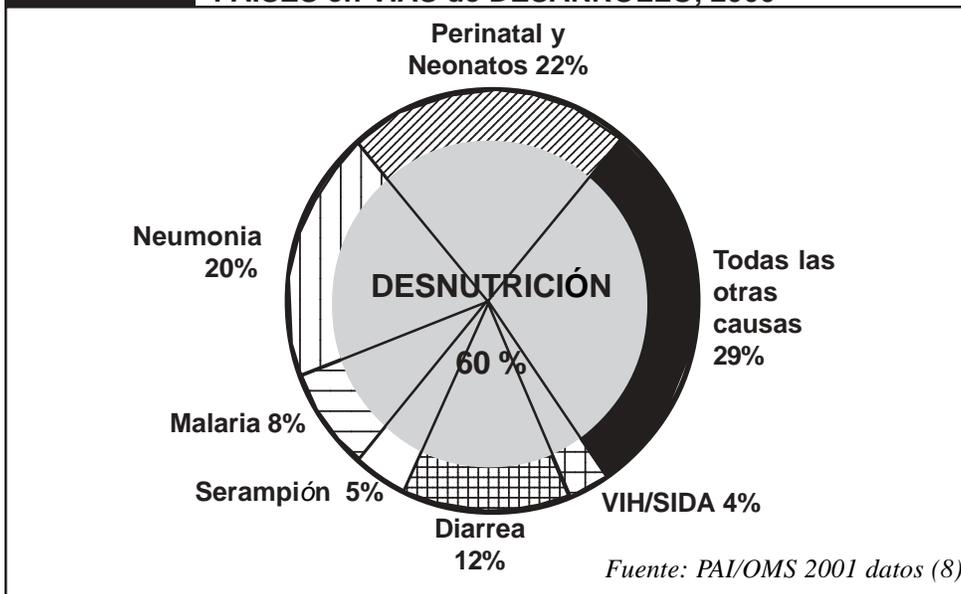
“Las prácticas de alimentación inapropiadas y sus consecuencias son grandes obstáculos al desarrollo socioeconómico sostenible y a la reducción de la pobreza. Los esfuerzos de los gobiernos por acelerar el desarrollo económico a largo plazo fracasarán hasta que se haya asegurado un crecimiento y un desarrollo infantiles óptimos, en especial a través de prácticas de alimentación adecuadas.”

Estrategia Global de la OMS respecto a La Alimentación infantil & de la (el) menor Informe de la Secretaría 55a Asamblea Mundial de la Salud de abril 2002(5)

No se debe subestimar las consecuencias de la desnutrición leve. La poca resistencia a las enfermedades de una niña(o) desnutrida(o) socava todos los esfuerzos gubernamentales. Esto reduce el rendimiento de los considerables recursos invertidos en asegurar que las familias tengan acceso a la vacunación, la terapia de rehidratación oral (TRO), el saneamiento ambiental, el tratamiento para las infecciones respiratorias agudas (IRA), la malaria, y la educación sobre VIH/SIDA. Se ha demostrado que el 83% de la mortalidad por desnutrición se debe a complicaciones por la desnutrición de leve a moderada más que a la forma severa (7). Cuando se logra reducir la desnutrición, todos los esfuerzos de salud pública rinden mejores resultados.

A pesa de que la pobreza constituye un factor tremendo que afecta la condición nutricional, algunas familias pobres han demostrado que este problema tiene solución. El enfoque DP/Talleres Hogareños involucra a la comunidad a fin de identificar aquellas conductas que contribuyen a una buena nutrición y al desarrollo saludable de las(os) niñas(os) y moviliza las comunidades para que rehabiliten a las(os) menores desnutridas(os) de manera sostenible.

CUADRO 0.2 CONTRIBUCION de la DESNUTRICION a la MORTALIDAD de NIÑAS(OS) MENORES de 5, en los PAISES en VIAS de DESARROLLO, 2000



Desde hace mucho se conoce el hecho que la desnutrición es una consecuencia de la pobreza. Cada vez esta más claro que también es una causa. Cuando las(os) niñas(os) desnutridas(os) se debilitan se les dificulta o imposibilita el aprendizaje, lo que impacta en su desarrollo total y su futura capacidad de ganarse la vida. La falta de ciertos nutrientes resulta en una menor capacidad mental o una menor resistencia a las enfermedades, reduciendo aún más la productividad.

Pasos claves hacia el enfoque DP/Talleres Hogareños

Los pasos para implementar un programa efectivo de DP/TH se describirán en detalle en los siguientes Capítulos. En resumen los pasos y resultados claves son:



PASO 1

Decida si el enfoque de DP/Talleres Hogareños resulta factible en la comunidad meta: Capítulo 1

RESULTADO Una evaluación de los componentes claves de efectividad dentro de la comunidad y organización implementadora y una decisión bien informada sobre si es o no idoneo iniciar el enfoque de DP/Talleres hogareños



PASO 2

Comience por movilizar la comunidad y seleccionar y capacitar las personas claves de la comunidad: Capítulo 2

RESULTADO Apoyar a la comunidad mediante la identificación y participación de quienes toman decisiones y personas de influencia, así mismo mediante la formación y/o fortalecimiento del Comité Comunitario de Salud, y la identificación y capacitación del personal clave incluyendo las(os) supervisoras(es), facilitadoras(es), gerentes de proyecto, y Voluntarias Comunitarias de Salud



Prepárese para la Investigación de Desviación Positiva: Capítulo 3

PASO 3

RESULTADO Conocimiento de las actuales prácticas normativas que afectan la condición nutricional y desarrollo de las(os) niñas(os), la clasificación socio-económico de las familias, una evaluación de línea base nutricional básica de todos las(os) menores del grupo meta para identificar las(os) desnutridas(os) y a las Personas Desviadoras Positivas (PDP) de la comunidad



Realice la Investigación de Desviación Positiva: Capítulo 4

PASO 4

RESULTADO Identificación de las conductas claves en alimentación, cuidado, higiene y salud que deben enseñarse en las sesiones de Talleres Hogareños basados en las visitas al hogar de las familias Desviadoras Positivas



Diseñe las Sesiones de Talleres Hogareños: Capítulo 5

PASO 5

RESULTADO Un programa de doce sesiones en el hogar que incluye menús saludables y mensajes efectivos de educación en salud



Realice las sesiones de Talleres Hogareños con las(os) niñas(os) desnutridas(os) y sus encargadas(os): Capítulo 6

PASO 6

RESULTADO Recuperación de las(os) niñas(os) desnutridas(os) y mejor conocimiento y práctica de nuevas conductas entre las personas encargadas de las(os) menores



Apoye las nuevas conductas mediante visitas de seguimiento: Capítulo 6

PASO 7

RESULTADO Las(os) participantes practican las nuevas conductas al nivel del hogar



Repita el Taller Hogareño tantas veces como sea necesario: Capítulo 6

PASO 8

RESULTADO La mayoría de las(os) niñas(os) están rehabilitadas(os) y creciendo bien



Expanda el Programa DP/Talleres Hogareños a comunidades adicionales: Capítulo 7

PASO 9

RESULTADO Más comunidades rehabilitando su niñez desnutrida

La sostenibilidad debe incorporarse y planificarse desde el inicio del programa, y no como un agregado que se pensó durante la finalización del proyecto. El Capítulo 7 incluye una discusión respecto a este tema y cómo puede tomarse en cuenta este tema en las etapas tempranas de la planificación del programa DP/Talleres Hogareños. Para que pueda seguir su avance en el proceso cada capítulo comienza con la descripción de los nueve pasos, siempre haciéndose énfasis en el paso que cubre el capítulo de que se trata.

El Monitoreo y Evaluación son importantes para todos los pasos de la DP/TH. Se discute con mayores detalles en el Capítulo 8.

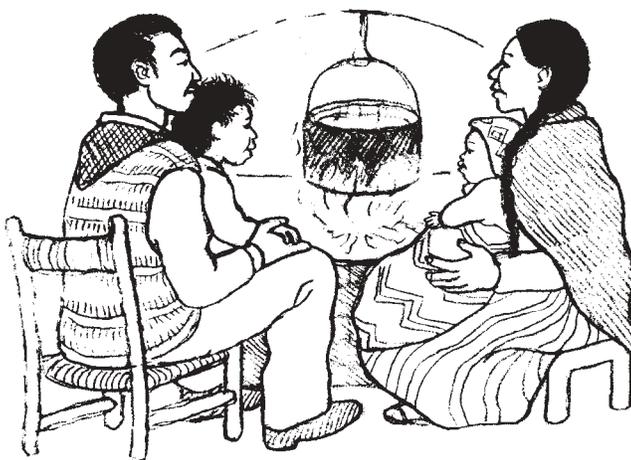
DEFINICIONES

Desviación Positiva/ Terminología de Talleres Hogareños

“Hogar es el fogón de la casa/cocina y sugiere un sentimiento de calidez, comodidad intimidad, hogar y familia.”

Persona encargada de la(el) menor La persona más directamente involucrada en el cuidado de la(el) menor. Esta persona puede ser la madre, abuela, padre, hermana(o) mayor. Aun cuando este manual se refiere a veces a la madre y no a la persona encargada del cuidado de la(el) menor, resulta importante tomar en cuenta que la persona encargada del cuidado de la(el) menor puede ser cualquier persona en la vida de la(el) niña(o), y es ésta persona encargada principal la que debe ser invitada a los Talleres Hogareños.

Desviador(a) Una persona o conducta que se desvía de la manera tradicional de hacer las cosas. Un cambio de ruta que se sale de la vía actual para tomar una nueva ruta. Generalmente el término de “desviación” tiene una connotación negativa; sin embargo, puede ser negativa o positiva ya que solamente significa una desviación de la norma.



Hogar El fuego del hogar/cocina que generalmente sugiere un sentimiento de calor, comodidad, intimidad, hogar y familia. Término utilizado para describir el escenario de las sesiones de educación en nutrición y rehabilitación.

Taller Hogareño Consiste en una serie de doce días de sesiones diseñadas con el objeto de rehabilitar a las(os) niñas(os)

desnutridas(os) y enseñar las prácticas y conductas de Desviación Positiva. Con el apoyo de voluntarias y en el seno del hogar, las personas encargadas de las(os) menores preparan alimentos más ricos en energía, y densos en calorías con los que alimentan a las(os) niñas(os) desnutridas(os). Las personas encargadas de las(os) menores preparan alimentos de Desviación Positiva y practican otras conductas positivas en la crianza de las(os) menores.

Positivo Algo que esta funcionando o algo que las personas están haciendo bien. Una conducta positiva utiliza los recursos disponibles localmente, en lugar de recursos “especiales” que no existen dentro de la comunidad. La búsqueda de conductas positivas conlleva a la identificación de éxitos y no de fracasos.

Enfoque de Desviación Positiva en el Desarrollo Un enfoque de desarrollo que ayuda a los miembros de la comunidad y a la comunidad misma a encontrar soluciones existentes y sostenibles a los problemas de la comunidad mediante la comprensión de las conductas propias de las personas Desviadoras Positivas de la comunidad.

Conducta o Práctica de Desviación Positiva Una práctica poco común, pero que se ha comprobado que es exitosa.

DEFINICIONES

Familia Desviadora Positiva Los miembros de una familia que realizan prácticas poco comunes pero beneficiosas que resultan en niñas(os) saludables y bien nutridas(os).

Alimentos Desviadores Positivos Un alimento específico, nutritivo utilizado por las PDP de la comunidad. Este alimento esta disponible y al alcance de todos.

Investigación de Desviación Positiva (IDP) Una herramienta de exploración utilizada con el fin de descubrir las prácticas exitosas o deseables de las PDP. El proceso de auto descubrimiento de la comunidad a través del cual pueden observar las prácticas de aquellos vecinos que tienen sus niñas(os) bien nutridas(os) y saludables. Es la observación de niñas(os) que viven bajo condiciones comunes y corrientes. Incluye la observación de las familias de estas(os) niñas(os) y sus mecanismos para salir adelante que pueden ser duplicados dentro de la comunidad.

Equipo de Investigación de Desviación Positiva (Equipo IDP) El equipo que conduce la IDP. Este equipo puede estar compuesto por miembros de la comunidad, personal del proyecto, personal de salud, e individuos fuera del sector salud.

Persona Desviadora Positiva Una persona cuyas conductas o prácticas especiales le permiten resolver un problema con mayor éxito que sus vecinos quienes tienen acceso a los mismos recursos y que además comparten los mismos factores de riesgo. Dentro del contexto de la desnutrición, una(un) niña(o) DP es una(un) menor bien nutrida(o) que pertenece a una familia de escasos recursos (de acuerdo con la norma de la aldea).

Nota: Estos términos deben traducirse al lenguaje común de la localidad antes de iniciar la capacitación de la comunidad y las voluntarias de los Talleres Hogareños. Por ejemplo, en algunos países una persona desviadora positiva se llama “persona modelo” o una “*maman lumière*” (“*Madre Iluminada*”).

DEFINICIONES

Términos Comunes de Nutrición (9)

Anemia Reducción de las células rojas en la sangre a causa de una deficiencia de hierro. En las(os) niñas(os) la anemia puede ser causada por la pérdida de sangre, parásitos, (tales como el anquilostoma), y otras deficiencias vitamínicas y de minerales en la dieta tales como de Vitamina A, Vitamina C, Vitamina B-12, y ácido fólico.

Kwashiorkor Desnutrición severa, aguda es caracterizada por cabello fino, ralo que se cae con facilidad, inflamación de ambos pies (edema), piel seca y escamosa especialmente en los brazos y piernas, rostro hinchado; y abdomen inflamado.

Desnutrición Incapacidad de satisfacer los requerimientos nutricionales, lo que puede resultar en problemas de salud físicos y mentales. Una nutrición inadecuada generalizada que se evidencia en los individuos con retraso en el crecimiento, bajo peso y emaciación; así como en la deficiencia de micronutrientes, tales como Vitamina A, cinc, yodo, hierro, y ácido fólico. La Organización Mundial de la Salud ha definido la desnutrición mediante el uso de estándares de peso- por-edad para niñas(os) menores de cinco años.

Marasmo Emaciación severa y visible que requiere atención médica urgente. La (el) menor se ve delgada(o) (piel y huesos), con muy poca grasa y músculo; se destacan claramente las costillas.

Retraso en el Crecimiento desnutrición crónica que impide que la (el) niña(o) crezca a su estatura normal de acuerdo con su edad.

Peso Deficiente Una (un) niña(a) desnutrida(o) con peso severamente más bajo de lo normal para su edad. Esta es la medida más comúnmente utilizada en los programas DP/Talleres Hogareños

Emaciación desnutrición aguda que resulta en menores con peso seriamente por debajo de lo normal para su altura. Requiere atención médica.

Puntaje Z Llamado también el puntaje de desviación estándar. Es la medida que indica que tan lejos y en que dirección se ha desviado la condición nutricional de la (el) menor, de la media de referencia recomendada internacionalmente, respecto a otras(os) niñas(os) de la misma edad o altura. Las(os) menores cuyos pesos se encuentran en una desviación estándar por debajo de la norma (puntaje $Z < -1$) se consideran ligeramente desnutridas(os), dos desviaciones estándar (puntaje $Z < -2$) se consideran moderadamente desnutridas(os) y con tres desviaciones estándar (puntaje $Z < -3$) se consideran severamente desnutridas(os).

CAPITULO UNO

Paso 1: Decida sí el Programa DP/Talleres Hogareños es para Usted



PASO 1

Decida si el enfoque DP/Talleres Hogareños es factible en la comunidad meta, considere lo siguiente:

- A. Condiciones Generales
- B. Compromiso de la Comunidad
- C. Compromiso de la Institución que Implementará

La decisión de implementar un programa de Talleres Hogareños requiere de una reflexión profunda, basandose en un número de variables que incluyen las condiciones generales, el compromiso de la comunidad y el compromiso de la institución que implementará. No es una intervención que se pueda tomar a la ligera, como si fuera un mero agregado a un programa existente. Se debe considerar los siguientes criterios antes de decidir si el enfoque de Talleres Hogareños es el apropiado para su situación particular.

A. Condiciones Generales

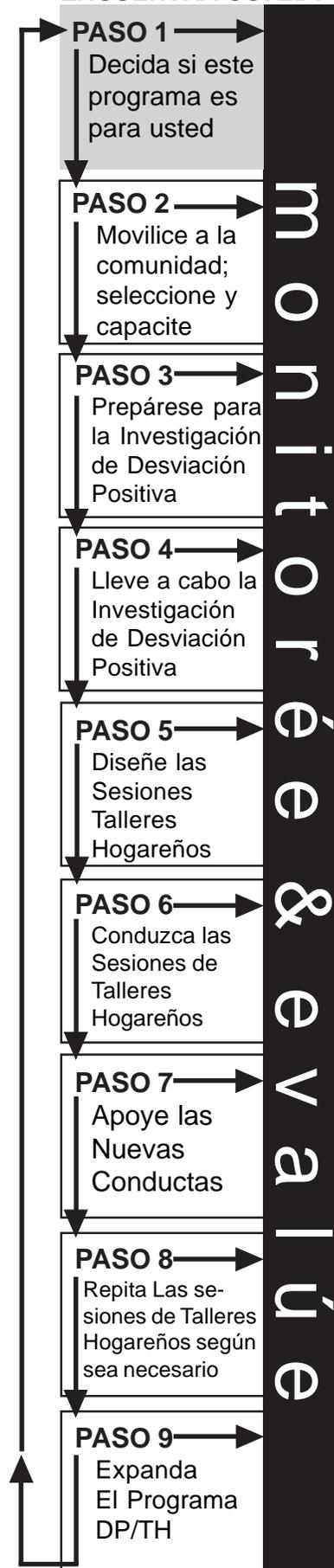
Existen ciertas condiciones generales asociadas a los programas DP/TH exitosos:

Prevalencia de Desnutrición en la Comunidad

Para poder justificar el esfuerzo del programa DP/TH debe existir en la comunidad una masa crítica de niñas(os) desnutridas(os). Este programa es más efectivo en aquellas comunidades en que al menos el 30% de las(os) niñas(os) están desnutridas(os) (incluyendo la desnutrición leve, moderada y severa). Debido a que el programa requiere un alto nivel de participación de la comunidad, en áreas en donde la desnutrición tiene un nivel menor del 30% éste podría no ser el mejor uso de recursos. El método que se utiliza para determinar la desnutrición se basa en las medidas estándar de peso por edad utilizados por la mayor parte de las tarjetas de Monitoreo de Crecimiento de los Ministerios de Salud.

Si sus tasas de desnutrición iniciales parecen bajas, considere la posibilidad de que tal vez no se han registrado a todas(os) las(os) niñas(os). El registro y peso de casa en casa es importante para asegurar que se ha evaluado correctamente la tasa de desnutrición. Los registros provenientes de los centros de salud locales a menudo necesitan actualizarse para incluir a inmigrantes o niñas(os) nacidas(os) el año anterior. Debe considerarse el incluir también a menores que no están desnutridas(os) en el presente, pero cuyas tarjetas de crecimiento muestran una tendencia negativa del crecimiento (pérdida de peso) por más de dos meses. La intervención en estas(os) menores puede evitar que se desnutran mas adelante. (1).

¿DÓNDE SE ENCUENTRA USTED?





Se debe disponer de alimentos locales al alcance de la población a fin de que la comunidad pueda sostener las conductas de alimentación.

Aun cuando se han implementado la mayor parte de los programas DP/Talleres Hogareños en zonas rurales, existen proyectos urbanos en un número creciente de países.

Disponibilidad de Alimentos Locales a Precios Módicos

A fin de que la comunidad pueda sostener las conductas de alimentación se debe disponer de alimentos locales a precios módicos que estén al alcance de la población. El programa de DP/Talleres Hogareños no se recomienda en áreas que sufren de períodos prolongados (de más de tres meses) de inseguridad alimentaria en el hogar, ni en lugares donde la fuente principal de alimentos proviene de programas de ayuda en alimentos. Para averiguar la disponibilidad de alimentos al alcance de la población:

- ♥ Realice una investigación informal de mercado
- ♥ Visite los mercados y tiendas de la localidad para verificar la disponibilidad y precios de los alimentos
- ♥ Investigue sobre si hay algunos de los alimentos que son de temporada
- ♥ Evalúe la disponibilidad de tiendas familiares, incluyendo los alimentos cultivados en jardines caseros, parcelas y ganado y aves de corral.

Proximidad Geográfica de los Hogares

El programa DP/Talleres Hogareños funciona mejor en áreas donde las casas están relativamente cerca debido a que las personas encargadas de las(os) menores pueden asistir a las sesiones diarias sin tener que caminar grandes distancias. La proximidad facilitará a las voluntarias la visita frecuente a los hogares de las familias participantes.

Escenarios Urbanos vs. Rurales

La experiencia ha demostrado que el proyecto DP/Talleres Hogareños ha tenido éxito tanto en el área rural como urbana. En las comunidades urbanas se compran los alimentos. En la mayoría de las áreas rurales la población cultiva las frutas y hortalizas y además pueden pescar o criar ganado. La IDP revelará como la población se adecua a su situación particular. Además, las áreas urbanas están más densamente pobladas, lo que significa que la distancia entre una casa y otra es corta lo que facilita las visitas. A pesar de que la mayoría de proyectos se han implementado en áreas rurales existen proyectos en zonas urbanas en Haití, Etiopía, Guinea, Madagascar, Indonesia y la India.

Existencia de Ayuda Alimentaria (Título II, Alimentos por Trabajo, Programa Mundial de Alimentos, etc.)

El propósito del programa DP/Talleres Hogareños consiste en descubrir el conocimiento y recursos locales con miras a combatir la desnutrición. Los alimentos donados o los alimentos otorgados a cambio de trabajo complican el objetivo de utilizar los alimentos autóctonos disponibles en la localidad. Sin embargo, es importante descubrir formas creativas de trabajar en aquellos países que reciben ayuda alimentaria para utilizar estas fuentes de alimento sin reducir el impacto del programa DP/Talleres Hogareños, ni arriesgar sus principios más importantes.

La IDP puede revelar que algunas familias le sacan mejor provecho a los alimentos donados que otras. Es posible que los preparen dándoles mejor sabor o que los vendan para comprar alimentos diferentes. Una vez finalizado el programa de ayuda alimentaria, se debe realizar una nueva IDP para encontrar soluciones a la desnutrición que no dependan de ayuda alimentaria externa.

Una manera de integrar la ayuda alimentaria al programa DP/Talleres Hogareños consiste en utilizar las contribuciones de alimentos de la canasta básica durante un

período de tiempo limitado, con el fin de apoyar el logro de los objetivos de rehabilitación del programa. Las personas encargadas de las(os) niñas(os) deberán cumplir con el requisito de traer alimentos de Desviación Positiva a las sesiones de TH y además practicar otras conductas como las de alimentación activa, higiene y desnutrición que no dependen de insumos de ayuda alimentaria. Otra idea consiste en utilizar los alimentos donados como incentivos en especie para las(os) facilitadoras(es)/ supervisoras(es) que dirigen los TH. De todas formas debe quedar claro que la ayuda alimentaria es por tiempo limitado y no es sostenible, de tal manera que debe incorporarse en el proyecto de Talleres Hogareños un plan de eliminación gradual de la ayuda para costumbre a la población a subsistir sin ella.

Desplazados Internos y Refugiados

El programa DP/Talleres Hogareños no es el mejor de los enfoques en casos de personas desplazadas internamente o refugiadas(os). Sin embargo, el programa puede constituir una herramienta efectiva para identificar estrategias particulares de adaptación y habilidades utilizadas por ciertas familias para enfrentar su condición.

Poblaciones Desposeídas de Tierra o Comunidades de Ocupantes Ilegales

A pesar que estas comunidades son por naturaleza inestables, existen ahí también PDP o modelos. Aquí se necesita una estrategia combinada con un componente de generación de ingresos a manera de apoyar la seguridad alimentaria del hogar.

Existencia de Programas Complementarios de Salud Pública y Desarrollo

Existen varios programas de salud pública que trabajan complementariamente con el programa DP/Talleres Hogareños a fin de mejorar las condiciones de salud y nutrición de la población infantil. Es importante evaluar el estado actual de estos programas y tomar todas las decisiones necesarias a la luz de los objetivos y recursos disponibles. Aun cuando el programa DP/ Talleres Hogareños se puede implementar igualmente en áreas que carecen de servicios de salud, un proyecto desarrollado en Myanmar descubrió que la mejoría nutricional de las(os) menores se veía retrasada por la alta tasa de casos de tuberculosis y brotes de sarampión. Los programas, dentro de lo posible, deben considerar la implementación de programas complementarios con otras organizaciones quienes podrían proporcionar:

- ♥ Programas de inmunización
- ♥ Suplementos de micronutrientes
- ♥ Desparasitación
- ♥ Sistema de Referencia de las(os) menores enfermas(os) a las unidades de salud locales

Los esfuerzos en nutrición se pueden integrar a una variedad de programas existentes entre los que podemos incluir los agrícolas, de seguridad alimentaria, de desarrollo económico y agua y saneamiento. En los lugares en donde existe el programa de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia en el Hogar y la Comunidad (AIEPI), el programa de Talleres Hogareños puede complementar los mensajes de salud y beneficiarse de la evaluación, clasificación, tratamiento y referencia de la comunidad que realiza AIEPI. Además, la desnutrición es tanto causa como efecto de muchos otros problemas de salud pública y no se le puede tratar aisladamente. Los programas de DP/Talleres Hogareños encajan bien dentro



Los esfuerzos para la nutrición se pueden incorporar a una variedad de otros programas existentes tales como los agrícolas, seguridad alimentaria, desarrollo económico y agua y saneamiento.

La desnutrición es tanto una causa como efecto de muchos otros problemas de salud pública y por lo tanto no debe tratarse aisladamente.

de los programas de supervivencia infantil, y al ser implementados efectivamente pueden impactar dramáticamente en otros indicadores de salud pública tales como la incidencia de diarrea y las tasas de mortalidad infantil debidas a la neumonía y malaria.

Sistemas para Identificar y Rastrear a las(os) Niñas(os) Desnutridas(os)

Los siguientes programas son útiles en las comunidades que a fin de mantener tasas bajas de desnutrición están comprometidas con la implementación de el programa DP/Talleres Hogareños. Aun cuando su mera existencia implica una situación óptima para el programa DP/Talleres Hogareños, el hecho de que no estén presentes en una comunidad dada no significa que esa comunidad deba quedarse fuera del programa. Es importante evaluar si existen estos programas de monitoreo y hasta que nivel. Luego se debe tomar la decisión de si debemos continuar con la implementación aun cuando no existan otros programas, basándonos en los otros criterios, metas del programa y recursos disponibles y seguir trabajando en el fortalecimiento de uno o todos estos temas, o asociarnos con otras organizaciones que pudieran traer los recursos o experiencia necesarios.

♥ *Voluntad de Iniciar o Continuar con los Programas de Monitoreo y Promoción de Crecimiento Infantil*

El monitoreo de crecimiento es el medio para darle seguimiento a la condición nutricional de las(os) menores a lo largo del tiempo. Por este medio se identifican a las(os) niñas(os) desnutridas(os) que van a necesitar de las sesiones de Talleres Hogareños así como también a las(os) menores que no mantienen un patrón de crecimiento adecuado después de finalizadas las sesiones.

♥ *Inscripción de Cada Niña(o) en el Grupo Meta*

Se necesita un registro poblacional con el fin de llegar a cada niña(o) dentro del grupo de edad prioritario (0-3 años de edad), y así obtener información sobre la situación nutricional de toda esa comunidad. Esto permite tener una definición clara de la comunidad meta de menores desnutridas(os) y de sus padres o personas encargadas del cuidado de los menores.

♥ *Informe de Datos Vitales a fin de detectar Nacimientos, Muertes y Migración*

Con el objeto de rastrear a cada menor e inscribir a los nuevos miembros de la comunidad ya sea por nacimiento o inmigración, es necesario recopilar información sobre nuevos acontecimientos. Si esto no se está efectuando en la actualidad, será necesario que las(os) dirigentes de la comunidad estén dispuestos a organizar los sistemas necesarios para recopilar estos datos básicos.

El compromiso de la comunidad es vital para el éxito del programa DP/TH. Es mejor no ejecutar el proyecto si los líderes comunitarios no lo apoyan.

B. Compromiso de la Comunidad

El compromiso de la comunidad es clave para el éxito del programa DP/Talleres Hogareños. Se espera que la comunidad contribuya ya que resulta esencial para lograr las metas, y además refleja el nivel de apoyo que tiene el programa. Las contribuciones de las personas encargadas de las(os) menores que asisten a los talleres, así como las de las voluntarias que auspician y dirigen las sesiones, de las(os) líderes comunitarios y de los comités de salud, que proporcionan tanto el apoyo moral como los insumos materiales, son recursos valiosos. Aun cuando resulta difícil cuantificar y contar, son

éstas contribuciones las que realmente financian el programa y determinan su éxito o fracaso:

Presencia de un Liderazgo Comunitario Comprometido

Al reunirse con las(os) líderes formales e informales de la comunidad, así como con el personal de salud, y líderes religiosos, se debe evaluar si existe una preocupación por la salud de la comunidad y el deseo de reducir la desnutrición. Si las(os) líderes de la comunidad no se comprometen con el programa DP/Talleres Hogareños será mejor no llevarlo a cabo.

Presencia de un Comité Comunitario de Salud Comprometido

Evalúe la presencia y funcionalidad del Comité Comunitario de Salud. Si no existe dicho Comité de Salud, entonces debe organizarse uno. El papel de un Comité Comunitario de Salud consiste en:

- ♥ Administrar y coordinar las actividades de salud al nivel local
- ♥ Establecer los criterios de selección y supervisión de las voluntarias de la comunidad
- ♥ Colaborar con la organización de la implementación del programa de Talleres Hogareños así como con el personal de salud a nivel de distrito

Disponibilidad de Voluntarias dentro de la Comunidad

La voluntaria del Programa de Talleres Hogareños constituye el recurso humano clave de todo el proyecto. Se necesitan una o dos voluntarias del sexo femenino en cada una de las ubicaciones de los Talleres Hogareños. Las voluntarias realizan las sesiones en sus hogares, preparan los alimentos, supervisan a las personas encargadas de las(os) menores, dan demostraciones de como alimentar a las(os) menores, y transmiten mensajes sencillos a las demás madres. Su compromiso con el programa es de por lo menos dos meses, durante los cuales se espera que le dediquen suficiente tiempo y esfuerzo al logro de las metas del programa. Los programas DP/Talleres Hogareños pueden reclutar a Personal Comunitario de Salud (PCS) si existe. En el Capítulo 2 se proporciona más información respecto a la descripción del puesto, el reclutamiento y capacitación de las voluntarias.

C. Compromiso de la Institución que Implementa

El(la) director(a) nacional de la institución ejecutora principal debe creer totalmente en el proyecto. No es recomendable iniciar este programa a menos que la gerencia y el personal estén comprometidos a seguir esta metodología. Se ha comprobado que los programas de Talleres Hogareños que han tenido éxito son aquellos que han gozado del compromiso total de la Institución Ejecutora tanto a nivel nacional como internacional. Dada la cantidad de los recursos humanos necesarios, el programa puede sufrir si no cuenta con la voluntad y apoyo de la alta gerencia. La inversión más significativa del programa DP/Talleres Hogareños yace en el arduo trabajo y compromiso del personal y las voluntarias. El programa no depende de inversiones significativas en infraestructura ni insumos tangibles sino más bien del proceso y el despegue y puesta en marcha de un concepto. Es por eso que los recursos humanos son extremadamente críticos y necesarios, por lo que debe considerarse antes de iniciar el programa. El Cuadro 1.1 en la página siguiente ilustra la necesidad de dotación de personal para apoyar a una población que cuenta con un total de sesenta niñas(os) desnutridas(os).



Las voluntarias conducen sesiones de TH en sus hogares, preparan alimentos, supervisan a las personas encargadas de las(os) niñas(os), dan demostraciones de alimentación activa y transmiten mensajes sencillos a otras madres.

No todas las organizaciones han considerado necesario emplear a consultores externos – las(os) gerentes locales han manejado muchos proyectos exitosos y han buscado ayuda externa solamente en casos de necesidad.

Gerente y/o Facilitador(a) en Jefe del Proyecto TH

Se necesita una(un) gerenta(e) de proyecto para dirigir el proyecto completo, incluyendo al personal de capacitación; el proceso; planificación de los menús; coordinación con las(os) dirigentes de la comunidad; coordinación con personeros del Ministerio de Salud, y demás socios involucrados; el monitoreo y evaluación de los resultados; etc. Diferentes organizaciones tienen diferentes ideas sobre si contratar a una(un) gerente de proyecto local o extranjero(a). El ejemplo presupuestario, al final de este capítulo, incluye a la(el) Gerenta(e) de Proyecto quién entrega la responsabilidad a una(un) facilitador(a) local en jefe después del primer año del proyecto. Las(os) consultoras(es) internacionales de los Talleres Hogareños están disponibles para organizar los programas DP/Talleres Hogareños, capacitar al personal, encontrar los problemas cuando un proyecto enfrenta dificultades y evaluar los programas de Talleres Hogareños. Una opción consiste en involucrar a un(una) consultor(a) de DP/Talleres Hogareños para iniciar el programa, evaluar el programa después de seis meses a un año de iniciado para asegurarse de que esta funcionando de manera óptima y hacer recomendaciones para refinar el enfoque y preparar un plan de expansión. Debe notarse, sin embargo, que no todas las organizaciones han considerado necesario contratar experiencia externa. Muchos proyectos exitosos han sido administrados por gerentes locales utilizando la ayuda externa únicamente cuando ha sido necesario.

Supervisoras(es)/Facilitadoras(es)

Se necesitan supervisoras(es)/facilitadoras(es) para cada grupo de diez a veinte voluntarias. Estas personas reciben un salario del proyecto y tienen la responsabilidad de capacitar a las voluntarias y supervisar el proceso de Talleres Hogareños.

Recursos Alimentarios

Por diseño, los costos de los alimentos en un proyecto DP/Talleres Hogareños son mínimos, ya que el proyecto se basa en alimentos de bajo costo disponibles localmente, proporcionados principalmente por la comunidad. La responsabilidad de reunir los materiales básicos para las sesiones de Talleres Hogareños debe compartirse entre todos los miembros de la comunidad, la institución ejecutora y personas encargadas de las(os) menores. Al inicio, la institución ejecutora tal vez deba contribuir con más alimentos, especialmente alimentos para la rehabilitación. Una vez que la comunidad comprende el valor de las sesiones de los talleres Hogareños y es testigo del cambio de las(os) niñas(os) enfermas(os) y letárgicas(os) a niñas(os) activas(os) y saludables, aumenta el valor que perciben del programa y la comunidad estará más dispuesta a sufragar los costos. Únicamente se podrá poner a prueba el poder de los recursos y el ingenio de la comunidad si se minimizan los insumos externos. En esta etapa es importante considerar los recursos disponibles de las personas encargadas de las(os) menores, la comunidad, y la organización.

Otros Costos del Proyecto

Los otros costos de proyecto incluyen materiales, viajes, equipo, comunicaciones y vivienda. Al final de este Capítulo se ha incluido una hoja presupuestaria con los costos por rubro para un período de tres años. Las inversiones más fuertes ocurren al inicio del programa, pero en general no representan costos recurrentes. Los costos serán menores si la institución o departamento ya tiene un local de oficina, no así para una ONG que tenga que cubrir los gastos de oficina, personal compartido, comunicaciones, etc.

CUADRO 1.1 EJEMPLO DE LAS NECESIDADES DE PERSONAL PARA 60 NIÑAS(OS)

Personal	Total	Cálculo	Comentarios
Voluntarias de Salud	10 a 20	Sitio de 5 a 10 niñas(os) /, 10 sitios de Talleres Hogareños necesarios para 60 niñas(os). Con 1 a 2 Voluntarias por sitio de Talleres Hogareños se necesitan de 10 a 20 voluntarias.	Las voluntarias a menudo prefieren trabajar en parejas, lo que resulta en 2 voluntarias por sitio de Talleres Hogareños.
Supervisor(a)/Facilitador(a)	1 a 2	1 por cada 10 a 20 voluntarias	Debido a la distancia, las(os) supervisoras(es) en área rural pueden apoyar a 10 voluntarias, mientras que en área urbana pueden apoyar hasta 20 voluntarias.
Gerente Talleres Hogareños/Facilitador(a) en Jefe	1	1 por proyecto	

Un Programa DP/Talleres Hogareños Involucra a varios actores

A menudo, es una ONG internacional o el Ministerio de Salud quienes toman el liderazgo. Su papel consiste en orientar y capacitar a las(os) empleadas(os) de salud de la localidad o de las ONGs con el fin de implementar los Talleres Hogareños a nivel de la comunidad. Con el objeto de asegurar una implementación de calidad, la agencia líder debe proveer mucho apoyo al monitoreo y a la movilización, capacitación y supervisión efectuada por la institución ejecutora, para asegurarse así que se adhieren a los principios fundamentales del programa.

La institución local es responsable de la movilización comunitaria, guiar la formación del Comité Comunitario de Salud y la selección de las voluntarias de los Talleres Hogareños, capacitar estos grupos o individuos y monitorear diariamente la implementación de los Talleres Hogareños mientras duren las rotaciones iniciales. También pueden apoyar a la comunidad en la implementación de un programa de monitoreo de crecimiento y en la provisión de servicios de salud complementarios.

Eventualmente, los Comités Comunitarios de Salud, gracias al apoyo de sus líderes locales, asumen responsabilidad total por la administración del programa de Talleres Hogareños y de repetir el programa en el futuro, de considerarse necesario.



Eventualmente, los Comités Comunitarios de Salud, gracias al apoyo de las(os) líderes comunitarias(os) asumirán la responsabilidad total del proyecto y de repetir el programa.

Ciento veintiún niñas(os) en ochenta sitios de Talleres Hogareños significa que aproximadamente 10,000 menores desnutridas(os) serán atendidas/os durante los tres años del Proyecto de Yakarta.

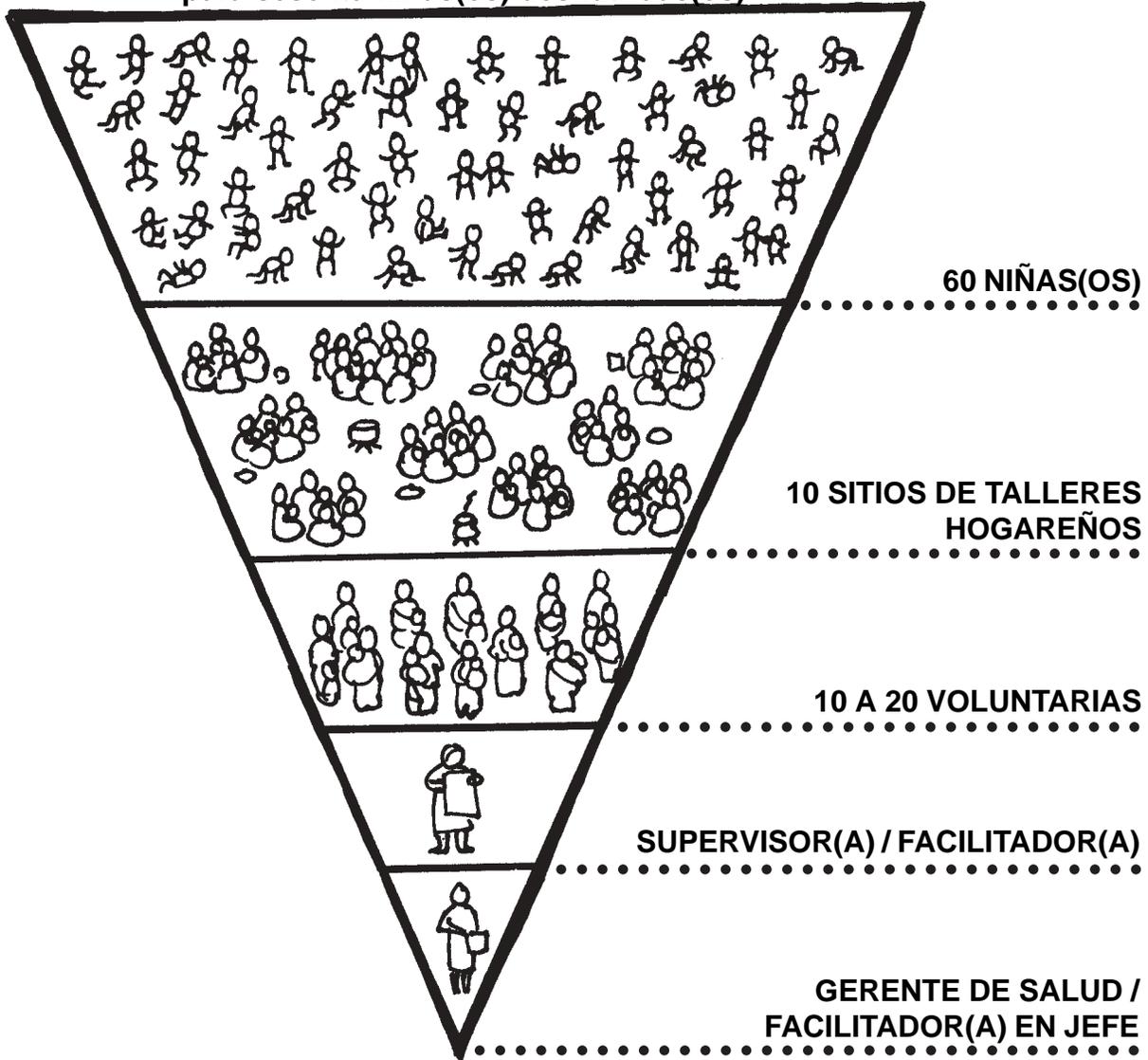


Estudio de Caso: Ejemplo de Dotación de Personal para el Proyecto / cálculo de beneficiarios

Sitio del Proyecto: Área Urbana de Yakarta, Indonesia

- ♥ Ocho supervisoras(es)/facilitadoras(es) que trabajan directamente con las voluntarias de los Talleres Hogareños
- ♥ Cada supervisor(a)/facilitador(a) supervisará de cuatro a diez parejas de voluntarias
- ♥ Se capacitarán aproximadamente ciento sesenta voluntarias
- ♥ El plan contempla tener ochenta sitios de Talleres Hogareños durante la vida del proyecto (estudio de caso, continuación)
- ♥ De cinco a diez niñas(os) desnutridas(os) junto con las personas que les cuidan serán asignados a un par de voluntarias en cualquier momento dado. Estas(os) menores rotarán después de aproximadamente dos meses de participar en las sesiones de Talleres Hogareños)
- ♥ Un total de cuarenta y dos niñas(os) serán atendidos anualmente en cada sitio con siete menores desnutridas(os) rotando cada dos meses (7 x 6)
- ♥ Ciento veintiséis niñas(os) serán servidas(os) en cada sitio de talleres Hogareños durante los tres años (42 x 23)
- ♥ Ciento veintiséis niñas(os) en ochenta sitios de Talleres Hogareños da un total de aproximadamente 10,000 niñas(os) desnutridas(os) atendidas(os) durante los tres años del proyecto
- ♥ Cincuenta mil familias beneficiarias serán atendidas en los tres años (asumiendo que son tres niñas(os) y dos personas encargadas por familia)

**Modelo de Dotación de Personal
para sesenta niñas(os) desnutridas(os)**



CUADRO 1.2 HOJA DE PRESUPUESTO
DE PD / TALLERES HOGAREÑOS

<i>Item</i>				
PERSONAL	Año 1	Año 2	Año 3	TOTAL
Profesional en salud (extranjera(o) o nacional)				
Facilitador(a) principal (nacional)				
Supervisor(a)/facilitadoras(es)				
Administrador(a) de oficina/gerente/ personal de apoyo				
Director(a) de País (%)				
Gerente Financiero (%)				
Conductores				
Oficial Superior del Programa de Salud (con base en la oficina sede)				
CONSULTORAS(ES)				
Visitas de apoyo técnico de la oficina sede				
Visitas de consultoras(es)				
MATERIALES				
Camisetas/gorras/insignias para voluntarias				
Ollas de cada TH				
Cucharas y utensilios de cocina				
Aceite y arroz				
Jabón				
Cubetas				
Vitamina A*				
Medicamentos Anti-helmínticos *				
Tarjetas de Monitoreo de Crecimiento*				
Calculadoras				
Suministros para Oficina				
Herramientas de Monitoreo: hojas de registro y formularios				
Materiales de Capacitación				
Producción: Lecciones aprendidas de TH				
Suministros para Capacitaciones				
VIAJES				
Renta de vehículos: carros/motocicletas				
Visitas cruzadas de capacitación para el(la) supervisor(a)				
Visitas cruzadas de capacitación para el(la) facilitador(a)				
EQUIPO				
Básculas para pesar				
Básculas para pesar alimentos				
Computadoras e impresoras				
Muebles para Oficina				
COMUNICACION				
Tarifas de Internet				
Teléfonos/fax				
VIVIENDA				
Renta de oficina				
EVALUACION				
Equipo externo				
TOTALES				

* A menudo el Programa de Talleres Hogareños puede obtener los servicios gratuitamente del Ministerio de Salud, o mejor aún, referir a los menores al Ministerio de Salud para recibir estos servicios.

CAPÍTULO DOS

Paso 2: Movilice, Seleccione y Capacite



PASO 2

Comience a movilizar la comunidad, Seleccione, y capacite su recurso humano

A. Movilice a la comunidad

1. Reúnase con las(os) líderes comunitarias(os) claves
2. Oriente al personal de salud local
3. Organice o fortalezca el Comité Comunitario de Salud

B. Seleccione y capacite sus recursos humanos

1. Escriba las descripciones de los puestos
2. Realice el análisis de tareas
3. Desarrolle los criterios de selección de beneficiarios
4. Reclute al personal y voluntarias
5. Lleve a cabo la evaluación de necesidades de capacitación
6. Seleccione el contenido del curso
7. Desarrolle la estrategia de capacitación
8. Establezca la metodología de capacitación
9. Organice la estrategia de evaluación de la capacitación
10. Prepare los materiales de capacitación y evaluación
11. Ejecute la capacitación

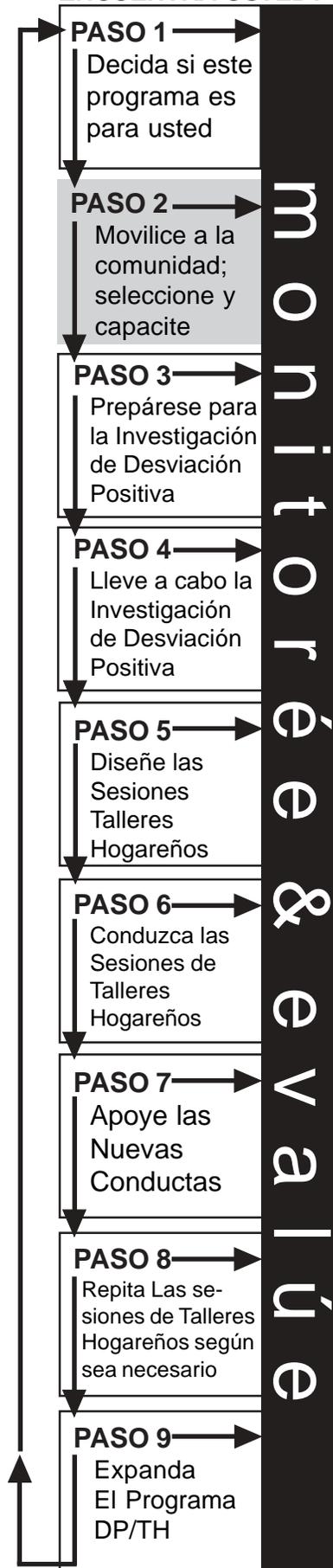
Una vez que haya decidido que el programa DP/Talleres Hogareños es factible para su contexto geográfico y cultural, puede iniciar el Paso 2.

A. Movilice a la comunidad

El programa DP/Talleres Hogareños es eminentemente comunitario por lo cual requiere una participación activa de la comunidad. Debido a que el proceso requiere del auto descubrimiento y la acción comunitaria, resultaría imposible para una institución ejecutar exitosamente el programa sin la participación y el apoyo de la comunidad.

Aun cuando la institución ejecutora puede iniciar el programa DP/Talleres Hogareños capacitando a los miembros de la comunidad, realmente depende de la comunidad misma el aprender desde sus inicios a administrar y supervisar el proyecto. Se necesita una fuerte inversión inicial para poder transferir este conocimiento a la comunidad, lo que constituye uno de los principios subyacentes del programa.

¿DÓNDE SE ENCUENTRA USTED?





Para que el programa DP/Talleres Hogareños funcione toda la comunidad deberá estar entusiasmada con la idea de eliminar la desnutrición.

Se debe involucrar en el programa DP/Talleres Hogareños a las personas de influencia, especialmente a aquellas que podrían obstaculizarlo si no se les toma en cuenta.

1. Reúnanse con las(os) líderes claves de la comunidad, incluyendo:

- ♥ Líderes o jefes de los cantones
- ♥ Representantes informales del sector Salud, tales como las(os) curanderas(os) tradicionales y comadronas y vendedoras(es) de medicinas de la localidad
- ♥ Líderes religiosos
- ♥ Líderes de tribus o castas
- ♥ Abuelas
- ♥ Directoras(es) de escuelas y maestras(os)
- ♥ Grupos locales, clubes, asociaciones
- ♥ Tomadores de decisión, líderes de opinión, héroes locales
- ♥ Líderes de negocio

Discuta la situación de salud en la comunidad, especialmente la de las(os) menores de cinco años de edad. Averigüe si existe interés entre los miembros de la comunidad y sus líderes sobre el nivel de desnutrición en la comunidad. ¿Se le ha dado una prioridad importante al problema? ¿Cuáles grupos de edad son de mayor riesgo? ¿Son las(os) menores de cinco años? ¿O las(os) menores de tres años? ¿O las(os) menores de dos años? ¿La población considera que la desnutrición es un problema? ¿Comprende la población el potencial perdido de las(os) niñas(os) desnutridas(os)? Trate de presentar estos temas mediante dibujos o cuadros y pregúntele a las(os) líderes lo que ven y cómo lo relacionan con la situación de su propia comunidad. Una buena forma de motivar a la acción es ofrecer información local sobre salud y nutrición de manera entendible.



Proporcione Datos en forma Comprensible

En Malí, el personal de CARE preparó gráficas de barra de tamaño grande para demostrar la condición nutricional promedio de las(os) niñas(os) de la comunidad, en comparación con las(os) menores de otras aldeas. Cuando las(os) líderes escucharon la explicación de las gráficas, uno exclamó, “Me siento avergonzado de tener más niñas(os) desnutridas(os) en esta aldea que en otras. ¡Tenemos que hacer algo al respecto ahora mismo!”

2. Oriente al Personal de Salud Local

Se debe identificar e involucrar los recursos de salud tanto formales como informales y coordinar esfuerzos para los Talleres Hogareños. El personal de la unidad de salud puede identificar los recursos y servicios disponibles para las(os) menores enfermas(os) y severamente desnutridas(os). Las(os) niñas(os) identificadas(os) a través de las sesiones de Promoción de Monitoreo de crecimiento (PMC) que padecen de desnutrición del tercer nivel u otras enfermedades diferentes deben ser referidas(os) a una clínica de salud de la localidad. Las decisiones en cuanto a la desparasitación universal, protocolos para la distribución de la Vitamina A y la unificación de criterios sobre el contenido apropiado y el reforzamientos de los mensajes de salud para las sesiones de los Talleres Hogareños requieren de una estrecha relación con los servicios de salud.

Debe mantenerse un lazo estrecho con los servicios de salud. Las tareas del personal del centro de salud incluyen el tratamiento de las(os) menores desnutridas(os) pero

también el tratamiento de toda enfermedad subyacente que afecte a las(os) niñas(os) tales como neumonía, sarampión, tuberculosis, ceguera nocturna o malaria; la coordinación de las actividades de extensión de las sesiones de Promoción del Monitoreo del Crecimiento; aumentar y mantener las actividades de cobertura en inmunizaciones; facilitar la distribución de los suplementos de hierro y Vitamina A y medicamentos para desparasitar a las(os) menores afectadas(os); y su participación en la revisión y análisis de los resultados obtenidos por el programa de Talleres Hogareños.

3. Movilización del Comité Comunitario de Salud

La administración de los Talleres Hogareños recae en la comunidad. Para desarrollar la capacidad del Comité Comunitario de Salud de la localidad debemos transferirles habilidades y lograr que se apropien de problema. De no existir dicho comité será necesario crear uno a partir de las reuniones iniciales con las(os) líderes comunitarios. Lo ideal sería elegir al comité pero a veces las(os) líderes deciden nombrar uno. Los requisitos para ser buenos miembros de comité incluyen entre otros, interés por mejorar el nivel de salud y de nutrición de la comunidad, tiempo disponible para dedicarlo a este esfuerzo, habilidad para trabajar en equipo y respeto por las demás personas. Es una buena idea tener líderes formales e informales dentro del comité ya que las(os) líderes formales, o aquellas(os) estrechamente relacionadas(os) con la estructura formal pueden influir en las decisiones de la comunidad, así como en el establecimiento de prioridades y la asignación de recursos.

Las actividades del Comité Comunitario de Salud podrían iniciar con los Talleres Hogareños, pero una vez que ganen experiencia pueden dirigir su atención hacia otros problemas de la comunidad. En la sección de este manual que trata sobre los recursos se presenta un buen programa de capacitación para el personal que trabaja en los Comités Comunitarios de Salud o que esta involucrado en otras actividades de movilización comunitaria.

A través de los Comités Comunitarios de Salud las comunidades se pueden empoderar para:

- ♥ Supervisar a las(os) trabajadoras(es) en salud de la comunidad
- ♥ Administrar las sesiones de Talleres Hogareños
- ♥ Planificar y evaluar los resultados
- ♥ Monitorear los eventos vitales
- ♥ Producir tableros para exhibir los puntajes de manera visible, a fin de ilustrar el impacto de los Talleres Hogareños y compartirlos con la comunidad y sus líderes
- ♥ Administrar la Promoción del Monitoreo del Crecimiento

El desarrollo de capacidades de la comunidad comienza con las primeras reuniones en las que se habla de la posibilidad de trabajar en aspectos de nutrición. Luego, el Comité se capacita en las destrezas necesarias para administrar el Programa de Talleres Hogareños y el monitoreo de crecimiento involucrandose en la ejecución del mismo. Para dar apoyo a la capacitación de la comunidad desde el primer día se comienza a establecer un asocio, luego se efectuan reuniones bimestrales o mensuales en las que se utiliza la evaluación del ciclo Triple A de UNICEF, apreciación, analisis y acción.

Estas tres actividades, **Apreciación, Analisis y Acción** se convierten en el marco de gestión del programa.

La gerencia del programa se realiza conjuntamente con la comunidad utilizando un ciclo de “Triple A” en el que se evalua el problema, se analizan las causas y se actua en base a este análisis.

El Ciclo de “Triple A” consiste de:

APRECIACIÓN

Recolectar información cuantitativa y cualitativa actualizada sobre los indicadores claves

ANALIZAR

Interpretar la información, darle sentido, identificar las áreas de éxito y las áreas que necesitan mejorar

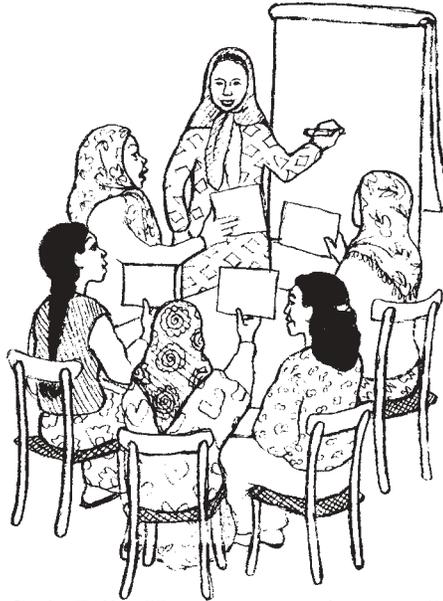
ACCIÓN

Desarrollar estrategias o planes de acción con miras a resolver los problemas identificados y mejorar las actividades de implementación

B. Proceso de Desarrollo de la Capacitación

La capacitación es el centro del enfoque de DP/Talleres Hogareños. El personal, las voluntarias de los Talleres Hogareños y los miembros del Comité de Salud Comunitaria deben estar preparados para llevar a cabo el proceso de DP/Talleres Hogareños a fin de tener un impacto significativo en la desnutrición infantil. La sesión de los Talleres Hogareños con la asistencia de las madres, resulta en sí una capacitación al involucrar a las madres en la rehabilitación de sus hijas(os) y el aprendizaje de nuevas conductas para mantener a sus pequeñas(os) saludables.

El enfoque de Desviación Positiva, es el corazón de los Talleres Hogareños, se basa en la creencia que las respuestas a los problemas de la comunidad ya existen dentro de la comunidad. Esto amerita que se reviertan los papeles de maestra(o) a aprendiz, de capacitador(a) a capacitando.



El enfoque hacia la capacitación es uno de los desafíos más grandes de los Talleres Hogareños. El enfoque de desviación positiva, es el corazón de los Talleres Hogareños, se basa en la convicción de que las respuestas a los problemas que enfrenta la comunidad ya existen dentro de la comunidad misma. Esto amerita revertir los papeles de maestro a aprendiz y de instructor a capacitando. Las voluntarias de los Talleres Hogareños aprenden de las personas Desviadoras Positivas y el personal aprende de las voluntarias de los Talleres Hogareños. Esto revierte el paradigma tradicional de cómo enseñar a las familias de escasos recursos en los países en desarrollo.

Cada Taller Hogareño constituye un “taller de capacitación,” en el cual se incorporan los conceptos que dan forma a las técnicas para el aprendizaje de adultos: participación activa, demostración, práctica y reforzamiento. El proceso comienza extrayendo los mensajes de capacitación a través de la IDP, luego sigue con el diseño del contenido de la capacitación, la planificación de la logística de la capacitación, y la capacitación de las voluntarias de los Talleres Hogareños que son quienes van a realizar la sesión de Talleres Hogareños.

Pasos a seguir para preparar las sesiones de capacitación adecuadas para el personal, las voluntarias de los Talleres Hogareños y el Comité Comunitario de Salud:

1. Escribir las Descripciones de Puestos

Las descripciones de puestos son un listado de los roles, responsabilidades y actividades que debe realizar cada uno de los actores. Las descripciones de puesto por escrito permiten que las distintas personas conozcan lo que se espera de ellas(os) y proporcionan una guía para el desarrollo de la capacitación que facilitará el desempeño del trabajo. Al final de este capítulo se proveen ejemplos de descripciones de puestos.

2. Efectuar un Análisis de Tareas

El análisis de tareas consiste de una rápida revisión de la descripción del puesto a fin de identificar el conocimiento y habilidades que un individuo va a necesitar para desempeñar el puesto con éxito. Considere lo que alguien necesitará saber y lo que deberá poder hacer. Considere áreas tales como redacción de informes y teneduría de registros, habilidades interpersonales,

habilidades de comunicación, etc. El análisis de tareas permite considerar lo que no debe incluirse en la capacitación. ¿Existen ciertas actitudes o habilidades que las personas deban tener inicialmente pero que no son fáciles de enseñar?

3. Desarrollar los Criterios de Selección para el personal y Voluntarias

A partir del análisis de tareas, establezca los criterios de selección para el personal y las voluntarias. Estos criterios determinarán sus esfuerzos de reclutamiento.

Los criterios para el personal deben incluir:

- ♥ Deseo de aprender, apertura a nuevas ideas
- ♥ Excelentes habilidades interpersonales, y ser un buen oyente
- ♥ Fuerte interés por trabajar en el campo
- ♥ Dispuesto a aprender de personas menos capacitadas

Los criterios para el personal voluntario incluyen los siguientes, aunque variarán dependiendo del lugar:

- ♥ Disposición para trabajar como voluntaria
- ♥ Mujer casada con hijas(os), que viva en la aldea
- ♥ Respetada y que goza de la confianza de la comunidad
- ♥ Deseosa de aprender, abierta a nuevas ideas
- ♥ Alfabeta (En países en donde el alfabetismo femenino es bajo, una voluntaria analfabeta se puede juntar con una que sepa leer y escribir)

Un criterio importante para el voluntariado consiste en tener hijas(os) relativamente saludables y bien nutridas(os). Sin embargo, durante la evaluación nutricional algunas voluntarias de los Talleres Hogareños descubren que sus hijas(os) no están tan bien nutridas(os) y después se vuelven incluso más efectivas en su voluntariado.

A menudo se les da prioridad a las voluntarias de salud existentes, sin embargo se debe considerar esta opción cuidadosamente. ¿Tienen ellas suficiente tiempo adicional para dedicarle al Programa de Talleres Hogareños? ¿Han desempeñado el papel tradicional de “maestra didáctica” por tanto tiempo que se les dificultará aceptar que deben aprender de otros miembros de la comunidad? Esto podría resultar especialmente difícil cuando los miembros de la comunidad son más pobres y de una clase social inferior.

4. Reclutar al Personal y Voluntarias

Involucre al Comité Comunitario de Salud en la selección de voluntarias para los Talleres Hogareños.

5. Efectúe una Evaluación de las Necesidades de Capacitación

El siguiente paso consiste en identificar las habilidades y conocimientos que ya poseen las(os) capacitandos. El nivel educativo para cada puesto debe guiar el desarrollo de una capacitación adecuada; sin embargo, todas las capacitaciones deben modelar buenas técnicas para el aprendizaje de adultos. Compare el conocimiento y habilidades de las(os) capacitandos respecto al análisis de tareas a fin de establecer las brechas que deben llenarse con la capacitación.

Las voluntarias de DP/ Talleres Hogareños guían al Comité Comunitario de Salud en el desarrollo de los criterios y la selección de las mejores voluntarias.

El nivel educativo crítico para cada puesto debe guiar el desarrollo de una capacitación adecuada; sin embargo, todas las capacitaciones deben modelar buenas técnicas de enseñanza de adultos.

CUADRO 2.1 NIVELES EDUCATIVOS COMUNES PARA PUESTOS CLAVES DP/TALLERES HOGAREÑOS

PUESTO	Nivel Educativo Existente
Gerente de DP/TH	Grado Universitario
Supervisor(a)/Facilitador(a)	Por menos hasta Octavo Grado
Voluntaria de TH	Capacidad de leer y escribir deseable pero no esencial
Comité Comunitario de Salud	Variado, uno o más miembros alfabetas

6. Seleccione los Contenidos del Curso

Los contenidos del curso serán diferentes para cada grupo y se deben seguir los siguientes pasos. Abajo se presentan lineamientos basados en programas de Talleres Hogareños anteriores.

Se debe orientar a las(os) líderes de la comunidad, miembros del Comité Comunitario de Salud, el personal de la institución ejecutora, y las voluntarias de Talleres Hogareños. Todos deben comprender lo siguiente:

- ♥ El concepto de Desviación Positiva
- ♥ La base de los menús (prácticas de las familias DP y alimentos para la rehabilitación)
- ♥ Por qué los Talleres Hogareños duran dos semanas
- ♥ Conceptos básicos de nutrición (variedad, proteínas/calorías, frecuencia, cantidades)
- ♥ Conceptos básicos de estimulación temprana de la niñez

Las voluntarias de los Talleres Hogareños necesitarán instrucción especializada en:

- ♥ Monitoreo y promoción de crecimiento (pesar a las(os) niñas(os), representar el peso gráficamente, consejería)
- ♥ Nutrición básica, nutrientes, utilización del cuadro de contenido de los alimentos
- ♥ Recordatorio de 24 horas de la alimentación, forma simplificada
- ♥ Estudio de los alimentos en el mercado
- ♥ Destrezas para las visitas domiciliarias
- ♥ Valor de los alimentos: tres o cuatro grupos de alimentos
- ♥ Cómo visitar a la(el) niña(o) “Desviador(a) Positivo(a)” o modelo y aprender “tres buenas prácticas” (Buena alimentación, buenas prácticas de salud y buena atención)
- ♥ Principios del tratamiento casero de la desnutrición
- ♥ Comprensión del ciclo de la nutrición y la infección
- ♥ Programas de vacunaciones
- ♥ Prevención y tratamiento de la deshidratación en casos de diarrea
- ♥ Como reconocer las señales de enfermedad aguda que necesitan atención hospitalaria, incluyendo la neumonía, malaria, diarrea grave
- ♥ Técnicas de estimulación temprana

Muchos Grupos Necesitan ser Orientados Respecto a los Talleres Hogareños

Dada la intensidad de la participación de la comunidad requerida por el programa DP/TH, habrá muchos grupos dentro de la comunidad que necesitarán orientación respecto a los conceptos generales de la DP y TH. Estos podrían incluir: proveedores de salud locales, líderes religiosos, dueños de tiendas, curanderos tradicionales y comadronas, vendedores de la calle, padres, abuelas y hermanas(os). Cada uno debe comprender su papel en apoyo del programa y el de las personas encargadas de las(os) menores que participan.

Las(os) Supervisoras(es)/facilitadoras(es) deberán comprender:

- ♥ Todos los temas para las voluntarias (lista anterior) además de:
- ♥ Habilidades de supervisión
- ♥ Sistema de información
- ♥ Habilidades de monitoreo y evaluación
- ♥ Utilización de los cuadros de composición de los alimentos y planificación y los menús

El equipo que realice las sesiones de Talleres Hogareños debe comprender:

- ♥ El enfoque DP/Talleres Hogareños
- ♥ Cómo planificar una sesión
- ♥ Programación
- ♥ Organizar una sesión de Talleres Hogareños
- ♥ Recolección de materiales
- ♥ Compra y preparación de los alimentos de los Talleres Hogareños
- ♥ Registro de los resultados de los Talleres Hogareños
- ♥ Mensajes educativos de salud
- ♥ Protocolo diario de los Talleres Hogareños
- ♥ Interpretación de los resultados de los Talleres Hogareños
- ♥ Seguimiento de Talleres Hogareños (visita a los hogares y criterios para repetir los Talleres Hogareños)

7. Desarrollar una Estrategia de Capacitación

Dependiendo de cuanta información deba cubrirse, hay que desarrollar una estrategia general de capacitación para el proyecto. La capacitación debe seguir una cierta secuencia en el tiempo para evitar sobrecargar a las(os) participantes y para asegurar que las habilidades se apliquen directa y oportunamente. Parte de la capacitación, por ejemplo, la filosofía del enfoque de DP/Talleres Hogareños comenzará temprano en el proceso. Otros aspectos no se cubrirán sino hasta haber obtenido la información de la Investigación de Desviación Positiva (IDP). La capacitación para aprender como llevar a cabo la Investigación de Desviación Positiva y las sesiones de los Talleres Hogareños se impartirá en los pasos apropiados. La capacitación para las voluntarias y supervisoras(es) sobre los mensajes de salud que se presentaran durante las sesiones de talleres Hogareños no puede hacerse sino hasta completar la IDP. El Cuadro 2.2 en la próxima página nos da una idea de las necesidades de capacitación para cada puesto.

8. Establecer una Metodología de Capacitación

La capacitación se vuelve más interesante y divertida si se utiliza una variedad de herramientas de capacitación. Al diseñar las sesiones de capacitación asegúrese de incluir técnicas para romper el hielo, juegos de roles, juegos para aclarar valores, ejercicios prácticos y demostraciones prácticas.

Es importante capacitar al personal en la misma forma en que queremos que capaciten a las voluntarias y madres. La educación en salud no puede impartirse en forma de conferencia. Más bien las madres participantes son llevadas suavemente a través de una serie de experiencias (para que aprendan como alimentar a sus pequeñas(os) en un ambiente ideal y con apoyo) durante varias semanas. Después se les da seguimiento con visitas en sus hogares donde practican,

Se necesitarán habilidades específicas para los diferentes pasos. El Capítulo 3 contiene los temas de capacitación para el equipo IDP.



La capacitación debe seguir una secuencia en el tiempo para evitar sobrecargar a las(os) participantes y asegurar que las habilidades se puedan aplicar directa y oportunamente.

en sus propias cocinas, las nuevas técnicas de preparación de los alimentos y las conductas de alimentación de las(os) hijas(os). Por lo tanto, la capacitación de las voluntarias sigue el mismo patrón de llevarlas a través de la experiencia, con apoyo de las(os) supervisoras(es) en la aplicación de sus nuevas habilidades en el desarrollo de la IDP y las sesiones de Talleres Hogareños.

Es importante capacitar al personal de la misma forma en que queremos que capaciten a las voluntarias y madres. La educación en salud no puede impartirse en forma de conferencia.

CUADRO 2.2 TIEMPO DE CAPACITACIÓN POR PUESTO

Puesto	Capacitación Requerida	Cuando
Gerente de TH	Una semana de capacitación y orientación para la IDP y TH	Antes de tomar la decisión de implementar el DP/TH
Supervisor(a)/ Facilitador(a)	Dos o tres semanas de capacitación	Antes de implementar el DP/TH
Voluntaria de TH	Cinco días de capacitación (dos o tres horas al día) Capacitación para refrescamiento	Durante el paso 3 (preparándose para la IDP), durante la IDP, antes de establecer el sitio para el TH Según sea necesario
Comité Comunitario de Salud	Capacitación periódica sobre la gestión de los Talleres Hogareños, PMC, monitoreo y evaluación	Continua - cuatro horas / mes

El aprendizaje es primordialmente un proceso social. Las personas aprenden a través de la observación e interacción. Los individuos aprenden a actuar emulando la conducta de otros y los sistemas de apoyo social refuerzan el aprendizaje.

La metodología de aprendizaje de los Talleres Hogareños se basa en la Práctica, Actitud, Conocimiento (PAC) a diferencia de la forma tradicional de Conocimiento, Actitud, Práctica (CAP). El enfoque se centra en el cambio de conducta para provocar el cambio de pensamiento a diferencia del cambio de pensamiento para cambiar la conducta. El programa de Talleres Hogareños comienza inmediatamente con la práctica de la conducta deseada. Es únicamente después de la práctica que las personas encargadas de las(os) menores comienzan a cambiar de actitud al ver que sus pequeñas(os) comienzan a “despertar”. Luego de presenciar el cambio en sus hijas(os), comienzan a comprender las causas del cambio y a reconocer lo que se necesita para rehabilitar a las(os) menores.

Es entonces cuando cambia su conocimiento, ya que están convencidas que la nueva creencia puede sanar a sus hijas(os) si siguen estas prácticas nuevas y sencillas. Resulta tentador para los miembros del personal (especialmente para quienes se dedican a la profesión en salud, enfermería, educación o nutricionistas) tratar de llevar sus propios mensajes nutricionales, menús y teorías. El personal del programa debe tratar de ponerse en el lugar de las(os) participantes, y luego durante las sesiones de Talleres Hogareños transmitir con su actitud a las voluntarias (y las voluntarias de los talleres Hogareños a su vez a las madres participantes) que están enseñando y practicando la sabiduría de las madres de la aldea.



Es tentador para los miembros del personal (especialmente para aquellas personas que son profesionales en salud, enfermeras, educadoras(es), o nutricionistas) tratar de imponer sus propios mensajes, menús, y teorías nutricionales.

Los principios de enseñanza de adultos difieren de los métodos tradicionales de enseñanza mediante los cuales la mayor parte de nosotros recibimos nuestra educación. Las(os) estudiantes adultas(os) traen un bagaje bastante amplio de experiencias a las sesiones de capacitación y no son “recipientes vacíos” listos para ser llenados de conocimientos. Se debe respetar estas experiencias y edificar sobre ellas. Las experiencias participativas en donde las(os) capacitandos descubren los conceptos y aplican sus propias experiencias son mucho más efectivas que las presentaciones con rotafolio. Las(os) adultas(os) son estudiantes muy comprometidos(os) que desean ver inmediatamente las aplicaciones prácticas de la información recibida. El aprendizaje resulta del hacer y descubrir.

Metodología de Capacitación

- ♥ Presente la nueva información paso a paso
- ♥ Provea un ambiente de aprendizaje guiado y de apoyo en donde el personal y personas encargadas de las(os) niñas(os) sientan que su participación es exitosa
- ♥ Repita y refuerce la información
- ♥ Pida a las(os) participantes que repitan o le expliquen nuevamente la información
- ♥ Involucre a las(os) participantes en actividades de aprender-haciendo ya que se aprende mejor practicando
- ♥ Siempre deje tiempo para preguntas o discusión
- ♥ Interactúe con todas las voluntarias o personas encargadas de las(os) menores y no solo preste atención a las que están participando activamente
- ♥ Mantenga las sesiones de capacitación cortas y sencillas
- ♥ Inicie la sesión repasando lo que se aprendió y discutió en la sesión anterior
- ♥ Utilice las ayudas visuales y la demostración tanto como sea posible para que durante el proceso se utilicen todos los sentidos.

Discusión Interactiva

La discusión interactiva es una metodología efectiva para involucrar a las(os) capacitandos en el descubrimiento de la información. Este método se puede utilizar en una variedad de temas. Cada pregunta guía a las(os) estudiantes a buscar mayor claridad y profundidad. Compare el tipo de discusión y aprendizaje que resulta de este método versus el método de clase expositiva.



IDEA

Ejemplo de una Discusión Interactiva

P: ¿Quiénes son responsables de mantener a las(os) hijas(os) saludables después de su rehabilitación?

R: Los padres/encargadas(os) del cuidado.

P: ¿Qué pueden hacer aun las familias pobres por su propia cuenta?

A: Utilizar las prácticas de DP.

P: ¿Cómo pueden aprender las familias a mantener saludables a sus hijas(os)?

R: Cambiando sus hábitos; aprendiendo nuevos hábitos accesibles a todos.

Ejercicio a Ciegas

Divida a las(os) participantes en parejas, y explique que una persona de cada pareja estará “ciega(o)” y que la otra le guiará alrededor del salón. La persona “ciega” no puede abrir los ojos (ni quitarse la venda). No pueden hablar. Después de pasados tres minutos indíqueles que cambien de rol.

♥ Pregúntele a las(os) participantes qué sintieron cuando estaban ciegos y cómo se sintieron cuando estaban guiando a la persona ciega.

♥ Pregúnteles por qué piensan que el juego es relevante al DP/TH.

En el enfoque DP/TH, las(os) expertas(os) invierten su rol de ser líderes/expertas(os) “guiando al ciego, ej. las(os) aldeanas(os)”, a ser los ciegos(as) y ser guiadas(os) por las(os) aldeanas(os). Este ejercicio puede conducir a discusiones interesantes sobre asuntos tales como el control y poder.

RECUERDE:

"Si lo escucho, lo olvido,

Si lo veo, lo recuerdo.

Si lo hago, lo aprendo

Si lo descubro, lo aplico"



Las preguntas de sondeo son similares a las reactivas pero se utilizan con afiches que muestran prácticas o situaciones correctas e indebidas.

P: ¿Cómo podemos aprender nuevos hábitos?

R: Practicándolos a diario. Trayendo alimentos a diario.

P: ¿Qué tipo de alimentos? ¿Cualquier alimento?

R: Trayendo a diario alimentos DP; alimentos con los que otras familias pobres alimentan a sus hijas(os) pequeñas(os).

P: Si las personas encargadas de las(os) menores traen

alimentos al TH a diario, ¿qué creen que pasará en sus hogares?

R: Continuarán las prácticas aprendidas en los TH y las aplicarán en el hogar.

Preguntas de Sondeo

Las preguntas de sondeo son similares a las reactivas pero se utilizan con afiches que muestran prácticas o situaciones correctas e indebidas. La discusión comienza con una pregunta general acerca del afiche, para luego entrar en preguntas de sondeo más profundas que relacionan el afiche con las experiencias del estudiante.



Ejemplo de Preguntas de Sondeo Relativas a los Alimentos e Higiene Corporal

Afiche	Pregunta de Apertura	Pregunta de Sondeo
Mujer lavándose las manos	¿Qué observa en la foto? ¿Por qué se lava las manos la mujer?	¿Qué tan seguido se lava las manos? ¿Cuándo se las lava?
Mujer lavando vegetales	¿Por qué esta lavando los vegetales esta mujer?	¿Usted acostumbra lavar las verduras antes de cocinar? ¿Por qué? ¿Por qué no?
Niño(a) jugando sobre la tierra o utilizando la letrina o defecando en el suelo	¿Qué esta haciendo la (el) menor? ¿Por qué?	¿Qué puede suceder si la (el) menor no se lava las manos antes de comer?
Mujer cubriendo la comida que preparó	¿Por qué la mujer cubre los alimentos?	¿Por qué es importante cubrir los alimentos? ¿Qué podemos utilizar para cubrir los alimentos?
	¿Puede practicar estos hábitos en el hogar? ¿Por qué? ¿Por qué no?	¿Qué tan seguido debe usted practicar estos hábitos? ¿Por qué?

Juego de roles

El juego de roles se puede adaptar a una variedad de situaciones diferentes. Un instructor puede escenificar una situación y luego facilitar que el grupo discuta lo que vieron, cómo se sintieron, qué hubieran cambiado, etc. De manera similar, el instructor puede involucrar a varios estudiantes para dramatizar una situación y luego orientar a los “actores” y al grupo hacia la discusión.

Con el juego de roles, todas(os) las(os) participantes pueden actuar en grupos pequeños para practicar las nuevas habilidades. Habilidades tales como la de dirigir una visita de Investigación de Desviación Positiva se pueden practicar en un ambiente seguro. Las voluntarias tienen la oportunidad de sentirse cómodas con la visita DP, recibir retroalimentación sobre su estilo, y aprender a anticipar algunas de las diferentes preguntas o temas que pudieran surgir en una visita domiciliaria. El personal del programa tiene la oportunidad de proporcionar retroalimentación inmediata para asegurar la calidad de las interacciones futuras.



Ejemplo de Juego de Roles en Consejería con las(os) Personas Encargadas de las(os) Niñas(os)

1. Pídale a tres participantes que se sitúen al frente del salón para hacer el papel de tres diferentes madres: una con su hija(o) que sube suficiente peso y se gradúa de los Talleres Hogareños; una con su hija(o) que sube algo de peso pero no el suficiente para graduarse; y otra con su hija(o) que no sube ni pierde peso durante las sesiones de Talleres Hogareños.

algo de peso pero no el suficiente para graduarse; y otra con su hija(o) que no sube ni pierde peso durante las sesiones de Talleres Hogareños.

2. Como facilitador(a), actúe el papel de una voluntaria de Talleres Hogareños interactúe con cada una de las “madres” y asesórelas en relación a la atención que debe brindarle a su hija(o).

3. Finalizado el juego de roles, pídale a las participantes retroalimentación y comentarios sobre del ejercicio. ¿Qué vieron? ¿Cómo actuó la voluntaria? ¿Qué dijo e hizo ella/el? ¿Cómo respondieron las “madres”? ¿Qué podrían haber estado pensando las madres? ¿Será efectiva la consejería?

4. Después de los tres juegos de roles, divida a las(os) participantes en grupos de tres. Las(os) participantes alternarán los papeles de voluntaria, madre y observador(a) de TH. Cada participante actuará el papel de voluntaria de TH para cada una de las tres situaciones. La (el) observador(a) sigue de cerca el juego de roles y brinda sus comentarios al final.

5. Al final del Ejercicio, pídale a las(os) participantes que le den su retroalimentación y comentarios.

Cuentos

Los cuentos divierten, y son una manera interesante de aprender. Los cuentos pueden ser adaptados, contados, y luego discutidos para enseñar lecciones importantes. El Capítulo 6 contiene un ejemplo, el cuento “Sopa de Piedras”, utilizado para demostrar la fuerza que tienen en la comunidad muchas donaciones pequeñas. La mayoría de las culturas tienen leyendas que se transmiten de generación en generación. Traten de sondear cuales son las historias autóctonas. Busquen historias que describan mensajes de apoyo para

En el juego de roles, las voluntarias tienen la oportunidad de sentirse cómodas con la visita de investigación, recibir retroalimentación acerca de su estilo, y aprender a anticipar algunas de las diferentes preguntas o temas que pudieran surgir en una visita domiciliaria.

Habilidades dentro del Programa DP/ Talleres Hogareños que se pueden Adaptar al Juego de roles

- ♥ Hacer la visita IDP
- ♥ Implementar la sesión de Talleres Hogareños
- ♥ Proporcionar educación en salud durante las sesiones de TH
- ♥ Proporcionar consejería en nutrición a las abuelas y padres en el hogar
- ♥ Presentar los resultados de TH en la reunión del Comité de Salud
- ♥ Brindar consejería a las(os) encargadas de las(os) menores al finalizar la sesión TH

las buenas prácticas nutricionales o que se puedan adaptar para la enseñanza de ciertos mensajes. Busque citas en los libros religiosos o escritos que apoyan la salud y la nutrición.

¡Este cuento se puede utilizar para mostrar que las respuestas a veces están frente a nosotros!



Ejemplo de Cuento

Nasirudin, el gran místico Sufi, aparece representando diferentes protagonistas en diferentes historias. En un cuento, es un contrabandista reconocido. Cada noche cuando Nasirudin llega a la aduana, los inspectores buscan con ahínco dentro de las canastas que llevan sus burros tratando de descubrir el contrabando. Pero cada día sus esfuerzos se ven frustrados. Independientemente de lo exhaustivo de la búsqueda lo único que encuentran es paja.

Pasan los años y Nasirudin se vuelve más y más rico. Los funcionarios de aduanas continúan efectuando la diaria búsqueda en vano, más por costumbre que por la esperanza de descubrir la fuente real de su riqueza.

Finalmente, Nasirudin, ya un hombre viejo, se retira de su oficio como contrabandista. Un día se encuentra por casualidad con el jefe de aduanas, quien se había retirado también. "Dime Nasirudin," le ruega su ex-adversario, "ahora que ya no tienes nada más que esconder, y yo nada más que encontrar, ¿qué era lo que estabas contrabandeando todos estos años?" Nasirudin mira al director de aduanas a los ojos, levanta los hombros y responde, "Pues burros, por supuesto".



Las canciones y bailes pueden facilitar el aprendizaje de mensajes importantes, además de brindar diversión y un ejercicio interactivo.

Al final de éste Capítulo se proporciona ejemplos de ejercicios adaptados a los TH.

Canciones y bailes

Las canciones y bailes pueden facilitar el aprendizaje de mensajes importantes además de brindar diversión y un ejercicio interactivo. Se pueden utilizar canciones locales y cambiarles la letra por mensajes de nutrición. En Mozambique, las voluntarias de TH crearon una canción acerca de los Talleres Hogareños de una canción infantil, la cual se canta durante las sesiones de Talleres Hogareños.

9. Establezca una Estrategia de Evaluación de la Capacitación

Es importante saber cuántas personas están aprendiendo y que habilidades podrían estar dando problemas para ajustar la capacitación según sea necesario. La observación de las(os) participantes durante los juegos de roles y el hacer preguntas para evaluar el conocimiento son algunas técnicas de evaluación informales.

10. Prepare los Materiales de Capacitación y Evaluación

Finalice el diseño de la capacitación y decida quién va a ser responsable de desarrollar cada parte de la capacitación. Desarrolle el currículo para cada sesión de capacitación junto con las ayudas visuales y ayudas didácticas. Al final de este Capítulo se presentan dos módulos de capacitación para voluntarias de Talleres Hogareños.

11. Ejecute la Capacitación

El paso final consiste en realizar y evaluar las sesiones de capacitación.

EJEMPLO DE DESCRIPCIONES DE PUESTOS

1. Ejemplo de Descripción del Puesto para GERENTE DE TALLERES HOGAREÑOS / FACILITADOR(A) EN JEFE

Deberes

- ♥ Capacitar a las(os) supervisoras(es) para que capaciten a las voluntarias
- ♥ Dirigir el proceso IDP y facilitar el análisis de resultados
- ♥ Ser responsable por el desarrollo, selección, y uso de todos los materiales educativos utilizados en los TH, en las reuniones del Comité Comunitario de Salud y en las visitas a los hogares
- ♥ Analizar los datos de nutrición y proporcionarle retroalimentación a la comunidad
- ♥ Interactuar con las(os) líderes de la comunidad y el personal de las instalaciones de salud a manera de introducir y evaluar el programa
- ♥ Coordinar con el Ministerio de Salud
- ♥ Establecer redes con las ONG, universidades y organizaciones internacionales, (UNICEF, etc.)
- ♥ Supervisar el proceso y productos de la IDP
- ♥ Con el equipo y voluntarias planificar los menús y calcular el contenido calórico y proteínico de los menús
- ♥ Asumir la responsabilidad por la gestión global de todas las sesiones de Talleres Hogareños
- ♥ Organizar un sistema de monitoreo comunitario

Requisitos

- ♥ Ser graduado universitario
- ♥ Tener experiencia de campo en nutrición comunitaria
- ♥ Organización comunitaria/ experiencia en desarrollo
- ♥ Experiencia en educación participativa de adultos

Aptitudes claves

- ♥ Principios de educación de adultos
- ♥ Habilidades para la Evaluación de la Participación (Ej. AAP, EPR)
- ♥ Habilidades de supervisión
- ♥ Habilidad técnica de PMC; uso de métodos antropométricos
- ♥ Principios básicos de nutrición
- ♥ Movilización comunitaria
- ♥ Concepto de DP
- ♥ Uso de Cuadros de valor del contenido de los alimentos
- ♥ Estudios de mercados
- ♥ Planificación de los menús para llenar los requisitos calóricos y proteínicos
- ♥ Estimulación temprana de la niñez y técnicas de desarrollo
- ♥ Técnicas de monitoreo y evaluación comunitaria

Esta sección de “ejemplos de descripciones de puesto” proporciona ideas que se pueden adaptar en su área local

**1. Gerente TH/
Facilitador(a) en jefe**

**2. Supervisor(a)/
Facilitador(a)**

**3. Comité
Comunitario de Salud**

4. Voluntaria TH



Requisitos es lo mismo que los criterios de selección

Las aptitudes claves identifican el conocimiento y habilidades requeridas para hacer el trabajo con éxito – estas se identifican mediante el análisis de tareas.

EJEMPLO DE DESCRIPCIONES DE PUESTOS

2. Ejemplo de Descripción del Puesto para SUPERVISOR(A)/ FACILITADOR(A)



Una de las tareas de el (la) Supervisor(a) / Facilitador(a) TH consiste en capacitar a las voluntarias para facilitar el aprendizaje de las conductas IDP y las Sesiones de Talleres Hogareños

Deberes

- ♥ Ayudar en la selección de voluntarias de la comunidad
- ♥ Capacitar a las voluntarias para facilitar a las madres el aprendizaje de las conductas IDP y sesiones de Talleres Hogareños
- ♥ Identificar a las familias Desviadoras positivas y asistir en la ejecución de la IDP
- ♥ Interactuar con las(os) líderes de la aldea, personal de las instalaciones de salud, y comités comunitarios de salud
- ♥ Supervisar múltiples sesiones de Talleres Hogareños durante el mismo período
- ♥ Apoyar a las voluntarias para que movilicen a las madres seleccionadas de manera que todas las madres participantes tengan oportunidad de practicar todas las conductas
- ♥ Adquirir los ingredientes para los menús de los Talleres Hogareños y enseñarle a las voluntarias y madres como asumir esta responsabilidad.
- ♥ Crear un plan mensual (agenda/ itinerario) para la implementación de los Talleres Hogareños en un área geográfica dada
- ♥ Asegurar la implementación del protocolo de los Talleres Hogareños (lavado de las manos, meriendas, cocinar, alimentar y capacitar)
- ♥ Comprensión suficiente de nutrición como para sustituir menús (agregar fruta, sustituir vegetales, identificar los alimentos de temporada)
- ♥ Asistir a las voluntarias para dirigir a las madres y personas encargadas de las(os) menores en el proceso de cocinado, de manera que los alimentos tengan gusto agradable al paladar y apropiados para las(os) menores
- ♥ Hacer las visitas de seguimiento a los hogares de las participantes junto con las voluntarias

Requisitos

- ♥ Vivir en la comunidad meta
- ♥ Relacionarse bien con las mujeres y grupos de mujeres
- ♥ Ser humilde
- ♥ Nivel educativo de octavo grado (mínimo)
- ♥ Experiencia en salud comunitaria deseable

Aptitudes claves

- ♥ Principios de educación para adultos
- ♥ Habilidades de supervisión
- ♥ Habilidad técnica en PMC: uso de métodos antropométricos
- ♥ Principios básicos en nutrición
- ♥ Movilización de la comunidad
- ♥ Concepto de DP
- ♥ Uso de los cuadros de valor de alimentos
- ♥ Estudios de mercados
- ♥ Planificación de menús para llenar los requisitos calóricos y proteínicos
- ♥ Técnicas de estimulación temprana y desarrollo
- ♥ Técnicas comunitarias de monitoreo y evaluación

EJEMPLO DE DESCRIPCIONES DE PUESTOS

3. Ejemplo De Descripción del Puesto para el COMITÉ DE SALUD COMUNITARIA

Deberes

- ♥ Analizar la situación de salud de la comunidad y compartir preocupaciones con el resto de la comunidad
- ♥ Participar en la identificación de niñas(os) desnutridas(os) mediante una evaluación nutricional o el monitoreo del crecimiento
- ♥ Participar en la identificación de familias Desviadoras positivas y realizar la IDP
- ♥ Participar en el diseño del programa y establecimiento de metas
- ♥ Abogar por la obtención de recursos con las(os) líderes comunitarios para los programas de Talleres Hogareños y Promoción del Monitoreo del Crecimiento
- ♥ Administrar y coordinar las actividades de Talleres Hogareños al nivel local, incluyendo, la programación, adquisiciones de suministros y equipo necesarios, selección de participantes y asegurar la asistencia de las(os) participantes
- ♥ Establecer los criterios de selección, seleccionar, y supervisar a las voluntarias de los Talleres Hogareños
- ♥ Colaborar con la organización que implemente el programa de Talleres Hogareños y con el personal de salud del distrito
- ♥ Rastrear los eventos vitales e informarlos a las(os) líderes de la comunidad, Ministerio de Salud y la comunidad en general
- ♥ Gestionar la Promoción del Monitoreo del Crecimiento
- ♥ Promover la participación en los Talleres Hogareños
- ♥ Recolectar e interpretar datos de Talleres Hogareños, y de Monitoreo del Crecimiento y
- ♥ compartirlos con las(os) líderes comunitarios, miembros de la comunidad y trabajadores de salud
- ♥ Crear y actualizar regularmente los tableros de puntaje que estén a la vista de la comunidad
- ♥ Evaluar los resultados de los Talleres Hogareños y determinar los criterios de graduación de los TH
- ♥ Localizar otro tipo de apoyo, según la necesidad, para las familias de los Talleres Hogareños, que podría ser ayuda alimentaria, empleo, crédito, insumos agrícolas, etc.

Requisitos

- ♥ Interés por mejorar la condición de salud y nutrición de la comunidad
- ♥ Tiempo disponible para dedicarlo al esfuerzo
- ♥ Facilidad para trabajar en equipo
- ♥ Ser respetado por los demás



Una de las tareas del Comité Comunitario de Salud consiste en capacitar a las voluntarias para que participen en el diseño y establecimiento de las metas del programa.

EJEMPLO DE DESCRIPCIONES DE PUESTOS

Ejemplo de Descripción del Puesto para la VOLUNTARIA EN SALUD



Una de las tareas de las(os) miembros del Comité Comunitario de Salud es capacitar a las voluntarias a participar en el diseño del programa y el establecimiento de metas

Deberes

- ♥ Pesar a las(os) niñas(os), graficar el peso en el cuadro de crecimiento, y brindar consejería a las madres
- ♥ Participar activamente en la conducción de la IDP
- ♥ Invitar a las(os) niñas(os) y sus encargados a las sesiones de Talleres Hogareños
- ♥ Comprar alimentos adicionales y prepararlos de acuerdo con el menú pre-establecido
- ♥ Motivar a las madres para que asistan y contribuyan con alimentos
- ♥ Animar a la alimentación activa
- ♥ Supervisar a las personas encargadas de las(os) menores de edad en el procesamiento de los alimentos, cocción de los alimentos, y en la alimentación de las(os) menores durante los Talleres Hogareños
- ♥ Enseñar mensajes sencillos de seguridad alimentaria, nutrición, e higiene durante los Talleres Hogareños
- ♥ Monitorear la asistencia, progresos, y contribuciones en alimentos
- ♥ Informar al Comité Comunitario de Salud
- ♥ Proveer apoyo intensivo a las madres en sus hogares durante el plazo de dos semanas siguiendo el programa de Talleres Hogareños

Requisitos

- ♥ Disposición de dar tiempo considerable al programa y prestar su casa
- ♥ Casada, con hijas(os)
- ♥ Todas(os) sus hijas(os) saludables y bien nutridas(os)
- ♥ Ser respetada y gozar de la confianza de las(os) demás
- ♥ Alfabeta por lo menos a nivel básico, de ser posible
- ♥ Deseosa de aprender

EJERCICIOS ADAPTADOS PARA LOS TALLERES HOGAREÑOS

1. CONSTRUCCIÓN DE LA ALDEA

Contribuido por el Dr. Tariq, Asesor regional de Salud, Save the Children

Propósito: Ilustrar el concepto de Desviación Positiva mediante el uso de la “herramienta tri-dimensional” y generar una discusión entre el grupo

Con quienes: Un asamblea de miembros de la comunidad, grupo de hombres, grupo de mujeres

Cuando utilizarlo: En las reuniones de orientación, como primer paso de la IDP, o durante una sesión de retroalimentación relativa a los hallazgos de la IDP

Materiales: Algo que represente las casas (pequeñas casas de cartón, diferentes tamaños de piedras, ladrillos o bolas de lodo); yeso, palo, marcadores; 3-5 fotos pequeñas de menores saludables; 10-15 fotos pequeñas de menores enfermas(os). Si no cuentan con estas fotografías, pueden utilizar hojas intactas para representar a las(os) menores saludables y hojas rotas para representar a las(os) menores desnutridas(os).

Tiempo requerido: 20 a 30 minutos

Pasos

1. Dibuje los límites para una aldea ficticia. Pídale a las(os) participantes que coloquen las cajas y piedras en donde deberían estar ubicadas las casas y que luego dibujen otras instalaciones claves como la escuela, carreteras, ríos, edificios religiosos, etc.
2. Coloque las fotos de las(os) menores por el reverso debajo de algunas “casas” asegurándose que varias casas pobres tengan la foto de menores bien nutridos.
3. Explique a la comunidad que se trata de una aldea en donde la mayoría comparte las mismas condiciones socio-económicas. Indíqueles que en cada una de las casas (señale las casas con una hoja de papel) habitan niñas(os) menores de tres años de edad. La mayor parte de las(os) cuales padecen de desnutrición.
4. Pídale a las voluntarias que recojan las piedras para ver que encuentran ahí.
5. Pregúntele a cada una que encontró en su casa. Ellas responderán que a una (un) menor desnutrida(o) o bien nutrida(o).
6. Pídale a la voluntaria que cuente el número de niñas(os) desnutridas(os) y el número de menores bien nutridas(os). Luego pregunte: “¿Cuántas(os) menores desnutridas(os) hay en esta aldea? ¿Cómo resolveremos este problema?”
7. Preste atención a las sugerencias de las(os) aldeanas(os). Lo que usted desea escuchar es: “¿Podemos aprender de las familias que tienen hijas(os) bien nutridas(os), con miras a descubrir que hacen HOY para mantener a sus hijas(os)

Esta sección trata sobre Ejercicios Adaptados para los Talleres Hogareños

Se pueden adaptar y utilizar muchos ejercicios diferentes para los Talleres Hogareños. Identifique el mensaje o destreza principal que debe transmitir y luego desarrolle una manera efectiva de transmitir ese mensaje o destreza utilizando los principios de educación para adultos.

A continuación presentamos varios ejemplos de ejercicios creados o adaptados para TH. Revisen los libros de Actividades de Educación para adultos para tener más ideas. Sean creativas(os).

EJERCICIOS ADAPTADOS PARA LOS TALLERES HOGAREÑOS

saludables a fin de poder volver saludables a otras(os) niñas(os) desnutridas(os)!” Si usted escucha esta respuesta, refuércela, de lo contrario haga la sugerencia después de discutir el tema.

8. Invite a las(os) aldeanas(os) a que brinden sus comentarios y guíe la discusión hasta que descubran que los mismos principios se pueden aplicar para aprender a mantener a las(os) menores saludables en su propia aldea.

2. CONDUCTAS DE DESVIACIÓN POSITIVA

Contribuido por el Dr. Hien, Servicios de Salud del Distrito de Dakrong, Save the Children/Vietnam

Propósito: Desarrollar conciencia para que la comunidad se apropie del problema y permitir que los miembros de la comunidad identifiquen soluciones inmediatamente accesibles para combatir la desnutrición infantil.

Con quienes: Padres de las(os) niñas(os) menores de tres años (u otro grupo de edad meta); hombres y mujeres de redes formales e informales, cuadro de salud, líderes de la aldea; etc.

Cuando utilizarlas: Durante la reunión de la comunidad a fin de proporcionar retroalimentación respecto a los hallazgos IDP y hacer un plan de acción

Materiales: Cuadro gigante de crecimiento codificado por colores preparado en una reunión anterior con el apoyo de la comunidad; hojas de papel para el rotafolio; marcadores; tiras de; 4 fotos de una(un) menor saludable; 4 fotos de una(un) menor enfermo(a papel); cinta

Tiempo requerido: 2 horas

Pasos

1. Antes de la reunión,

A. Coloque la foto de la(el) menor saludable en el centro del primer afiche y la foto de la(el) menor enferma(o) en el centro del segundo afiche. Repita de manera que cada grupo tenga ambos afiches.

B. Escriba o ilustre en las tiras de papel las buenas conductas / prácticas de salud, atención, alimentación e higiene descubiertas durante las visitas a las familias DP y no DP (una práctica por tira de papel).

2. Pídale a las(os) aldeanas(os) que revisen el significado del cuadro gigante de crecimiento preparado con anterioridad. Pídales que se acerquen al cuadro y señalen los diferentes colores. Refuerce el hecho que casi todos las(os) menores desnutridas(os) provienen de familias de escasos recursos, pero que sin embargo existen algunas(os) hijas(os) de padres pobres que gozan de una buena nutrición.



IDEA

NOTA SOBRE

MATERIALES ►

El cuadro gigante de crecimiento codificado por colores se puede preparar junto con la comunidad después de efectuada la evaluación de línea base sobre nutrición y la Encuesta de Clasificación de la Salud para identificar a las(os) menores DP (ver el Capítulo 3). Utilizando el peso de cada menor, coloque una estrella o figurita sobre el cuadro o gráfica en el lugar apropiado para esa/e menor. Utilice una estrella negra o figurita para representar a las(os) menores provenientes de familias “pobres” y una estrella amarilla para representar a las(os) menores provenientes de familias con “mayores ingresos.”

EJERCICIOS ADAPTADOS PARA LOS TALLERES HOGAREÑOS

3. Divida a las(os) participantes en cuatro grupos. Entréguele a cada grupo dos hojas de papel tamaño rotafolio (una con la fotografía de una(un) menor bien nutrida(o) y otra con la foto de un(a) menor desnutrida(o)). Entréguele a cada grupo un paquete de tiras de papel escritas con las conductas/prácticas orientadas a la salud, (Grupo 1: orientación a la salud; Grupo 2: atención; Grupo 3: alimentación; Grupo 4: Higiene). El(la) facilitador(a) explicará con cuidado que las conductas/prácticas escritas en las tiras de papel fueron encontradas en las **familias de su propia comunidad.**
4. Solicítele a los grupos que revisen las diferentes conductas y que peguen con cinta cada conducta en el rotafolio representando ya sea la(el) menor bien nutrida(o) o a la(el) menor desnutrida(o). Las conductas que consideren positivas deben colocarlas en el cuadro representando a la(el) menor bien nutrida(o), y por el contrario, cualquier conducta considerada negativa deben colocarla en el cuadro de la(el) menor desnutrida(o).
5. Luego de 10-15 minutos, solicítele a los cuatro grupos que regresen al grupo grande y que compartan lo que han aprendido. Por ejemplo, el grupo cuyo paquete de tiras de papel contenía conductas / prácticas relacionadas con la alimentación, (tales como el uso o no uso del calostro, lactancia inmediata después del parto o el inicio de la lactancia materna cuatro días después del parto, etc.) debe explicar la razón que les motivó a colocar una conducta en un cuadro y no en el otro.
6. Después que todos los grupos han presentado sus hallazgos, se les indica que deben discutir los resultados en el grupo e indicar si están o no de acuerdo, o si desean que se amplíe algún punto. Permita que se desarrolle una discusión animada. Una manera excelente de corregir cualquier error que pudiera haberse cometido es mediante la utilización de la experiencia y conocimiento de todo el grupo.
7. Después de efectuadas todas las presentaciones, usted debe enfatizar que “¡Todas las prácticas que ustedes han mencionado fueron encontradas en las familias de ESTA comunidad!”
8. Solicítele a una persona de cada grupo que se acerque al cuadro o gráfica y que traiga consigo la foto de la(el) menor bien nutrida(o) y las “buenas prácticas” seleccionadas. Pídale que coloquen una “X” negra debajo de las prácticas que una familia de escasos recursos podría ejecutar / utilizar y una “X” roja debajo de las prácticas que una familia de mayores ingresos podría ejecutar / utilizar.

Nota de Vietnam: Este no fue un ejercicio mecánico ya que los grupos identificaron algunas conductas que UNICAMENTE las familias de mayores ingresos podrían ejecutar o utilizar, como por ejemplo el lavado de la ropa con jabón o el poder proporcionar a la(el) menor suficiente ropa caliente para el invierno. Se identificaron todas las otras conductas/prácticas con “X” negras y rojas significando que eran accesibles a todas(os) en la comunidad. Se identificaron todas las demás conductas/prácticas con una X negra y otra roja significando que eran accesibles para todas(os) dentro de la comunidad.



IDEA

◀ Consejo para el Paso 2

El (la) facilitador(a) puede pedirle a varias personas que se aproximen al cuadro para repetir la explicación y así confirmar que todas(os) lo comprenden.



EJEMPLO

◀ Ejemplo para el Paso 6

Un grupo inicialmente identificó el uso de calostro como una práctica negativa (o sea que lo colocaron en el cuadro de la (el) menor desnutrida(o)). Después de discutir el asunto ampliamente el grupo entero decidió que el calostro era una práctica deseable y lo colocó en el cuadro de la (el) menor bien nutrida(o).



Nota de Vietnam

EJEMPLO

La lluvia de ideas inicial de las(os) participantes, se centró en promover que las familias mal nutridas visitaran a las familias bien nutridas para aprender lo que estaban haciendo éstas últimas para tener hijas(os) bien nutridas(os). Al animárseles, las aldeanas(os) agregaron, que era más útil que las(os) aldeanas(os) PRACTICARAN y EFECTUARAN las nuevas conductas, en vez de únicamente escuchar sobre ellas. La reunión duró un total de dos horas y resultó ser una demostración brillante de cómo las ideas, experiencias y conocimientos colectivos pueden utilizarse para resolver los problemas de la comunidad utilizando los recursos disponibles localmente.

El (la) facilitador(a) se refirió repetidamente al hecho que la comunidad llevó a cabo tareas tales como pesar a las(os) menores, crear un cuadro gigante de crecimiento, y descubrir que es posible para una familia pobre tener hijas(os) bien nutridas(os). De manera similar, el descubrimiento de las conductas apropiadas que permitía incluso a las familias pobres tener hijas(os) bien nutridas(os) se basó en las conductas o prácticas descubiertas en los hogares de los miembros de

EJERCICIOS ADAPTADOS PARA LOS TALLERES HOGAREÑOS

9. A fin de crear un plan de acción, pregúntele a las(os) participantes que desean hacer respecto a las(os) menores desnutridas(os) en su comunidad. Es de esperarse que respondan que desean devolverle la salud a las(os) menores desnutridas(os). Pregúntele a los participantes como piensan utilizar los cuadros de conductas recién creados que tienen por resultado “menores bien nutridas(os)” para mejorar la salud/nutrición de las(os) menores de la comunidad.

3. EDIFICIO AL CIELO

Propósito: Ilustrar el concepto de sostenibilidad

Con quienes: Grupo de miembros de la comunidad (líderes, maestros, tomadores de decisión, hombres y mujeres) y capacitandos

Cuándo utilizarlo: Durante la reunión de la comunidad a fin de dar retroalimentación sobre los hallazgos IDP e implementar el plan de acción durante la capacitación de facilitadoras(es) dentro del concepto de IDP.

Materiales: Cuatro objetos de tamaño similar (Ej. ladrillos, libros, guía telefónica, diccionarios)

Tiempo necesario: 5 minutos

Pasos

1. Dividir a las(os) participantes en un mínimo de tres equipos. Pedirle a cada equipo que se sitúe en un lugar lejos de los demás equipos.
2. Explicar que cada equipo debe construir la estructura más alta posible, en el tiempo más corto posible, utilizando los objetos que están disponibles en el salón. El equipo que construya la estructura más alta gana.
3. Para dificultar el juego, indíquele a cada grupo que deben construir la estructura con objetos de tamaño similar al que usted les entregue (libro o ladrillo). Asigneles tres minutos para terminar la construcción.
4. Una vez transcurridos los tres minutos, felicite al equipo ganador. AHORA TOME UN RECESO.
5. Proceda a quitar las bases proporcionadas para hacer la construcción y observe como se derrumban las estructuras.
6. Pregúntele a las(os) participantes que fue lo que sucedió.
7. Guíe la discusión con el objeto de explicar como esto demuestra la necesidad de construir sobre una base que involucre a toda la comunidad a partir del primer día. Este es un juego divertido además de ser un ejercicio poderoso para inculcar los conceptos de construir sobre la base de recursos existentes utilizando los bienes (activos) que ya se tienen.

EJERCICIOS ADAPTADOS PARA LOS TALLERES HOGAREÑOS

4. ENCENDIENDO CANDELAS

Contribuido por Save the Children Personal de campo de un campo de refugiados en Afganistán

Propósito: Ilustrar como los individuos pueden aprender unos de otros y diseminar nuevas prácticas a través de la comunidad

Con quienes: Grupo de miembros de la comunidad (líderes, maestros, personas a cargo de tomar decisiones y otros hombres y mujeres)

Cuando utilizarlo: Durante la reunión comunitaria para dar retroalimentación sobre los hallazgos IDP y realizar el plan de acción; el último día de la sesión de Talleres Hogareños

Materiales: entre 25 a 30 velas y una cajetilla de fósforos

Tiempo necesario: de 3 a 5 minutos

Pasos

1. Distribuir las velas a todas(os) las(os) integrantes del grupo.
2. Identificar a dos o tres miembros de la comunidad entre el grupo y encender sus velas.
3. Pedirle a cada miembro de la comunidad que encienda la vela de sus vecinos a cada lado.
4. Pedirle a estos miembros que enciendan las velas de los miembros alrededor de ellos y así sucesivamente.
5. Pedirle a las(os) participantes que expliquen lo que significa esta actividad.
6. Guiar la discusión para ilustrar el impacto que tiene el compromiso de las(os) participantes de diseminar lo que acaban de aprender a otros (parientes, amigos, etc.). Esta actividad puede ilustrar también la idea de progreso “de la oscuridad a la luz,” especialmente si se realiza al atardecer.



la comunidad! Resaltar estos hechos produjo un verdadero sentido de “apropiación comunitaria” para definir el problema e identificar estrategias para superar la desnutrición, que son accesibles a todos los miembros de la comunidad HOY.



Variaciones del ejercicio “Encender La Candela”

- #1: Ilustración del concepto DP en la Incidencia**
En lugar de ser el(la) facilitador(a) quien encienda fósforos para encender unas cuantas velas de los miembros de la comunidad, pídale a dos o tres individuos entre el grupo congregado que encienda las velas de los demás (ellas(os) representarán a individuos DP con conductas DP. Cada un(a) de ellas(os) encenderá su vela y luego encienden la vela de su vecino.
- # 2: Comparación del sistema de extensión del Ministerio de Salud con los sistemas de base Comunitaria** (Utilizar durante la capacitación) El(la) trabajador(a) extensionista enciende su vela y luego procede a encender la vela de cada miembro del grupo. Se repite el ejercicio utilizando la versión original arriba descrita. Discuta las diferencias en la experiencia y en la cantidad total de tiempo necesario.

EJERCICIOS ADAPTADOS PARA LOS TALLERES HOGAREÑOS

5. MECANISMO DE ADAPTACIÓN



Doble los pedazos de papel en porciones tan pequeñas que solo un grupo pueda pararse dentro de los límites de su pedazo de papel.

Propósito: Ilustrar el hecho que algunas personas, con pocos recursos (o recursos decrecientes), se adaptan mejor que sus vecinas(os) a ciertas situaciones.

Materiales: Varios pedazos grandes de papel / tela

Tiempo necesario: Aproximadamente 10 minutos

Pasos

1. Divida a las(os) participantes en grupos de tres o cuatro y entréguele a cada grupo un pedazo de papel o tela de tamaño idéntico. (Idealmente, para este ejercicio, debería haber un mínimo de tres grupos)
2. Explique que los equipos tendrán que ver como logran que todas(os) sus miembros se paren sobre el pedazo de papel sin tocar el suelo. El grupo que lo logra será el ganador.
3. Una vez que los equipos terminan el ejercicio, felicítelos. Luego pídeles que se salgan del papel y que lo doblen por la mitad y que repitan el ejercicio. Repita este paso hasta que los pedazos de papel estén de tamaño tan pequeño que ya solo un equipo quede sobre su pedazo de papel. Felicite al equipo ganador.
4. Pregunte a los equipos cual es la relevancia de ese ejercicio con el tema en cuestión. Por ejemplo: ¿Cómo se las arregla la gente cuando los recursos disminuyen? ¿Qué habilidades de adaptación desarrollan ciertos individuos o grupos para enfrentar la crisis? ¿Cuáles son las características de la conducta DP?

6. EJERCICIOS PARA GRUPOS PEQUEÑOS

Propósito: Mejorar la comprensión del enfoque de Desviación Positiva

Materiales: Ninguno

Tiempo necesario: 30 minutos (15 minutos en grupos pequeños; 15 minutos para la discusión en grupos grandes)

Pasos:

1. Divida a las(os) participantes en tres grupos. Asigne a cada grupo una de las siguientes preguntas o enunciados para que los discutan.
2. Pída a cada grupo que informe al resto de las(os) miembros lo que discutieron.

EJERCICIOS ADAPTADOS PARA LOS TALLERES HOGAREÑOS

Grupo 1: Responda a la siguiente pregunta “¿Cómo difiere el enfoque de Desviación Positiva de las demás herramientas de solución de problemas tradicionales?” Provea rotafolios con dos columnas (una para las herramientas tradicionales y otra para el enfoque DP) pídale a las(os) participantes que escriban sus respuestas en la columna apropiada.

Grupo 2: Discuta el enunciado “El enfoque DP es una herramienta para asegurar la sostenibilidad de un proyecto de desarrollo.”

Grupo 3: Discuta el enunciado “Desviación Positiva = encontrar soluciones a los problemas de la comunidad dentro de la comunidad misma.”

7. SUPUESTOS

Propósito: Identificar las causas de la desnutrición; analice los supuestos existentes

Materiales: Rotafolio; marcadores

Tiempo necesario: 20 a 30 minutos

Pasos

1. Solicítele a las(os) participantes que escriban cinco causas de la desnutrición según su opinión.
2. Recopile las diferentes listas y escriba en el rotafolio los puntos más comunes de cada lista por su orden.
3. Desafíe al grupo para que identifique cuales causas son meras “suposiciones” pero que no son necesariamente ciertas.
4. Discuta cómo la desnutrición no esta directamente relacionada con la condición económica. En general se presume que entre más altos son los ingresos, menor es la desnutrición. Las personas de mayores ingresos pueden comprar artículos de lujo en lugar de alimentos nutritivos para sus familias. Es por esta razón que a veces se incluye en la investigación de desviación positiva a una familia de mayores ingresos con hijas(os) desnutridas(os).



En general se presume que la nutrición mejora entre más altos son los ingresos. Las personas con mayores ingresos pueden comprar otros artículos de lujo en lugar de alimentos nutritivos para sus familias



Ejercicio sobre la Variación de “Costos De las Conductas DP”

Demostrar el costo beneficio del enfoque DP/Talleres Hogareños pidiéndole a las(os) participantes que comparen y discutan los siguientes costos y métodos de rehabilitación de un(a) menor desnutrida(o):

- ♥ Costo de admisión al hospital: \$100
- ♥ Costo de admisión a un centro de rehabilitación de la desnutrición: \$35
- ♥ Costo de participar en un TH: \$4

8. COSTO DE LAS CONDUCTAS DP

Propósito: Formar conciencia acerca de las conductas y prácticas que cuestan casi nada pero que pueden reducir la desnutrición incluso entre aquellas personas que viven en condiciones de pobreza

Materiales: Ninguno

Tiempo necesario: 15 a 20 minutos

Pasos

1. Pregúntele a las(os) participantes cuánto cuesta lo siguiente:

- ♥ Utilizar vegetales de la localidad
- ♥ Utilizar alimentos de Desviación Positiva que se puedan recoger sin costo
- ♥ Lactancia materna
- ♥ Lavarse las manos
- ♥ Practicar la higiene personal
- ♥ Atención para una(un) menor
- ♥ Interactuar con la(el) menor
- ♥ Estimular a la(el) menor
- ♥ Prevenir la deshidratación

2. Explique que a pesar de que la mayor parte de las personas señalan la pobreza como una de las causas principales de la desnutrición, se les va a enseñar prácticas de buena nutrición que son independientes de los ingresos familiares, que no cuestan casi nada y que a veces incluso resultan gratis.

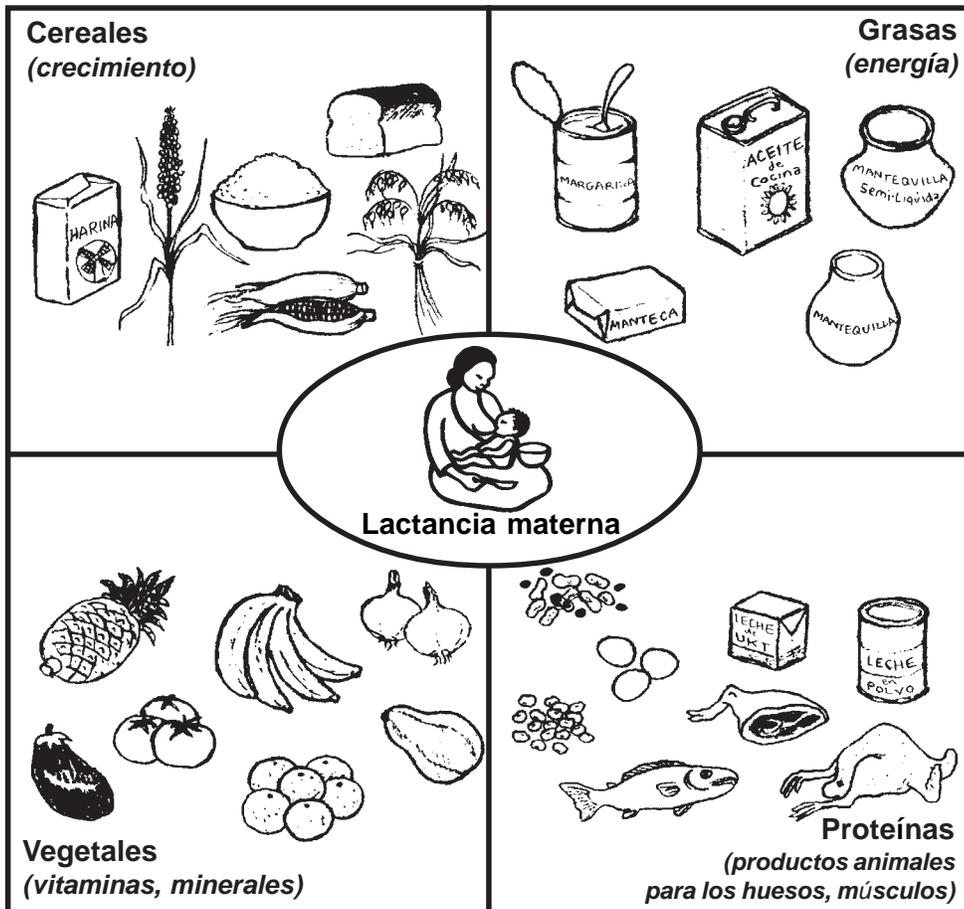
EJERCICIOS ADAPTADOS PARA LOS TALLERES HOGAREÑOS

9. ALIMENTOS TRADICIONALES

Propósito: Demostrar el valor de los alimentos tradicionales y la utilización de herramientas para planificar los menús

Materiales: Dibujo del cuadro de alimentos

Cuadro de Alimentos



Tiempo necesario: 30 minutos

Pasos

1. Pasear por el cuarto y pedirle a cada participante que describa su plato tradicional preferido que solía prepararle su abuelita.
2. Utilice el método del cuadro de alimentos (en el Capítulo 5) para analizar el valor nutritivo de los alimentos tradicionales.
3. Discuta cómo los alimentos tradicionales son bien balanceados y nutritivos y como en estos tiempos modernos nos olvidamos de la sabiduría de nuestros ancestros.

10. SELECCIÓN DE ALIMENTOS



Dirija a las(os) participantes en un recorrido rápido de las últimas 24 horas para que recuerden todos los alimentos que ingirieron durante ese período.

Propósito: Enseñar los principios de la buena nutrición

Materiales: Ninguno (rotafolio o papel son opcionales)

Tiempo: 15 a 20 minutos

Pasos

1. Dirija a las(os) participantes en un recorrido rápido de las últimas 24 horas para que recuerden todos los alimentos que ingirieron durante ese período.
2. Discuta la selección de alimentos y su contenido nutritivo.

EJEMPLO DE BOSQUEJO DE CAPACITACIÓN PARA VOLUNTARIAS

MODULO UNO

Participantes: Voluntarias de TH seleccionadas por las(os) aldeanas(os) de varias aldeas

Duración / Plazo: 2 días (Día 1: 6 horas; Día 2: 6 horas)

Objetivos de Capacitación: Después de esta capacitación, las(os) participantes podrán:

1. Explicar a las madres y demás personas encargadas de las(os) menores las dos metas del programa
2. Convencer a las madres y miembros de la familia que aporten su contribución diaria de alimentos “especiales” a las sesiones de DP/TH
3. Organizar y ejecutar una sesión DP/TH en su casa o en el hogar de otra participante
4. Enseñarle a las madres y miembros de la familia sus papeles y responsabilidades mediante una ayuda visual a fin de lograr el éxito del programa DP/TH (afiche)
5. Crear y utilizar el libro DP/TH

DIA 1 (6 horas)

.....

Bosquejo

I. Revisión

- A. Saludo/Presentación
- B. Revisión de los hallazgos de la IDP (rotafolios sobre hallazgos DP)
- C. Revisión de “¿A quiénes queremos ayudar?” (Afiche de resultados PMC)
- D. Objetivos de la capacitación DP/TH (Rotafolio 1)

II. Información sobre DP/Talleres Hogareños

- A. Cuáles son las dos metas de DP/TH (Rotafolio sobre objetivos)
- B. ¿En que consiste una Sesión de TH? ¿Cuándo se debe realizar una sesión de TH (Rotafolio/ calendario)?
- C. ¿Quiénes van a trabajar juntos para rehabilitar a las(os) menores desnutridas(os) y cual es el papel de cada persona?
- D. Papel de la voluntaria
- E. Criterios de Admisión para asistir a la sesión de TH
- F. Contribución familiar en alimentos para la rehabilitación conjunta de las(os) menores desnutridas(os)
- G. Ejercicio 1 - Haciendo afiches para los dos objetivos y la contribución de alimentos familiares
- H. Juego de roles con afiches

Esta sección contiene un bosquejo de Capacitación de Voluntarias utilizado por Save the Children en Myanmar

Materiales:

- ♥ Rotafolio, papel para rotafolio, pizarra blanca, borrador y marcadores.
- ♥ Afiche en la aldea
- ♥ Resultados de la PMC
- ♥ Afiches de hallazgos de DP en la Aldea
- ♥ Cuadro de Alimentos
- ♥ Alimentos de los cuatro grupos de alimentos, especialmente los alimentos DP
- ♥ Dibujos o ilustraciones de alimentos DP para hacer el afiche
- ♥ 350 gramos de arroz cocido y crudo
- ♥ Herramientas locales para medir (tasas de lata, cucharas, pesas locales, básculas, etc.)
- ♥ Ayuda visual de Menú y hoja de menú DP /TH
- ♥ Afiche con calendario mensual
- ♥ Un libro modelo de DP/TH para cada grupo
- ♥ Modelo de afiche acerca del propósito de DP/TH
- ♥ Mensajes TH para cada sitio. Plumaz de colores y papel grande (2 para cada grupo).



Prepare un menú especial de las familias pobres con menores bien nutridas(os)

III. Preparando menús para DP/Talleres Hogareños

- A. Análisis del cuadro de alimentos
- B. Preparando el menú de TH
- C. Preparando un menú especial: el menú de las familias pobres con menores bien nutridos
- D. Calculando cada ración para cada menor utilizando las herramientas locales para medir
- E. Programa de menús de los TH
- F. Cocinando el almuerzo juntos y darle al programa un nombre local
- G. Creando una canción para el DP/Talleres Hogareños

Día 2 (6 horas)

.....

I. Revisión del Día 1

- A. Juego de roles con el afiche sobre las metas DP/TH y contribución familiar
- B. Revisión de las conductas beneficiosas en el hogar de alimentación, orientación a la salud, atención e higiene personal (incluyendo las prácticas DP)

II. Protocolos

- A. ¿En qué consiste un libro de TH?
- B. Ejercicio 2: Preparando un libro de TH
- C. Herramientas necesarias para la sesión de TH
- D. Procedimientos y tareas para el primer día de la sesión de TH

III. Logística

- A. Preparación para la primera sesión de TH
- B. Que debe decirle a la familia de las(os) menores desnutridas(os) (juego de roles)
- C. Practique la canción interactiva
- D. Finalización de la capacitación de un día

EJEMPLO DE BOSQUEJO DE CAPACITACIÓN PARA VOLUNTARIAS

MODULO DOS

Participantes: Voluntarias de los Talleres Hogareños seleccionadas por las(os) aldeanas(os) de diferentes aldeas

Duración / Plazo: 2 días (Día 1: 4 horas; Días 2: 6 horas)

Objetivos de la capacitación: Al finalizar esta capacitación las(os) participantes podrán:

1. Utilizar las ayudas visuales efectivamente
2. Realizar discusiones de grupos focales con las personas encargadas de las(os) menores desnutridas(os) sobre diferentes temas durante las sesiones diarias de Talleres Hogareños
3. Evaluar el progreso de las(os) menores y al final de la sesión de Talleres Hogareños brindar una consejería adecuada a las personas encargadas de las(os) menores
4. Informar acerca de los resultados de la sesión de Talleres Hogareños al Comité de Salud Comunitaria

DIA 1 (4 horas)

I. Revisar el Taller Hogareño actual

- A. Saludos y presentaciones; Objetivos de la capacitación de Talleres Hogareños
- B. Revisión de las metas de los Talleres Hogareños (Rotafolio)
- C. Retroalimentación de la semana 1: lecciones aprendidas (rotafolio)
- D. Revisión del menú de los Talleres Hogareños (cuadros de alimentación - rotafolio y folletos)
- E. Papel de los padres (opcional)

II. Temas de discusión durante los Talleres Hogareños y los grupos focales

A. Generalidades

1. Revisar las prácticas de alimentación, atención, y orientación a la salud
2. Presentación de las cuatro ayudas visuales
3. Explicación de la programación de los mensajes básicos (rotafolio & folletos)

B. Tema Uno: alimentación e Higiene personal

1. Hechos (rotafolio y jabón)
2. Cómo presentar la ayuda visual (preguntas)
3. Juego de roles para el(la) facilitador(a) sobre cómo dirigir una discusión de grupo focal
4. Juego de roles de la voluntaria sobre cómo facilitar una discusión de grupo focal y la retroalimentación

C. Tema Dos: Lactancia Materna

El módulo dos se lleva a cabo después de la primera semana de una sesión TH y antes de la segunda semana

1. Hechos (Rotafolio, preguntas, y demostración)
2. Revisión de cómo realizar una discusión de grupo focal con cuestionamientos acerca de la lactancia materna
3. Juego de roles de las voluntarias en un grupo focal sobre el tema dos y retroalimentación



Revisar los temas de DP/TH tales como la prevención y tratamiento de enfermedades utilizando un rotafolio mostrando SRO preparado en el hogar

DIA 2 (6 horas)

Calentamiento Dos canciones infantiles que requieran de movimiento (“cabeza, hombros, rodillas y pies”)

I. Revisión del Día 1

II. Temas de Talleres Hogareños

A. Tema Tres: Prevención y tratamiento de la enfermedad

1. Hechos (rotafolio -SRO en el hogar)
2. Revisar las preguntas del grupo focal
3. Cómo verificar el ritmo respiratorio de las(os) lactantes y preparar el SRO en casa (practicar con las(os) menores)
4. Juego de roles de las voluntarias de un grupo focal sobre el tema tres y retroalimentación

B. Tema Cuatro: Atención a menores

1. Hechos (rotafolio y juegos / canciones interactivas)
2. Revisar las preguntas para la discusión del grupo focal
3. Juego de roles de las voluntarias de un grupo focal sobre el tema cuatro y retroalimentación

C. Tema Cinco: Mensaje del último día “¿Qué podemos hacer en casa nosotros mismos?”

1. Afiche con una variedad de alimentos y los hallazgos de la IDP

III. Procedimientos para el último día de los Talleres Hogareños

- A. Procedimientos y tareas para el día 12 de la sesión de Talleres Hogareños
- B. Consejería a las madres y miembros de la familia al final de la sesión de Talleres Hogareños
- C. Utilizar juego de roles para practicar la consejería a las madres y miembros de la familia
- D. Crear un informe de los Talleres Hogareños

CAPÍTULO TRES

Paso 3: Prepárese para la Investigación de Desviación Positiva



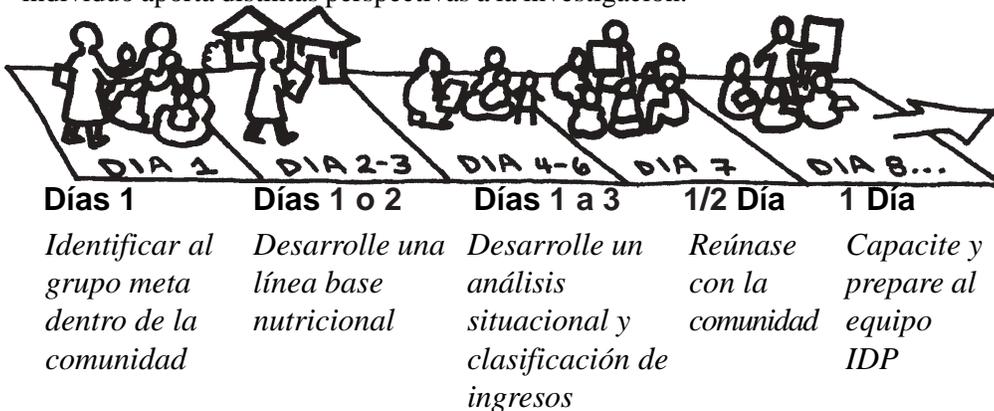
PASO 3

Prepárese para la Investigación de Desviación Positiva:

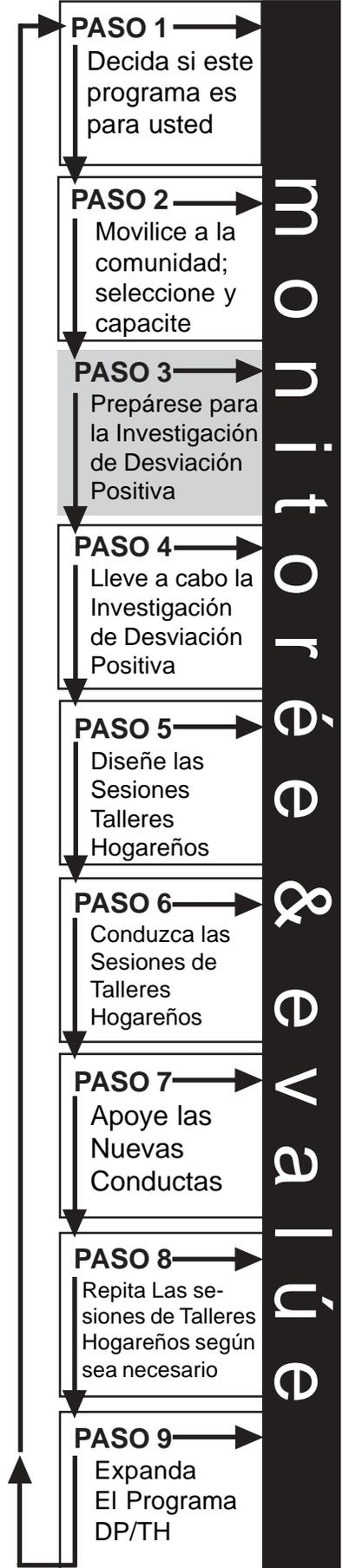
- A. Determine la edad del grupo meta
- B. Desarrolle una línea base de nutrición
- C. Desarrolle un análisis situacional
- D. Desarrolle una encuesta de clasificación de ingresos
- E. Reúnase con la comunidad para recibir retroalimentación sobre la línea base de nutrición, introduzca el concepto de DP y establezca las metas y objetivos
- F. Identifique a las personas Desviadoras Positivas
- G. Capacite y prepare al equipo IDP

La Investigación de Desviación Positiva (IDP) es una herramienta específicamente diseñada para comunidades, y se utiliza para descubrir las prácticas exitosas o deseables aplicadas por personas Desviadoras positivas encargadas del cuidado de las(os) niñas(os) que pueden reproducirse por otras personas para abordar un problema común a toda la comunidad. Para los programas de DP/TH el enfoque se basa en las prácticas orientadas a reducir la desnutrición infantil.

Los pasos A hasta el paso G que aparecen arriba se deben desarrollar antes de llevar a cabo la IDP. El proceso se desarrolla por lo general en dos a tres semanas. Debe procurarse que haya la menor cantidad de retrasos entre la evaluación nutricional, clasificación de ingresos e identificación de las familias DP debido a que la condición nutricional de las(os) niñas(os) puede deteriorarse rápidamente. Los mejores resultados se logran cuando un equipo multidisciplinario efectúa estos pasos ya que en que cada individuo aporta distintas perspectivas a la investigación.



¿DÓNDE SE ENCUENTRA USTED?



Si hay demasiadas/os niñas(os) menores de cinco años como para incluirles a todas(os), considere invitar a niñas(os) desde siete meses hasta tres años al TH — las investigaciones indican que las(os) niñas(os) son nutricionalmente más vulnerables durante este período.

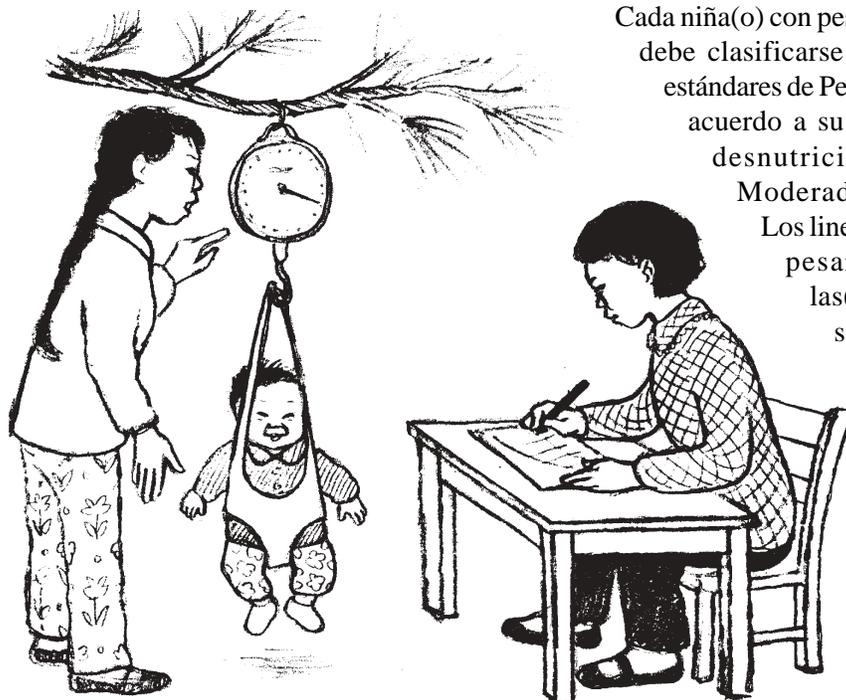
Los lineamientos para pesar y medir a las(os) niñas(os) se proveen al final de este capítulo y los estándares de Peso por Edad se listan en el Cuadro 3.5.

A. Determine el Grupo de Edad Meta

En muchos casos, su fuente de financiamiento decidirá la edad del grupo meta para el DP/TH. Si esto no es así, involucre a la comunidad en la toma de la decisión. ¿Se concentrará en todas las(os) niñas(os) menores de tres años? ¿Todas las(os) niñas(os) menores de cinco? Puesto que no debe proporcionar alimentos complementarios a las(os) niñas(os) hasta que han cumplido seis meses de edad, las(os) bebés más pequeñas(os) para ser incluidos en el programa deben tener siete meses de edad. Si hay demasiados menores de cinco años como para incluirles a todos, considere incluir en el TH los que tienen siete meses hasta los tres años. Las(os) menores de tres años crecen más rápido que a cualquier otra edad, son las(os) más vulnerables a enfermedades, emaciación y retraso en el crecimiento, pero también responden mejor a las intervenciones inmediatas. Además, las investigaciones indican que las(os) niñas(os) son nutricionalmente más vulnerables durante este período. En caso que haya una extensa desnutrición en una comunidad, lo más recomendable sería dirigir los esfuerzos de salud hacia las(os) bebés de siete a veinticuatro meses de edad.

B. Desarrollo de una Línea Base de Nutrición

La evaluación de línea base de la nutrición identifica a las(os) niñas(os) desnutridas(os) y sirve como una herramienta de movilización comunitaria. Es importante medir el peso de cada menor dentro del grupo de edad meta. El peso por altura es la medida de preferencia al evaluar la desnutrición aguda, o emaciación. Sin embargo, debido a que el peso por altura es la medida más sensible al cambio, es el método utilizado en la mayoría de los programas DP/TH para evaluar a las(os) niñas(os) con peso insuficiente.



Cada niña(o) con peso insuficiente debe clasificarse mediante los estándares de Peso por Edad de acuerdo a su condición de desnutrición Leve, Moderada, o Severa.

Los lineamientos para pesar y medir a las(os) niñas(os) se proveen al final de este capítulo y los estándares de Peso por Edad se enumeran en el Cuadro 3.5.

Cuando ya existe un

programa de promoción y monitoreo de crecimiento, la evaluación nutricional puede comenzar durante las sesiones de monitoreo de crecimiento, pero los datos que se utilicen deben corresponder al mes en curso. Si no existe monitoreo de crecimiento procure iniciar el PMC para que coincida con la DP/TH regularmente para identificar y monitorear las condiciones individuales de crecimiento de las(os) niñas(os).

Es importante llevar el control de las(os) menores a quienes no se pesa.

Raramente el 100% del grupo meta participará en las sesiones mensuales de PMC y por lo general las(os) niñas(os) desnutridas(os) son las(os) primeras(os) en faltar o saltarse una sesión de monitoreo de crecimiento. Las(os) niñas(os) que asisten con constancia se auto-seleccionan y provienen de familias motivadas y conscientes sobre asuntos de salud.

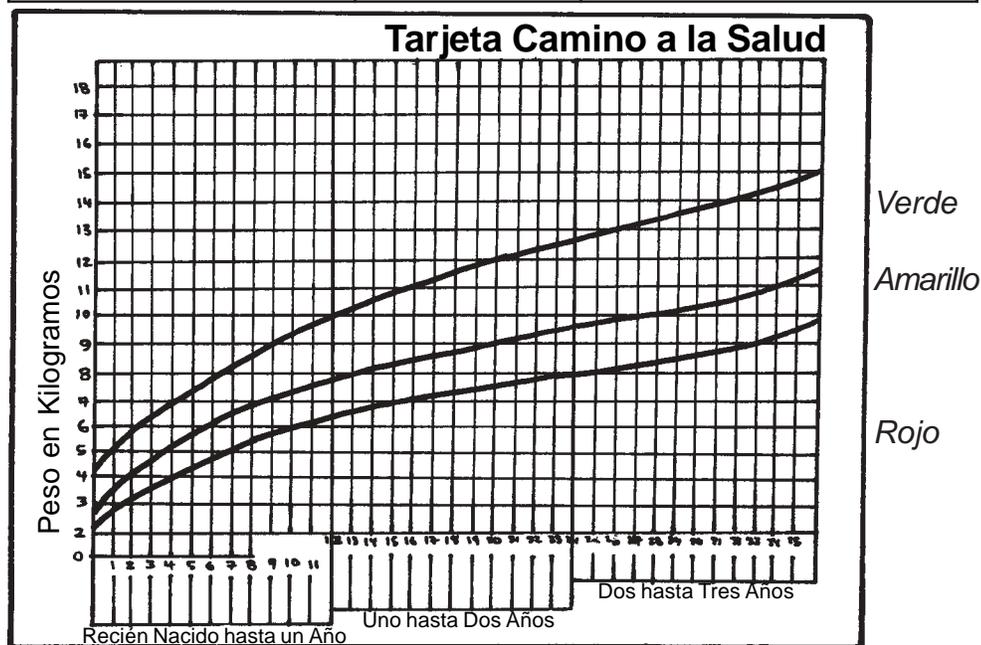
Cuando no se haya establecido un monitoreo de crecimiento, o cuando algunas(os) niñas(os) queden fuera, el personal y voluntarias del proyecto deben ir de casa en casa identificando a todas(os) las(os) niñas(os) del grupo de edad meta, como en un censo, y pesandoles. Este proceso asegura que no se pase por alto a ningún(a) niña(o) y evita el estrés y caos que acarrea el pesar en grupo.

Analice los Datos

Los datos individuales de cada niña(o) se introducen en una Tarjeta de Monitoreo de Crecimiento que guarda la persona encargada del cuidado de la(el) niña(o). Estos datos son importantes para la persona encargada del cuidado de la(el) niña(o), y muestra gráficamente en el tiempo si la(el) niña(o) esta creciendo bien o mal, y si necesita ayuda especializada. Normalmente, la Tarjeta de Monitoreo de Crecimiento consta de tres partes que indican la condición nutricional de la(el) niña(o). En algunos países, se colorean como se muestra en el Cuadro 3.1 de abajo.

CUADRO 3.1 TARJETA DE MONITOREO DE CRECIMIENTO

Líneas en el gráfico	Estado de Desnutrición	Color (más comunes)
Línea superior	Normal	Verde
2da línea	Leve	Amarillo claro
3era línea	Moderado	Amarillo
Abajo de la 3era línea	Severo	Rojo



Las siguientes son algunas de las razones por las cuales no se pesa a los niños:

No existe el programa de monitoreo del crecimiento en la aldea

ó

Hay programa de monitoreo de crecimiento pero:

- ♥ La familia no sabe que se pesa a las(os) niñas(os)
- ♥ La familia no está motivada para asistir
- ♥ La familia tiene pena de asistir debido al peso insuficiente de la(el) niña(o)
- ♥ La familia ha tenido en el pasado malas experiencias al pesar a la(el) niña(o)
- ♥ Las sesiones pasadas no han mostrado ningún beneficio o seguimiento significativo
- ♥ La familia cree que pesar a las(os) niñas(os) es dañino.

Existen otros estándares más sofisticados para evaluar la condición nutricional de una(un) niña(o). El Cuadro 3.5 provee estándares de peso por edad para niñas(os) entre 0-60 meses. Estos cuadros se encuentran a menudo disponibles por medio de la oficina de Nutrición del Ministerio de Salud del país. Los pesos que se encuentran por debajo de una desviación estándar de la norma o mediana se consideran “desnutrición leve”; por debajo de dos desviaciones estándar de la norma o mediana indican una “desnutrición moderada”; y por debajo de tres desviaciones estándar de la norma o mediana se denominan “severa”. Las desviaciones estándar de una norma internacional se conocen como puntajes Z. Se puede observar una comparación de estos tres tipos de términos en el cuadro inferior. Los puntajes Z se utilizan a menudo en las investigaciones para proveer información comparativa entre diferentes países.



Verifique los Menores

Efectue una revisión para saber si identificó a todas(os) las(os) niñas(os) de una categoría de edad específica (recuerde que es posible que no se haya pesado a todas(os)).

Algunas reglas primordiales que aplican en países en vías de desarrollo son las siguientes:

♥ Si su población meta son las(os) menores de cinco años, esta debe ser equivalente al 16-20% de la población total

♥ Si su población meta son las(os) menores de tres años, esta debe equivaler al 10-14% de la población

CUADRO 3.2 NIVELES DE DESNUTRICION POR DESVIACIONES ESTANDAR O PUNTAJES Z

Estado De Desnutrición	Desviación Estándar (DE) por debajo de la norma	Puntaje Z
Normal	Mediana	Mediana
Leve	1	<puntaje Z -1
Moderado	2	<puntaje Z -2
Severo	3	<puntaje Z -3

Para el resto de este manual clasificaremos la desnutrición como normal, leve, moderada y severa. Revise los estándares de su país con el Ministerio de Salud. Sin importar el método utilizado, con el tiempo es importante poder rastrear los cambios de peso en las(os) niñas(os).

El peso y condición nutricional de cada niña(o) puede reflejarse gráficamente en un marcador comunitario para ayudar a que la comunidad comprenda la condición nutricional general de las(os) niñas(os) de la comunidad. Esta representación gráfica con frecuencia es muy motivante para que la comunidad entre en acción cuando existe un gran número de niñas(os) desnutridas(os). Para evitar avergonzar a las familias, el marcador debe reflejar solamente señales o símbolos, y no los nombres de las(os) niñas(os).

Al trabajar con la población total de niñas(os) menores de tres años (o menores de cinco) de la comunidad, tabule el número de niñas(os) que se encuentran en cada categoría de condición nutricional. Utilice un cuadro similar al Cuadro 3.3. Cuando se pesa a todos las(os) niñas(os), la evaluación nutricional se basa en el registro del 100% de la población meta. El número total de las(os) menores de tres años (o menores de cinco) nos da el denominador para la proporción de niñez desnutrida en la comunidad. Posteriormente, calcule los porcentajes que corresponden a cada categoría de desnutrición. Tome el número total de esa categoría, multiplíquela por 100, y divida entre el total de la población meta.

CUADRO 3.3 PORCENTAJES DE NIÑAS(OS) META POR CONDICIÓN NUTRICIONAL

Condición Nutricional	Número	Porcentaje
Normal		
Desnutrición leve		
Desnutrición moderada		
Desnutrición severa		
Total		

Prepare los Resultados Gráficamente

Esta evaluación inicial sirve como una importante línea base para la intervención. La comunidad necesita esta información. Les pertenece y debe compartirse. Existen varias maneras de presentar los datos para que se comprendan con facilidad y la comunidad pueda apreciar la magnitud del problema. La información debe compartirse con las(os) trabajadoras(es) locales de salud, comité de salud de la aldea, líderes comunitarios, y cualquier otro grupo comunitario. Este es el comienzo para crear marcadores visuales que nos permitan rastrear el progreso en el combate de la desnutrición. Inicialmente el gráfico circular (u otra ayuda visual) representa los datos de la línea base. Los datos subsiguientes serían comparados a esto.

Gráfico circular

Los gráficos circulares son muy útiles para mostrar la proporción de niñas(os) que corresponde a cada condición nutricional. El personal puede mostrarle a los miembros de la comunidad como hacer un gráfico circular utilizando proporciones de niñas(os) bien nutridas(os), levemente desnutridas(os), moderadamente desnutridas(os) y severamente desnutridas(os). Un uso poderoso de los gráficos circulares es mostrar solamente a dos grupos: las(los) que sufren de todos los niveles de desnutrición, y las(los) que están bien nutridas(os).

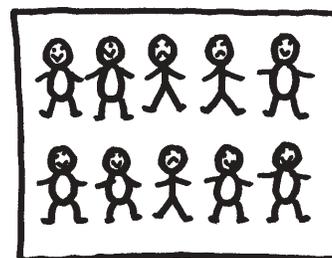
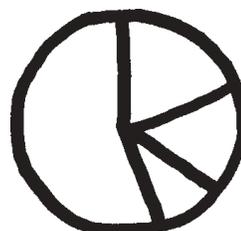
Palo Coloreado

Puede colorearse un palo de diferentes colores de acuerdo al porcentaje de niñas(os) dentro de cada categoría de desnutrición.



Dibujos Simples

Pueden utilizarse figuras simples para mostrar el porcentaje de niñas(os) en cada categoría. Cuando se utilizan diez figuritas, cada figura representa el diez por ciento de la población. Si el treinta por ciento de la población estuviera desnutrida, entonces tres de las diez figuritas se pintaría de rojo.



Afiche Grande

El peso-por-edad de cada niña(o) puede ser marcado en un afiche o versión gigante de la Tarjeta de Monitoreo de Crecimiento como para rotafolio. Esto demuestra la frecuencia de desnutrición en la niñez y la cobertura del programa, además aumenta la comprensión de la comunidad.



Haga énfasis en lo importante que es que la comunidad comprenda los marcadores comunitarios, para que pueda visualizar en las estadísticas de su comunidad y salud en general el impacto del enfoque TH.



En partes de Mozambique, se cree que un “espíritu sentado sobre la(el) niña(o)” causa marasmo. Solamente un médico brujo puede exorcizar o sacar ese mal espíritu de la(el) niña(o). La(el) niña(o) permanece normalmente con el médico brujo por dos semanas. La condición de la(el) niña(o) comienza a mejorar a las dos semanas de asistir a las sesiones TH. Las madres se sintieron cómodas con las sesiones de dos semanas ya que culturalmente estaban familiarizadas con este “período de curación”.

C. Hacer un análisis situacional

Una buena planificación programática se basa en una comprensión total de la actual situación de una comunidad. Otra información importante que debe recolectarse además de la evaluación de línea base nutricional es la siguiente:

Situación general de salud: cobertura de inmunización; incidencia y manejo de casos de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), especialmente la neumonía, diarreas, malaria, y parásitos en niñas(os) pequeñas(os); deficiencia de Vitamina A; aceptación de la planificación familiar; y acceso a cuidados materno-infantiles.

Niveles y causas de mortalidad en menores de cinco años: Incluyendo las causas médicas (diagnóstico) y causas por el sistema (búsqueda tardía de cuidados, baja calidad de los cuidados, etc.).

Conductas y creencias populares: alimentación en el hogar, conductas de cuidados y de salud; creencias comunes relacionadas con la comida y salud, incluyendo tabúes y normas; y disponibilidad de agua limpia.

Para planificar el TH, el personal deberá tener una comprensión completa de las creencias y prácticas locales. Aún si pertenecen al área, podrían no haber prestado mucha atención a las prácticas alimenticias o de crianza de la niñez, particularmente las de los grupos de bajos niveles socio-económicos. Ya que el DP/TH busca cambiar los conocimientos tradicionales y guiar a la comunidad para adoptar medidas para prevenir y eliminar la desnutrición, es importante articular y documentar las normas existentes compartidas por toda la comunidad. Cuando se aclaran las normas resulta más fácil identificar a las personas Desviadoras positivas y sirve como una línea base cualitativa contra la cual se pueden comparar los cambios en alimentación, en atención y en salud.

Existen varias metodologías para recolectar información y ayudar a la comunidad para que relate su propia historia. Se sugiere que se utilicen distintos métodos para validar la información, comúnmente esto se llama “triangulación” de la información. El equipo del proyecto debe utilizar información cualitativa y cuantitativa. La información cuantitativa puede incluir documentos escritos, tales como registros gubernamentales o datos provenientes de las instalaciones de salud que ayuden al equipo de proyecto y comunidades a comprender las causas claves de mortalidad y morbilidad infantil.

Si estos datos no se encuentran disponibles, entonces el equipo de proyecto podría tener que llevar a cabo una encuesta de Conocimientos, Prácticas y Cobertura (CPC) en el área para comprender mejor la magnitud del problema nutricional y enfermedades infantiles. La encuesta CPC consiste en un determinado número de preguntas que se le entrega a un grupo de personas seleccionadas al azar. Al final de este manual pueden encontrar referencias con información más detallada sobre como llevar a cabo una encuesta CPC.

Los datos cuantitativos deben complementarse con la información cualitativa que nos da información profunda sobre las creencias y prácticas locales en una variedad de escenarios. Muchas de estas útiles herramientas nos vienen de la antropología social; las herramientas comúnmente utilizadas para el DP/TH son la Evaluación Participativa Rural o Rápida (EPR) y Aprendizaje y Acción Participativa (AAP). La

AAP aplica un enfoque de desarrollo comunitario y solución de problemas en el cual las(os) facilitadoras(es) trabajan con las comunidades para analizar las causas de un problema, identificar soluciones, y desarrollar e implementar un plan de acción.

Las voluntarias y personal de programa DP/TH a menudo inician un AAP o EPR a través de entrevistas con las informantes claves mujeres líderes o a través de discusiones de grupos focales con mujeres y otras(os) personas encargadas de tomar decisiones, con el fin de comprender las prácticas de lactancia materna, período de destete, carga de trabajo de las madres, conceptos sobre el cuidado de niñas(os), creencias relacionadas a la crianza de niñas(os), prácticas de higiene ambiental, y las percepciones sobre las causas de la desnutrición infantil. Las entrevistas y discusiones en grupos focales deben ser complementadas con otras metodologías para recabar información con el objetivo de entender mejor los factores que contribuyen a la desnutrición. Las notas recolectadas por el personal y voluntarias pueden compararse posteriormente para identificar las conductas o creencias que deben cambiar.

Las discusiones de grupo focal encontraron que en un área de proyecto existía una debilidad al trasladar los alimentos del campo hasta las(os) niñas(os). Los padres estaban generalmente ausentes, trabajando en otro país y no podían ayudar a las madres con las tareas del hogar ni proveer apoyo moral para la crianza de la(el) niña(o). La madre trabajaba casi todo el día en el campo para poder traer comida a la casa. Cuando regresaba tenía que empezar a recolectar agua y a preparar la comida. Era difícil para ella encontrar suficiente tiempo y energía para sentarse apropiadamente con la(el) niña(o) y alimentarla(o) con paciencia. Como resultado, las(os) niñas(os) debían valerse por sí solas(os), y a menudo se alimentaban de platos compartidos con sus hermanas(os) mayores.

Las(os) niñas(os) mayores, más rápidas(os) y fuertes son quienes toman las porciones más grandes. Aunque es común para las mujeres amamantar por dos años, las madres que salen embarazadas antes de que transcurra ese tiempo, destetan abruptamente a la(el) niña(o). Esta práctica es promovida enfáticamente por las suegras quienes prohíben estrictamente que se amamante durante el embarazo. El crecimiento de la(el) niña(o) comienza a decaer una vez que es privada(o) prematuramente de la leche materna.

Se puede encontrar una lista de ejemplos de preguntas para discutir con grupos focales en los Métodos de Recolección de Información al final de este capítulo.



Es difícil para la madre encontrar suficiente dinero y energía para sentarse apropiadamente con el niño y alimentarlo con paciencia.



Una encuesta de patrones alimenticios que se realizó con niños en Sri Lanka encontró que su alimentación típica es la siguiente:

Desayuno: Bizcochos y té

Almuerzo: Arroz o batatas con hojas verdes y coco, pescado seco y curry vegetal

Entre Comidas: Taza de té simple

Cena: Pan o saltamontes silvestres con curry

El Cuadro 3.4 a la derecha provee varias metodologías que pueden utilizarse para recolectar información, y los tipos de datos que cada una provee. Estos métodos deben utilizarse según sea necesario para obtener la información requerida.

El asterisco (*) indica que al final de este capítulo hay indicaciones para llevar a cabo la metodología.

CUADRO 3.4 METODOLOGÍAS PARA OBTENER INFORMACION

Metodología / Herramienta	Información Recolectada
A. Entrevista con un Solo Informante	
Entrevistas de pregunta cerrada (respuesta sí o no) estándar de informantes claves	Los resultados comparativos recabados en los hogares ayudan a determinar las conductas reportadas y las reales de los cuidados de las(os) menores
Recordatorio de 24-horas de alimentación	El inventario de la madre acerca de la ingesta de alimentos de la(el) menor durante las últimas 24 horas; El enfoque debe ser sobre los tipos de alimentos y no sobre la cantidad ingerida; la frecuencia y tipos de meriendas (un tipo de entrevista de preguntas cerradas)
Preguntas abiertas o semi-estandarizadas para entrevistas de informantes claves	Extrae más información y participación de los hogares además de aumentar la comprensión de las conductas en la atención de las(os) menores y su contexto, Ej. roles en el hogar que designan quien se encarga de la atención de las(os) menores, la toma de decisiones, etc. (Utilizado comúnmente en los programas DP/TH)
B. Entrevistas de Grupos	
Discusiones en grupos focales*	Provee información contextual de las conductas de alimentación, atención, higiene y búsqueda de la salud informadas
Mapeo de la comunidad*	Proporciona la ubicación de las casas de personas de escasos recursos y de mayores ingresos, centros de salud, bombas de agua, campos agrícolas, escuelas, edificios religiosos, etc.
Tendencias*	Descripción visual de las tendencias más importantes en la condición de la desnutrición, disponibilidad de alimentos, situación económica, crecimiento de la población, etc. de los últimos 5 a 10 años
Calendario por temporada*	Descripción visual de la disponibilidad de alimentos, carga laboral y prevalencia de las enfermedades, debido a cambios estacionales
Utilización del tiempo	Descripción visual de cómo utilizan su tiempo las mujeres
Líneas de Tiempo (historia local)	Cambios en el uso de los alimentos y las prácticas de acuerdo al paso del tiempo
C. Entrevista sistemática	
Clasificación / Calificación de las prácticas orientadas a la salud	A quienes acuden las(os) miembros de la comunidad cuando las(os) hijas(os) se enferman
Clasificación de los tipos de enfermedades	Percepción de las causas más comunes de las enfermedades infantiles y la desnutrición
D. Observación Directa	
Visitas Domiciliarias	Conductas en la preparación de los alimentos, alimentación, atención, búsqueda de la salud a través de la observación de los participantes
Monitoreo Continuo	Cambios en las conductas reales de alimentación, atención y búsqueda de la salud en el contexto de varios hogares



Diferentes costumbres y creencias descubiertas en un estudio cualitativo fueron subsecuentemente utilizadas para moldear los mensajes DP/TH en el proyecto:

- ♥ Las(os) niñas(os) necesitan proteínas y no deben evitar la carne y huevos
- ♥ Los padres y abuelos ayudan a alimentar a las(os) niñas(os) y deben ser involucrados en el programa DP/TH
- ♥ Debido a que la madre decide lo que puede o no comer la(el) niña(o), los mensajes sobre la toma de decisiones relacionadas a los alimentos deben dirigirse a las madres
- ♥ Los alimentos complementarios tales como naranjas, papaya, papilla de arroz con camarones y pescado y cilantro triturados se pueden suministrar durante el período de destete en vez de esperar a que la(el) niña(o) cumpla un año de edad
- ♥ Se necesitan mensajes adicionales sobre alimentación apropiada dirigidos a la alimentación de las(os) niñas(os) enfermas(os) ya que las(os) niñas(os) enfermas(os) son a menudo alimentadas(os) con avena únicamente
- ♥ Se debe introducir mensajes sobre el cuidado de las(os) niñas(os) durante episodios de infecciones respiratorias agudas al DP/TH ya que las enfermedades más comunes son las IRA
- ♥ A las familias les preocupan mucho las diarreas y convulsiones y desean aprender sobre su prevención y atención
- ♥ Típicamente las madres se preocupan más por el sabor de la comida que por el contenido nutricional, por lo que mensajes relacionados a la pirámide nutricional serán importantes
- ♥ Las madres pasan mucho tiempo cocinando alimentos que no tienen buenos resultados en términos de buena nutrición; las recetas nutritivas serán muy útiles durante el programa DP/TH



Los padres y otros parientes que ayudan a alimentar a los pequeños deben incluirse en el programa DP/TH.

D. Lleve a cabo una encuesta de clasificación del ingreso

Desarrolle criterios para la clasificación del ingreso dentro de la comunidad y trabaje con miembros comunitarios para clasificar los hogares según la situación socio-económica. Esto puede ser tan sencillo como diferenciar hogares pobres de otros más ricos. Las voluntarias de TH y miembros del comité de salud comunitaria que tengan contacto cercano con la comunidad se encuentran en mejor posición para diseñar la clasificación del ingreso ya que los criterios son culturalmente muy específicos.

La clasificación de acuerdo al ingreso puede conducirse mientras se lleva a cabo la evaluación nutricional, mientras que los resultados del monitoreo de crecimiento se tabulan, durante o inmediatamente después del análisis situacional.

Preguntas para Guiar los Criterios de Clasificación de Riqueza:

- ♥ ¿Cómo describiría usted a los hogares pobres y ricos?
- ♥ ¿Dónde viven las familias pobres y ricas? ¿Cómo son sus casas?
- ♥ ¿Cómo se visten?
- ♥ ¿Qué tipos de alimentos comen?
- ♥ ¿Qué hacen para divertirse?
- ♥ ¿Quiénes son las personas principales encargadas del cuidado de las(os) niñas(os)?
- ♥ ¿Cuánto gastan en cuidados de salud al año?
- ♥ ¿Qué tipo de trabajos realizan los hombres?
- ♥ ¿Mujeres? ¿Niñez?



Criterios para Clasificar el ingreso en una Comunidad de Mali:

- Ricos** La familia posee un(os) burro(s) y carreta
- Media** La familia posee uno o más burros
- Pobres** La familia no posee un burro

Criterios para Clasificar el Ingreso en una Comunidad de Guatemala:

- Ricos** Los niños calzan sandalias / zapatos de cuero que cubren los dedos
- Media** Los niños calzan sandalias o botas de plástico
- Pobre** Los niños no calzan sandalias ni zapatos

E. Reúnase con la Comunidad

Organice una reunión con la comunidad para brindar retroalimentación sobre la línea base nutricional, introducir el concepto de DP y definir colectivamente las metas y objetivos. Una agenda típica para esta reunión podría incluir:



♥ Compartir la encuesta de línea base nutricional con una presentación gráfica

♥ Revisión de señales de desnutrición (físicas y psicológicas)

♥ Exploración de los efectos a corto y largo plazo

♥ Revisión de algunas causas de desnutrición (incorpore información sobre discusiones de grupos focales y actividades AAP)

♥ Fijar metas y objetivos

♥ Introducción del concepto PD (ver un ejemplo de ejercicios en el Capítulo 2)

Fije Metas y Objetivos

Guíe al grupo durante la reunión comunitaria para que desarrollen formalmente metas y objetivos para el programa. La meta principal de un proyecto de rehabilitación nutricional utilizando el enfoque DP/TH es lograr una rehabilitación sostenible de niñas(os) desnutridas(os).

Es mucho más complejo que simplemente rehabilitar a las(os) niñas(os) que actualmente sufren de desnutrición. Se extiende a: niñas(os) que son hermanas(os)

La meta principal de un proyecto de rehabilitación nutricional utilizando el enfoque DP/TH es lograr una rehabilitación sostenible de niñas(os) desnutridas(os).

menores, aquellas(os) que aún no están desnutridas(os) en la comunidad, y futuras(os) niñas(os), aún por nacer. Todos estos grupos se afectan ya que el enfoque DP/TH se centra en cambiar las normas conductuales dentro de la comunidad, previniendo por ende la desnutrición a futuro.

Fije objetivos claros, expuestos en términos mensurables para el programa completo y para cada comunidad específica. Los Talleres Hogareños por su naturaleza tienen limitaciones de tiempo; las sesiones TH duran solamente un total de 8-12 meses, y posteriormente se espera que ya no sean necesarios. Estos deberían en ese período de tiempo alcanzar su meta de cambiar las conductas en forma sostenible para prevenir desnutriciones futuras.



Muestra de Proceso para Guiar a la Comunidad a Fijar sus Metas y Objetivos

El personal guía al grupo comunitario en una discusión utilizando las siguientes preguntas:

Q: ¿Cuál es el problema que queremos resolver?

A: Desnutrición

Q: ¿Que queremos hacer para resolver el problema?

A: Las respuestas deberían incluir “rehabilitar a toda la niñez desnutrida.”

Q: ¿Es suficiente rehabilitar a la niñez?

A: No, también existe la necesidad de mantener a la niñez bien nutrida después de las sesiones de TH.

El personal muestra a la comunidad un rotafolio conteniendo los siguientes objetivos:

- ♥ Rehabilitar a la niñez
- ♥ Rehabilitar en forma sostenible
- ♥ Prevenir desnutriciones futuras

Una discusión subsiguiente conduce a un compromiso comunitario de continuar con su papel de apoyar cada uno de los objetivos:

- ♥ Proveer alimentos adecuados a la niñez desnutrida; asistir a las sesiones TH
- ♥ Contribuir con alimentos/combustible durante cada sesión de TH; compartir prácticas apropiadas de alimentación y cuidados
- ♥ Apoyar que las madres y personas encargadas de las(os) niñas(os) utilicen nuevos alimentos, prácticas de alimentación y cuidados en su propio hogar



Las discusiones deberían conducir a que la comunidad entienda su papel en

- ♥ *Rehabilitar a las(os) niñas(os)*
- ♥ *Rehabilitar sosteniblemente*
- ♥ *Prevenir desnutriciones futuras*

F. Identifique a las personas Desviadoras Positivas

Después de la reunión con toda la comunidad, las(os) líderes de la comunidad y voluntarias de TH trabajan conjuntamente con el personal para identificar a personas Desviadoras Positivas listando a la niñez que se encuentra bien nutrida e identificando a quienes provienen de familias pobres. El Cuadro 3.4 representa un cuadro sencillo para esta recoger esta información.

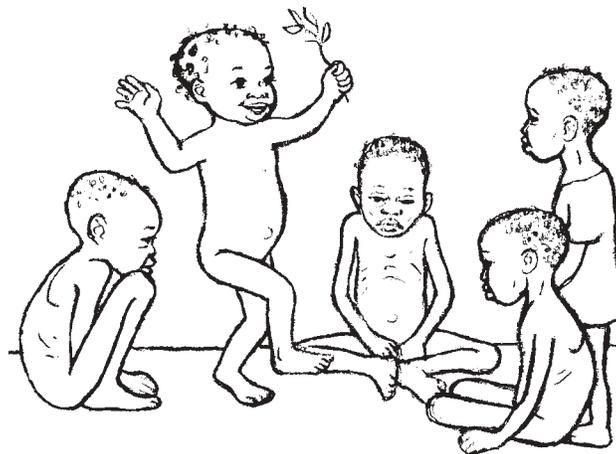
CUADRO 3.4 MATRIZ DE LA CONDICION NUTRICIONAL Y SITUACION SOCIO-ECONOMICA

	Número de Personas en Hogares Pobres	Número de Personas en Hogares Ricos
Niñez bien alimentada	# Niñas(os) (Personas Desviadoras Positivas)	# Niñas(os)
Niñez desnutrida	# Niñas(os)	# Niñas(os) (Personas Desviadoras Negativas)

Criterios generales para seleccionar a familias DP:

- ♥ Familia pobre (bajos ingresos)
- ♥ Estado normal de nutrición del niño
- ♥ Un mínimo de dos niños (debe acercarse al tamaño promedio de familias)
- ♥ La familia debe ser representativa de los grupos geográficos y sociales y vivir en la aldea
- ♥ No existen problemas severos de salud
- ♥ La familia DP debe pertenecer a la "comunidad predominante"
- ♥ La(el) jefa/e del hogar debería tener la misma ocupación que la mayoría de la demás gente de la comunidad
- ♥ Debe tener acceso a los mismos recursos que las demás personas en la comunidad
- ♥ La familia se encuentra en la minoría identificada (si el programa se enfoca en comunidades minoritarias únicamente)
- ♥ El género de la niñez DP puede ser un criterio dentro de las culturas con prejuicios de género

Las voluntarias evalúan a las(os) niñas(os) Desviadoras(es) positivas(os) para buscar otros factores que les hagan especiales, tales como ser hija(o) única(o), tener abuelos adinerados, etc. Estas familias serían eliminadas. Las familias restantes comparten los mismos riesgos que el hogar promedio. Estas son las familias Desviadoras Positivas y de ellas serán seleccionados los hogares y niñas(os) DP. Es importante recordar que la comunidad debe ser lo suficientemente grande como para encontrar a una persona Desviadora Positiva, y ayuda si la estructura demográfica de la comunidad es un



tanto homogénea. Habrá algunas variaciones en los criterios de base cultural para seleccionar familias DP. Algunos temas deberán ser considerados como el tamaño promedio de las familias en el área y prejuicios de género. La IDP debe conducirse lo antes posible una vez se hayan identificado las personas Desviadoras Positivas.

Una niña(o) DP no puede:

- Ser una(un) bebé grande que actualmente esta perdiendo peso
- Ser una(un) niña(o) con antecedentes de limosnera(o) o pepenador(a)
- Ser la primera o única hija(o) ya que podría recibir atenciones especiales
- Tener hermanas(os) severamente desnutridas(os)
- Tener problemas sociales o de salud severos o atípicos
- Tener a la familia inscrita en un programa de alimentación suplementaria (esto afectará a los resultados)
- Ser una(un) bebé muy pequeña(o) con muy bajo peso que actualmente esta creciendo bien

G. Capacite y prepare al equipo IDP

Ya que la Investigación de Desviación Positiva (IDP) se encuentra en el corazón del diseño del Programa de Talleres Hogareños, es esencial que el equipo IDP este bien capacitado y preparado. Esto usualmente toma dos días.

Se deben cubrir los siguientes temas:

- ♥ Concepto general del enfoque DP
- ♥ Propósito de la IDP
- ♥ Revisión de conductas alimenticias, de atención y de salud
- ♥ Introducción a las dos herramientas utilizadas para recolectar información para la IDP:
 - ♥ Lista de Control de Observaciones y Guía para la Entrevista Semi-Estructurada (discutida en mayor detalle en el Capítulo 5)
 - ♥ Protocolos para registrar información
 - ♥ Normas y lineamientos para las visitas domiciliarias

Las habilidades más importantes que deben aprenderse durante la capacitación son las siguientes:

- ♥ Identificación precisa de las prácticas en el hogar que no contribuyen a una buena condición nutricional de las(os) niñas(os) locales, y
- ♥ Buenas habilidades para observar y entrevistar con énfasis en el sondeo y habilidad para escuchar

Estas pueden ser enseñadas y practicadas por medio de juegos de roles.

Guiar al equipo con dramatizaciones para las entrevistas de práctica ofrece una buena oportunidad para aprender y adaptar la herramienta IDP según sea necesario. Tenga cuidado de no confundir términos en el lenguaje local y analice bien la necesidad de añadir más espacio al formulario o de ordenar nuevamente las preguntas con base en el flujo de la entrevista. La información sobre capacitaciones y ejercicios de muestra para las capacitaciones se incluye en el Capítulo 2.

METODOS PARA RECOLECTAR INFORMACION

1. GRUPOS FOCALES (Ejemplo de Preguntas)

Esta sección provee preguntas de muestra para las

Discusiones de Grupos Focales.

Seleccione las preguntas que serán más útiles para su análisis situacional y guíe al grupo a través de una discusión participativa alrededor del tema seleccionado.

NOTA: Comience las preguntas de investigación de hechos con expresiones tales como “por lo general...,” o “normalmente...,” y “en su aldea...”

Comience con preguntas actitudinales con las expresiones siguientes “en su opinión...,” o “de acuerdo a usted...”

I. Preguntas para madres de lactantes

PRACTICAS DE LACTANCIA MATERNA

1. ¿Qué alimentación se le debe dar a las(os) recién nacidas(os)? ¿Por qué?
2. ¿Cuánto tiempo después de nacer se le da leche materna a el(la) recién nacida(o)? ¿Por qué?
3. ¿Cómo se le llama la primera leche que sale del pecho de la mujer después de tener a su bebé?
4. ¿Sería bueno darle a sus bebés este liquido amarillo (nombre) que sale durante la primera hora después del nacimiento? ¿Por qué?
5. ¿Hasta que edad debe la madre proporcionar exclusivamente leche materna a su bebé? ¿Por qué?
6. ¿Hasta que edad es bueno alimentar al bebé exclusivamente con leche materna? ¿Por qué?
7. ¿Por qué algunas madres no dan leche materna durante los primeros seis meses?
8. ¿Que más le dan a sus bebés para comer y tomar?
9. Mencione algunos problemas que impiden que las madres brinden leche materna exclusivamente durante los primeros seis meses.
10. Mencione algunas razones por las que el pecho materno se puede secar.
11. ¿Qué puede hacer la madre para producir más leche?
12. ¿Cómo se benefician las madres y sus bebés de la leche materna?
13. ¿Qué enfermedades pueden desarrollar las(os) bebés que los hacen dejar de tomar leche materna?
14. ¿Qué alimentos y bebidas deben proporcionarle a sus bebés las mamás cuando dejan de alimentarles con leche materna?
15. ¿Hasta qué edad proporciona la mayoría de madres leche materna a sus bebés?

HABITOS DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

1. ¿A qué edad se introducen otros alimentos o líquidos aparte de la leche materna? ¿Por qué?
2. ¿En qué consiste el primer alimento del período de alimentación complementaria? ¿Por cuanto tiempo se proporciona?
3. ¿Qué alimentos son considerados saludables para las(os) lactantes?
4. ¿Qué alimentos no se deben proporcionar a las(os) bebés?
5. ¿Cuántas veces al día se le debe ofrecer comida a las(os) bebés (comidas y meriendas)?
6. ¿Hasta qué edad se alimenta a la(el) lactante con esta frecuencia? ¿Por qué?

METODOS PARA RECOLECTAR INFORMACION

7. ¿Qué tipo de recipiente se debe utilizar para alimentar a las(os) bebés cuando comienzan a comer?
8. ¿Quién alimenta al bebé y cómo come (con la mano, cuchara, mastica)?
9. ¿Hay otras personas que también alimentan a la(el) bebé?
10. ¿Qué problemas tiene al alimentar a sus hijas(os)?
11. ¿Qué hace usted cuando una niña(o) no quiere comer?
12. Cuando su niña(o) se recupera de una enfermedad, ¿le brinda usted diferentes alimentos?
13. ¿Quién decide lo que su niña(o) puede o no comer en la casa?

DESNUTRICION

1. ¿Qué es una(un) niña(o) desnutrida(o)?
2. ¿Qué es la desnutrición?
3. ¿Como se reconoce si una(un) niña(o) esta desnutrida(o)
4. ¿Cómo afecta la desnutrición a las(os) niñas(os) en el futuro?
5. ¿Qué causa la desnutrición en las(os) niñas(os)?

PRACTICAS DE ATENCION

1. ¿Cuán seguido se baña a las(os) niñas(os)? ¿Lavado de manos?
2. Usualmente, ¿cuanto tiempo al día invierten las madres en las(os) niñas(os)?

PRACTICAS DE SALUD

1. ¿Alimenta usted a las(os) niñas(os) cuando se enferman? ¿Qué les da?
2. ¿Qué alimentos se deben evitar cuando las(os) niñas(os) están enfermas(os)?
3. ¿A quién le pide usted ayuda primero cuando se enferman las(os) pequeñas(os)?
4. ¿Qué hace usted cuando sus niñas(os) tienen diarrea? ¿Les alimenta igual, más o menos sólidos y líquidos? ¿Por qué?
5. ¿Compra comida para las(os) niñas(os) afuera? Si su respuesta es afirmativa, ¿qué tipo de alimentos? (Meriendas, alimentos frescos) ¿Qué tan seguido?
6. ¿A quién se los compra (proveedor de alimentos específico) y porqué?
7. Para madres lactantes únicamente: ¿Qué hace cuando usted se enferma?



IDEA

Consejos para Conducir Discusiones para Grupos Focales

- ♥ Escoja un ambiente informal
- ♥ Proporcione un ambiente agradable
- ♥ Respete las ideas, creencias y valores del grupo
- ♥ Escuche cuidadosamente y muestre interés por las respuestas e intercambio de las(os) participantes
- ♥ Motive a todas las personas a que participen en la discusión
- ♥ Observe bien y note el nivel de comodidad o incomodidad de las(os) participantes
- ♥ Asegúrese de que todas(os) las(os) participantes puedan exponer sus ideas u opiniones
- ♥ No permita que una persona domine la discusión – reconozca la contribución de esa persona al grupo y enfatice la necesidad de aprender de todo el grupo y escuchar a todas las personas.

METODOS PARA RECOLECTAR INFORMACION

II. Preguntas para Informantes Comunitarios

PRACTICAS DE ATENCION

1. ¿Cómo preparan los alimentos de las(os) niñas(os) en su comunidad?
2. Normalmente, ¿qué tan seguido se lava las manos y cuando?
3. ¿Qué tan seguido se baña a las(os) niñas(os)?
4. ¿Que tan seguido se lava las manos de las(os) niñas(os)?
5. ¿Cuántas horas del día esta lejos de las(os) niñas(os)?
6. ¿Quién vigila a sus niñas(os) aparte de usted?
7. ¿Motiva usted a su hija(o) a que juegue con otras(os) niñas(os)? ¿Por qué? ¿Por qué no?
8. ¿Cuándo juega con su niña(o)? ¿Qué hace con ella(el)?
9. A su criterio, ¿qué es lo más importante que necesita una(un) niña(o)?
10. ¿Qué hace su esposo por las(os) niñas(os) en el hogar? ¿Hermanas(os)? ¿Abuelas(os)?

Prácticas de Salud

1. ¿Qué enfermedades preocupan más a las madres/padres de su comunidad?
2. ¿Qué otras enfermedades sufren las(os) niñas(os)?
3. ¿Cómo sabe usted que las(os) niñas(os) están enfermas(os)? (señales de enfermedad)
4. ¿A quién consulta primero? ¿A quién después?
5. ¿Quién decide lo que hay que hacer cuando surge un problema severo de salud en el hogar?
6. ¿Cuáles son los remedios para curar a las(os) niñas(os) enfermas(os)?
7. ¿Qué hace para proteger a las(os) lactantes de enfermedades?
8. ¿Para qué utiliza el agua?
9. ¿Se inmuniza a las(os) niñas(os) aquí?



Las preguntas para hermanas(os) mayores que cuidan de sus hermanas(os) menores incluyen, "¿quién decide qué y cuando alimentar a tu hermana(o) menor?"

III. Preguntas para hermanas(os) mayores que cuidan de sus hermanas(os) menores

1. ¿Vas a la escuela?
2. ¿Qué más haces aparte de cuidar a tus hermanas(os) menores?
3. ¿Qué haces con tu hermana(o) menor?
4. ¿Qué haces cuando llora? ¿Cuándo se lastima o enferma?
5. ¿Qué haces cuando se porta mal?
6. ¿Qué disfrutas hacer con tu hermana(o) menor? ¿Por qué?
7. ¿Qué cosas no te gusta hacer? ¿Por qué?
8. ¿Le involucras en tus juegos? ¿Por qué?
9. ¿Cómo alimentas a la(el) niña(o) (sondeo)?
10. ¿Quién decide lo que comerá la(el) niña(o)?
11. ¿Quién decide cuando alimentar a la(el) niña(o)?

METODOS PARA RECOLECTAR INFORMACION

2. MAPEO COMUNITARIO

Propósito: Identificar la ubicación de vecindarios pobres y ricos, centros de salud, bombas de agua, campos agrícolas, escuelas, edificios religiosos, etc.

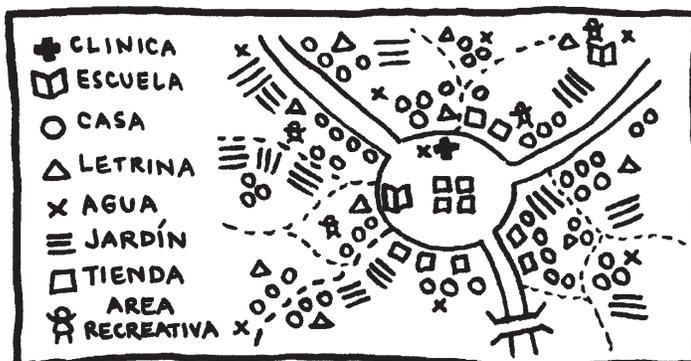
Con quien: Miembros y líderes comunitarios

Materiales: Materiales locales (piedras, palillos, hojas, polvos de color, etc.) o papel para rotafolio, marcadores mágicos, lapiceros de color, y cinta adhesiva

Tiempo: Aproximadamente 1 hora

Pasos:

1. Encuentre un lugar conveniente para que un grupo grande pueda reunirse.
2. Pida que las(os) líderes de la comunidad dibujen (ya sea en el piso o en una hoja de papel) el mapa de la aldea, tal y como la vería un ave volando sobre ella.
3. Motive a las(os) participantes a marcar (con lapiceros o materiales locales) varios puntos de referencia como aldeas, calles principales, edificios importantes, etc.
4. Use las preguntas de sondeo que están a la derecha para motivar a las(os) participantes a proveer más detalles e incluya sus sugerencias e ideas. Asegúrese que la comunidad sea quien guíe el desarrollo del mapa, y que el mapa resultante sea de la comunidad, tal y como el grupo la percibe.
5. Procure crear una nota explicativa para los símbolos utilizados y motive a las(os) participantes para que usen la codificación de colores y otros símbolos para identificar los tipos de recursos (Ej. rojo para centros de salud, amarillo para mercados, azul para escuelas, etc).
6. Dele a un miembro del personal para registrar los comentarios de las(os) participantes a medida que avancen con la actividad y para dibujar una pequeña réplica del mapa que pueda utilizarse por el equipo durante las actividades de planificación subsiguientes.



PREGUNTAS DE SONDEO

Hogares: ¿Adónde queda su hogar?

Salud: ¿Adónde viven las parteras tradicionales?
¿Cuántas hay? Adónde se localizan los curanderos?

Recreación: ¿Adónde están ubicadas las tiendas de videos, licorerías, casas de té, lugares recreativos para niñas(os), asociaciones, y edificios administrativos?

Escuelas: ¿En donde se encuentran las escuelas? Cuántas alumnas(os) tienen matriculadas(os)? Cuántas alumnas(os) no asisten? ¿Por qué?

Alimentos: ¿En donde están ubicados los mercados, tiendas de comida, tiendas de meriendas, y proveedores?

Ocupación: ¿En donde viven las familias pobres? ¿Cuáles son las principales ocupaciones en la comunidad?

Etnicidad: ¿Cuántos grupos étnicos existen? ¿Adónde viven?

Religión: ¿Adónde están ubicadas las mezquitas, iglesias, pagodas y/o templos?

¿Qué grupos religiosos existen? ¿Cuáles son los días de feriados religiosos?

Niñas(os): ¿Trabajan? ¿A qué se dedican?

Hombres: ¿Adónde van los hombres para divertirse? ¿Hay problemas de bebida en su aldea?

Mujeres: ¿Adónde se juntan las mujeres?

METODOS PARA RECOLECTAR INFORMACION

3. LINEAS DE TENDENCIA



IDEA PREGUNTAS DE SONDEO

Infraestructura:

¿Existen mas tiendas, más calles, mejor acceso, electricidad?

Socio-económico:

¿Existen más empleos, más dinero?

Población: ¿Hay más o menos personas, niñas(os), jóvenes?

¿Por qué?

Vivienda: ¿Ha mejorado la vivienda?

¿Cómo? (Ej. agua, electricidad, etc.)

Salud: ¿Existen mejores instalaciones, acceso a medicinas, y tratamiento?

¿Existen menos enfermedades?

Educación: ¿Existen más escuelas y profesoras(es)?

Comida: ¿Hay más alimentos disponibles, más cultivos, más cosechas, etc.?

Religión: ¿Hay más líderes religiosos?

Propósito: Desarrollar una descripción visual de las principales tendencias en la condición nutricional, disponibilidad de alimentos, situación económica, crecimiento poblacional, etc., durante los últimos cinco a diez años

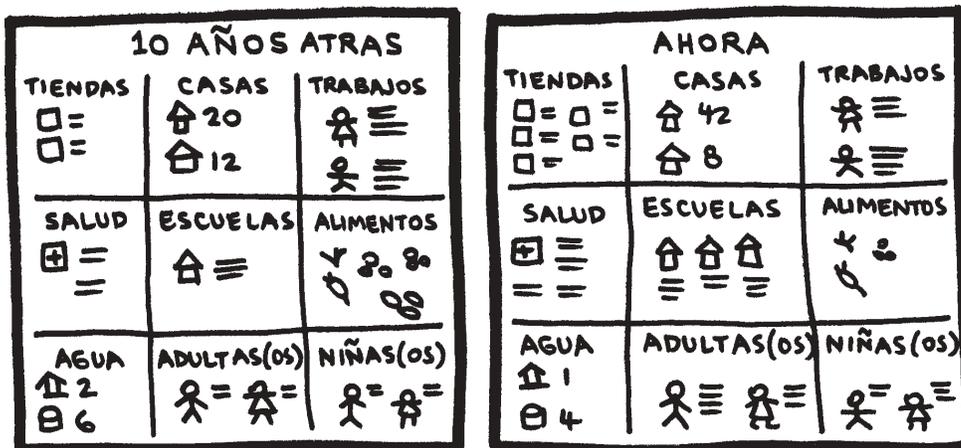
Con Quien: Personas mayores de edad de distintas partes de la comunidad

Materiales: Papel de rotafolio, marcadores mágicos y dibujos/símbolos

Tiempo: Aproximadamente 1 hora

Pasos:

1. Explicar a las(os) participantes que estarán explorando conjuntamente lo que ha sucedido durante los últimos diez años en la comunidad, las causas de los diferentes cambios y cuales cambios fueron positivos y cuales negativos.
2. Dibuje dos columnas en el papel del rotafolio. Titule la primera “hace diez años” y la Segunda “ahora.”
3. Pregunte a las(os) participantes como era su aldea hace diez años y compare sus observaciones con la situación actual. Use las preguntas de sondeo que estan a la izquierda para guiar la discusión. Registre las respuestas en las columnas apropiadas.
4. Revise/resuma con las(os) participantes los resultados de esta actividad.
5. Pregunta de discusión opcional: ¿”Que le gustaría ver de aquí a diez años? ¿Que sueña usted para sus hijas(os)?”



METODOS PARA RECOLECTAR INFORMACION

4. CALENDARIO DE TEMPORADAS

Propósito: Desarrollar una descripción visual de la disponibilidad de alimentos, carga laboral y de prevalencia de enfermedades debido a las distintas temporadas.

Con Quienes: Corte transversal de la comunidad, incluyendo mujeres, líderes, y proveedores.

Materiales: Papel de rotafolio, lapiceros de color, objetos disponibles, tarjetas de ayuda pedagógica con dibujos, frijoles, etc.

Tiempo: Aproximadamente 1 hora.

Pasos:

1. Explique el propósito de la actividad a las(os) participantes.
2. Guíe a las(os) participantes para que dibujen un calendario dividido en meses.
3. Utilice las preguntas de sondeo a la derecha para solicitar cambios a través de todo el año.
4. Anime a los miembros de la comunidad a que registren sus observaciones en el calendario.
5. Encárguele a un miembro del personal que registre los comentarios de las(os) participantes a medida que progresan en la actividad.
6. Revise/resuma los hallazgos con las(os) participantes.



IDEA

PREGUNTAS DE SONDEO

Alimentos: ¿Cuáles son las temporadas para diferentes frutas y vegetales? ¿Cuánto duran las temporadas? ¿Cuándo crecen las plantas? ¿Cuándo son cosechadas? ¿Cuáles son las temporadas para comer distintas carnes y mariscos? ¿Cómo cambia la disponibilidad de alimentos a lo largo del año? ¿Hay épocas en las que es difícil encontrar comida?

Clima: ¿Cómo es el clima en diferentes épocas del año?

Eventos: ¿Cuándo son los eventos / festividades religiosas?

Migración: ¿Hay alguna temporada migratoria de personas?

¿De animales?

Escuela: ¿Cuándo están las(os) niñas(os) en la escuela?

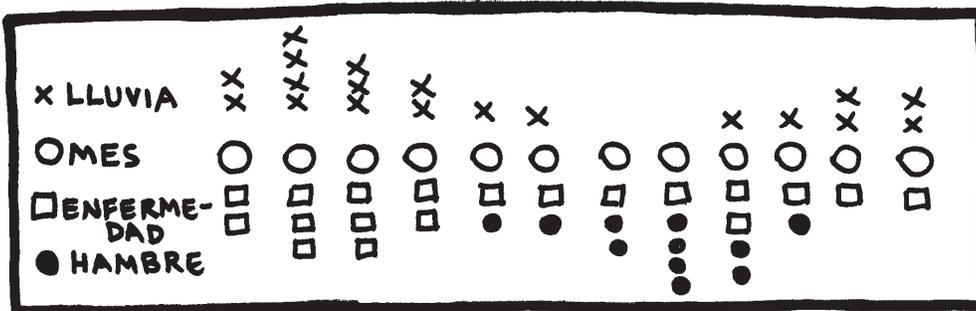
Enfermedad: ¿Qué enfermedades contraen los niños en distintas épocas del año?

¿Por qué?

Carga laboral: ¿Es la carga laboral igual todo el año?

Juegos: ¿Existen juegos exclusivos para ciertas épocas del año?

¿Cuáles juegos y quiénes los juegan? (Ej. ¿niñas(os))?



EVALUACION DE LINEA BASE NUTRICIONAL

Esta sección provee estándares de peso por edad para **Pesar a las(os) Niñas(os)**.

Para pesar y medir a la niñez, revise los lineamientos al inicio de la página 92.

1. Cuadro de Promedios de Peso por Edad

N IÑ O S					N IÑ A S				
Edad en meses	Media-na	"-1 DE	"-2 DE	"-3 DE	Edad en meses	Medi-ana	"-1 DE	"-2 DE	"-3 DE
0	3.3	2.9	2.4	2.0	0	3.2	2.7	2.2	1.8
1	4.3	3.6	2.9	2.2	1	4.0	3.4	2.8	2.2
2	5.2	4.3	3.5	2.6	2	4.7	4.0	3.3	2.7
3	6.0	5.0	4.1	3.1	3	5.4	4.7	3.9	3.2
4	6.7	5.7	4.7	3.7	4	6.0	5.3	4.5	3.7
5	7.3	6.3	5.3	4.3	5	6.7	5.8	5.0	4.1
6	7.8	6.9	5.9	4.9	6	7.2	6.3	5.5	4.6
7	8.3	7.4	6.4	5.4	7	7.7	6.8	5.9	5.0
8	8.8	7.8	6.9	5.9	8	8.2	7.2	6.3	5.3
9	9.2	8.2	7.2	6.3	9	8.6	7.6	6.6	5.7
10	9.5	8.6	7.6	6.6	10	8.9	7.9	6.9	5.9
11	9.9	8.9	7.9	6.9	11	9.2	8.2	7.2	6.2
12	10.2	9.1	8.1	7.1	12	9.5	8.5	7.4	6.4
13	10.4	9.4	8.3	7.3	13	9.8	8.7	7.6	6.6
14	10.7	9.6	8.5	7.5	14	10.0	8.9	7.8	6.7
15	10.9	9.8	8.7	7.6	15	10.2	9.1	8.0	6.9
16	11.1	10.-1	8.8	7.7	16	10.4	9.3	8.2	7.0
17	11.3	10.-1	9.0	7.8	17	10.6	9.5	8.3	7.2
18	11.5	10.-3	9.1	7.9	18	10.8	9.7	8.5	7.3
19	11.7	10.-5	9.2	8.0	19	11.0	9.8	8.6	7.5
20	11.8	10.-6	9.4	8.1	20	11.2	10.-0	8.8	7.6
21	12.0	10.-8	9.5	8.3	21	11.4	10.-2	9.0	7.7
22	12.2	10.-9	9.7	8.4	22	11.5	10.-3	9.1	7.9
23	12.4	11.-1	9.8	8.5	23	11.7	10.-5	9.3	8.0
24	12.3	11.-2	10.-1	9.0	24	11.8	10.-6	9.4	8.3
25	12.5	11.-4	10.-2	9.0	25	12.0	10.-8	9.6	8.4
26	12.7	11.-5	10.-3	9.1	26	12.2	11.-0	9.8	8.5
27	12.9	11.-7	10.-4	9.1	27	12.4	11.-2	9.9	8.6
28	13.1	11.-8	10.-5	9.2	28	12.6	11.-3	10.1	8.8
29	13.3	12.-0	10.-6	9.3	29	12.8	11.-5	10.2	8.9
30	13.5	12.-1	10.-7	9.4	30	13.0	11.-7	10.3	9.0

EVALUACION DE LINEA BASE NUTRICIONAL

1. Cuadro de Promedios de Peso por Edad

N I Ñ O S					N I Ñ A S				
Edad en meses	Mediana	"-1 DE	"-2 DE	"-3 DE	Edad en meses	Mediana	"-1 DE	"-2 DE	"-3 SD
31	13.7	12.3	10.9	9.4	31	13.2	11.9	10.5	9.1
32	13.9	12.4	11.0	9.5	32	13.4	12.0	10.6	9.2
33	14.1	12.6	11.1	9.6	33	13.6	12.2	10.8	9.4
34	14.3	12.7	11.2	9.7	34	13.8	12.3	10.9	9.5
35	14.4	12.9	11.3	9.7	35	13.9	12.5	11.0	9.6
36	14.6	13.0	11.4	9.8	36	14.1	12.6	11.2	9.7
37	14.8	13.2	11.5	9.9	37	14.3	12.8	11.3	9.8
38	15.0	13.3	11.7	10.0	38	14.4	12.9	11.4	9.9
39	15.2	13.5	11.8	10.1	39	14.6	13.1	11.5	10.0
40	15.3	13.6	11.9	10.2	40	14.8	13.2	11.6	10.1
41	15.5	13.8	12.0	10.3	41	14.9	13.3	11.8	10.2
42	15.7	13.9	12.1	10.4	42	15.1	13.5	11.9	10.3
43	15.8	14.1	12.3	10.5	43	15.2	13.6	12.0	10.4
44	16.0	14.2	12.4	10.6	44	15.4	13.7	12.1	10.5
45	16.2	14.4	12.5	10.7	45	15.5	13.9	12.2	10.6
46	16.4	14.5	12.6	10.8	46	15.7	14.0	12.3	10.7
47	16.5	14.6	12.8	10.9	47	15.8	14.1	12.4	10.8
48	16.7	14.8	12.9	11.0	48	16.0	14.3	12.6	10.9
49	16.9	14.9	13.0	11.1	49	16.1	14.4	12.7	10.9
50	17.0	15.1	13.1	11.2	50	16.2	14.5	12.8	11.0
51	17.2	15.2	13.3	11.3	51	16.4	14.6	12.9	11.1
52	17.4	15.4	13.4	11.4	52	16.5	14.8	13.0	11.2
53	17.5	15.5	13.5	11.5	53	16.7	14.9	13.1	11.3
54	17.7	15.7	13.7	11.6	54	16.8	15.0	13.2	11.4
55	17.9	15.8	13.8	11.8	55	17.0	15.1	13.3	11.5
56	18.0	16.0	13.9	11.9	56	17.1	15.2	13.4	11.5
57	18.2	16.1	14.0	12.0	57	17.2	15.4	13.5	11.6
58	18.3	16.3	14.2	12.1	58	17.4	15.5	13.6	11.7
59	18.5	16.4	14.3	12.2	59	17.5	15.6	13.7	11.8
60	18.7	16.6	14.4	12.3	60	17.7	15.7	13.8	11.9

NOTA: Los datos para este cuadro provienen de dos poblaciones de niñas(os) diferentes. En el caso del grupo de 0-23 meses (arriba) los datos se basan en estudios del Fels Research Institute, Yellow Springs, Ohio. El grupo de 24-60 meses de edad (siguiente página) se tomó de Muestras Nacionales del Centro Nacional para Estadísticas de Salud. Esto explica las inconsistencias menores en el punto de traslape (1).

EVALUACION DE LINEA BASE NUTRICIONAL

2. LINEAMIENTOS PARA PESAR Y MEDIR A LA NIÑEZ

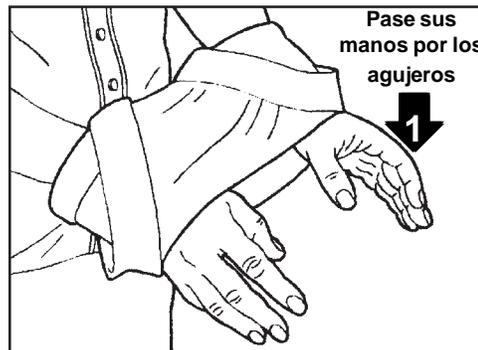
Instrucciones para Pesar a una (un) Niña(o) Utilizando una Báscula tipo Salter

- 1. Persona que Mide o Asistente:** Cuelgue la báscula desde un lugar seguro como la viga del techo. Podría necesitar un poco de cuerda para colgar la báscula al nivel de los ojos. **Pida a la madre que desvista al bebé lo más que pueda.**
- 2. Persona que mide:** Ponga un par de calzones vacíos de pesar en el gancho de la báscula y ajuste la báscula a cero, luego quítelos de la báscula.
- 3. Persona que mide:** Pida a la madre que sostenga al bebé.

Pase sus manos a través de los agujeros del calzón (Flecha 1).

Sostenga los pies de el(la) bebé y hale las piernas a través de los agujeros (Flecha 2).

Asegúrese de ajustar los calzones al frente del bebé.



Estos lineamientos se adaptaron de *How to Weigh and Measure Children: Assessing the Nutritional Status of Young Children in Household Surveys* (Como Pesar y Medir a los Niños: Evaluando el Estado Nutricional de los Niños en Encuestas Domiciliarias.), UN Department of Technical Cooperation for Development and Statistical Office . 1996 (2) y *Anthropometric Indicators Measurement Guide* (Guía para Medir Indicadores Antropométricos), Bruce Cogill, Food and Nutrition Technical Assistance Project, 2001 (3).



PREPARACION INICIAL:

Asegúrese que la madre/

persona al cuidado de la(el) bebé entienda lo que esta sucediendo. La medición del peso y longitud de la(el) bebé puede ser traumática; las(os) participantes deben sentirse cómodas(os) con el proceso. Mantenga el equipo fresco, limpio y seguro. Trabaje fuera de la luz solar directa ya que puede interferir con la lectura de la báscula y otro equipo, además de ser más cómodo para las personas.

Se Requiere de dos Personas

Capacitadas: Cuando sea posible, dos personas capacitadas deben medir el peso y longitud de la(el) bebé. La voluntaria (**persona que mide**) sostiene a la(el) bebé y toma las medidas. **La persona asistente** ayuda a sostener a la(el) bebé y registra las medidas. Si solo hay acceso a una persona asistente sin experiencia, la persona capacitada que mide debe registrar las medidas también.

EVALUACION DE LINEA BASE NUTRICIONAL

4. Voluntaria: Sujete la agarradera del calzón al gancho de la báscula.

NO LEVANTE A LA(EL) NIÑA(O) POR LA AGARRADERA

UNICAMENTE. Lentamente baje a la(el) niña(o) y déjela(o) colgar libremente (Flecha 3).

5. Asistente: Párese detrás y a un lado de la persona que mide y este lista(o) para registrar las medidas. Tenga el formulario listo (Flecha 4).

6. Voluntaria y asistente: Revise la posición del bebé. Asegúrese que el bebé este colgando libremente sin tocar nada. Repita cualquier paso en caso de ser necesario.

7. Voluntaria: Sostenga la báscula firmemente y registre el peso al 0.1 Kg. más cercano (Flecha 5). Anuncie la medida cuando el bebé este quieto y la báscula estacionaria. Aun las(os) bebés muy activos, que hacen que la aguja de la báscula oscile mucho, se mantendrán quietos lo suficiente como para tomar una lectura.

ESPERE A QUE LA AGUJA DEJE DE MOVERSE.

8. Asistente: Registre inmediatamente la medida y muéstrésela a la persona que mide.

9. Voluntaria: A medida que el asistente registra la medida, suavemente levante al bebé tomándole del cuerpo.

NO LEVANTE A LA(EL) NIÑA(O) DE LA AGARRADERA DEL CALZÓN DE MEDICION.

Desenganche la agarradera del gancho de la báscula.

10. Voluntaria: Revise la medida registrada en cuanto a la exactitud y legibilidad. Instruya al asistente que borre y corrija cualquier error.



Cuándo Pesar y Medir: Pese y mida a la(el) bebé después de recolectar toda la información verbal. Esto le permitirá familiarizarse más con los miembros del hogar y ayudará a la madre e hija(o) a sentirse más cómodas(os) antes de comenzar la sesión de mediciones.

Pese y Mida una Niña(o) a la Vez:

Complete cualquier pregunta y medida para las(os) niñas(os) de una en uno. No pese y mida a todas(os) las(os) menores de una sola vez. Esto puede fácilmente causar confusiones y crear mayores oportunidades para que surjan errores tales como registrar las medidas de una niña(o) en el formulario de otra niña(o)

Control de la(el) niña(o):

Cuando pese y mida a niñas(os), manténgalos tan calmadas(os) como sea posible. Un(a) bebé excitado(a) o asustado(a) puede dificultar una medición exacta. Sea firme pero cuidadoso con las(os) niñas(os). Su propio sentido de calma y auto-confianza será compartido por la madre y bebé.

Registro de Mediciones:

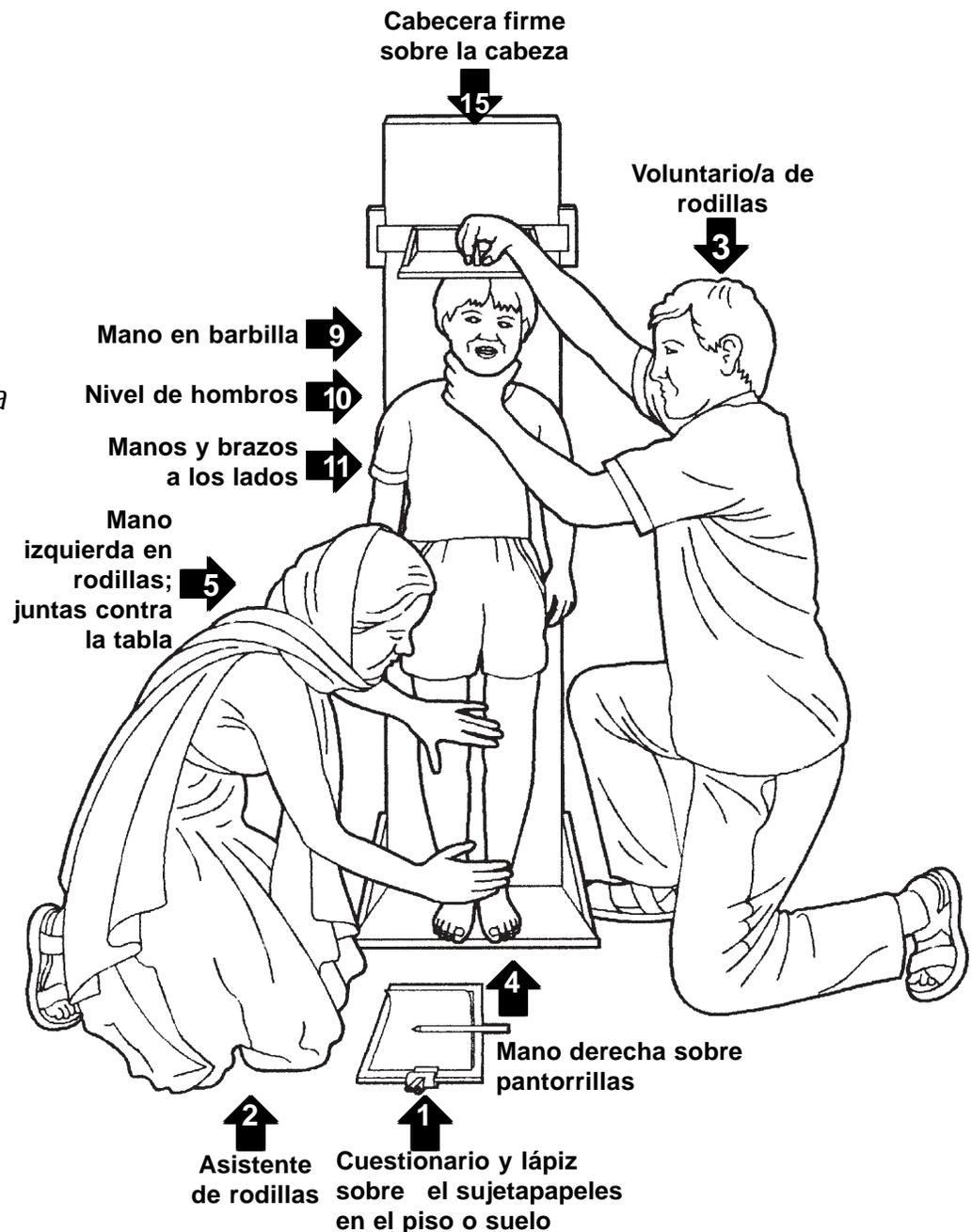
Registre todas las mediciones a lápiz para que los errores sean fáciles de corregir.

EVALUACION DE LINEA BASE NUTRICIONAL

Instrucciones para Medir Niñas(os) de 24 Meses de Edad en Adelante

- 1. Voluntaria o asistente:** Coloque la tabla medidora sobre una superficie plana contra una pared, mesa, árbol, escaleras, etc. Asegúrese de que la tabla no se mueva.
- 2. Voluntaria o asistente:** Pídale a la madre que le quite los zapatos y trenzas del cabello de las niñas que pudieran interferir con la toma de mediciones. Pídale que lleve a la(él) niña(o) a la tabla medidora y que se arrodille enfrente.

Pídale a la(él) niña(o) que vea hacia el frente a su madre quien debería ya estar de rodillas frente a ella(él).



EVALUACION DE LINEA BASE NUTRICIONAL

3. Asistente: Coloque el formulario y lápiz en el piso (Flecha 1). Arrodílese con ambas rodillas al lado derecho de la(el) niña(o) (Flecha 2).

4. Voluntaria: Arrodílese sobre su rodilla derecha al lado izquierdo de la(el) niña(o) (Flecha 3. Esto le dará máxima movilidad).

5. Asistente: Coloque los pies de la (el) niña(o) planos y juntos en el centro y contra la parte trasera y base de la tabla. Coloque su mano derecha justo arriba de los tobillos de la(el) niña(o) en las pantorrillas (Flecha 4), su mano izquierda en las rodillas (Flecha 5) empujando contra la tabla. Asegúrese que las piernas de la(el) niña(o) estén rectas y que los talones y pantorrillas estén fijas contra la tabla (Flechas 6 y 7). Avísele a la voluntaria cuando haya posicionado los pies y piernas.

6. Voluntaria: Dígale a la(el) niña(o) que vea hacia enfrente a la mamá quien debería estar arrodillada delante de la(el) niña(o).

Asegúrese que la vista de la(el) niña(o) este a nivel con el suelo (Flecha 8).

Coloque su mano izquierda abierta bajo la barbilla de la(el) niña(o). Gradualmente cierre su mano (Flecha 9).

No cubra ni su boca ni orejas. Asegúrese que los hombros estén a nivel (Flecha 10), las manos estén a los lados (Flecha 11), y la cabeza, omóplatos y nalgas estén contra la tabla (Flechas 12, 13, y 14).

Con su mano derecha baje la cabecera sobre la cabeza de la(el) niña(o). Asegúrese de presionar mas abajo del nivel del pelo de la(el) niña(o) (Flecha 15).

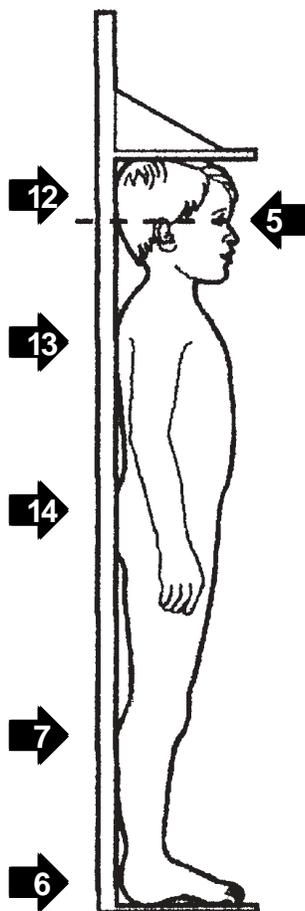
7. Voluntaria y Asistente:

Revise la posición de la(el) niña(o) (Flechas 1-15). Repita cualquier paso en caso de ser necesario.

8. Voluntaria: Cuando la(el) niña(o) este en una posición correcta anuncie las medidas al 0.1 cm. más exacto. Quite la cabecera de la cabeza de la (el) niña(o) y su mano izquierda de la barbilla de la (el) menor.

9. Asistente: Inmediatamente registre la medida y muéstresela a la voluntaria.

10. Voluntaria: Revise la medida registrada en el formulario para verificar que sea exacta y legible. Instruya al asistente que borre y corrija cualquier error.



Aségurese que los hombros estén a nivel, las manos estén a los lados, y la cabeza, omóplatos y nalgas estén presionados contra la tabla

EVALUACION DE LINEA BASE NUTRICIONAL

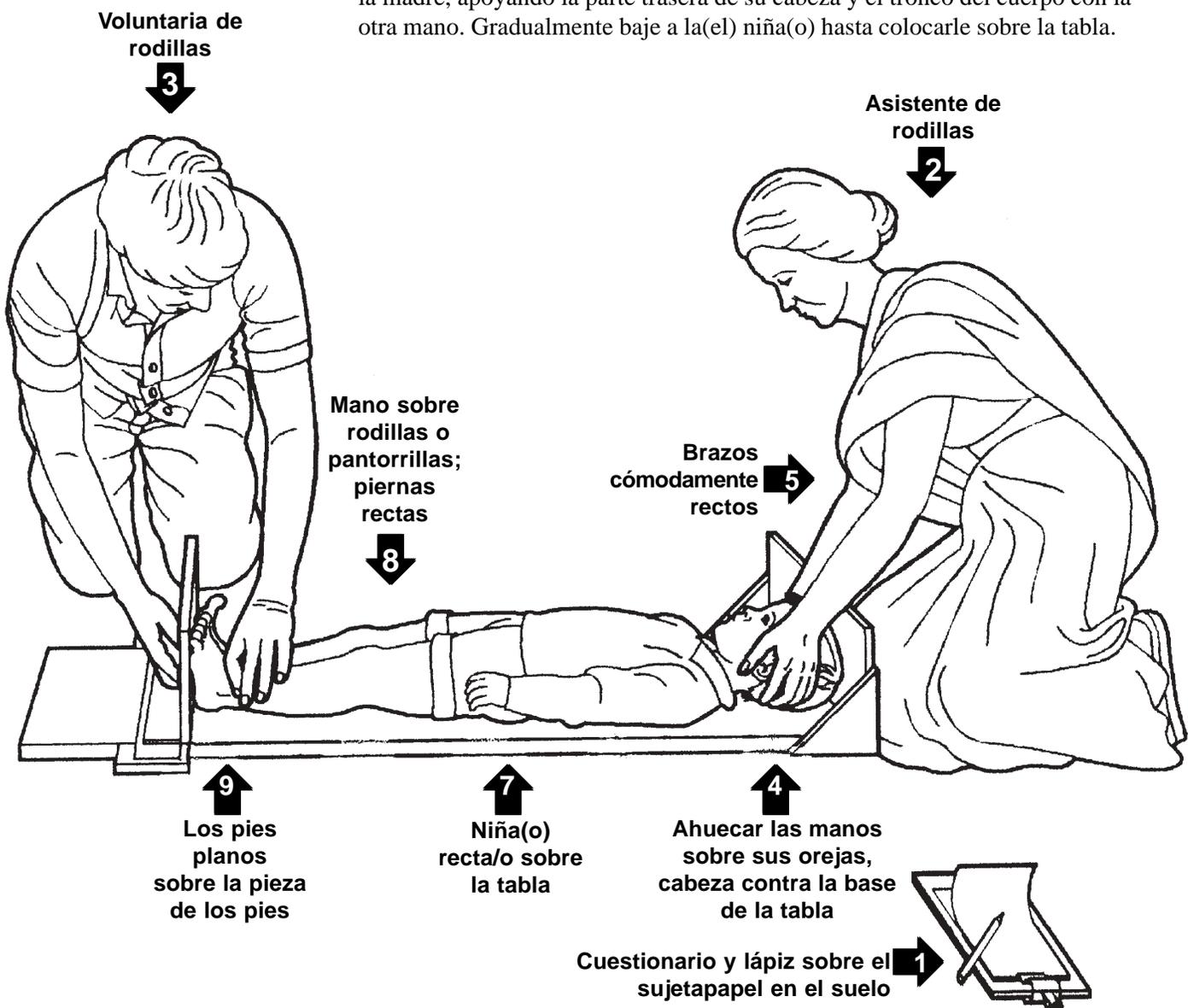
Instrucciones para Medir el Tamaño de Lactantes y Niñas(os) de 0 - 23 Meses

1. Voluntaria y Asistente: Coloque la tabla medidora sobre una superficie dura, Ej. Suelo, piso o mesa estable.

2. Asistente: Coloque el formulario y lápiz sobre el suelo, piso o mesa (Flecha 1). Arrodílese con ambas rodillas detrás de la base de la tabla si esta en el suelo o piso (Flecha 2).

3. Voluntaria: Arrodílese al lado derecho de la niña(o) para que pueda sostener la pieza de los pies con su mano derecha (Flecha 3).

4. Voluntaria y Asistente: Coloque a la niña(o) sobre la tabla con la ayuda de la madre, apoyando la parte trasera de su cabeza y el tronco del cuerpo con la otra mano. Gradualmente baje a la(el) niña(o) hasta colocarle sobre la tabla.

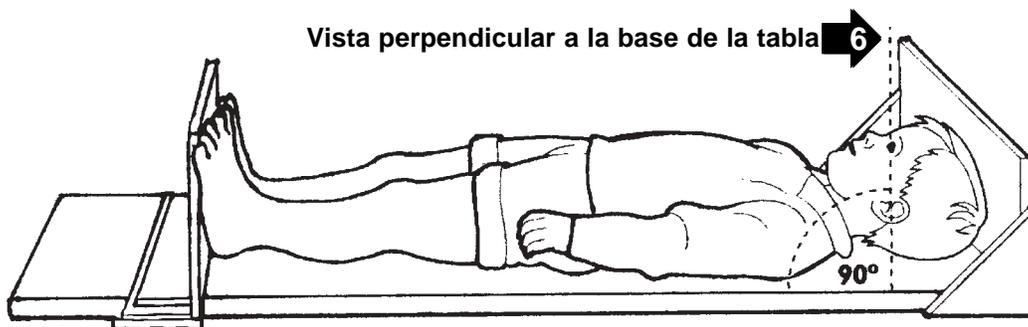


EVALUACION DE LINEA BASE NUTRICIONAL

5. Voluntaria o Asistente: Pídale a la madre que se arrodille cerca del lado opuesto de la tabla viendo hacia la voluntaria, ya que esto ayudará a calmar a la(el) niña(o).

6. Asistente: Ahueque sus manos encima de las orejas de la(el) niña(o) (Flecha 4). Con sus brazos cómodamente rectos (Flecha 5), posicione la cabeza de la(el) niña(o) contra la base de la tabla para que vea recto hacia arriba.

La vista de la(el) niña(o) debe estar perpendicular al suelo (Flecha 6). Su cabeza debe estar justo sobre la cabeza de la(el) niña(o). Véale directamente a los ojos.



La vista de la(el) niña(o) debe estar perpendicular al suelo.

Su cabeza debe estar justo sobre la cabeza de la(el) niña(o).

7. Voluntaria: Asegúrese de que la(el) niña(o) este acostada(o) firmemente al centro de la tabla (Flecha 7). Coloque su mano izquierda sobre las pantorrillas de la(el) niña(o) (arriba de los tobillos) o sobre las rodillas (Flecha 8). Presione firmemente contra la tabla. Con su mano derecha, coloque la pieza de los pies firmemente contra los talones de la(el) niña(o) (Flecha 9).

8. Voluntaria y Asistente: Revise la posición de la(el) niña(o). Repita cualquier paso en caso de ser necesario.

9. Voluntaria: Una vez que la(el) niña(o) este en posición correcta, lea y anuncie la medida al 0.1 cm. más exacto. Quite la pieza de los pies y suelte su mano izquierda de las pantorrillas o rodillas de la(el) niña(o).

10. Asistente: Inmediatamente libere la cabeza de la(el) niña(o), registre la medida, y muéstrésela a la voluntaria.

11. Voluntaria: Revise la exactitud y legibilidad de la medida registrada en el formulario. Instruya a su asistente que borre y corrija cualquier error.

CAPITULO CUATRO

Paso 4: Conduzca una Investigación de Desviación Positiva



PASO 4

Conduzca una Investigación de Desviación Positiva

- A. Planee la Logística de la IDP
- B. Conduzca Visitas Domiciliarias
- C. Recopile los Hallazgos
- D. Comparta los Resultados con la Comunidad

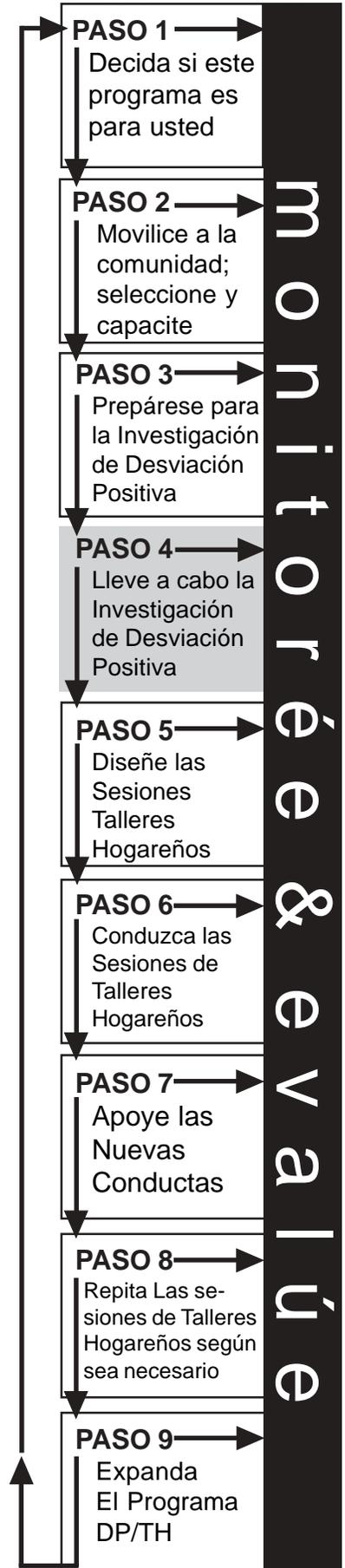
La Investigación de Desviación Positiva (IDP) es una herramienta utilizada para descubrir las prácticas exitosas o deseadas de las personas Desviadoras Positivas. Es clave para la aceptación de las conductas que serán reveladas y luego compartidas en los Talleres Hogareños. Si los miembros de la comunidad no ven por su cuenta lo que sus vecinos en la comunidad están haciendo actualmente para prevenir la desnutrición, no creerán que existen buenas prácticas locales que pueden aprender y seguir para alcanzar los mismos resultados. La IDP provee la información necesaria para diseñar el contenido de los menús y educación en salud de los Talleres Hogareños discutidos en el Capítulo 5.

La IDP es rápida y la llevan a cabo miembros de la comunidad, voluntarias de Talleres Hogareños y supervisoras(es) que realizan visitas domiciliarias y observan las conductas de las familias y personas encargadas de las(os) niñas(os). La IDP y el análisis de resultados pueden finalizarse en menos de una semana.

Existen tres o cuatro categorías básicas de conductas observables:

- 1. Prácticas alimenticias:** uso de un alimento particularmente nutritivo, frecuencia y cantidad de alimentos
- 2. Prácticas de atención:** forma en que los miembros de la familia y la niñez interactúan (cuidados psico-sociales) y estimulación temprana
- 3. Prácticas de higiene:** incluye higiene corporal, de alimentos, y ambiental (la higiene se incluye a veces en las prácticas de atención)
- 4. Prácticas de atención en salud:** prácticas de salud preventiva, manejo de enfermedades en el hogar y uso de servicios de salud

¿DÓNDE SE ENCUENTRA USTED?



El proceso IDP es:

- ♥ Una nueva manera de ver a los viejos problemas; buscando soluciones que verdaderamente funcionen
- ♥ Una manera de observar lo obvio: alrededor de nosotros hay personas practicando conductas que son posibles para otras

- ♥ Buscar conductas fuera de lo común pero buenas y culturalmente aceptables que pueden hacerse comunes

- ♥ Basado en conductas exitosas y saludables, no en fracasos,
- ♥ Basado en el auto-descubrimiento de las voluntarias que representan a su comunidad
- ♥ Inmediato y rápido, y no un proceso interminable con ingreso y análisis de datos engorrosos
- ♥ Basado en una pequeña muestra (cuatro a seis visitas domiciliarias) en vez de una muestra grande
- ♥ Basado en la observación de soluciones que funcionan en una comunidad en particular
- ♥ No es pasivo, las(os)



El proceso IDP se basa en conductas exitosas y saludables, no en fracasos.

observadoras(es) utilizan todos sus sentidos

- ♥ Un proceso que moviliza a la comunidad para solucionar un problema

A. Planifique la Logística de la IDP

1. Cronología

La IDP consiste en capacitaciones, visitas domiciliarias a familias Desviadoras positivas y la síntesis de la información de la IDP se traduce en prácticas exitosas que pueden ser enseñadas durante los Talleres Hogareños. Estas actividades pueden desarrollarse en una o dos semanas:

- | | |
|----------------------------------------------------------|------------|
| 1. Capacitación para miembros comunitarios participantes | 2 días |
| 2. Visitas domiciliarias (6) en cada comunidad | 1 o 2 días |
| 3. Consolidación y recopilación de hallazgos IDP | 1 día |

2. Materiales Necesarios para una IDP

Rotafolios para consolidar los hallazgos

Sujetapapeles

Resumen de información nutricional por familia

Lista de control de observaciones

Guía semi-estructurada de entrevistas

Informe de hallazgos de visitas domiciliarias

Antes de hacer visitas domiciliarias las voluntarias deben recolectar y recopilar los datos de información nutricional de cada familia utilizando información de las tarjetas de registro de familias (en caso de estar disponibles), la línea base nutricional, y la clasificación de ingresos de las familias. Use un formulario similar al del Cuadro 4.1 para recopilar esta información.

CUADRO 4.1 Resumen de Información Nutricional por Condición DP

Familia	Nom- bre	Peso (Kg.)	Condición de Desnutrición (Normal, 1o, 2o o 3o Nivel)	Condición socio-econó- mica (No pobre, Pobre, Muy pobre)	Edad de la(el) niña(o)
DP					
No DP					
No DP					

DP = Desviador(a) Positiva(o) **DN** = Desviador(a) Negativa(o)

No DP = Pobre y Desnutrida(o)

La lista de control de observaciones incluye:

- ♥ Observación de los miembros del hogar (niña(o) seleccionada(o), persona principal encargada del cuidado de niñas(os)/madre, personas secundarias encargadas del cuidado de niñas(os), hermanas(os), padre, y otros miembros familiares)
- ♥ Observación de prácticas (higiene, alimentación, interacciones, lactancia materna, preparación de alimentos, y utilización de agua)
- ♥ Observación de la disponibilidad de alimentos (cantidad, variedad, origen, almacenamiento, conservación y procesamiento)
- ♥ Observación de ambiente en el hogar (habitaciones, jardín, fuentes de agua, letrinas, y animales)

Los Lineamientos de la Entrevista Semi-Estructurada incluyen:

- ♥ Preguntas generales acerca de la familia
- ♥ Preguntas para madres sobre prácticas alimentarias, prácticas de cuidado, prácticas de salud
- ♥ Preguntas para hermanas(os) mayores a cargo del cuidado de menores, padres, y abuelas(os)

2. Asignación de Equipos

El equipo IDP esta compuesto por líderes comunitarios, voluntarias de Talleres Hogareños, y personal del centro de salud local. El equipo se divide en sub-equipos de dos o tres personas cada uno para hacer visitas domiciliarias y deben incluir una buena mezcla de miembros del equipo. Si hay más de tres personas en un equipo, las visitas domiciliarias dan la impresión de ser muy indiscretas e intimidantes. Cada miembro de los sub-equipos debe asumir un papel: entrevistador(a), observador(a), o

La Lista de Control de Observaciones y Guía de Entrevista Semi-Estructurada se incluyen al final de este capítulo y deben adaptarse y/o traducirse al contexto y lenguaje local antes de utilizarse.

*La información sobre estas dos herramientas se encuentra en el informe **Hallazgos de Visitas Domiciliarias** (Ver formato en las páginas (104-105)).*

registrador(a). Si solo hay dos miembros en el equipo, entonces cualquiera de los dos, el(la) entrevistador(a) o el(la) observador(a) debe también registrar la información.

El equipo podría encontrar durante un análisis más profundo en una visita domiciliaria que la familia que inicialmente se identificó como desviadora positiva pudiera en realidad no cumplir con los criterios requeridos.

En total, el equipo IDP visitará al menos cuatro familias pobres que tengan hijas(os) bien nutridas(os) (personas Desviadoras Positivas) y al menos a dos familias que no sean pobres pero que tengan hijas(os) desnutridas(os) (personas Desviadoras negativas). Si el equipo no puede visitar a las familias más ricas entonces deberá seleccionar a familias pobres con hijas(os) desnutridas(os) (personas Desviadoras no-positivas). Cuando la comunidad es grande (población mayor de 3000), se deberá efectuar más visitas domiciliares. A veces el equipo podría encontrar que un análisis más profundo de una visita domiciliaria, la familia que inicialmente se identificó como desviadora positiva pudiera en realidad no cumplir con los criterios requeridos. Esta situación puede darse debido a que hubo error al pesar o a circunstancias especiales tales como encontrar que la (el) niña(o) es hija(o) única(o) o que la familia no es tan pobre como se pensaba al inicio.

Las visitas domiciliares deben dividirse de forma que cada sub-equipo visite una variedad de familias Desviadoras positivas, Desviadoras no-positivas, y Desviadoras negativas. También es importante escoger a familias con niñas(os) menores de un año, de uno a dos años, y de dos a tres años para asegurar que haya una variedad de prácticas alimentarias apropiadas para cada edad y buenas prácticas por parte de las personas encargadas del cuidado de niñas(os). Fije un horario de visitas domiciliares para que cada equipo sepa a quien estará visitando y cuando. El Cuadro 4.2 provee un ejemplo de tareas para equipos IDP.

CUADRO 4.2 Ejemplo de Tareas del Equipo IDP

Equipo	Entrevista- dor(a)	Registra- dor(a)	Observa- dor(a)	Tipo de Familias Entrevistadas
1	Voluntaria TH	Personal de Proyecto de Campo	Supervisor(a)/ facilitador(a)	1 DP, 1 No DP
2	Voluntaria TH	Comité de Salud Enfermera	1 DP, No DP	3
Volunta- ria TH	Líder Comuni- taria(o) Enfermera	1 DP, 1 DN	4	Voluntaria TH
Volunta- ria TH	Supervisor (a) / facilitador(a)	1 DP, 1 DN		
Total de entrevistas: 4 Familias Desviadoras Positivas, 2 Familias No-Desviadoras Positivas, 2 Familias Desviadoras Negativas				

No deben informar a las familias IDP visitadas de su condición DP, No-DP o Desviadora Negativa (DN). La visita debe describirse como una simple recolección de información y visita de observación durante la cual el equipo evitará emitir juicios sentenciosos. Se debe recordar a los miembros del equipo IDP que sean corteses, respetuosos y amistosos, que no se presenten como maestras(os) sino como personas que escuchan, y que utilicen preguntas abiertas en vez de preguntas cerradas a las que se contesta si-no, o preguntas sugestivas. Siempre tenga en mente que el propósito de la visita es aprender sobre los hábitos alimentarios de la comunidad.

B. Realice Visitas Domiciliarias

Planifique las visitas domiciliarias para estar presente cuando se preparan y comen los alimentos y poder asegurarse de que observará las prácticas empleadas. Las visitas domiciliarias no deben durar más de dos horas. Asegúrese de no abusar de la hospitalidad de la familia.

C. Recopile los Hallazgos

Una vez se hayan realizado las visitas domiciliarias, seleccione miembros del equipo de proyecto para que revisen todos los Informes de lo Encontrado en las Visitas Domiciliarias a Familias. Deberán buscar cosas en común que tienen las conductas de las familias DP que pudieran impactar positivamente en la condición nutricional de una(un) niña(o). Después el equipo recopila una lista maestra de las conductas beneficiosas en los hogares. El equipo puede usar una matriz (Cuadro 4.3) para comparar las prácticas DP entre los hogares DP.



CUADRO 4.3 Ejemplo de Alimentos Identificados en Diferentes Proyectos

Hogar	Buenos Alimentos Buena Conducta Para Alimentar	Buen Cuidado de Niñas(os)	Buen Cuidado de la Salud

El equipo puede entonces señalar aquellas prácticas DP que son accesibles a toda la comunidad. La lista sirve de base para el diseño de los Talleres Hogareños y los mensajes de educación en salud presentados allí. Asegúrese que todas las conductas positivas constituyan un resumen de las mejores prácticas de varias familias.



Un proceso paso-a-paso para conducir visitas domiciliarias

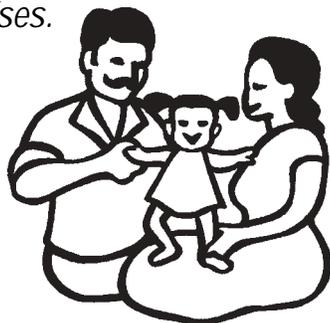
1. Presente a los miembros del equipo y explique el propósito de su visita y el tiempo que piensa permanecer.
2. Obtenga la aprobación de la familia para unirse a su rutina diaria y ofrezca ayudar con los trabajos de la casa.
3. Hágase amiga(o) de los miembros de la familia. Interactúe con cada miembro de la familia tocando, jugando, etc.
4. Visite la cocina, letrina, dormitorios, cobertizos para animales y área del comedor.
5. Use un estilo de conversación casual durante la entrevista con la(el) actual o principal encargada(o) de las(os) niñas(os).
6. Aprenda sobre la historia de la familia, su situación financiera, y sus esperanzas respecto al futuro de las(os) menores.
7. Después de la visita domiciliaria registre las observaciones en la lista de control.
8. Resuma la información de las observaciones y entrevistas en el Informe de Hallazgos de Visitas Domiciliarias al final de este capítulo.
9. Deje pasar un día y luego escriba una historia sobre la esta familia, concentrándose en la(s) persona(s) encargadas de los menores de cinco años utilizando citas provenientes de los miembros de la familia.

CUADRO 4.4 Ejemplo de Alimentos Identificados en Diferentes Proyectos

País	Alimento DP	Accesibilidad
Vietnam	Camarones, vegetales verdes	Gratis, recolectados en arrozales
Mozambique	Nueces Marula	Gratis, en árboles silvestres y recolectadas del suelo
Nepal	Fresas salvajes, caracoles, ranas	Gratis
Sri Lanka	Carne de soya	Bajo costo; disponible



Estos ejemplos de prácticas representan algunas conductas beneficiosas "descubiertas" durante las IDPs en varios países.



Ejemplo de alimentos y prácticas de alimentación:

- ♥ Introducción de alimentación complementaria adecuada alrededor de los seis meses
- ♥ Frecuencia de alimentación
- ♥ Variedad de alimentos
- ♥ Cantidad y consistencia (densidad) de comida
- ♥ Ningún prejuicio de género en cuanto al orden, cantidad y tipo de alimento
- ♥ Manejo apropiado de niñas(os) con poco apetito
- ♥ Supervisión durante la alimentación (alimentación activa)

Ejemplo de prácticas para el cuidado de niñas(os):

- ♥ División del trabajo y cuidado de niñas(os) entre las personas encargadas lo que asegura que cada niña(o) recibe una adecuada cantidad de tiempo
- ♥ La(s) persona(s) encargada(s) del cuidado de niñas(os) practican la enseñanzas situacional (actividades interactivas y estimulantes) con las(os) niñas(os) mientras llevan a cabo tareas domésticas sencillas
- ♥ Práctica de la estimulación tradicional (masajes)
- ♥ Uso de canciones de cuna
- ♥ Interacción positiva entre la (el) niña(o) y las personas principales y secundarias encargadas de su cuidado, lo mismo que con hermanas(os) mayores lo cual que promueve el desarrollo emocional y cognoscitivo (atención y signos de afecto, interacción verbal frecuente)
- ♥ Interacción positiva entre niñas(os) y los otros miembros de la familia lo que promueve la socialización de las(os) niñas(os) (uso del refozamiento positivo /elogios, paciencia, modelando un buen comportamiento)
- ♥ Supervisión a toda hora
- ♥ Estimulación y juegos apropiados para el desarrollo general de las(os) niñas(os), se promueve que las(os) niñas(os) experimenten con su ambiente, lo que permite que hagan sus propios descubrimientos
- ♥ Uso de juguetes hechos en casa y juegos apropiados para las edades de las(os) niñas(os)
- ♥ El padre les da atención y afecto
- ♥ Un ambiente seguro

Ejemplo de prácticas higiénicas:

- ♥ Higiene de alimentos, cuerpo y ambiente, (lavado con agua de cara, manos y pies antes de comer)

Ejemplo de prácticas de salud preventivas:

- ♥ Cuadro completo de Inmunizaciones
- ♥ Pesaje regular de niñas(os) (si es posible)
- ♥ Uso de mosquiteros en áreas endémicas de malaria
- ♥ Todos los miembros de la familia utilizan la letrina u otro tipo de servicio sanitario
- ♥ Desparasitación regular de niñas(os) y miembros de la familia en áreas endémicas



Ejemplo de prácticas para el cuidado de niñas(os):

- ♥ Tratamiento apropiado en el hogar de niñas(os) enfermas(os) durante la enfermedad y recuperación
- ♥ Dieta apropiada y líquidos durante la enfermedad y periodo de recuperación
- ♥ Tratamiento apropiado en el hogar de enfermedades y lesiones leves (catarros, tos, fiebres, dolores de oído, inflamación de ojos, cortadas, quemaduras, picadas, golpes, salpullidos, etc.)
- ♥ Alimentación continua con leche materna y líquidos y alimentos apropiados durante las diarreas; a las(os) niñas(os) después de una diarrea se le da alimentación extra
- ♥ Uso de Sueros Rehidratación Oral o líquidos caseros para prevenir la deshidratación durante las diarreas
- ♥ Búsqueda oportuna de Atención médica profesional para tratar enfermedades y lesiones



Ejemplo de factores en el hogar que afectan la condición nutricional de las(os) niñas(os):

- ♥ Acceso a suficiente agua
- ♥ Acceso a agua potable
- ♥ Humo en la casa
- ♥ Los cobertizos de los animales están separados de la casa
- ♥ Ingresos en efectivo
- ♥ Uso del efectivo y otros activos
- ♥ Drogadicción o alcoholismo de los padres
- ♥ Violencia doméstica o abuso de niñas(os)
- ♥ Edad y conocimientos de la persona encargada del cuidado de las(os) niñas(os) en ausencia de la madre

Nota sobre la Desparasitación:

La infección de gusanos tiene un enorme impacto negativo en el crecimiento y desarrollo de niñas(os) menores de 24 meses de edad. Las(os) niñas(os) pequeñas(os) eran excluidas de los programas de desparasitación, pero los nuevos lineamientos de la OMS recomiendan que, en áreas endémicas, todas(os) las(os) niñas(os) menores de un año deben incluirse en programas sistemáticos de desparasitación. Revise cual es la política nacional con el Ministerio de Salud de su País.

Fuente: Allen 2002 (1)



Madagascar

Catholic Relief Services hace

Talleres Hogareños en un ambiente urbano en Madagascar. La IDP encontró que las madres de niñas(os) desnutridas(os) compraban leña y luego solo les quedaba lo suficiente para comprar arroz para alimentar a sus bebés. Las madres DP decidieron salir de la ciudad a recoger ramas secas para leña, y mientras tanto aprovechar y recolectar vegetales verdes salvajes para mezclarle al arroz que compraban para sus bebés. Con el dinero ahorrado pudieron comprar otros alimentos nutritivos.

Los ejemplos en los Cuadros 4.5, 4.6 y 4.7 muestran observaciones de familias Desviadoras positivas, Desviadoras negativas y Desviadoras no-positivas en Bangladesh

No todas las prácticas de las familias Desviadoras negativas y Desviadoras no-positivas son malas; a menudo hay una mezcla de buenas y malas prácticas. Las diferencias pueden ser evidentes o necesitar más investigación. Se requiere de observaciones

específicas, y el uso de una "lupa" el detectar diferencias conductuales particulares, pero, gradualmente será más aparente cuales conductas son las más importantes para el bienestar de las(os) niñas(os).

CUADRO 4.5 Personas Desviadoras Positivas, Bangladesh

Información General	Prácticas alimentarias	Prácticas de cuidados	Prácticas de salud
Lactancia materna	Dieta de ayer: arroz, "dhal (lentejas)", huevo, pescado, bizcocho	Buena interacción madre-hija(o)	Niña(o) inmunizada(o) (sin tarjeta)
Bien nutridas(os) Familias de 5 miembros	Alimentado 4 a 5 veces al día	La madre juega con la(el) niña(o)	Manejo de diarreas en el hogar con SRO
Abuela - Encargada(o) secundaria(o) del cuidado de niñas(os)	Dieron huevo dos veces a la semana	El padre siempre se preocupa que haya alimentos disponibles para su familia	Enfrían cabeza cuando tiene fiebre
Padre - trabajo diurno, en el hogar cada 20 días	Alimentación complementaria comenzó al 8 mes	Niña(o) come por su cuenta	Lava manos con jabón
Ambiente limpio	Dieron bizcochos (galletas) cuando no hay mal apetito	Buena interacción abuela-nieta(o)	Duchas regulares
Madre tiene un negocio pequeño		Juega con juguetes de barro y muñeca	Ambiente limpio en el hogar
No hay letrina		Vecinos ayudan	Tapan todos los alimentos
Tienen jabón y agua			
Toman agua entubada de pozo			

CUADRO 4.6 Personas Desviadoras Negativas, Bangladesh

Información General	Prácticas alimentarias	Prácticas de cuidados	Prácticas de salud
Lactancia materna, desnutrida(o)	Dieta de ayer: Leche de vaca, arroz, pescado, carne, "sag (espinacas)" y legumbres	Padre presta poca atención a la(el) niña(o)	No hay baño / letrina
Familia de 9 miembros	Cuando la(el) niña(o) no tiene hambre(o), no se le alimenta	Madre no muestra afecto a niña(o), no interactúa	No hay lavado de manos Inmunización completa (sin tarjeta)
Padre: agricultor, terrateniente, paga a trabajadores por día	Se alimenta 3 o 4 veces por día	Relación agresiva entre esposo / esposa	Madre no sabe manejar enfermedades o diarreas en el hogar
Personas y ganado duermen juntos (miedo al hurto)	No hay alimentación activa	A la madre no le importa si la(el) niña(o) juega o no	Limpian utensilios de cocina en el estanque, luego los secan sobre estiércol de vaca
Casa grande, láminas de hierro corrugado	Cuando está enferma(o), solo leche materna	Niña(o) no muestra interés por personas desconocidas	
No hay letrina	Madre es descuidada con la alimentación	Niña(o) no está limpia(o), lodosa(o)	
No hay hortaliza	Madre no tiene alimentos adicionales para suplir su propia dieta durante esta amamantando	Niña(o) sin atención	

CUADRO 4.7 Personas Desviadoras No-Positivas, Bangladesh

Información General	Prácticas alimenticias	Prácticas de cuidados	Prácticas de salud
Desnutridas(os), desarrollo físico retardado	Lactancia materna	Niña(o) sin cuidados	Madre sabe preparar SRO y lo utiliza
Familia de 10 miembros 5 hermanas y 2 hermanas(os)	Leche de vaca se da desde el 2do mes	No tiene juguetes	Niña(o) esta inmunizada(o)
Solo 1 niña(o) va a la escuela	Alimenta 2 veces al día	No recibe estimulación	Niña(o) sufre de infestación de gusanos
Padre es agricultor, único miembro que genera ingresos	Alimenta a la fuerza	Hermanas(os) mayores no son guiadas(os) por padres	Interpretación confusa de la desparasitación
Patio sucio	Castigo físico por no comer	No hay retrato en la pared	Visita a los doctores de la aldea cuando la(el) niña(o) se enferma
No hay hortaliza	Dieta: por lo general alimenta con arroz y leche	Cuchillo afilado al alcance de la(el) niña(o)	
Letrina abierta		Desarrollo retardado de comunicación	
		No practica recompensa social	
		Uso de castigo físico	
		Padres discuten frente a las(os) niñas(os)	
		Madre pasiva, tímida, y enferma	

El comité de la aldea ayuda a encontrar maneras creativas de diseminar prácticas positivas en la comunidad.



D. Comparta los resultados con la comunidad

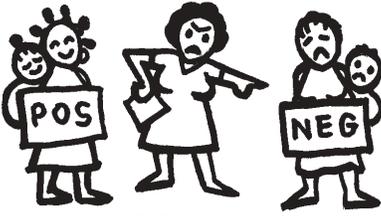
Pida a los miembros del equipo que elaboren un cartel para ilustrar las prácticas exitosas que le permiten incluso a las familias pobres tener una niña(o) bien nutrida(o). Trabaje con el Comité de Salud de la Aldea para pensar en maneras creativas de diseminar esta información en la comunidad.

Una sesión de retroalimentación con la comunidad podría incluir:

- ♥ Una revisión de las actividades realizadas hasta la fecha
- ♥ Una revisión de las metas y objetivos
- ♥ Una presentación interactiva de lo encontrado con la IDP (ver ejercicios de ejemplo al final del capítulo 2)

Elabore un cartel para ilustrar las prácticas exitosas que le permiten incluso a las familias pobres tener sus niñas(os) bien nutridas(os).

PREGUNTAS Y RESPUESTAS DE LA IDP



Nunca debemos decirle a las personas que son Desviadoras positivas o negativas: el objetivo de la IDP no es el de encontrar “modelos ejemplares,” sino encontrar “conductas ejemplares.”

¿Se les dice a las personas si son Personas Desviadoras “Positivas” o “Negativas”?

Nunca le debe informar a la familia si es desviadora positiva o negativa. Debe ser informada de que esta siendo observada y entrevistada para poder ayudar a la comunidad a encontrar soluciones para el problema de desnutrición. Referirse a las personas como DP o DN las estigmatiza. Señalar las prácticas negativas de una persona podría significar suicidio social. En algunas culturas, podría serlo el señalar las prácticas positivas. Cuando toda la comunidad sabe quienes son estas madres podría surgir un rechazo a estas conductas por razones sociales que no tienen relación con la nutrición, tales como casta o situación económica. En Vietnam, muchas de estas madres eran más pobres de lo normal. Así como ocurre con las(os) trabajadoras(es) comunitarias(os) de salud, cuando señala a alguien como “persona modelo” las otras personas pueden sentirse celosas. “¿Por qué es mejor ella que nosotras? Mira, ella ni siquiera...” El objetivo de la IDP no es el de encontrar “modelos ejemplares,” sino el de encontrar “conductas ejemplares.”

¿Puede usted utilizar otro término en vez de “Desviador(a)”?

La palabra “desviador(a)” es en sí un poco despectiva. Escoja una palabra que sea culturalmente más aceptable. En Guatemala, las madres DP fueron llamadas “madres informantes” o “estudios de caso.” En las Filipinas, se llamó “madres adaptadas” a las madres DP ya que “madres exitosas” implicaba que otras con hijas(os) bien nutridas(os) no eran exitosas. En Haití, se llaman “Maman lumière, (madres iluminadas).”

¿Que sucede si durante la IDP no hay un alimento DP en particular que sobresalga? ¿Qué sucede si el proceso resulta en un número limitado de alimentos que no son necesariamente nutritivos o accesibles, pero sin embargo son utilizados por familias DP?

Tal vez no quede claro en la IDP si un alimento en particular es “único”, y sin embargo podría etiquetarse como un alimento DP. De hecho, un alimento específico DP encontrado podría no ser necesariamente nutritivo o accesible. Aunque es agradable identificar un alimento DP en particular, esto no es siempre posible. Otras características tales como frecuencia de alimentación y volúmen de alimentos podrían ser igualmente importantes. La manera en que se preparan los alimentos podría ser la conducta que hace posible la diferencia. Por ejemplo, si los vegetales son hervidos hasta quedar recocidos y sin un valor nutricional, entonces la manera apropiada de cocinar podría ser una conducta de desviación positiva. En una de las IDP se descubrió que las(os) niñas(os) en verdad comían vegetales y los encontraban agradables cuando eran finamente cortados. Las familias con niñas(os) desnutridas(os) cortaban los vegetales grandes y las(os) menores no se los comían. Este es un ejemplo de como la preparación de la comida puede significar una diferencia crucial.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS DE LA IDP

¿Qué sucede cuando la disponibilidad de los alimentos varía dependiendo de la temporada?

La Investigación de Desviación Positiva debe llevarse a cabo en diferentes temporadas para poder observar como las personas hacen frente a diferentes condiciones. El menú debe cambiar para adaptarse a los alimentos disponibles y asequibles durante ese periodo del año. La escasez de alimentos probablemente elevará los precios durante la “temporada de hambre” o “temporada seca”. Las frutas y vegetales podrían no estar disponibles durante ciertas épocas del año.

¿Se deben abordar otros temas?

Otros temas podrían surgir al analizar los resultados de la IDP. Probablemente sea necesario incorporar un componente de generación de ingresos. Esta es una oportunidad para discutir un plan de desarrollo más amplio, que sea global e integrado a las actividades nutricionales. El diseño del programa de Talleres Hogareños lo determina la necesidad de causar un impacto inmediato en la desnutrición, antes de abordar otros factores causales, tales como el suministro de agua, saneamiento, y pobreza estructural. El programa de Talleres Hogareños, sin embargo, brinda también la oportunidad de considerar otros temas significativos y desarrollar planes a largo plazo para mejorar la calidad de vida de las mujeres, niñas(os) y sus familias.

¿Se debe realizar la IDP en cada comunidad?

Es esencial realizar la IDP en cada comunidad. Las(os) participantes de la comunidad descubren que existen soluciones en su propia comunidad. Este proceso de descubrimiento faculta y motiva a la comunidad para aceptar nuevas prácticas y participar en las sesiones de Talleres Hogareños. La excepción podría darse al no encontrar DPs en la comunidad, pero sí en una comunidad vecina que está estrechamente vinculada por lazos familiares y cultura, y tenga el mismo perfil económico. En esta situación es posible involucrar a los miembros de la primera comunidad a efectuar la IDP junto con los miembros de la segunda comunidad. Esta estrategia fue exitosamente aplicada en aldeas pequeñas de las tierras altas de Guatemala y en Malí.

¿Cómo se superan los prejuicios de género dentro del hogar?

Durante la IDP, busque conductas Desviadoras positivas masculinas que se puedan promover. No puede subestimarse en papel de los hombres en cuanto al apoyo de actividades nutricionales tales como los Talleres Hogareños. Si se considera el poder que por lo general ejercen, es importante que los padres entiendan el valor de una buena nutrición y asignen recursos a la nutrición y salud. Después de que una madre se capacita



La Investigación de Desviación Positiva debe llevarse a cabo en diferentes temporadas para poder observar como las personas hacen frente a diferentes condiciones.

“Yo no sabia nada sobre nutrición, pero ahora cuando mi esposa me pide dinero para comida, se lo doy inmediatamente. Ahora las(os) niñas(os) se alimentan bien.”

Testimonio de un Padre de Talleres Hogareños

PREGUNTAS Y RESPUESTAS DE LA IDP

en Talleres Hogareños, debería tener facilidades para poder practicar nuevas conductas en su hogar. Las madres no podrán probar sus nuevas prácticas a menos que sus esposos las apoyen en las acciones que ellas realizan. Esto mismo aplica también a las suegras y abuelas influyentes.

Ayuda mucho que el supervisor(a)/facilitador(a) lleve a cabo una reunión con los padres y/o suegras a la mitad de los 12 días de sesiones de Talleres Hogareños para explicar los hallazgos y mensajes claves descubiertos en la IDP. En Guinea, los hombres llegaron a las primeras dos sesiones de Talleres Hogareños. Cuando después las mujeres pidieron más dinero para ir al mercado, los hombres comprendieron y aceptaron.

Las madres con muchas(os) hijas(os) seguidas(os) a menudo destetan abruptamente. ¿Cómo se supera esta práctica?

Promueva mayor espaciamiento entre embarazos y asegure el acceso a los anticonceptivos. Busque las conductas Desviadoras positivas que demuestran lactancia materna exclusiva y buenas prácticas de alimentación complementaria en la comunidad. Las hijas(os) de madres que destetan abruptamente o prematuramente (antes de los seis meses) tienden a sufrir más de desnutrición. Las razones de esto pueden incluir malas prácticas de higiene, fórmula diluida, se ofrece pocos alimentos, y agua sucia que conduce a diarreas. A veces hay (os) niñas(os) mayores de seis meses que no han aprendido a comer bien. La leche materna asegura una buena nutrición hasta que la (el) niña(o) pueda consumir y digerir suficientes alimentos por su cuenta. La leche materna también contiene anticuerpos que ayudan a las(os) niñas(os) a protegerse de enfermedades. Los mensajes educativos deben hacer énfasis en que la lactancia materna es crítica para una buena salud. Cuando una niña(o) está lista(o) para empezar a comer otros alimentos, los mensajes deben dirigirse hacia la importancia de proveer alimentos complementarios nutritivos. Use técnicas de investigación cualitativas para desarrollar mensajes apropiados.

¿Se puede usar la IDP para otros problemas que no sea la desnutrición?

La Investigación de Desviación Positiva es una herramienta de baja tecnología y culturalmente apropiada para solucionar problemas. Para propósitos de este manual, se aplica al problema de la desnutrición. Sin embargo, el proceso puede aplicarse a otras áreas una vez que se aprende, incluyendo la concientización o el cabildeo para obtener apoyo o fondos para determinada causa o problemática .

En las próximas dos páginas se proveen ejemplos de Desviación Positiva aplicada a la lactancia materna y cuidados del recién nacido y resultados del parto.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS DE LA IDP

APLICANDO EL ENFOQUE IDP A OTROS PROBLEMAS



Lactancia Materna en Vietnam

Aunque la lactancia materna es común en Vietnam, la lactancia materna exclusiva no lo es. Desde 1990, los Talleres Hogareños de Save the Children han implementado programas nutricionales usando el enfoque DP para reducir la desnutrición severa de niñas(os). En 1999, Save the Children, Emory University, y el Proyecto LINKAGES reconocieron el hecho de que aunque los esfuerzos para rehabilitar a niñas(os) desnutridas(os) habían sido exitosos, la DP podía también utilizarse para prevenir la desnutrición mediante el apoyo a la lactancia materna óptima. Ellos llevaron a cabo una evaluación transversal cuantitativa y cualitativa sobre conocimientos, actitudes y prácticas de las madres en relación a la lactancia materna.

Encontraron que la mayoría de las madres conocían las prácticas apropiadas, incluyendo la iniciación temprana de la lactancia materna, lactancia materna exclusiva y conocían el concepto de “suficiente leche”. Sin embargo, la mayoría de las mujeres regresaban a sus actividades agrícolas poco tiempo después del parto. Las madres que trabajaban fuera del hogar eran menos propensas a brindar lactancia materna exclusiva que las madres que no lo hacían. No obstante, había unas cuantas madres DP quienes trabajaban fuera del hogar pero que sin embargo amamantaban a sus hijas(os) exclusivamente, generalmente interrumpiendo su día laboral para regresar al hogar a amamantar a la(el) lactante. Existen esfuerzos ya en marcha para desarrollar programas basados en estos descubrimientos y la negociación de otras estrategias. Este programa se diferencia de otros programas DP en que aborda a las mujeres embarazadas y madres de lactantes menores de seis meses y se enfoca en la lactancia materna para mantener una buena nutrición en vez de la alimentación complementaria para restaurar la buena nutrición.

Aquí se proveen tres ejemplos de la experiencia de Talleres Hogareños de Save the Children al aplicar el enfoque DP a otros temas de salud. (2)



Cuidados materno-infantiles en Pakistán

En Febrero de 2001, Save the Children, en colaboración con la Oficina de Campo de Pakistán/Afghanistan, aplicó el enfoque DP por primera vez para el cuidado de recién nacidos. El equipo condujo la IDP tanto con los refugiados Afganos como Pakistaníes locales en el Distrito de Haripur en la Provincia Fronteriza del Noroeste. En ambos escenarios, la IDP reveló las prácticas Desviadoras Positivas tales como un parto limpio, ambiente cálido para el parto, cordón cortado con una cuchilla limpia, y una suegra promoviendo la lactancia materna exclusiva.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS DE LA IDP

APLICANDO EL ENFOQUE IDP A OTROS PROBLEMAS

(continuado)

Las intervenciones basadas en DP incluyeron reuniones de mujeres embarazadas, facilitadas por voluntarias locales de salud, en las cuales las mujeres confeccionaron sábanas para el parto, ensamblaron paquetes/equipos de herramientas limpias para el parto, y promovieron y practicaron conductas maternas y de cuidados del recién nacido. Este trabajo continúa a medida que más comunidades se involucran y el proceso se refina.



Resultado de los partos en Egipto

Un equipo de Talleres Hogareños de Save the Children/ Tufts University llevó a cabo una IDP relacionada con embarazos en dos comunidades rurales y socio-económicamente divergentes en Al-Minya, en el Norte de Egipto en Junio y Noviembre del 2000.

La IDP reflejó:

- ♥ Un aumento en el descanso,
- ♥ Más visitas prenatales,
- ♥ Mejor dieta, y
- ♥ Una reducción de síntomas que sugerían infecciones del tracto urinario, asociadas a un mejor aumento de peso durante el embarazo y peso durante el parto.

Estos resultados proveyeron información a un proyecto piloto contínuo que registra los pesos mensuales de todas las mujeres embarazadas junto con sesiones IMPRESS semanales (Embarazos Mejorados por medio de Educación y Suplementación) las cuales, de manera similar a los Talleres Hogareños, brindan mensajes de salud relevantes, micronutrientes, y suplementos alimenticios basados en los alimentos identificados por medio de la DP (en este caso vegetales más baratos y carnes (cuando es posible)).

LISTA DE CONTROL DE OBSERVACION PARA LA IDP

Nombre de la niña(o) _____ Fecha _____
Nombre de la Familia _____ Comunidad _____
Seleccione la categoría: (DP) (DNP) (DN)
Hora de Inicio: _____ Hora de Finalización: _____

I. Miembros del Hogar: Observaciones:

1. Niña(o) Seleccionada/o

- ¿Esta bien nutrida(o) o mal nutrida(o)?
- ¿Cómo es ella(el)? (¿activa(o), alegre?)
- ¿Esta limpia(o) o no? (cuerpo y vestimenta)
- Otras observaciones:

2. Persona Principal encargada del Cuidado de la(el) niña(o):

- ¿Quién es? (¿la madre?)
- ¿Cómo es ella?
- ¿Esta limpia(o) o no?
- Otras observaciones:

3. Persona Secundaria encargada del Cuidado de la(el) niña(o):

- ¿Quién es? (¿la abuela?)
- ¿Cómo es ella(el)?
- ¿Esta limpia(o) o no?
- Otras observaciones:

4. Hermanas(os) de la(el) niña(o):

- ¿Están bien nutridas(os) o mal nutridas(os)?
- ¿Cómo son ellas(ellos)?
- ¿Están limpias(os) o no?
- Otras observaciones:

5. Padre de la(el) niña(o):

- ¿Quién es? (¿el abuelo?)
- ¿Cómo es él?
- ¿Esta limpio o no?
- Otras observaciones:

6. Otros familiares:

- ¿Quiénes son?
- ¿Cómo son?
- ¿Están limpias(os) o no?
- Otras observaciones:

II. Prácticas:

1. Prácticas Alimentarias

- ¿Se lavan las manos antes/después de alimentar a la(el) bebé?
- ¿La(el) niña(o) come alimentos recogidos del suelo?
- ¿La(el) niña(o) come alimentos tocados por animales?
- ¿Lavan platos/trastes?
- Otras observaciones:

2. Alimentación Activa/Pasiva

- ¿La(el) niña(o) come sola(o)?
- ¿Tipo de alimentación?
- ¿Qué come la(el) niña(o)?
- ¿Consistencia de los alimentos?
- ¿Cantidad de alimento (en cucharadas)?

LISTA DE CONTROL DE OBSERVACION PARA LA IDP

3. Prácticas Familiares de Alimentación

¿La familia come junta?

¿Prioridad para miembros masculinos: cantidad/frecuencia?

Otras:

4. Interacción entre Persona encargada del Cuidado de la(el) niña(o) y la(el) niña(o)

¿Supervisión y cuidado de la(el) niña(o)?

¿Conductas afectuosas?

¿Enseñan a la(el) niña(o) a caminar, hablar, jugar?

Otras:

5. Interacción de los Miembros de la Familia y la(el) Niña(o)

¿Supervisión y cuidado de la(el) niña(o)?

¿Conductas afectuosas?

¿Enseñan a la(el) niña(o) a caminar, hablar, jugar?

Otras:

6. Higiene Personal

¿Bañan a la(el) niña(o)?

¿Le cortan las uñas?

¿Se encuentra alejada(o) del excremento de animales?

¿La madre se lava las manos después de limpiar a la(el) niña(o)?

¿Están cortas las uñas de la madre?

7. Preparación de Alimentos

¿Se lava las manos antes de preparar los alimentos?

¿Mantiene los alimentos cubiertos antes/después de cocinar?

¿Lava las frutas y vegetales?

8. Agua

¿Hierven el agua para beber?

¿Mantienen tapada el agua para beber?

¿Utilizan agua limpia para bañarse?

¿Fuente de agua?

¿Fuente de agua, cercana o lejana? (distancia aproximada/tiempo que toma llegar a la fuente)

III. Disponibilidad de Alimentos

¿Cantidad y variedad de alimentos?

¿Alimentos de la hortaliza hogareña?

¿Alimentos de origen animal?

¿Almacenamiento de alimentos?

¿Conservación y procesamiento de alimentos

IV. Ambiente en el Hogar

1. Hogar

¿Cómo es la cocina? ¿Cómo son las habitaciones?

2. Letrina

¿Si hay una, esta limpia o no?

Se encuentra ¿cerca o lejos?

¿En dónde se deposita el excremento si no hay letrina?

3. Animales

¿Entran a la casa? ¿Están en un corral?

¿La(el) niña(o) juega con ellos?

EJEMPLO DE UNA ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

Lineamientos de IDP: Entrevista a las Personas al Cuidado de Niñas(os) durante las Visitas Domiciliarias

I. Preguntas Generales

1. ¿Cuántas personas viven en la casa? ¿Cuántas personas comen juntas?
2. ¿Cuántas niñas(os) hay? ¿Qué edad tienen? ¿Cuántas(os) son menores de tres años?
3. Las(os) mayores ¿asisten a la escuela? Si no lo hacen, ¿porqué?
4. ¿Cómo se gana usted la vida? ¿El Padre? ¿Otros miembros de la familia?
5. ¿Cuánto dinero gana la familia al día?
6. ¿Cuánto tiempo trabajan? (¿Mañana? ¿Tarde? ¿Todo el día? ¿Toda la noche?)
7. ¿En dónde trabajan? ¿Cuánto tiempo les toma llegar hasta el lugar de trabajo?
- ¿Le acompañan las(os) niñas(os)?

II. Preguntas sobre Prácticas Alimentarias para la Persona Encargada de Niñas(os)

1. ¿Aun amamanta a la(el) niña(o)? Si es así, ¿qué tan seguido? ¿Por la noche?
2. ¿Qué alimentos y líquidos le brinda además de la leche materna?
3. ¿Cuándo comenzó a dar alimentos complementarios? ¿Que alimentos complementarios le dió?
4. ¿Cuántas veces al día alimenta a su hija(o)?
5. ¿Qué cantidad de alimentos le brinda? (Mostrar su cuchara y plato)
6. ¿Quién le alimenta y como come? (mano, cuchara, masticando)
7. ¿Qué le ha dado de comer a su hija(o) el día de hoy? (Lista de alimentos incluyendo leche materna).
8. ¿Qué le dará de comer hoy por la noche?
9. ¿Hay alguien más que alimente a su hija(o)? ¿Quién? (hermanas(os) mayores, vecinos, etc.)
10. ¿Qué hace usted cuando su hija(o) no quiere comer o tiene poco apetito?
11. En su opinión, ¿Cuáles alimentos no son buenos para las(os) lactantes? ¿Por qué?
12. Cuando su hija(o) tiene diarrea, ¿le brinda igual, más o menos comida y líquidos? ¿Por qué?
13. ¿Compra alimentos para su niña(o)? Si es así, ¿cuáles alimentos? (meriendas, comida fresca)
14. ¿A quién (vendedor específico) y ¿porqué?
15. Para madres lactantes únicamente: ¿Qué hace con relación a la lactancia materna cuando usted esta enferma?



Haga preguntas sobre prácticas alimentarias durante las enfermedades tales como, "¿Cuando su hija(o) tiene diarrea le brinda igual, más o menos comida y líquidos? ¿Por qué?"

Lineamientos de IDP: Entrevista a las Personas al Cuidado de Niñas(os) durante las Visitas Domiciliarias

III. Preguntas sobre Prácticas de Cuidado



Pregunte acerca del tiempo de juego de la(el) niña(o): ¿quiénes juegan con ella(el)? ¿Se le motiva para que juegue? ¿Ella(el) tiene juguetes?

1. ¿Con quién más interactúa la(el) niña(o) aparte de usted? ¿Qué hacen con ella(el)?
 2. ¿Quién cuida a la(el) niña(o) cuando usted sale?
 3. ¿Qué recomendaciones le da a esta persona? (seguridad)
 4. ¿Qué hace cuando su niña(o) pequeña(o) se porta mal (se ensucia, rompe algo, etc.)?
- Sondeo: ¿Cómo le pega? ¿En dónde? ¿Con qué frecuencia?
5. ¿Cómo duerme a la(el) bebé?
 6. ¿Motiva usted a su hija(o) para que juegue con otras(os) niñas(os)? ¿Por qué? ¿Por qué no?
 7. ¿En qué momentos juega con la(el) niña(o)? ¿Qué hacen?
 8. En su opinión, ¿qué es lo más necesario para su hija(o)?
 9. ¿Qué hace su esposo en el hogar por sus hijas(os)?
 10. ¿Cuántas(os) hijas(os) tiene? ¿Cuántas(os) quiere?
 11. ¿Ha oído hablar del espaciamiento entre embarazos? ¿Le interesa?

IV. Preguntas sobre Prácticas de Salud

1. ¿Qué tan seguido baña a su hija(o)?
2. ¿Cómo enseña a su hija(o) a ir al baño?
3. ¿Para qué utiliza el agua? ¿El jabón? (¿Se lavan las manos antes de comer?)
4. ¿Su hija(o) está inmunizada(o)?
5. ¿De qué se enferma con mayor frecuencia su hija(o)?
6. ¿Qué hace usted cuando su hija(o) se enferma de resaca?
7. ¿Qué hace usted cuando su hija(o) se enferma de diarrea?
8. ¿Ha tenido diarrea su hija(o) durante las últimas dos semanas?
9. Si es así, ¿qué hizo para curarla? Si le dio SRO, ¿cómo lo preparó?
10. ¿Qué le da de comer a su hija(o) cuando tiene diarrea?
11. ¿Qué evita darle de comer?
12. ¿Cuáles son las señales de peligro de neumonía?
13. ¿Qué haría usted si su hija(o) presentara estas señales?
14. ¿Cómo sabe si su hija(o) está enferma(o)? (señales de enfermedad)
15. ¿A quién consultó primero? ¿Después a quien?
16. ¿Quién decide lo que se debe hacer cuando en el hogar se presenta un problema severo de salud?
17. ¿Cuáles son los problemas de salud infantil que más le preocupan?
18. ¿Cómo soluciona estos problemas?

Lineamientos de IDP: Entrevista a las Personas al Cuidado de Niñas(os) durante las Visitas Domiciliarias

V. Preguntas para la Hermana(o) Mayor Encargada de la(el) niña(o)

1. ¿Vas a la escuela?
2. ¿A qué otras actividades te dedicas además de cuidar a tu hermana(o)?
3. ¿Qué haces con tu hermana(o) menor?
4. ¿Qué haces cuando llora? ¿Cuándo se golpea? ¿Se enferma?
5. ¿Qué haces cuando se comporta mal?
6. ¿Qué te gusta hacer con tu hermana(o) menor?
7. ¿Por qué?
8. ¿Qué cosas no te gusta hacer? ¿Por qué?
9. ¿Le involucras en tus juegos? ¿Por qué?
10. ¿Cómo le alimentas? (sondeando)

VI. Preguntas para el Padre

1. En su opinión, ¿cómo se encuentra su hija(o)?
2. ¿Cómo sabe que su hija(o) esta sana(o)?
3. ¿Cuánto tiempo pasa con su hija(o) al día?
4. ¿Qué hace cuando esta con su hija(o) durante el día?
5. ¿Qué hace cuando se enferma?
6. ¿Quién decide en su hogar lo que se debe hacer cuando la(el) niña(o) se enferma?
7. ¿Cuántas hijas(os) tiene? ¿Cuántas(os) quiere?
8. ¿Ha oído hablar del espaciamiento entre los embarazos? ¿Le interesa?

VII. Preguntas para la Abuela o Suegra

1. En su opinión, ¿a qué edad se le debe dar comida a la(el) niña(o) además de la leche materna?
2. ¿Cuáles tipos de alimentos son buenos para las(os) niñas(os) menores de tres años? ¿Por qué?
3. ¿Qué tipo de alimentos NO se deben dar a niñas(os) menores de 3 años?
4. Incluya preguntas de las secciones anteriores sobre Prácticas Alimentarias y Conductas de Cuidados

Las visitas domiciliarias se deben dividir de manera que cada sub-equipo visite una variedad de familias Desviadoras positivas, no-Desviadoras positivas, y Desviadoras Negativa.

FORMATO PARA EL INFORME DE HALLAZGOS DE VISITAS DOMICILIARIAS A FAMILIAS	
<i>(Información recolectada de observaciones y entrevista semi-estructurada)</i>	
INFORMACION GENERAL	PRACTICAS ALIMENTARIAS
Edad / Sexo / Condición nutricional	Horario de lactancia materna
Estado de lactancia materna	Dieta diaria detallada de la(el) niña(o)
Tamaño de la familia / numero y edad de hermanas(os)	Alimentación de ayer o de hoy / recordatorio
Persona principal encargada del cuidado de las(os) niñas(os)	Frecuencia de comidas
Persona secundaria encargada del cuidado de las(os) niñas(os)	Cantidad de comida por niña(o)
Ocupación de los padres / Horario	Estado de apetito de la(el) niña(o)
Ingresos (diarios)	Manejo de la falta de apetito
Tipo de vivienda (tamaño, número de habitaciones, etc.)	Prohibiciones de alimentos (que se evitan) para niñas(os) pequeñas(os)
Limpieza ambiental	Supervisión de niñas(os) menores de 3 años durante la alimentación
Presencia de letrina	Alimentación activa
Suministro de agua	Alimentos y líquidos que dan durante las enfermedades y la recuperación
Jardín / árboles / animales	Alimentos comprados del proveedor de la calle
Cocina	Criterios para seleccionar meriendas
Apariencia física de la(el) niña(o) / miembros de la familia	Orden en que se alimenta la familia
Preocupaciones de los padres con relación a la salud de la(el) niña(o)	

**FORMATO PARA EL INFORME DE HALLAZGOS
DE VISITAS DOMICILIARIAS A FAMILIAS**

(Información recolectada de observaciones y entrevista semi-estructurada)

PRACTICAS DE CUIDADO	PRACTICAS DE SALUD
Apariencia emocional / psicológica de la(el) niña(o) y miembros de la familia	Higiene corporal, uñas cortadas
Reacción de la(el) niña(o) ante la presencia de personas extrañas	Higiene de los alimentos
Interacción entre la(el) niña(o) y la persona encargada de su cuidado,	hermanas(os), y otros miembros de la familia
Se lavan las manos antes de comer	Relación de la persona secundaria encargada del cuidado de la(el) niña(o) (Ej. Hermana(o) mayor)
Agua segura, jabón	El juego y estimulación de la(el) menor con otras personas
Higiene ambiental	El juego y estimulación de los padres con la(el) menor (detalles)
Inmunización completa	Papel del padre en el cuidado de la(el) niña(o)
Tratamiento de lesiones menores y enfermedades en el hogar	Tiempo invertido en la(el) niña(o) por las personas encargadas del cuidado de la(el) niña(o)
Manejo de diarreas en el hogar (Terapia de Rehidratación Oral)	División del trabajo y oficios de la casa entre los miembros adultos del hogar
Identificación de señales de enfermedad	Métodos de disciplina utilizados
	Identificación de señales de peligro (Enfermedades Respiratorias Agudas y Diarreas)
	Toma de decisiones para buscar ayuda
	Uso de mosquiteros en áreas endémicas de malaria
	Uso de desparasitación
	Uso de sal yodada

Se debe recordar a los miembros del equipo IDP que deben ser corteses, respetuosos, y amistosos, de llegar no como profesoras(es), sino como personas que escuchan, y que deben realizar preguntas abiertas, en vez de preguntas cerradas de respuesta si-no, o sugestivas.

ANÁLISIS IDP EN OTROS PAÍSES

1. Mozambique

Resultados de Investigaciones de Desviación Positiva Nacala-a-velha, Mozambique 1997

Buenas Prácticas de alimentación	Buenas Prácticas de Cuidado de Niñas(os)	Buenas Prácticas de Atención en Salud
Potaje(papilla) hecho de melaza de fruta de marañón y harina de mandioca	Cubren el recipiente de agua	Vacunación
Uso de las semillas de marañón o maní en Mathapa (hojas verdes de calabaza, madioca, etc., cocidas o fritas)	Lavan sus alimentos antes de procesarlos	Compran medicinas con receta medica únicamente
3 comidas al día	Lavan sus manos antes de comer	Uso apropiado de paquetes de SRO o su equivalente casero
	Supervisan a las(os) niñas(os) pequeñas(os) en todo momento	
	Supervisan/ayudan a las(os) niñas(os) pequeñas(os) durante las comidas	

Prácticas Malas o Dañinas de Familias Pobres con Niñas(os) Desnutridas(os) (NDP)

Malas Prácticas de alimentación	Malas Prácticas para el Cuidado de Niñas(os)	Malas Prácticas de Atención en Salud
Solo 2 comidas al día Ninguna semilla de marañón ni maní en los alimentos	Muchas personas encargadas de las(os) niñas(os)	No existe vacunación
No incluyen vegetales en la dieta diaria	No se cubre el recipiente de agua	
	Mala higiene corporal y de los alimentos	

2. Myanmar

2a. Investigación de Desviación Positiva en Yangon, Barrio Urbano

Prácticas de Alimentación DP

- ♥ Alimentan a la pequeña(o) 3 veces al día, incluyendo meriendas
- ♥ Le dan frutas tales como papaya, guayaba, bananas y naranjas
- ♥ Le dan una variedad de comida como vegetales fritos (repollo, berros con aceite vegetal), alimentos con proteínas para energía (cacaahuates, frijoles fritos y melaza), huevos (huevos de codorniz), sopa espesa de lentejas (dhal)
- ♥ Alimentan a la pequeña(o) con agua de arroz hervido
- ♥ Alimentan a la pequeña(o) con meriendas tales como pasta de camarones fritos, bollitos secos
- ♥ No compran alimentos cocinados por vendedores de la calle para la(el) niña(o)



Ejemplos en esta sección:

1. Mozambique
2. Myanmar (área rural y urbana)
3. Bolivia
4. Países Africanos
5. Países del Sur-Este de Asia
6. Países del Sur de Asia

Estos formularios documentan algunos de los hallazgos encontrados hasta la fecha, con los cuales se busca proporcionar ejemplos de conductas y prácticas DP. No se debe reemplazar una IDP en una comunidad. Siempre es necesario conducir una IDP en cada comunidad para que sea localmente apropiada y para que la comunidad experimente el proceso de auto-descubrimiento, el cual es clave.

Prácticas DP para el Cuidado de Niñas(os)

- ♥ La(el) niña(o) se atiende en todo momento
- ♥ La persona secundaria encargada del cuidado de niñas(os) tiene experiencia
- ♥ La madre juega con la(el) niña(o) (canto o estimulación)
- ♥ Supervisión de niña(o) durante las comidas (alimentación activa)
- ♥ Hermanas(os) u otros miembros de la familia interactúan con la(el) niña(o) (le hablan)
- ♥ El padre juega con las(os) niñas(os)

Prácticas DP para el Cuidado de la Salud

- ♥ Corte regular de las uñas
- ♥ Baño dos veces al día
- ♥ Lavado de las manos antes de alimentar y comer
- ♥ Lavado de manos después que la(el) niña(o) usa el baño
- ♥ Visita a la clínica cuando la(el) menor esta enferma(o)

La comparación entre los ejemplos **urbanos** y **rurales** en Myanmar muestra varias diferencias claves entre los ambientes urbanos y rurales.

2b: Investigación de Desviación Positiva, Ambiente Rural

Prácticas de alimentación DP	Prácticas DP para el Cuidado de Niñas(os)	Prácticas DP para la Atención de la Salud
<p>Niña(o) menor de 12 meses Lactancia materna exclusiva durante 4 meses</p> <p>Alimentos complementarios 3 veces al día, variedad de alimentos complementarios: arroz + aceite+ papas o ½ huevo de gallina, o frijoles</p> <p>Cantidad: 1 taza llena por comida.</p> <p>La madre alimenta a la(el) niña(o) con cuchara pequeña</p> <p>Merienda: papas fritas o pescado frito en trocitos</p> <p>Niña(o) de 12 a 36 meses Alimentación frecuente: 4 o 5 veces al día</p> <p>Cantidad: 4 tazas llenas por comida</p> <p>Variedad de alimentos en una comida: desayuno - "Mohinga (tallarines de arroz con pollo, camarones, etc.)", arroz, frijoles, vegetales (Familia vegetariana), arroz, aceite, pescado o camarones pequeños, anguila (Ma Yin) almuerzo- arroz, berros, huevos de pato, aceite cena- arroz, vegetales, carne barata (cerdo / rana), + aceite</p> <p>Niña(o) come con cuchara, plato propio</p> <p>Niña(o) come regularmente sus comidas con la familia</p> <p>Niña(o) toma agua de arroz 3 veces a la semana</p> <p>Niña(o) es supervisada(o) mientras come</p>	<p>Niña(o) siempre es supervisada(o)</p> <p>Hermana(o) mayor entrenada(o) para cuidar a la hermana(o) menor</p> <p>El padre supervisa la cena, cuenta historias, canta canciones</p> <p>La madre y otras(os) miembros de la familia le enseñan a hablar</p> <p>Madre interactúa con niña(o) mientras come</p>	<p>Uso de jabón para bañarle</p> <p>Uso de jabón para lavar manos antes y después de comer, después de usar el baño</p> <p>Cortan uñas con cuchilla</p> <p>Uso de jabón y cenizas para limpiar ollas / platos</p> <p>Inmunización completa incluyendo sarampión</p> <p>Uso de sal yodada</p> <p>Solo los padres suministran medicinas cuando la(el) niña(o) se enferma</p>

En el ejemplo de Myanmar rural, note como las diferencias en las prácticas alimenticias se distinguieron por grupos de edad. Las prácticas para menores de 1 año se diferenciaron de las prácticas para niñas(os) entre 1-3 años. Es importante comprender esto al diseñar el Taller Hogareño.



2c: Conductas de Énfasis en Myanmar

CONDUCTAS ALIMENTICIAS

- ♥ Alimentación complementaria a los 6 meses
- ♥ Alimentan 4 a 6 veces al día a la(el) menor: 3 comidas + meriendas
- ♥ Le sirven una buena cantidad de alimentos en cada comida a la(el) menor
- ♥ Le sirven una variedad de alimentos tales como huevos, pescado, frijoles y vegetales a la(el) menor
- ♥ Cocinan la comida con suficiente aceite
- ♥ Dan meriendas nutritivas a la(el) niña(o)

PRACTICAS DE CUIDADO DE NIÑAS(OS)

- ♥ La(el) niña(o) es supervisada(o) todo el tiempo
- ♥ Las personas encargadas de niñas(os) practican alimentación activa
- ♥ Las personas encargadas de niñas(os) juegan y cantan con las(os) niñas(os)
- ♥ El padre se involucra en el cuidado de las(os) niñas(os) (cantan, cuentan historias)
- ♥ Hermana(o) mayor esta entrenada(o) para cuidar a la hermana(o) menor
- ♥ La madre y los otros miembros de la familia enseñan a la(el) niña(o) a hablar
- ♥ Alimentación activa: persuasión, contacto visual y sonrisas
- ♥ Las personas encargadas de niñas(os) les animan a comer cuando tienen poco apetito

PRACTICAS PARA LA ATENCION EN SALUD

Higiene de los alimentos

- ♥ Se lavan los vegetales al menos 3 veces
- ♥ Los alimentos sin cocinar se almacenan en un lugar seguro
- ♥ Cubren los alimentos en todo momento
- ♥ Se lavan las manos con jabón antes de tocar los alimentos
- ♥ Calientan las sobras antes de comer

Higiene corporal

- ♥ Se lavan las manos con agua y jabón antes y después de alimentar a la(el) niña(o)
- ♥ Lavan las manos y cara de la(el) niña(o) antes y después de comer
- ♥ Se lavan las manos después de usar la letrina
- ♥ Revisan las uñas de la(el) niña(o) regularmente y las cortan si es necesario

Higiene ambiental

- ♥ Barren el piso antes y después de comer
- ♥ Limpian tazones, cucharas, ollas y sartenes con jabón y cenizas después de usarlos

Prácticas preventivas/curativas

- ♥ Uso de sal yodada
- ♥ Identificación de señales de peligro
- ♥ Tratamiento en el hogar de niña(o) enferma(o)
- ♥ SRO hecho en casa

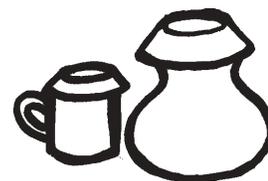


Las prácticas de Desviación Positiva incluyen la buena higiene corporal de la(el) menor, tales como lavarle las manos y rostro antes y después de alimentarle.

3. Bolivia

Personas Desviadoras Positivas

BUENAS PRACTICAS DE ALIMENTACION	BUENAS PRACTICAS PARA EL CUIDADO DE NIÑAS(OS)	BUENAS PRACTICAS DE ATENCIÓN EN SALUD
<p>Lactancia materna exclusiva por 6 meses</p> <p>Lactancia materna a libre demanda</p> <p>Uso de una variedad de alimentos tales como jugo de zanahoria, pollo, nabos, y rábanos</p> <p>Alimentan con frecuencia: carne (carne de llamas, huevos, leche de vaca / oveja, grasa de cordero) vegetales y frutas (frijoles verdes, perejil, papaya, naranja y mandarinas) granos y legumbres ("quinua", frijoles grandes secos, guisantes secos, trigo, avena, cacahuates)</p> <p>Alimentan 3 a 5 veces al día</p> <p>Merienda a media mañana</p> <p>10-20 cucharadas de alimentos en cada comida</p> <p>Se cuida bien el huerto comunitario; tiene productos que se cosechan durante los meses de invierno</p>	<p>Alimentación activa: interacción amorosa y paciente</p> <p>Uso de plato propio para hija(o) mayor</p> <p>Uso de juegos, canciones, alimentos especiales para la(el) niña(o) con poco apetito</p> <p>Ayuda/supervisión durante la comida</p> <p>Los padres ayudan a las madres a cuidar a las(os) niñas(os)</p> <p>Padres y hermanas(os) son amorosas(os), juegan y enseñan a la(el) niña(o)</p>	<p>Preparación higiénica de los alimentos</p> <p>Hierven agua para beber</p> <p>Bañan a la(el) niña(o) 2-3 veces a la semana durante los meses de invierno</p> <p>Lavan las manos y cara de la(el) niña(o) durante el día</p> <p>Uso correcto de TRO</p> <p>Remedios caseros: té de hierbas, líquidos hervidos con harina de trigo</p> <p>Baño de alcohol con ramas verdes cuando la(el) niña(o) tiene fiebre</p> <p>Buscan atención médica en el hospital</p> <p>Más comida y líquidos para la(el) niña(o) durante y después de las enfermedades</p> <p>Vacunaciones completas y Vitamina A</p>



Las prácticas Desviadoras positivas incluyen agua hervida para tomar y cubrir el agua para beber.

4. África

Resúmen de Prácticas Desviadoras Positivas encontradas durante las IDPs

Prácticas	Egipto	Mozambique / Norte	Mali	Tanzania
Prácticas de alimentación	<p>Sirven alimentos cocinados más de una vez a la semana</p> <p>Sirven una variedad de alimentos: vegetales verdes, huevos, frijoles</p> <p>A la(él) niña(o) enferma(o) se le da jugo de limón, otros líquidos</p>	<p>Desayuno: papilla de melaza de fruta de marañón y harina de mandioca; semillas de marañón /cacaahuates con Mathapa (hojas verdes)</p> <p>3 comidas al día</p> <p>Alimentación complementaria a los 5 meses</p>	<p>Papilla con aceite de "karite" (extraído de la nuez del árbol de Karite) a los 6 meses</p> <p>Salsas, pescado, carne, huevos, plato familiar</p> <p>Frutas de temporada a los 12 meses</p> <p>6 comidas / diarias</p> <p>No se come en la tierra o el suelo</p> <p>No existen tabúes sobre alimentos</p>	<p>Cacaahuates: diariamente</p> <p>Frijoles guisantes: 2- 3 veces por semana</p> <p>Vegetales verdes: 2- 4 veces por semana</p> <p>Camotes: 4-5 veces por semana</p> <p>Frutas: 4- 5 veces por semana</p>
Prácticas para el Cuidado de Niñas(os)	<p>Alimentación activa y supervisión durante las comidas</p> <p>A la(él) niña(o) no se le permitió jugar en el canal</p> <p>A la(él) niña(o) no se le dejó en el suelo, no se le pegó ni se le gritó</p> <p>Supervisión adulta en todo momento</p>	<p>Cubren el recipiente de agua para beber</p> <p>Lavan los alimentos antes de procesarlos</p> <p>Lavan sus manos antes de comer</p> <p>Supervisan a la(él) niña(o) en todo momento</p> <p>Ayudan a la(él) niña(o) durante las comidas</p>	<p>El padre se involucra en la alimentación/ desarrollo general de la niña(o)</p> <p>Buena relación entre padres y persona secundaria encargada de la(él) niña(o)</p> <p>Persuaden a la(él) niña(o) para que coma</p> <p>Adoran a la(él) niña(o)</p>	N/A
Prácticas para la Atención de la Salud	<p>Buena higiene corporal</p> <p>Se les cortan las uñas, y les lava las manos</p> <p>Bañan una vez por semana Buena higiene ambiental</p> <p>Se busca ayuda profesional cuando la(él) niña(o) tiene fiebre, tos, o heces flojas</p> <p>Revisan para ver si hay parásitos</p>	<p>Vacunación completa</p> <p>Compran medicinas únicamente con prescripción médica</p> <p>Uso apropiado del paquete de SRO o su equivalente casero</p>	<p>2 baños al día</p> <p>Lavan sus manos antes y después de comer</p> <p>Vacunación completa</p> <p>Cualquier adulto decide buscar ayuda para tratamientos</p> <p>El padre sigue el desarrollo de la(él) niña(o)</p> <p>Afiliación /uso del paquete de seguro disponible</p>	N/A



Las prácticas DP incluyen el involucramiento del padre en el desarrollo general de sus hijas(os).

5. Sur Este de Asia

Resumen de Prácticas Desviadoras Positivas encontradas durante las IDPs

Prácticas	Camboya	Myanmar (barrios semi-urbanos)	Vietnam
Prácticas de alimentación	<p>Alimentación complementaria a los 6-7 meses, 3+ comidas diarias</p> <p>Pescado ahumado, cangrejos, cucarachas, huevos de pato, caracoles, arañas negras, ancas de ranas cortas y largas</p> <p>Vegetales del bosque: berros, hojas de "anaon" / flores, pasta agria, pasta de pescado, salsa de arañas</p> <p>Las sobras se dan como meriendas entre comidas</p>	<p>3 comidas diarias más meriendas</p> <p>Papaya, guayaba, bananas y naranjas, vegetales fritos cacahuates, frijoles fritos y melaza, huevos de codorniz, sopa espesa de lentejas "dhal", agua de arroz hervido</p> <p>No compran comida cocinada de vendedores de la calle</p>	<p>Alimentación complementaria a los 4 meses</p> <p>Variedad de alimentos: huevos, cangrejos, camarones, caracoles, productos de soya, frutas y vegetales de temporada</p> <p>Se añade grasas (cacahuates y ajonjolí, grasa de cerdo) a la dieta de niñas(os) pequeñas(os)</p> <p>Alimentan a las niña(o) 4-6 veces diarias, incluyendo meriendas</p>
Prácticas para el Cuidado de Niñas(os)	<p>Padre cuida a la(él) niña(o)</p> <p>Madre prepara la comida; deja instrucciones a la persona encargada del cuidado de la(él) niña(o) cuando sale</p> <p>El padre provee todo tipo de alimentos a las(os) niñas(os): cree que la buena nutrición resulta en la buena salud</p> <p>Muestras de afecto y cuidados por parte de los padres</p>	<p>Supervisión en todo momento</p> <p>Persona secundaria con experiencia encargada del cuidado de la(él) niña(o)</p> <p>Madre juega con la(él) niña(o) (canta y estimula)</p> <p>Alimentación activa</p> <p>Hermanas(os) y otros miembros de la familia interactúan con la(él) niña(o)</p> <p>El padre juega con las(os) niñas(os)</p> <p>No van al salón de videos</p>	<p>División del trabajo permite un cuidado apropiado de las(os) niñas(os)</p> <p>El padre se involucra en el cuidado de la(él) menor</p> <p>Manejo apropiado de niñas(os) con poco apetito</p>
Prácticas para la Atención de la Salud	<p>Se lavan las manos antes de comer</p> <p>Cubren recipiente de agua y sobras de comida</p> <p>Usan SRO producidos localmente elaborados con corteza de árbol de tamarindo y de guayaba hervida en agua</p> <p>Continúan dando leche materna cuando la(él) niña(o) tiene diarrea</p> <p>Dan medicina para desparasitar si la(él) niña(o) tiene su estomago hinchado</p> <p>Identificación temprana de señales de enfermedad (falta de aliento, tos, fiebre y diarrea)</p>	<p>Cortan uñas regularmente</p> <p>Se bañan dos veces al día</p> <p>Se lavan las manos antes de alimentar y comer</p> <p>Se lavan las manos después de llevar a la(él) niña(o) al baño</p> <p>Van a la clínica a buscar tratamiento para la(él) niña(o)</p>	<p>Se lavan las manos antes de las comidas y de amamantar, después de defecar</p> <p>Cubren el pozo de agua potable Le cortan las uñas regularmente</p> <p>Proveen atención y cuidados rápidos a la(él) niña(o) enferma(o)</p> <p>No se reduce la alimentación cuando la(él) niña(o) esta enferma(o)</p> <p>Consultan al doctor sobre medicinas (no se auto-recetan)</p>



Las prácticas Desviadoras positivas incluyen al padre brindando todo tipo de alimentos a la(él) niña(o).

6. Sur de Asia

Resumen de Prácticas Desviadoras Positivas encontradas Durante las IDPs

Prácticas	Bangladesh	Bhutan	Nepal (montañas)
Prácticas de alimentación	<p>Alimentan a la (el) niña(o) con pescado, vegetales y huevos (dieta normal para niñas(os) pequeñas(os): polvo de arroz o arroz suave con sal, además de la leche materna)</p> <p>Introducen alimentos complementarios a los 6 meses (solamente la familia Shapla)</p> <p>Alimentación activa, supervisión de niña(o) durante las comidas</p>	<p>Alimentos complementarios "lep" consisten de cereales mezclados con vegetales</p> <p>Sopa con huesos con carne, huevos</p> <p>Alimentan 4 veces diarias</p> <p>Brindan alimentos que gustan a la(el) niña(o) cuando tiene poco apetito (bananas, queso)</p>	<p>Alimentación complementaria alrededor de los 5 meses</p> <p>Variedad de alimentos: guisantes, berenjena, camote, hoja de cebolla, repollos,, tomates, pescado, caracol, cabra, cerdo, pollo, cangrejos, limón, guayaba, mora, mantequilla, nibuwa (limón), mango</p>
Prácticas para el Cuidado de Niñas(os)	<p>Canciones de cuna, canciones, historias, juegos</p> <p>Personas encargadas de las(os) menores juegan con la niña(o) usando juguetes caseros</p> <p>Personas secundarias encargadas del cuidado de las(os) menores son competentes: el padre esta pendiente del bienestar de la(el) niña(o)</p> <p>Mantienen seguro el ambiente del hogar</p>	<p>Supervisión de niña(o) por parte de persona con experiencia encargada del cuidado de la(el) niña(o) en todo momento</p> <p>Persona encargada del cuidado de la(el) niña(o) se involucra en las actividades de la(el) niña(o)</p>	<p>El padre participa en el cuidado</p> <p>La madre le dedica tiempo a la(el) menor</p> <p>Menores comen en la mesa con los padres</p> <p>Personas encargadas del cuidado de la(el) niña(o) le muestran afecto</p>
Prácticas para la Atención de la Salud	<p>Eliminación inmediata de heces y lavado de manos después de ir al baño</p> <p>Lavan sus manos antes de comer</p> <p>Lavan las ollas / cacerolas con agua de pozo(no del estanque)</p> <p>Aplican esponjas frías durante las fiebres</p>	<p>Cuando la(el) niña(o) se enferma, se le dan porciones más pequeñas de comida con mayor frecuencia</p> <p>Cuando la(el) niña(o) se enferma por 1 día, llevan a cabo una ceremonia y luego le llevan a la Unidad de Salud Básica</p>	<p>Lavan sus manos antes de comer</p> <p>Bañan a la(el) niña(o) a diario / un día sí, un día no</p> <p>Usan medicinas a base de hierbas para enfermedades leves</p> <p>Alimentan frecuentemente durante las enfermedades</p> <p>Continúan brindando leche materna y/o dando líquidos/alimentos durante enfermedades diarreicas</p>



Las prácticas de Desviación Positiva incluyen el juego de la(el) menor con la persona encargada de su cuidado.

CAPÍTULO CINCO

Paso 5: Diseñe las Sesiones de Talleres Hogareños



PASO 5

Diseño de Sesiones de Talleres Hogareños

- A. Calendarice las Sesiones de TH
- B. Planifique los menús para las sesiones de TH
- C. Diseñe mensajes de educación en salud
- D. Escoja el sitio para las sesiones TH
- E. Diseñe protocolos para las sesiones TH
- F. Elabore su plan anual de actividades

Los Talleres Hogareños se llevan a cabo por un período de doce días (seis días por semana) en los hogares de los miembros de la comunidad, sin sobrepasar la cifra de diez niñas(os) desnutridas(os) y las personas encargadas de su cuidado. En cada sesión, las personas encargadas de las(os) menores preparan alimentos ricos en energía y densos en calorías, y alimentan a sus niñas(os) bajo la guía de las voluntarias. Así mismo aprenden sobre alimentos nutritivos, prácticas positivas en el cuidado de niñas(os) y conductas para la atención en salud, incluyendo la higiene apropiada. Como precio de entrada se solicita a las personas encargadas del cuidado de las(os) niñas(os) que contribuyan diariamente con alimentos Desviadores Positivos específicos de la comunidad (identificados por medio de la IDP) u otros alimentos localmente disponibles necesarios para alimentar a las(os) menores.

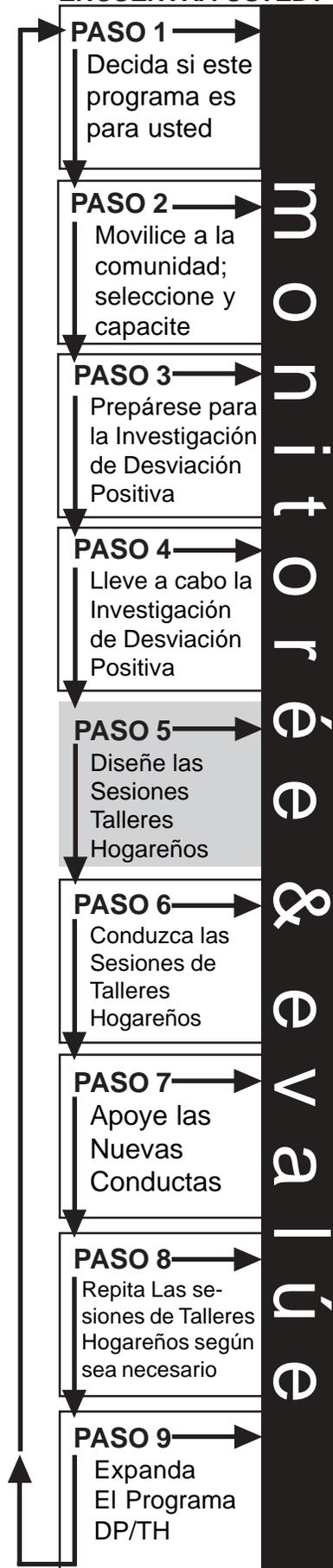
Las sesiones diarias de TH duran por lo general dos horas. Cada sesión cubre estos componentes:

- ♥ Montaje de las estaciones de cocina, alimentación y lavado de manos
- ♥ Lavado de manos
- ♥ Preparación de los alimentos
- ♥ Alimentación
- ♥ Integración de mensajes y prácticas sobre educación en salud y nutrición

Las sesiones de Talleres Hogareños se diseñaron siguiendo la IDP. La IDP guía las decisiones sobre cuáles alimentos preparar, cuales conductas promover, y qué información compartir para que otras personas puedan aprender a internalizar las conductas DP. El grupo practica las nuevas conductas de alimentación, cuidados e higiene durante las sesiones de TH y luego, individualmente en sus hogares. Es también a través de las sesiones diarias de TH que las(os) niñas(os) recibirán la nutrición adicional que necesitan para rehabilitarse.

Este capítulo trata sobre las actividades claves para diseñar las sesiones de Talleres Hogareños.

¿DÓNDE SE ENCUENTRA USTED?



Nota: Si algunas sesiones se programan por la mañana en unas comunidades y por la tarde en otras, el(la) supervisor(a) podrá cubrir dos comunidades al día. El comienzo de los Talleres Hogareños en áreas claves deberá ser de manera alternada para que así el(la) supervisor(a) pueda asistir a todas las sesiones de una comunidad durante la primera semana, y dirigir su atención hacia otras comunidades que inician mientras las primeras voluntarias adquieren suficiente confianza para conducir las sesiones por sí mismas.

A. Calendarice los Talleres Hogareños

Cuando planifique/calendarice las sesiones de 12 días de Talleres Hogareños, tenga en mente los siguientes criterios:

- ♥ Haga las sesiones lo más pronto posible después de pesar a las(os) niñas(os)
- ♥ Planifique sesiones mensuales, o meses alternos, o en patrones estacionales que correspondan a los meses del año en que las(os) niñas(os) tienden a desnutrirse más (las sesiones generalmente dejan de ser necesarias después de un año en cada comunidad)
- ♥ Planifique sesiones de Talleres Hogareños para que las familias obtengan una variedad de menús adaptados a la temporada

Calendarice las sesiones diarias de Talleres Hogareños de acuerdo a los siguientes criterios:

- ♥ Seleccione la hora del día que sea más conveniente para que las madres/ persona encargada de las(os) niñas(os) acudan, y así asegurar una buena asistencia
- ♥ Ya que se espera que las(os) niñas(os) se sigan alimentando de la olla familiar como usualmente lo han hecho, seleccione una hora entre comidas que sea apropiada para una comida suplementaria adicional (Ej., 10 a.m. o 3 p.m.)



B. Planifique Menús para las Sesiones de Talleres Hogareños

El alimento suplementario requerido para rehabilitar a las(os) niñas(os) desnutridas(os) se sirve diariamente durante dos semanas. De acuerdo a la OMS, una (un) niña(o) deberá recibir entre 150-200 calorías diarias por kilogramo de peso corporal durante el período de rehabilitación. No es posible rehabilitar a una(un) niña(o) si ingiere menos de 130 calorías/kilogramo/día. Por ende, los programas deben esforzarse por crear menús para las sesiones de Talleres Hogareños con un total de 600-800 calorías diarias y 25-27 gramos de proteína por niña(o). (1) Con estos menús y como resultado rápido, la recuperación, las personas al cuidado de las(os) niñas(os) notarán un cambio visible en dos semanas. Esto motivará a las familias a adoptar las nuevas conductas de alimentación para sus hijas(os).



IDEA

En ciertas regiones, es muy difícil crear menús que cumplan con todos los requisitos basándose solamente en alimentos locales.

En estos casos, menús con un mínimo de 500 a 600 calorías y de 18 a 20 gramos de proteínas serán suficientes para rehabilitar a niñas(os) desnutridas(os) por un período de tiempo más prolongado. En esta situación, lo más probable es que las(os) niñas(os) tengan que repetir la sesión de Taller Hogareño más de una vez. La ventaja de repetir los Talleres Hogareños es que les da más tiempo a las personas encargadas de las niñas(os) y a los miembros de familia para aprender más acerca de las prácticas necesarias para el crecimiento y desarrollo de la niñez, así como también les permite desarrollar estrategias basadas en su comunidad para combatir la desnutrición. Esto incrementa las probabilidades de una rehabilitación mejor y más sostenible además de prevenir la desnutrición en la comunidad en el futuro.

El menú deberá:

- ♥ Incluir una merienda nutritiva no muy pesada para que las(os) niñas(os) coman mientras las madres o las personas encargadas de las(os) niñas(os) cocinan
- ♥ Incluir comidas especiales DP (Ej. frutas, vegetales, camarones, aceite o nueces)
- ♥ Crear una variedad de maneras de preparar la comida
- ♥ Utilizar ingredientes disponibles en la localidad, de acuerdo con la temporada y de bajo costo
- ♥ Utilizar alimentos ricos en Vitamina A, hierro, y otros micronutrientes, según estén disponibles
- ♥ Utilizar productos de origen animal y aceite o grasas cuando sea posible
- ♥ Asegurar que todos los grupos alimenticios estén presentes en cada ración para que así las(os) niñas(os) reciban una dieta balanceada

Desarrollar el menú con base en los resultados de las prácticas alimenticias IDP, un estudio rápido de mercado, y un análisis del valor nutritivo de los alimentos locales. Materiales necesarios:

- ♥ Calculadoras ♥ Cuadros de composición de los alimentos
- ♥ Tazas y cucharas locales para medir ♥ Báscula para alimentos (opcional)

1. Realice un Estudio de Mercado

Un estudio de mercado sencillo efectuado por las voluntarias, ayuda a identificar los alimentos apropiados y de bajo costo que pueden ser comprados y utilizados por cada familia (ver ejemplo abajo). Observe la variedad de alimentos y el costo local por unidad. Pregunte a las(os) vendedoras(es) sobre las variaciones estacionales y los “meses de escasez” así como también los diferenciales esperados en los precios (Ej. las frutas aumentan de precio durante la temporada seca). Recuerde que algunos alimentos DP pueden recolectarse sin costo alguno por las familias en huertos, campos o agua.

CUADRO 5.1 Estudio de Mercado en Sri Lanka

Ítem	Cantidad	Rupias	Ítem	Cantidad	Rupias
Huevo	1	4	Atún	1 Kg	100
Papa	1 Kg	50	Atún Tiburón	1 Kg	120
Arroz	1 Kg	22.5	Pescado	1 Kg	200
Pescado seco	100 mg	12	Pescado	1 Kg	140
Lentejas	500 mg	28	Pescado Pequeño	1 Kg	100
Frijol mungo	500 mg	30	Pescado salado	1 Kg	100
Aceite vegetal	1 litro	115	Pescadeta	1 Kg	100
Aceite de Coco	1 litro	55	Pescado del estanque comunitario	1 Kg	60
Leche de Coco	1 litro	65	Carne	1 Kg	120



Un estudio de mercado sencillo realizado por las voluntarias, ayuda a identificar los alimentos apropiados y de bajo costo que cada familia puede comprar y utilizar.



Las especias y condimentos tales como la salsa de pescado, cúrcuma, sal, cebolla, ajo y jengibre, que por lo general están incluidas en los menús para mejorar el sabor, no están incluidas en la evaluación nutricional ya que no agregan valor nutricional

Zanahorias	1 Kg	40	Pollo	1 Kg	140
Berenjena	1 Kg	24	Hígado de pollo	1 Kg	160
Tomate	1 Kg	56	Coco "Thambili" de Sri Lanka	1	70
Calabaza	500 mg	15	Lechuga	1 Kg	80
Remolacha	1 Kg	36	Plátano	1 Kg	40
Frijoles verdes	1 Kg	36	Kangkung o espinaca de agua	500 gm	4
Hojas verdes	1 manojo	5	Semillas de remolacha	100 gm	4
Frijoles Gilum	1 Kg	40	Dambelo	1 Kg	40

2. Calcule el Valor Nutricional de los Alimentos de los Talleres Hogareños

Los Cuadros de composición alimenticia, por lo general disponibles en el Ministerio Nacional de Salud, proveen el desglose nutricional de 100 gramos de raciones comestibles en términos de contenido energético, grasas, proteínas y micronutrientes (calcio, B-caroteno equivalente para Vitamina A, riboflavina, niacina, etc.). El equipo utiliza estos cuadros para determinar el valor nutricional del alimento TH y merienda por niña(o) a fin de garantizar que el número total de calorías y el contenido proteínico sea el requerido para alcanzar el crecimiento estipulado y asegurar que el insumo de vitaminas y minerales sea el adecuado. El cuadro 5.3 puede completarse con los alimentos propuestos para el menú y sus valores nutricionales correspondientes. Ajuste las cantidades de alimentos en el menú hasta que cada ración de comida de la(el) niña(o) contenga por lo menos 600-800 kilocalorías y 25-27 gramos de proteína.

Se pueden "enriquecer" los alimentos y meriendas con aceite y nueces para incrementar su densidad calórica. Puede agregar aceite a un tazón de papilla para incrementar su valor calórico y reducir a la mitad el volumen de papilla que de otra manera necesitaría consumir la(el) niña(o). Una vez que las(os) niñas(os) han logrado alcanzar el crecimiento establecido, la dieta DP (sin tanto aceite) debería ser suficiente para mantener el crecimiento y prevenir que recaigan.

No se olviden de las vitaminas A y C, Hierro y Zinc cuando planifiquen los menús. El nivel de requerimientos específicos de micronutrientes se presenta en el Cuadro 5.2. Al final de este Capítulo podrán encontrar más información sobre la importancia y fuentes de varios micronutrientes.

*El zinc no es tan bien absorbido por quienes llevan una dieta vegetariana (no comen productos de origen animal) en comparación a la absorción que tienen los no-vegetarianos. Los vegetarianos podrían necesitar el doble de la cantidad requerida (cantidad en el paréntesis).

Fuente: Referencia sobre la Ingesta Dietética de la Dirección de Alimentos y Nutrición de la Academia Nacional de Ciencias, en publicación. (2)

CUADRO 5.2 Niveles Requeridos de Micronutrientes

Edad	Vitamina A	Vitamina C	Hierro	Cinc*
7-12 meses.	400RE (ER= Equivalente de Retinol)	50mg	11 mg	3 (6) mg
1-3 años	500 ER	15 mg	7 mg	5 (10) mg
4-6 años	300 ER	25 mg	10 mg	5 (10) mg

CUADRO 5.3 Niveles Requeridos de Micronutrientes

PRODU-CTOS ALIME-NTICIO-S	Cantid-ad	GMS	K-CALO RIAS		PRO-TEINA		HIERRO FERROSO		VITAMINA A		CINC		ACIDO FOLICO	
			100 gms	Total	G/ 100g	Total	Mg/ 100g	Mg/ total	IU/ 100g	IU/ Total	Mg/ 100g	Mg/ total	Mg/ 100g	Mg/ total
1. ejemplo de alimento	200g	200g	90	180	12	24	4	8	0	0	2	4	9	18
2.														
3.														
4.														
5.														
6.														
7.														
8.														
Total:														



3. Adapte el Menú según sea necesario

Los menús deben ser culturalmente apropiados y ajustados de acuerdo a la edad de las(os) participantes desnutridas(os). Si la mayoría de las(os) niñas(os) son menores de 12 meses de edad, será necesario preparar alimentos complementarios apropiados (destete). Si el grupo tiene una mezcla de diferentes edades, entonces el mismo alimento se puede preparar de manera que tenga una consistencia más suave, o cocinarlo por un poco más de tiempo y luego machacarlo para las(os) niñas(os) menores.

A veces es necesario efectuar otras adaptaciones al menú en comunidades específicas:

Menús de Ayuno - algunos países ayunan por motivos religiosos.

Normalmente el ayuno no se aplica a las(os) niñas(os), pero podría ser que los adultos no quieran cocinar o manipular alimentos restringidos durante ese tiempo. Desarrolle menús o el itinerario de las sesiones de Talleres Hogareños con esto en mente.

Menús de Estación Seca - Algunos países sufren de sequías durante las estaciones secas. Las frutas y los vegetales se vuelven escasos o no están disponibles. Anticípese a la época de crisis y diseñe menús que sean ingeniosos para aprovechar lo que este disponible en esa temporada, o utilice creativamente los alimentos que fueron secados o almacenados durante la temporada de abundancia.

Menús para Vegetarianos - Para aquellas comunidades que eligen no consumir productos de origen animal o pescado, diseñe menús de alto contenido proteínico utilizando una combinación de alimentos (arroz y frijoles) o productos con alto contenido proteínico tales como soya fermentada (tempeh) y otros productos de soya, incluyendo tofu.

4. Determine el Tamaño de la Ración

Con base en los requisitos calóricos y proteínicos y utilizando una báscula para pesar alimentos, determine la cantidad y peso de una ración sencilla. Debido a que la ración se debe servir por volúmen y no por peso durante la sesión de Talleres Hogareños,

Se debe fomentar la lactancia materna para las(os) niñas(os) menores de dos años de edad, la leche materna sin embargo, no debe incluirse en el cálculo calórico. Debe brindarse a libre demanda y estar muy por encima de los alimentos suplementarios (y de todos los demás alimentos).

determine como medir el volumen deseado utilizando utensilios de medir locales. Estas medidas pueden ser latas, puñados, pizcas utilizando tres dedos, porciones en botellas de agua, etc. Este método permite a la voluntaria medir raciones para cada niña(o) durante las sesiones TH y resulta un método práctico que las personas encargadas del cuidado de las(os) niñas(os) pueden utilizar en casa.

Debido a que la comida se debe servir por volumen y no por peso durante una sesión de TH, determine como medir el volumen deseado utilizando utensilios locales para medir.



5. Prepare el Itinerario de Comidas

Con toda la información anterior, prepare un itinerario de comidas cubriendo cada uno de los doce días de la sesión del Taller Hogareño. Incluya:

Menús (puede alternar dos menús básicos día a día) (Ver cuadro 5.4)

Cantidades necesarias de todos los ingredientes

Quién provee cada tipo de ingrediente y en qué cantidades

Tamaño de las porciones

CUADRO 5.4 Ejemplo del Menú de la India

Menú	Contribución	Medida Hogareña	Cantidad	Calorías	Proteínas (gramos)	Costo en Rupias
Arroz	ONG	4 cucharadas	50 gms	200	4.5	1.35
Hojas Verdes	Familia	¼ manojo	80 gms	35	2	1
Coco	Familia	1 puñado	20 gms	222	2.2	1.25
Pescado Seco (DP)	Familia	2 tickels	20 gms	50	11	4
Aceite de Coco	ONG	1 cucharada	1 cucharada	100	0	0.5
Dahl (lentejas)	Familia	2 cucharadas	15 gms	35	3	1.7
Carne desoya(DP)	Familia	1 puñado	10 gms	43	4	1
Merienda: semillas de calabaza	ONG	1 puñado	5 gms	55	3	4
				740	29.7	12.80

6. Prepare el Itinerario de Comidas

Con toda la información anterior, prepare un itinerario de comida cubriendo cada uno de los doce días de la sesión de Taller Hogareño. Incluya:

- ♥ Menús (puede alternar dos menús básicos día a día) (Ver Cuadro 5.5)
- ♥ Cantidades necesarias de todos los ingredientes
- ♥ Quién provee cada tipo de ingrediente y en que cantidades
- ♥ Tamaño de las porciones

CUADRO 5.4 Ejemplo del Menú Diario de Sri Lanka

MENÚ A	Día1	Día2	Día3	Día4	Día5	Día6	Día7
Leche materna más...							
Arroz							
Carne de Soya + dahl							
Hojas verdes + coco	A	B	A	B	A	B	Libre
Aceite de coco						Sin Aceite	
MENÚ B	Día 8	Día 9	Día-10	Día 11	Día 12	Día 13	
Leche materna más...							
Pescadetas secas/fritas							
Arroz	A	B	A	B	A	B <	Peso
Frijoles verdes, papaya						aceite	
Aceite de coco							

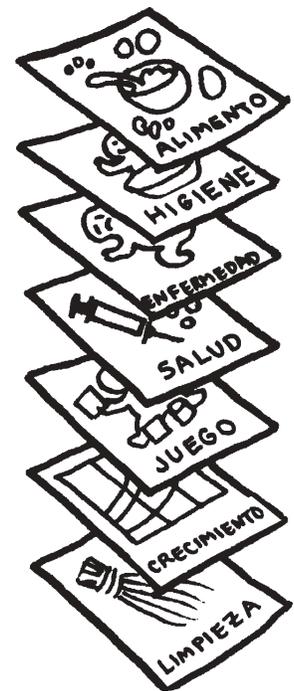
C. Diseñe Mensajes Educativos de Salud

Como las sesiones TH se llevan a cabo en ambientes pequeños e íntimos en donde las mujeres se encuentran concentradas en la salud de sus niñas(os), éstas brindan una excelente oportunidad para diseminar mensajes de salud. Las(os) participantes además de ser una “audiencia cautiva”, están interesados en mantener a sus niñas(os) saludables y por lo tanto son receptivos a los mensajes de salud.

1. Identifique los Mensajes Claves

Los resultados de la investigación IDP deberán haber arrojado una serie de datos sobre conductas potencialmente conducentes a una mejor salud y nutrición entre las familias DP. Utilice estas mismas prácticas para preparar los mensajes educativos de salud. Efectúe una revisión cruzada de los mensajes TH con los mensajes de salud del Ministerio de Salud nacional, o con los mensajes de UNICEF denominados “Para la Vida” (3) a fin de determinar que las lecciones de la IDP que estén en concordancia con los estándares internacionales de salud. Concéntrese en la alimentación, higiene, prácticas para el cuidado de las(os) niñas(os) y prácticas importantes para la atención en salud, incluyendo prácticas para la atención de niñas(os) enfermas(os).

Aunque muchos mensajes claves quedan demostrados durante las sesiones TH (tales como la práctica de lavarse las manos y alimentación activa), es necesario dejar claro y hacer énfasis en los mensajes que reflejan directamente las prácticas identificadas en la IDP.



Los mensajes educativos en salud deben reflejar específicamente las prácticas identificadas en la IDP sobre alimentación, higiene, cuidado de las(os) niñas(os) y el cuidado de niñas(os) enfermas(os).

Los recuadros en esta página proporcionan ejemplos de mensajes desarrollados alrededor de prácticas DP identificadas en Myanmar, Tayikistán, Mozambique, y Vietnam.

En Tayikistán, la Niñez IDP era:

- ♥ Amamantada a libre demanda después de los seis meses de edad
- ♥ Bien cuidada e hidratada constantemente con líquidos caseros durante enfermedades diarreicas

Mensajes Claves de DP en Mozambique

Las(os) niñas(os) menores de tres años de edad necesitan:

- ♥ Comer de cinco a seis veces al día, además de la leche materna
- ♥ Grasa extra o aceite en sus dietas
- ♥ Una dieta alta en proteínas con nueces marula
- ♥ Comer más alimentos protectores tales como frutas y vegetales

Prácticas Alimenticias IDP en Myanmar por Grupo de Edad Niñez de seis a doce meses:

- ♥ Dar alimentos complementarios tres veces al día además de la leche materna a libre demanda
- ♥ Dar variedad de alimentos complementarios: arroz, aceite, papa, mitad de un huevo de gallina, frijoles
- ♥ Cantidad de comida: una taza llena por tiempo de comida
- ♥ La madre alimenta a su niña(o) con una cuchara pequeña
- ♥ La madre prepara meriendas, papa o pescado en trocitos

Niñez de doce a treinta y seis meses:

- ♥ Alimentación frecuente: cuatro-cinco veces al día además de la leche materna
- ♥ Cantidad de comida: cuatro tazas llenas por comida
- ♥ Variedad de alimentos por comida [Desayuno pescado guisado; Arroz + frijoles + vegetales (Familia vegetariana); Arroz + pescados o camarones pequeños y anguila +aceite; Arroz + berro + huevo de pato + aceite; Arroz + vegetales + carne de bajo costo (cerdo/rana) + aceite]
- ♥ Niña(o) come con cuchara y de su propio plato
- ♥ Niña(o) se alimenta regularmente con su familia
- ♥ Niña(o) toma agua de arroz tres veces a la semana
- ♥ Niña(o) es supervisada/o mientras come

Mensajes Claves de DP en Vietnam

- 1. Lactancia Materna:** La leche materna es el mejor alimento para la(el) niña(o). Ayuda a protegerla/o de enfermedades y ayuda a desarrollar una estrecha relación entre la madre e hija/o. No deje de brindar leche materna antes de los doce meses de edad
- 2. Los buenos alimentos– tazón de colores:** Debemos darle a las(os) niñas(os) menores de tres años de edad una variedad de alimentos tres a cinco veces al día. Estos alimentos incluyen los “buenos alimentos”, los cuales algunas familias muy pobres le ofrecen a sus niñas(os) bien nutridas(os) y que están disponibles en la comunidad. Podemos hacer un “tazón de colores” de estos “buenos alimentos” nutritivos, los cuales son...
- 3. Alimentos Suplementarios:** A partir de los seis meses de edad debemos brindarle comida suplementaria a las(os) lactantes además de la leche materna. Podemos comenzar por darles papilla de arroz licuado y gradualmente darles una mezcla más espesa de harina de arroz cocinada en caldo de camarón, cangrejo o vegetal en vez de agua.
- 4. Buenos Cuidados de la Niñez:** Las(os) niñas(os) necesitan que alguien les cuide, les alimente, juegue con ellas/os y les guíen. Los buenos cuidados de la(el) niña(o) ayudarán a que crezca saludable, alegre y capaz de brindar amor.
- 5. Buena Atención de la Salud:** Podemos ayudar a prevenir que nuestras/os niñas(os) se enfermen manteniendo limpio el hogar, el cuerpo de las(os) niñas(os), y sus alimentos; vacunando a las(os) niñas(os) para prevenir enfermedades graves que deben ser

atendidas en el centro de salud comunitario; y pesando a los menores regularmente para detectar la desnutrición en una etapa temprana.

6. Cuidando en el Hogar las(os) niñas(os) Bien Nutridas(os): Las familias pueden continuar manteniendo y mejorando la salud de sus niñas(os) si utilizan los “buenos alimentos”, disponibles en su comunidad además del “buen cuidado de las(os) niñas(os)”, y la “buena atención en salud” aprendidos de las “Familias Modelo”, tales como ...

Mensajes Relacionados a la Planificación de una dieta Saludable y Bien Balanceada

Los menús planificados en las sesiones TH incluyen un cálculo de calorías, carbohidratos, grasas, proteínas y micronutrientes. Tanto las voluntarias de Talleres Hogareños como las personas encargadas del cuidado de las(os) niñas(os) necesitan aprender un método fácil, como la agrupación de alimentos, para planificar su propia dieta balanceada. Revise si hay grupos específicos de alimentos utilizados en las políticas nacionales de nutrición.

Las investigaciones demuestran que las personas encargadas del cuidado de las(os) niñas(os) tienen dificultad para retener información sobre tres o cuatro grupos alimenticios. Además, ellas podrían concentrarse más en la combinación de ingredientes y sus “categorías”, que en la frecuencia y cantidad. En este caso, el concepto de “tres colores” o “plato de colores” puede ayudar. Si están presentes tres colores (los alimentos escogidos con mayor frecuencia son blanco/amarrillo, verde, y rojo/anaranjado), por lo general la comida es balanceada. Con frecuencia los alimentos básicos son blancos o amarillos, por lo tanto se deben añadir dos alimentos de otros colores para tener una dieta balanceada.

El Cuadro de Alimentos es otra manera de enseñar los grupos alimentarios (ver Capítulo 2, Ejercicio 9: “Comidas Tradicionales”). En el Cuadro de Alimentos, cada una de las cuatro secciones representa un componente importante de una dieta balanceada. Dibuje un cuadro grande en el piso con un palo y ubique los alimentos a preparar durante una sesión TH dentro de las casillas apropiadas para demostrar la importancia de la variedad en una dieta saludable.

Mensajes Relacionados al Proceso de Alimentación

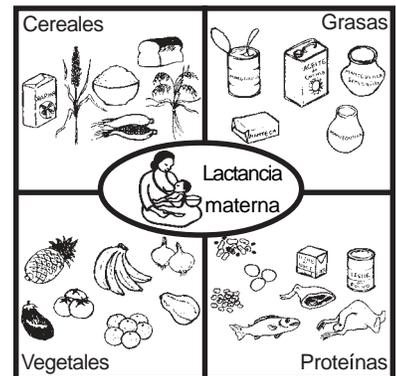


El proceso de la alimentación puede ser una práctica DP importante. **En Mali, se demostró que una niña(o) con plato propio estaba mejor que una niña(o) que compartía un plato familiar.** Este importante descubrimiento fue integrado a las prácticas y mensajes claves de las sesiones TH. La alimentación activa ha sido identificada en las IDPs como una práctica clave que merece ser promovida.

Mensajes Relacionados a la Introducción de Alimentos

Es importante abordar las conductas DP para prevenir la desnutrición durante el período en que se introducen los alimentos complementarios, debido a que muchas niñas(os) caen en la desnutrición después de los seis meses de edad. La introducción de alimentos nuevos en la dieta de una niña(o) además de la leche materna usualmente requiere de un gran esfuerzo por parte de la(s) persona(s) encargada(s) del cuidado de la(s) niñas(os). Algunas de las prácticas claves incluyen:

El Cuadro de Alimentos



Recomendaciones para la Alimentación Activa:

- ♥ Alimente a las(os) lactantes directamente y ayude a las(os) niñas(os) mayores cuando ya coman por su cuenta
- ♥ Ofrezcales sus alimentos favoritos y animeles a comer cuando pierden el interés o tengan poco apetito
- ♥ Si las(os) niñas(os) rechazan muchos alimentos, para motivarles experimente con diferentes combinaciones de alimentos, sabores, texturas y métodos
- ♥ Hable con las(os) niñas(os) durante la hora de comer y mantenga un buen contacto visual
- ♥ Alimente despacio y con paciencia, minimizando las distracciones durante la alimentación
- ♥ No fuerce a las(os) niñas(os) a comer

Fuente: *LINKAGES*, 2001 (3)



Asegúrese que tanto las manos como los utensilios estén limpios al momento de preparar los alimentos y antes de comer

♥ Dar de comer varias veces al día. Dado que en las(os) lactantes y niñas(os) el estómago es pequeño y limitado necesitan porciones pequeñas pero frecuentes.

♥ Es necesario ofrecer cantidades suficientes de alimentos en cada tiempo de comida. Por lo general las(os) lactantes y niñas(os) requieren de más tiempo para comer que las(os) niñas(os) mayores, razón por la cual deben animárseles para que consuman suficiente comida cucharada por cucharada. Esto es a lo que llamamos alimentación activa.

♥ Utilizar alimentos balanceados de alto contenido nutricional. Un buen alimento para el destete normalmente consiste de arroz, trigo, papa u otros tipos de cereales suaves y machacados con alimentos proteínicos (huevo, leche materna, legumbres), aceite, y vegetales o frutas cocidas y molidas.

♥ Reducir el número de enfermedades causadas por alimentos contaminados. Asegúrese de que las manos y utensilios estén limpios cuando prepare los alimentos y antes de comer. Únicamente ofrezca alimentos frescos y bien cocinados. Los alimentos previamente cocinados y almacenados por muchas horas a temperatura ambiental se contaminarán de bacterias y enfermarán a las(os) niñas(os). Lave la fruta con agua limpia antes de pelarla.

La Investigación de Desviación Positiva (IDP) sacará a luz las prácticas locales específicas y la preparación de alimentos que hacen que la introducción de alimentos sea exitosa. El Cuadro 5.6 provee lineamientos sugeridos para la frecuencia de la alimentación por edades.

CUADRO 5.6 Frecuencia de Alimentación / Tipo de Alimento por Edad

Edad de la(el) niña(o)	Requisitos Diarios de energía de los alimentos (Kcal.) (sin incluir leche materna)	Número de raciones complementarias al día y forma de servir	Número de veces que se debe amamantar (día y noche)
6 - 8 meses	275	2-3 veces al día. Proporcione cereales machacados, semi-sólidos con legumbres, frijoles, leche materna; añada pequeños pedazos de alimento animal machacado (huevos, carne, pescado, queso) y frutas / vegetales)	A libre demanda según lo pida la(el) niña(o), reduciendo gradualmente, de unas 8 veces cada día/noche durante los primeros seis meses
9 - 11 meses	450	3-4 veces al día. Continúe con papilla machacada (como para las(os) bebés de 6 a 8 meses), también introduzca meriendas y alimentos secos, aumente la cantidad de alimentos animales y frutas / vegetales	Libre según lo demande la(el) niña(o)
12 - 23 meses	750	4-5 veces al día. Igual que arriba; después de los doce meses sírvale gradualmente los mismos alimentos que come la familia cortados o machacados	Libre según lo demande la(el) niña(o), gradualmente hasta al menos una vez al día/noche a los 23 meses de edad

Fuente: Sanghvi 1999 (5)

2. Planee el Itinerario Diario de los Mensajes Educativos de Salud

Elija un máximo de seis mensajes claves para las dos semanas. Después de terminar los seis mensajes durante la primera semana, repita los mismos mensajes durante la segunda semana (Día 7-12), utilizando un método diferente de presentación para reforzar las lecciones aprendidas. Las(os) participantes en los TH discuten un mensaje del TH cada día. Concentrarse en solo un tema de discusión por día evita que las madres se sobrecarguen de nueva información.

A veces resulta tentador para los miembros del personal y voluntarias especialmente a quienes son profesionales en salud, enfermeras, educadores o nutricionistas) imponer sus propios mensajes, menús, y teorías sobre nutrición. El personal del programa (incluyendo las voluntarias) debe asumir el papel de aprendices, comunicando a las madres participantes en las sesiones de TH únicamente lo que se aprendió durante la IDP. Es importante que las(os) participantes en los Talleres Hogareños comprendan que están poniendo en práctica la sabiduría de madres de su propio pueblo.

La Educación en Salud durante las sesiones de Talleres Hogareños no se puede llevar a cabo como si fuera un seminario. Es mejor que las(os) participantes aprendan con la práctica durante las sesiones de TH, mediante preguntas y respuestas y discusiones en grupo, para luego darles seguimiento en casa en la medida en que practican en sus propias cocinas las nuevas formas de preparar los alimentos y las nuevas conductas de alimentación.

En el capítulo 2 se presentan algunos lineamientos sobre las técnicas de aprendizaje para adultos. Para más información sobre el diseño de mensajes educativos de salud y técnicas de aprendizaje para adultos vea la lista de recursos al final de este manual.



EJEMPLO **Momentos para Enseñar**

Durante las sesiones de Talleres Hogareños, tome ventaja de los “momentos para enseñar”. En un Proyecto de World Relief, la voluntaria de las sesiones de TH descubrió que un(a) menor del grupo tenía neumonía. Ella utilizó esta oportunidad para discutir como reconocer las señales de peligro y como buscar los servicios de salud.

CUADRO 5.7 Ejemplo del Plan Educativo en Salud:
Sesiones de Talleres Hogareños

Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6
Leche Materna	Higiene	Infección Respiratoria Aguda (IRA) / Diarrea tratada en casa incluyendo terapia de rehidratación oral (TRO)	Estimulación temprana durante la niñez	Alimentación complementaria	Técnicas de preparación de alimentos
Día 7	Día 8	Día 9	Día 10	Día 11	Día 12
Lecciones aprendidas al probar el menú en casa; Leche materna	Higiene	IRA / Diarrea cuidado TRO en casa	Estimulación temprana durante la niñez	Alimentación complementaria	Revisar todos los mensajes; Reforzar la habilidad para practicar conductas en casa

Al final de este capítulo se incluye un plan de educación en salud con temas, contenidos de mensajes y actividades.

Criterio del Sitio de las Sesiones de Talleres Hogareños

- ♥ La ubicación deberá ser accesible y central
- ♥ Espacio para 10-20 niñas(os) (las(os) hermanas(os) usualmente llegan con ellas/os) y 10 personas encargadas de las(os) niñas(os)
- ♥ Acceso a letrinas
- ♥ Acceso a agua limpia para tomar, cocinar, y lavar manos
- ♥ Acceso a sombra y área de cocina

D. Elija el Sitio para implementar las Sesiones de Talleres Hogareños

El término “Taller Hogareño” quiere significar mujeres que ofrecen voluntariamente su tiempo y sus hogares para los TH con el fin de ayudar a que las madres con niñas(os) desnutridas(os) puedan iniciar el proceso de rehabilitación. Se espera que cada voluntaria de los TH aporte su hogar como punto de reunión para una sesión de TH. Se recomienda utilizar el mismo sitio para las doce sesiones de Taller Hogareño, sin embargo las sesiones subsecuentes pueden llevarse a cabo en los hogares de diferentes voluntarias para que el compromiso no tenga que ser a largo plazo. Si el clima lo permite, las sesiones de Talleres Hogareños pueden realizarse al aire libre sobre tapetes bajo un árbol. Es importante que el ambiente sea relajado y “hogareño”; las sesiones no deben llevarse a cabo en centros de salud u otras instalaciones.

E. Diseñe el Protocolo para las Sesiones de Talleres Hogareños

Se debe establecer protocolos con participación y apoyo de la comunidad para lograr que el programa se encamine de manera estable hacia su meta y se reduzca la posibilidad de perder o dejar pasar por alto cualquier niña(o) necesitada(o) de rehabilitación.

1. Decida el Limite de la Condición Nutricional para Participar

¿Se invitará únicamente a las(os) niñas(os) moderada y severamente desnutridas(os) a participar en las sesiones de Taller Hogareño o se incluirán a todas las(os) niñas(os) desnutridas(os)? Algunos Talleres Hogareños comienzan a enfrentar el desafío de prevenir así como también de rehabilitar la desnutrición e invitar a madres embarazadas primerizas o a madres nuevas con lactantes que tienen buen crecimiento. (Estas nuevas madres alimentan a sus hijas(os) exclusivamente con leche materna durante la sesión de Taller Hogareño, pero participan en la preparación de alimentos y otras actividades de aprendizaje anticipándose al día en que su lactante estará lista(o) para recibir alimentación complementaria). El límite deberá decidirse con base en la mayor necesidad así como también por consideraciones prácticas tales como la disponibilidad de las voluntarias, presupuesto, etc. En Vietnam, donde casi el 70% de las(os) niñas(os) menores de tres años se encontraban desnutridas(os) (entre leve, moderada, o severa), se priorizaba para participar en la sesión de Taller Hogareño a las(os) niñas(os) que sufrían de desnutrición moderada y severa (6).

Algunos proyectos consideran la tasa de crecimiento en vez de la condición nutricional. Enfocarse en la curva de crecimiento permite al proyecto dar prioridad a las(os) niñas(os) en riesgo de futuros problemas quienes de solo así pueden ser elegidas(os). Esto es importante ya que la inhabilidad de una niña(o) para aumentar de peso es generalmente la primera señal de un problema subyacente. Considere a la(el) niña(o) 1 quien actualmente tiene un peso normal para su edad pero no ha aumentado de peso desde la última sesión de peso. La(el) niña(o) 2 tiene un peso bajo para su edad. Si utilizáramos la condición nutricional, la(el) niña(o) 2 sería priorizada. El método de curva de crecimiento prioriza a la(el) niña(o) 1 como la(el) que se encuentra bajo mayor riesgo (7).

2. Determine los criterios de graduación

Existen dos maneras para determinar si una niña(o) está lista(o) para graduarse del Taller Hogareño o si necesita continuar con otra sesión.

a. Cuándo se utilizan las tarjetas de monitoreo de crecimiento nacional:

Los criterios de graduación se basan en el cambio de condiciones nutricionales entre desnutrición severa, desnutrición moderada, desnutrición leve y condición nutricional normal. Este es el método más fácil para explicar y utilizar con los miembros de la comunidad. La comunidad puede decidir graduar a las(os) niñas(os):

- ♥ Únicamente cuando alcancen una condición nutricional normal
- ♥ Cuando cambien de desnutrición moderada a leve
- ♥ Cuando cambien de desnutrición severa a moderada

b. Cuando se utilizan los lineamientos de aumento de peso:

Los criterios para graduarse se basan en la recuperación de crecimiento alcanzado durante el curso de la sesión de Taller Hogareño. Con este método, las(os) niñas(os) que han logrado aumentar entre 400 y 800 gramos de peso y que están actualmente creciendo tan rápido o más rápido que la “Mediana Internacional Estándar” se toman como muestra de resultados exitosos. Se asume que el crecimiento seguirá incrementando durante los meses subsiguientes una vez que la(el) niña(o) haya alcanzado la recuperación de su crecimiento. Si una niña(o) no está aumentando de peso deberá referirse para recibir atención médica y la voluntaria y supervisor(a) deberán realizar una visita domiciliaria para descartar si existe falta total de alimentos en la casa. Revise la asistencia de la(el) niña(o) y persona encargada de su cuidado para asegurarse que ambas están asistiendo regularmente (a veces las personas encargadas del cuidado de las(os) niñas(os) llegan a las sesiones sin la(el) niña(o)). El personal debe revisar el menú del Taller Hogareño para asegurarse que las(os) niñas(os) están recibiendo suficientes proteínas y calorías.

3. Decida el número de sesiones de Taller Hogareño en las cuales pueden participar menores que todavía no se han graduado

El número seleccionado dependerá de los objetivos originales desarrollados por la comunidad y su situación local. Si la meta es cambiar la condición de niñas(os) con desnutrición severa a desnutrición moderada, entonces 2 a 3 sesiones de 12 días serán suficientes. Si la meta es cambiar la condición de las(os) niñas(os) de desnutrición severa, desnutrición moderada y desnutrición ligera a un estado normal de nutrición, entonces se necesitarán más sesiones.

La mayoría de las sesiones de DP/TH incluyen un chequeo médico obligatorio lo antes posible para todas las(os) niñas(os) inscritas(os) en el programa o para todas(os) las(os) niñas(os) que sufran de una desnutrición moderada o severa. Las(os) niñas(os) con desnutrición severa (kwashiorkor o marasmo) necesitan recibir atención médica inmediatamente.

En Vietnam, en donde el 65% de las(os) niñas(os) en el proyecto piloto se encontraban desnutridas(os), solamente se inscribieron en el programa a niñas(os) que estaban severamente desnutridas(os) (peso para edad menor que 3 puntos-Z), y “rehabilitación” se definió como “alcanzar una desnutrición moderada de -2 puntos-Z o más”. En las aldeas piloto en Vietnam el tiempo promedio para que una niña(o) se “graduara” de una desnutrición severa (menos de -3 puntos-Z) a una desnutrición moderada (-2 puntos-Z) variaba entre 2.8 sesiones en hasta 1.9 sesiones a medida que el programa evolucionaba. (8)

Si el estado nutricional no mejora después de participar en varias sesiones de TH entonces será necesario buscar otra estrategia que no sea la de los Talleres Hogareños.



Egipto

Para los casos de falta de crecimiento se utilizará un protocolo especial que concentrará una mayor atención a tales niñas(os). La identificación temprana de niñas(os) desnutridas(os) en Egipto a través de un cuestionario y atención especial por medio de visitas domiciliarias repetidas permitió a los implementadores reducir significativamente el número de niñas(os) con falta de crecimiento.

El protocolo utilizado en este proyecto aparece al final de este capítulo.

Es muy difícil determinar por anticipado el número de sesiones de TH que se llevarán a cabo en una comunidad por las condiciones y circunstancias descritas en estos escenarios.

(Los puntajes Z, o desviaciones estándar, son medidas internacionalmente aceptadas para describir las condiciones nutricionales, y se pueden encontrar en el Cuadro 4.5.) Debido a que el número de niñas(os) que entran a los rangos de desnutrición es significativo, (hasta que la sabiduría convencional de la comunidad cambia), es posible continuar con las sesiones de Talleres Hogareños en una comunidad con 300-500 niñas(os) menores de tres años de edad por un año aproximadamente para poder así cubrirles a todas(os).

El 60-70% de las(os) niñas(os) TH en Haití a quienes se les dió un seguimiento de tres a seis meses después de la sesión TH, crecían igual de rápido o más rápido que el estándar internacional para su peso y edad. Del 30-40% que no estaba creciendo normalmente, los estudios demostraron que la mitad de estas niñas(os) tenían una infección oculta, por lo general tuberculosis, y la otra mitad vivía en extrema pobreza. A estas niñas(os) se les trató o inscribió por su situación en un programa de financiamiento para personas pobres. (9) Es crítico anticiparnos a crear vínculos con el personal del sector formal de salud para asegurarnos de que exista un mecanismo de referencia para estas niñas(os). Para las familias muy empobrecidas, se debe fomentar actividades generadoras de ingresos. Estas pueden incluir oportunidades para poder ahorrar y obtener pequeños préstamos, producción de ganado, crianza de gallinas, provisión de semillas para sembrar huertos o asistencia técnica para aumentar la producción agrícola familiar. Resulta crítico documentar en detalle los casos de niñas(os) que no se recuperan para ayudar a comprender la razón por la cual algunas(os) niñas(os) no responden al programa de Talleres Hogareños.

Escenarios que Demuestran el Rango de Situaciones TH y su Impacto en el Número de Sesiones por Niña(o)

Escenario 1: El DP/TH opera en una región propensa a inundaciones, sequías, o terremotos y dificultades económicas que obligan a la migración temporal de todas(os) o algunos miembros de la familia. En este caso podría ser necesario desarrollar más sesiones con interrupciones periódicas debido a la vulnerabilidad de la comunidad.

Escenario 2: El DP/TH opera sin mucho apoyo de salud pública. En esta situación, las causas subyacentes de una mala respuesta a la ingesta adicional de alimentos, debida a, por ejemplo, la tuberculosis, no se abordan y las(os) niñas(os) desnutridas(os) podrían necesitar participar en más sesiones de TH.

Escenario 3: El proyecto esta integrado en un programa de supervivencia infantil o parte de un programa de extensión de un hospital y las familias tienen buen acceso al centro de salud. Los diseñadores del programa y la comunidad podrían acordar un número fijo de sesiones de TH por niña(o) (Ej. de dos a cuatro) para evitar que las familias se vuelvan dependientes del proyecto.

Incluso dentro de una misma comunidad, algunos vecindarios o aldeas, podrían necesitar menos sesiones de TH que otros. Las(os) gerentes de programa deben permanecer alertas ante incentivos negativos para mantener los Talleres Hogareños tanto tiempo como sea posible (aún a costa de “mantener” un nivel de desnutrición). Esto es particularmente cierto si el proyecto calcula los insumos comunitarios (dinero en efectivo, alimentos, etc.) en base al número de actividades o niñas(os) afectadas(os).

Muestra de Protocolos de TH Seleccionados por la Comunidad

1. Realice un monitoreo regular de crecimiento y promoción quincenalmente con todas(os) las(os) niñas(os) menores de tres años de edad
2. Todas(os) las(os) niñas(os) menores de tres años de edad moderada o severamente desnutridas(os) deben asistir a las sesiones de TH
3. Las voluntarias brindan seguimiento a las visitas domiciliarias junto con las sesiones de TH
4. Deberá referir a las(os) niñas(os) que lleguen a la sesión de TH a una unidad local de salud si sospecha que tienen enfermedades subyacentes
5. Refiera a todas(os) las(os) niñas(os) que no hubiesen mejorado después de dos sesiones de 12 días (en dos meses) para que reciban atención médica
6. Se debe motivar a las mujeres embarazadas a que ingieran más alimentos durante el embarazo y a recibir atención prenatal
7. Las madres que amamantan a sus hijas(os) deben continuar haciéndolo a libre demanda la demanda
8. Distribuya Vitamina A dos veces al año a todas(os) las(os) niñas(os)
9. Desparasite a todas(os) las(os) niñas(os) antes de asistir a la primera sesión de TH

F. Desarrolle un Plan de Actividades para un Año

Planifique el año con el Comité Comunitario de Salud, supervisoras(es)/facilitadoras(es) de proyecto, voluntarias de TH, Trabajadores Comunitarios de Salud, y personal de salud para determinar las fechas para el Monitoreo de Crecimiento y sesiones de TH. El Cuadro 5.8 nos da un ejemplo de un plan de trabajo anual en una comunidad grande.

Si ya existe un programa comunitario de Monitoreo de Crecimiento, las(os) participantes y graduadas(os) de TH deben continuar participando en él. Las voluntarias pueden motivar a las madres a que lleven a sus hijas(os) haciendo un recordatorio por medio de visitas domiciliarias. Si no existe un programa de monitoreo de crecimiento entonces se debe agregar como una de las primeras actividades a desarrollar en el plan de trabajo anual. El Comité de Salud de la aldea puede liderar la iniciativa para asegurarse de que todas las familias participen llevando a pesar a todas(os) las(os) menores de cinco años de la comunidad en forma rutinaria. Las madres de niñas(os) saludables recibirán una retroalimentación positiva, y las(os) niñas(os) desnutridas(os) se detectaran y referiran al Taller Hogareño.

El Monitoreo del Crecimiento es un aspecto importante del plan continuo ya que:

- ♥ Le permite a las personas encargadas de niñas(os) y a miembros de la comunidad seguir de cerca el desarrollo normal de la(el) niña(o) y motiva a las personas encargadas de niñas(os) sanas(os) a mantener ese buen estado de salud
- ♥ Identifica a las(os) niñas(os) desnutridas(os) para rehabilitarles por medio del TH
- ♥ Monitorea continuamente el estado nutricional del grupo meta
- ♥ Mide el impacto de que la DP / TH tiene en los beneficiarios
- ♥ Mide la rehabilitación sostenible de participantes de TH seis a doce meses después de la rehabilitación



CUADRO 5.8 Ejemplo de Plan de TH para un Año

Comunidad Grande con Muchas(os) Niñas(os) Desnutridas(os)		Mes	Semana
1	Retroalimentación a las aldeas sobre los resultados de la encuesta nutricional y establecimiento de socios y meta general con líderes comunitarios	1	1
2	Taller sobre Análisis Participativo Situacional de la salud de las(os) niñas(os), incluyendo IDP para facilitadoras(es)		2
3	Análisis Participativo Situacional en 2 aldeas con un plan comunitario de acción		3
4	Organizar o reactivar el Comité de Salud de la Aldea (CSA) y seleccion a las voluntarias de TH (VTH)		4
5	Documentar el Análisis Situacional, Capacitación de Capacitadoras(es) (CC) en el Programa de Monitoreo de Crecimiento (PMC)		4
6	Capacitar al CSA y VTH en PMC y actualice los registros de hogares	2	1
7	Primera sesión de PMC en dos aldeas, con retroalimentación		1
8	Capacitar a Capacitadoras(es)/Supervisoras(es) en TH (sesión 1)		2
9	Capacitar a las(os) VTH y CSA en TH (sesión 1)		2
10	Primer TH supervisado, 1 sesión sobre educación nutricional y rehabilitación, comienzan las sesiones		3 y 4
11	Sesión de retroalimentación/lecciones aprendidas	3	1
12	Capacitación de Capacitadoras(es) (CC) Manejo de TH (herramientas de monitoreo y supervisión) Preparación para la capacitación de TH 2		1
13	Capacitar a VTH y CSA para el TH 2, incluyendo habilidades de comunicación y formato de visitas domiciliarias, manejo (monitoreo)		2
14	TH 2 en dos aldeas		3 y 4
15	Supervisar visitas domiciliarias de las(os) VTH	4	1
16	CDC PMC 2, incluyendo monitoreo de eventos vitales y creando en tableros de resultados autóctonos		1
17	Capacitación en PMC 2 para VTH y miembros del CSA		1
18	Sesión de PMC 2 en dos aldeas		2
19	TH 3		3 y 4
20	TH 4	5	3 y 4
21	PMC 3	6	2
22	TH 5	7	3 y 4
23	TH 6	8	3 y 4
24	CC para la evaluación de seis meses sobre educación y rehabilitación nutricional	9	1
25	Sesión de PMC 4 y evaluación de seis meses de TH		2
26	Documentación de evaluación (cualitativa y cuantitativa) y nuevas estrategias (nuevo plan de acción)		3
27	TH 7 y TH 8	910	3 y 4 3 y 4
28	PMC sesión 5	11	2
29	PMC sesión 6	13	2
30	PMC sesión 7	15	2
31	Evaluación de la fase 1 de proyecto		3 y 4

PREGUNTAS Y RESPUESTAS DE TH

¿Debemos incorporar alimentos tradicionales?

Los platillos nacionales de un país o su cocina son a menudo naturalmente balanceados. Su preparación podría ser difícil o tomar mucho tiempo y por ende no se preparan muy seguido. Pregunte a las(os) ancianas(os) sobre posibles opciones alimenticias de “antaoño.” En la mayoría de países existen hojas autóctonas que han perdido aceptación debido a la preferencia de otros vegetales como el repollo y la berenjena. Estas hojas nativas a menudo poseen un alto contenido de hierro, calcio, proteína de ácido fólico y Vitamina A y pueden reintroducirse a la dieta estándar por medio de los Talleres Hogareños.

¿Cómo se superan las creencias que atribuyen la desnutrición a causas no relacionadas con los alimentos?

Una de las razones por las cuales se inicia la DP/TH en áreas piloto pequeñas es para demostrar el impacto dramático que tiene en las(os) niñas(os) desnutridas(os) en cuestión de un mes. Las(os) niñas(os) desnutridas(os) rehabilitadas se convierten en el testimonio vivo de la efectividad de las prácticas de los TH y los miembros de la comunidad se convierten en partidarios solidarios del cambio. Las creencias eventualmente cambian por medio del ejemplo. Cuando quiera conducir un proyecto piloto de este tipo busque madres que no se apegan firmemente a estas creencias.

¿Qué sucede si el sistema de castas les prohíbe a personas de diferentes castas comer juntas?

Haga una IDP para buscar a personas Desviadoras positivas que rompan con ese hábito. Mientras tanto, forme grupos de la misma casta para facilitar la cohesión de grupos.



Eliminando a las(os) hechiceras(os) en Mali

En Mali, las abuelas vieron a las(os) niñas(os) rehabilitadas(os) de Kwashiokor, a quienes previamente les atribuían el mal de ojo que solamente podía ser curado por medio de brujerías. Ellas reportaron, “*On a vaincu les sorciers.*” (*Hemos vencido a las(os) hechiceras(os)*).



La leche materna es una excelente fuente de Vitamina A para los primeros meses de vida. Cuando las(os) niñas(os) comienzan a comer otros alimentos a los seis meses de edad, deben comenzar diariamente a comer alimentos ricos en Vitamina A.

La OMS recomienda utilizar suplementos de Vitamina A para mujeres post-parto y niñas(os) en áreas donde los alimentos con Vitamina A son escasos, así como también en países donde se ha documentado una deficiencia de Vitamina A. Revise cual es la política local con el Ministerio de Salud.

Vitamina A

Existe una relación entre la deficiencia de Vitamina A y la frecuencia de infecciones y desnutrición por proteínas-energía. La Vitamina A ayuda a proteger al organismo contra la ceguera nocturna, sarampión, infecciones respiratorias y diarrea.

- ♥ La leche materna es una excelente fuente de Vitamina A para los primeros meses de vida. La(el) niña(o) necesita ingerir diariamente alimentos ricos en Vitamina A cuando comienza a comer otros alimentos a la edad de seis meses.
- ♥ La Vitamina A que se encuentra en productos animales ya procesada o sea en forma de retinol (lista para ser utilizada como Vitamina A por el cuerpo). El retinol se encuentra en la carne y piel del pescado graso, en las yemas de los huevos y en la grasa de la leche. El hígado es una muy buena fuente de esta Vitamina.
- ♥ La Vitamina A que se encuentra en las plantas es pro-vitamina o en forma de caroteno (forma que el organismo puede convertir en Vitamina A). Las fuentes importantes de caroteno son vegetales amarillos o anaranjados encendidos tales como las zanahorias, calabazas, y camotes anaranjados; frutas como papaya o mangos; aceite de palma rojo y vegetales de hojas color verde oscuro. La Vitamina A se mantiene bastante estable durante los métodos normales de cocimiento y no se disuelve en agua. Sin embargo, si se sobre cocina el alimento al grado de perder su color, entonces también se elimina la Vitamina A. Las hojas comienzan a perder su valor en caroteno en el mismo momento en que son cortadas o arrancadas.
- ♥ En áreas donde los alimentos con Vitamina A son escasos la OMS recomienda utilizar suplementos de Vitamina A para mujeres post-parto y niñas(os), así como también en países donde se ha documentado una deficiencia de Vitamina A. Al momento de esta publicación, se recomienda una dosis de 200,000 IU para la madre dentro de las primeras ocho semanas después del parto; una dosis de 100,000 IU para las(os) lactantes de 6-11 meses; y una dosis de 200,000 IU para niñas(os) de 12-59 meses cada 4-6 meses. (10) Asegúrese de revisar esta política con el personal del Ministerio de Salud.

Vitamina C

La Vitamina C juega un papel importante en la prevención de enfermedades y anemia. La mejor fuente de Vitamina C para bebés pequeñas(os) es la leche materna. También se encuentra en frutas y vegetales frescos y algunos tubérculos frescos. Algunas buenas Fuentes de Vitamina C son las frutas cítricas (limones, naranjas, etc.), melón, fresas, mangos, y tomates. La Vitamina C es altamente soluble en agua y se destruye rápidamente con el calor.

INFORMACION ADICIONAL SOBRE MICRONUTRIENTES

Hierro

Si la prevalencia de anemia es muy alta (40 por ciento o más), proporcione suplementos diarios de hierro (12.5mg/día) a lactantes de seis meses a un año de edad. Continúe administrándolo, si es necesario, hasta los veinticuatro meses de edad. Comience a darlo a los lactantes con bajo peso al nacer cuando cumplan los tres meses de edad. (11)

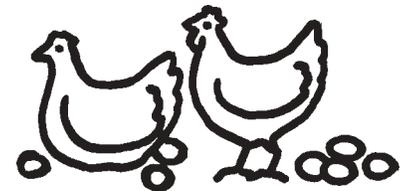
El té inhibe la absorción de hierro. En las culturas en que es común tomar té con las comidas, se debe promover conr a las familias sustituir el té de hierbas locales, por agua hervida simple, o jugo por té durante las comidas. La absorción de hierro no se verá afectada si el té se sirve entre comidas.

La carne roja y yema de huevo son excelentes fuentes de hierro fáciles de absorber, mientras que el hierro proveniente de plantas es más difícil de absorber por el cuerpo. Algunas buenas fuentes provenientes de plantas incluyen vegetales de hojas verdes, frutas secas tales como pasas, legumbres y melaza. La Vitamina C le permite al cuerpo absorber mejor el hierro de los alimentos.

Cinc

El Cinc tiene un efecto positivo para reducir las diarreas y es esencial para que las(os) niñas(os) crezcan y prosperen. Este mineral también combate la neumonía infantil, sana heridas con mayor rapidez y ayuda a fortalecer el sistema inmunológico de las(os) niñas(os). Las(os) niñas(os) con crecimiento lento deben recibir suplementos de cinc para aumentar su tasa de crecimiento. El cinc se encuentra en granos enteros y alimentos de origen animal tales como la carne, leche y huevos.

El té inhibe la absorción de hierro. En las culturas en que es común tomar té con las comidas, se debe motivar a las familias a sustituir un té de hierbas locales, agua hervida simple, o jugo por té durante las comidas



Nota:

Cualquier suplemento micronutriente o medicina para desparasitar debe suministrarse antes y no como parte de la sesión de TH, en un centro de salud o en sesiones mensuales de monitoreo del crecimiento. De otra manera, las madres podrían adjudicar la recuperación de la(el) niña(o) a los suplementos en vez de los alimentos y prácticas de TH.

CUADRO 5.9 Ejemplo de Currículo: Sesión TH de 12 Días

DÍA	TEMA PRINCIPAL	CONTENIDO	ACTIVIDADES
Día 1	Lactancia materna	Leche materna como el mejor alimento para las(os) lactantes Beneficios del calostro Lactancia materna inmediatamente después del parto Lactancia materna exclusiva por al menos 3 meses Duración de lactancia (hasta 24 meses)	Discusión Uso interactivo de ayudas visuales (afiche) para compartir el mensaje
Día 2	"Buenos alimentos" más una variedad de alimentos	Inventario de alimentos disponibles en la aldea Alimentos DP Contribución diaria de alimentos Menú de TH Importancia de la grasa en la dieta de la (el) niña(o) Alimentando a la(el) niña(o) 3 veces al día y meriendas entre comidas	Discusión Uso de ingredientes del menú de TH Juegos, Afiche
Día 3	Alimentación complementaria	Cuando introducir la alimentación complementaria Por qué introducir nuevos alimentos además de la leche materna Ingredientes para una comida complementaria Consistencia y cantidad, método de alimentación	Discusión Recetas para la alimentación complementaria Mansaje, juegos, afiche
Día 4	Buen cuidado de niñas(os)	Higiene personal Higiene durante la alimentación Supervisión durante la alimentación Cómo alimentar a menores con poco apetito	Discusión Práctica durante la sesión de TH Mensaje
Día 5	Buen cuidado de la salud	Higiene ambiental y de alimentos Promoción de vacunas y sesiones de peso regulares Diarrea: tratamiento de diarreas en el hogar (síntomas, dieta, uso de SRO - demostración) Identificación de señales de peligro y búsqueda de ayuda Prevención de diarreas	Demostración de cómo usar los paquetes de SRO o su equivalente elaborado en el hogar Mensaje
Día 6	Mantener a las(os) niñas(os) saludables en el hogar	Uso de alimentos DP en el hogar Práctica de una buena higiene, de alimentos y durante la alimentación Mantener una buena higiene personal y ambiental	Discusión Cuadro de la familia modelo
Día Libre		Práctica en el Hogar	
Día 7	Lactancia materna	Como incrementar la producción de leche materna Lactancia materna durante enfermedad de la madre o hija(o) Dieta materna durante el período de lactancia Lactancia materna y espaciamiento de los embarazos	Discusión Ayudas visuales interactivas, afiche Mensaje
Día 8	"Buenos alimentos" y una variedad de alimentos	Revisión de temas para el Día 2 Papel de los diferentes alimentos en el crecimiento adecuado (cuatro grupos alimenticios) Revisión de menús de TH	Discusión Uso de ingredientes del menú Mensaje, juegos, afiche
Día 9	Alimentación complementaria	Revisión de temas cubiertos durante el Día 3 Alimentación complementaria Lactancia materna	Afiche Recetas para la alimentación complementaria- Mensaje
Día 10	Buen cuidado de niñas(os)	Interacción positiva frecuente con la(el) niña(o) Muestras de afecto Supervisión durante el juego y en todo momento	Juegos de manos Canciones
Día 11	Buen cuidado de la salud	Revisión del día 5 Tratamiento de niñas(os) enfermas(os) en el hogar IRA: Identificación de señales de peligro de IRA Dieta durante y después de una enfermarse Búsqueda de ayuda Prevención	Discusión Demostración de patrones de respiración Revisión de mensaje
Día 12	Mantener a las(os) niñas(os) saludables en el hogar	Uso de alimentos DP en el hogar Prácticas de buena higiene de alimentos y durante la alimentación Práctica constante de una buena higiene personal y ambiental	Discusión Familia modelo Afiche Mensaje



"El buen cuidado de la niñez" incluye una interacción positiva y frecuente con la(el) niña(o), muestras de afecto, y supervisión de sus juegos en todo momento.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN TH

Nombre de VSC (Voluntaria de Salud Comunitaria): _____ Fecha: _____
 Nombre de niña(o): _____ Fecha de Nac.: _____
 Edad(meses): _____ Género: Femenino Masculino Peso Niña(o)(Kg.): _____
 Nombre de la madre: _____

**Haga las siguientes preguntas a la madre sobre la(él) niña(o)
al inicio de la sesión de 12 días**

Sección I: Criterios principales (con una o más respuestas 'b' se considera EN RIESGO)			
No.	Preguntas y Filtros	Categorías de Codificación	
1	¿Cuál es el orden de nacimiento de esta niña(o)?	[] a. 1er - 4o niña(o) [] b. 5o o más	b: []
2	¿La(él) niña(o) tiene gemela(o)?	[] a. No [] b. Si	b: []
3	¿Qué edad tenía usted cuando nació esta niña(o)?	[] a. 30 años o menor [] b. 31 años o mayor	b: []
4	¿Cuántas veces ha estado embarazada hasta la fecha? _____ ¿Cuántos partos? _____ ¿Cuántas(os) bebés nacieron vivas(os)? _____ ¿Ha muerto alguna hija(o) suyo?	[] a. No [] b. Si	b: []
5	¿A cuántas sesiones de 13 días ha asistido anteriormente esta(e) niña(o)?(no incluya la sesión actual)	[] a. 0-1 sesiones [] b. 2 o más	b: []
Sección II: Criterios secundarios (con dos o más respuestas 'b' se considera EN RIESGO)			
No.	Preguntas y Filtros	Categorías de Codificación	
6	¿Existe una letrina sanitaria en su hogar?	[] a. Si [] b. No	b: []
7	¿Ha tenido diarrea la(él) niña(o) en las últimas dos semanas?	[] a. No [] b. Si	b: []
8	¿Cuándo nació la(él) niña(o) fue "especialmente pequeña(o)" en comparación con otras(os) recién nacidas(os)?	[] a. No [] b. Si	b: []
9	¿Cuánto tiempo del día invierte usted jugando con la(él) niña(o) y alimentándole?	[] a. Más de una hora [] b. Menos de 1 hora	b: []
10	(Pregunte esto solamente a madres con niñas(os) de 6-12 meses de edad): ¿Dió exclusivamente leche materna a su niña(o) durante al menos cuatro meses?	[] a. Si [] b. No	b: []

Número total de respuestas 'b' en la Sección I

(Criterios Principales): _____

Número total de respuestas 'b' en la Sección II

(Criterios secundarios): _____

EN RIESGO: NO? [] SI []

Este formulario está diseñado para **identificar a niñas(os) en especial situación de riesgo** que podrían necesitar de atención adicional durante o después de las sesiones de TH y durante las visitas domiciliarias. Estas niñas(os) tienen menos probabilidades de graduarse por la intensidad actual de la intervención, y necesitan por parte de la voluntaria TH un mayor esfuerzo para aumentar las probabilidades de graduarse. Las voluntarias deben llenar los formularios para cada niña(o) por separado al inicio de la sesión TH y después de pesarle. Al final del primer día TH, la voluntaria debe analizar la información e identificar a las(os) niñas(os) en riesgo de su grupo. Revise el código junto a la categoría que mejor corresponda a las respuestas de las madres. Si la respuesta a cualquier pregunta es 'b', ponga una marca en la última columna.

Si la respuesta a CUALQUIER pregunta de la sección I (Criterios principales) es 'b' o si hay DOS respuestas 'b' en la sección II (Criterios secundarios), entonces la(él) niña(o) debe ser identificada para recibir atención especial tal como se muestra en la lista que aparece en la siguiente página.

*Tomado de Save the Children/
US: Oficina de Campo de Egipto*

Si las respuestas del Formulario de Inscripción TH (página anterior), indican que una (un) niña(o) se encuentra especialmente en riesgo, entonces la (el) niña(o) deberá identificarse para recibir atención especial como se muestra en esta lista de "protocolos".



Invierta más tiempo en las visitas domiciliarias e investigue problemas subyacentes, restricciones y puntos de resistencia.

PROTOCOLO PARA LA IDENTIFICACION TEMPRANA DE NIÑAS(OS) DESNUTRIDAS(OS) BAJO RIESGO

1. Asegúrese de que la madre y su niña(o) asistan los doce días de la sesión TH (revise cada día).
2. Lleve a cabo una visita domiciliaria adicional.
3. Asegúrese de que esta vez la madre haya comprendido todos los mensajes de TH y las prácticas recomendadas y sabe como llevarlas a cabo correctamente.
4. Describa las prácticas y su importancia a las otras personas a cargo de tomar decisiones en el hogar (Ej. suegras y/o esposo) para asegurar su apoyo.
5. Asegúrese de que todas(os) las(os) niñas(os) de seis meses de edad en adelante reciban alimentos complementarios y que continúen recibiendo leche materna, que la madre/padre/personas encargadas del cuidado de niñas(os) la(el) niña(o) practiquen la alimentación activ) (especialmente con niñas(os) que tiene poco apetito), que se tenga disponible una variedad de alimentos particularmente alimentos DP) para la dieta diaria de las(os) niñas(os) y que la frecuencia de las comidas sea la apropiada (al menos 3-4 comidas al día) con la cantidad acuada de alimentos en cada comida. Promueva el uso de meriendas saludables en el hogar.
6. Durante las visitas domiciliarias preste atención especial a las madres que introducen alimentos complementarios por primera vez. Revise los ingredientes, consistencia y cantidad de la dieta así como el método de alimentación.
7. Dedique más tiempo durante las visitas domiciliarias e investigue por medio de entrevistas informales a la madre, suegra, esposo y otros miembros de la familia si existen problemas subyacentes, limitantes o puntos de resistencia (Ej. investigue si hay limitantes de tiempo, falta de empoderamiento de las madres para llevar a cabo las prácticas TH en el hogar, objeciones por parte de la suegra/esposo con relación a las nuevas prácticas, limitantes económicas, falta de letrina, fuente de agua, etc.).
8. Asegúrese de que la madre tenga suficiente tiempo para llevar a cabo las prácticas de TH recomendadas y que invierta suficiente tiempo alimentando, interactuando y jugando con la(el) niña(o). En caso contrario, debe discutir la posibilidad que se reduzca la carga laboral de la madre con la ayuda de su suegra, esposo y otros miembros de la familia. Este problema puede tratarse también haciendo un mejor manejo del tiempo, dando prioridad a las necesidades de la(el) niña(o) en el ambiente de trabajo diario, etc.
9. Asegúrese de que la madre proporcione indicaciones apropiadas sobre el cuidado de la(el) niña(o) a las personas secundarias encargadas del cuidado su cuidado para cuando ella esta lejos del hogar.
10. Investigue si existen prácticas apropiadas de higiene en el hogar (Ej. buena higiene corporal, uso de agua limpia para beber, buena higiene al alimentar a la(el) niña(o) y cuando se tocan y preparan los alimentos, etc.).
11. Asegúrese de que la madre/suegra/esposo identifique las señales de peligro de la(el) niña(o) enferma(o) y explique la importancia de buscar oportunamente ayuda apropiada. Haga énfasis en la importancia de continuar alimentando a la(el) niña(o) mientras esté enferma(o) y de aumentar la alimentación inmediatamente después de la enfermedad para estimular la recuperación del crecimiento.
12. Investigue la existencia de paquetes de SRO en el hogar y su uso apropiado por parte de la madre.
13. En una visita domiciliar si la(el) niña(o) tiene diarrea asegúrese de que la madre este suministrando SRO (especialmente en presencia suya).

CAPÍTULO SEIS

Pasos 6,7 y 8: Conducta, Apoyo y Repetición de las Sesiones de Talleres Hogareños



PASO 6

Realice las Sesiones de Talleres Hogareños

- A. Reuna los materiales y organice las sesiones de Talleres Hogareños
- B. De la bienvenida, inscriba a las personas encargadas de las(os) menores y reuna los alimentos DP
- C. Dirija la sesión de Talleres Hogareños
- D. Supervise las actividades de TH

Ahora que ha terminado de planificar, ha llegado el momento de comenzar con las sesiones de Talleres Hogareños. Este Capítulo incluye los Pasos del 6 al 8.

Paso 6: Realice las Sesiones de Talleres Hogareños

El siguiente cuento europeo ilustra lo que sucede en los Talleres Hogareños:



Sopa de Piedras

Después de varios años de Guerra, dos soldados llegaron a un pueblo en busca de comida. Llegaron a la primera casa y pidieron algo de comer. La población estaba cansada de haber alimentado a los soldados durante la guerra y además los alimentos escaseaban, por lo tanto, la primera familia les dijo que no tenía nada que darles. Cuando llegaron a la segunda casa les dijeron lo mismo.

Siendo personas inteligentes, los dos soldados decidieron preparar una “sopa de piedras”. Pidieron prestada una olla soper y colocaron una gran piedra redonda en el centro. Agregaron el agua y comenzaron a hervir la sopa.

Curiosas(os) las(os) aldeanas(os) comenzaron a rodear a los soldados para ver lo que estaban cocinando. Los soldados exclamaron: “*La sopa esta muy buena pero estaría mejor si tuviéramos unas zanahorias para darle más sabor*”. Pronto una mujer dijo: “*Yo tengo unas zanahorias en mi casa, voy a traerlas corriendo*” Cortaron las zanahorias y se las agregaron a la sopa. Los soldados dijeron: “*Esta sopa estaría deliciosa si pudiéramos conseguir unas patatas*” Acto seguido un vecino corrió a traer las patatas y se las echaron a la sopa. Luego los soldados explicaron el delicioso sabor que le daría a la sopa unas cuantas cebollas, tomates, frijoles, y ayotes. Pronto, la olla estaba llena hasta el borde de una sopa de lo más nutritiva. La comunidad entera festejó y felicitó a los soldados por la receta tan deliciosa.

¿DÓNDE SE ENCUENTRA USTED?

PASO 1 →
Decida si este programa es para usted

PASO 2 →
Movilice a la comunidad; seleccione y capacite

PASO 3 →
Prepárese para la Investigación de Desviación Positiva

PASO 4 →
Lleve a cabo la Investigación de Desviación Positiva

PASO 5 →
Diseñe las Sesiones Talleres Hogareños

PASO 6 →
Conduzca las Sesiones de Talleres Hogareños

PASO 7 →
Apye las Nuevas Conductas

PASO 8 →
Repita Las sesiones de Talleres Hogareños según sea necesario

PASO 9 →
Expanda El Programa DP/TH

m o n i t o r e e & e v a l ú e



La moraleja de la historia de la sopa de piedras es que la suma de muchas contribuciones pequeñas llevó a preparar un almuerzo nutritivo para todos. Por lo tanto, para alimentar y rehabilitar a las(os) niñas(os) desnutridas(os) es posible combinar los alimentos disponibles localmente y contribuidos por los miembros de la comunidad y el Programa de Talleres Hogareños.

Lista de Materiales

- ♥ Básculas (también pueden utilizarse para el monitoreo del crecimiento)
- ♥ Registre a fin de llevar el control de la asistencia y pesos
- ♥ Menú diario y recetas
- ♥ Materiales de educación en salud
- ♥ Jabón, lavadero, toallas, (para demostración y práctica del lavado de manos)
- ♥ Picheles de agua
- ♥ Esterillas (para acomodar a las(os) niñas(os))
- ♥ Olla para cocinar, sartén y utensilios de cocina
- ♥ Tablas de cortar, mortero y piedra de moler
- ♥ Combustible/leña (para cocinar)
- ♥ Taza, tazones, platos, y cucharas (o las personas encargadas de las(os) menores los pueden traer de sus casas)
- ♥ Alimento básico (Ej. Arroz, fufu, camote)
- ♥ Aceite
- ♥ Ingredientes adicionales

A. Reuna los materiales y organice la sesión de Talleres Hogareños

Reuna los siguientes materiales y organícese unas horas antes de iniciar la sesión de Talleres Hogareños:



Si la comunidad y las personas encargadas de las(os) niñas(os) contribuyen estos materiales según las posibilidades, ayudarán a desarrollar el sentido de pertenencia y en última instancia a la sostenibilidad del programa de Talleres Hogareños. Además del puñado de alimentos DP, puede esperarse que las madres se turnen para aportar otros alimentos de primera necesidad, aceite y otros ingredientes. Así mismo, pueden traer también, tazones, tazas, cucharas, y toallas todos los días y se pueden alternar para traer algunas de las ollas y utensilios de cocina. El Cuadro 6.1 (siguiente página) proporciona una lista de los materiales básicos y columnas para identificar su fuente.

Una vez que se termina de reunir los materiales se organiza la estación para el lavado de las manos, colocando el jabón y una toalla limpia y otra área para limpiar y cortar los alimentos. A una distancia prudencial de la cocina, y en un ambiente limpio, coloque la esterilla(alfombra, tapete, manta) para que las(os) menores se sienten y jueguen. Ponga en su lugar los utensilios, tazas, platos y cúbralos para evitar que se contaminen con las moscas y el polvo.

B. De la Bienvenida e Inscribe a cada Participante y sus Hijas(os) y Reuna los Alimentos DP

El personal de programa y las voluntarias reciben a las(os) participantes con saludos amables y cortesía. Las voluntarias deben recolectar los alimentos DP y mostrarle a las(os) participantes dónde se pueden sentar. Luego las voluntarias registran la asistencia de todas las personas encargadas de las(os) niñas(os) en la bitácora junto con las contribuciones en comida u otros que aportaron a la sesión.

CUADRO 6.1 Materiales Básicos para Organizar la Cocina de los Talleres Hogareños

ARTICULOS	COMUNIDAD	INSTITUCION EJECUTORA	CUIDADORES
Ollas de cocinas			
Sartén			
Utensilios de cocina			
Tazones			
Lavamanos			
Cucharas			
Tazas			
Picheles de agua			
Tablas de cortar			
Mortero y piedra de moler			
Jabón			
Cortauñas			
Esterillas(tapete, alfombras, mantas)			
Combustible/leña			
Alimentos DP			
Alimento básico (arroz, fufu, Camote)			
Aceites			
Toallas			
Otros ingredientes			

Las sesiones de Talleres Hogareños tienen como requisito que las personas encargadas de menores aporten algunos de los alimentos saludables anteriormente identificados como alimentos DP por los miembros de la comunidad. Hay varias razones para esto:

- ♥ Las personas encargadas de las(os) menores recogen o compran los
- ♥ alimentos DP y preparan comidas nutritivas con ellos.
- ♥ Las personas encargadas de los menores repiten la conducta de recoger y preparar los alimentos saludables.
- ♥ Esto muestra que el cambio de práctica será posible una vez finalizada la sesión
- ♥ Las familias establecen el hábito de alimentar a las(os) menores con alimentos sanos inmediatamente disponibles.

C. Dirija la Sesión de Talleres Hogareños

La sesión de dos horas de Talleres Hogareños se divide en una hora de preparación y cocimiento de los alimentos, media hora para alimentar a las(os) menores, y media hora para limpiar, y charlar sobre temas de salud. Cada día se rotan las tareas de los Talleres Hogareños de manera que cada participante tenga la oportunidad de aprender todas las tareas.

Mientras algunas(os) participantes están cocinando el resto juega y atiende a las(os) menores. Les lavan las manos, les sirven la merienda, juegan con ellas(os) y les cantan canciones con el objeto de estimularles. Se pueden reclutar a las(os) hermanas(os) mayores presentes para ayudar con el lavado de las manos, meriendas, juegos y discusiones.

Las sesiones de Talleres Hogareños requieren que cada persona encargada de menores aporte algunos de los alimentos saludables anteriormente identificados como DP por los miembros de la comunidad.



El comer en grupo, inherente en las sesiones de Talleres Hogareños es importante por varias razones:

- ♥ Comer juntos ayuda a estimular el apetito de los menores, ya que cuando las(os) niñas(os) se sientan juntas(os) comen juntas(os)
- ♥ Un grupo de apoyo se forma mediante la preparación de una comida colectiva en grupo
- ♥ Los cuidadores pueden compartir y practicar las diferentes técnicas de estimulación temprana
- ♥ Las voluntarias pueden monitorear que los alimentos se les den a las(os) menores desnutridas(os) en lugar de a otros miembros de la familia
- ♥ Las voluntarias pueden aprovechar para dar educación en salud a un grupo cautivo de madres.
- ♥ Las voluntarias pueden mostrar el nexo emocional que se forma entre madre e hijo(a) y hermano(a) y la(el) menor al darles de comer
- ♥ Las voluntarias pueden proporcionar a la cuidadora apoyo emocional

Pasos Generales en el Desarrollo de una Sesión de Talleres Hogareños

1. Reciba a todos los participantes, revise las metas de los Talleres Hogareños así como la agenda para el día, y responda a las preguntas y problemas de las(os) participantes. (Pueden discutir los alimentos DP y cualquier otro aporte que se hiciera durante esa sesión, además de las causas del crecimiento lento de los menores)
2. Muéstrela a los participantes dónde pueden lavarse las manos y las manos de sus hijas(os): demuestre la técnica apropiada para el lavado de las manos, frotándolas con jabón por lo menos tres veces. (Al mismo tiempo revise a las(os) niñas(os) para verificar si están enfermas(os) y refiera a cualquier menor enferma(o) al centro de salud).
3. Distribuya una merienda a los menores (explique como la merienda aumenta la ingestión calórica, estimula el apetito y le da a las(os) encargadas(os) el tiempo necesario para cocinar los alimentos de la comida principal).
4. Hable sobre el tema de salud para ese día.
5. Divida a los participantes en equipos de preparación de alimentos, atención, estimulación y limpieza.
6. Prepare y cocine los alimentos mientras otros participantes juegan con las(os) niñas(os), les cantan y juegan.
7. Repita la práctica de lavado de las manos tanto de la persona encargada de los menores como de la(el) menor.
8. Distribuya los alimentos y supervise a las(os) encargadas(os) y a las(os) menores (aproveche esta oportunidad para demostrar las técnicas de alimentación activa).
9. Limpie.
10. Revise las lecciones del día.
11. Planifique el menú del día siguiente así como las contribuciones de alimentos con las madres o personas encargadas de los menores.

Días Especiales

Se dejan algunos días para actividades especiales que se deben incorporar a la agenda diaria.

Días 1 y 12: Peso de la(el) niña(o)

Cada menor se pesa el primero y último día de las sesiones de Talleres Hogareños.

Materiales Especiales:

- ♥ Báscula
- ♥ Libro de registros de los Talleres Hogareños
- ♥ Tarjetas de monitoreo del crecimiento (Cada persona encargada de cada menor deberá traerla)

Las voluntarias pesan a cada menor, registran el peso en el libro de registro de Talleres Hogareños y grafican el peso en la Tarjeta de Monitoreo de Crecimiento. Se informará a las personas encargadas de las(os) menores el peso, crecimiento y la condición nutricional de las(os) menores.

Día 7: Día para practicar en casa

Después de cocinar y alimentar a las(os) menores en grupo durante seis días, las(os) participantes se quedan en casa el séptimo día para practicar las nuevas conductas. La conversación del octavo día debe relacionarse con las experiencias que las personas encargadas de las(os) niñas(os) enfrentan en sus casas. Si no se practicó la conducta en el hogar es importante averiguar porqué y ayudar a la persona en el desarrollo de una estrategia para resolver el problema. Utilice las técnicas de sondeo para identificar cualquier obstáculo en el hogar. A través de la discusión las personas encargadas de las(os) menores pueden compartir sus problemas y ofrecerse soluciones entre ellas mismas.

Día 11: Penúltimo día de la Sesión de Talleres Hogareños

En la sesión del décimoprimer día de los Talleres Hogareños, las voluntarias piden a las familias que aporten todos los ingredientes necesarios para preparar una comida saludable para sus hijas(os) en el hogar. También recuerdan a las(os) participantes que traigan sus tarjetas de monitoreo de crecimiento a la última sesión.

Día 12: Último día de la Sesión de Talleres Hogareños

El último día de la sesión de Talleres Hogareños las personas encargadas de las(os) niñas(os) prepararán los alimentos de igual manera que si estuvieran en su casa. Además de las actividades diarias regulares, durante la décimosegunda sesión de Talleres Hogareños se pesarán a las(os) niñas(os). Las voluntarias registrarán el resultado de cada menor (si se ha graduado o si repetirá el Taller Hogareño el siguiente mes) en el libro de registro y luego hablará en privado con cada persona encargada de las(os) niñas(os) para informarle de los resultados.

En el caso de las(los) niñas(os) que pasan al verde y satisfacen los criterios de graduación: las voluntarias felicitan a las personas encargadas(os) de las(os) menores y les asesoran acerca de cómo mantener saludable a la(el) menor.

En el caso de las(os) encargadas(os) cuyas(os) hijas(os) ganaron peso, pero no satisfacen los criterios de graduación: las voluntarias les felicitan y les aconsejan continuar con lo aprendido durante las sesiones TH en el hogar y luego regresar nuevamente a la próxima sesión de talleres hogareños. Después visitan el hogar de estas personas a fin de proporcionarles la fecha de la siguiente sesión TH y constatar el progreso de la(el) menor.

En el caso de las(os) menores que no experimentaron aumento de peso: las voluntarias hablan con la persona encargada acerca del tema, le guían para seguir los menús TH y las prácticas de higiene y atención en el hogar. Si la(el) menor no ha estado enferma(o), recuerden a la madre que el alimento TH es un alimento extra y no para reemplazar una comida. Se le pide a la persona encargada que traiga a la(el) menor a la siguiente sesión de TH. El(la) supervisor(a) y la voluntaria visitan a la familia antes de esta sesión a fin de incentivar las nuevas prácticas.

Si la persona encargada es un hermano/hermana mayor: La voluntaria le avisa que irá a visitarles personalmente a fin de informarle a los padres sobre los resultados del Taller Hogareño.

Después de completar el último día de la sesión TH, las voluntarias resumen y registran la siguiente información en el libro de asistencia del TH:

- ♥ Número total de niñas(os) que asistió a las sesiones TH
- ♥ Número de niñas(os) que ganaron peso
- ♥ Número de niñas(os) que no tuvieron aumento de peso
- ♥ El número de menores que perdieron peso
- ♥ Número y porcentaje de menores graduadas(os)
- ♥ Número y porcentaje de menores en diferentes etapas de desnutrición
- ♥ Número de menores para el próximo TH.



El(la) supervisor(a) ayuda a la persona encargada de la(el) menor a vencer las barreras de la vida real en el hogar, y refuerza los mensajes claves además de ofrecer apoyo y ánimo para que continúen practicando las nuevas conductas hasta que se conviertan en rutina.

D. Supervisar las actividades de los Talleres Hogareños

La (el) Gerente de Proyecto dirige a las(os) supervisoras(es)/facilitadoras(es) y las(os) supervisoras(es)/facilitadoras(es) supervisan a las voluntarias de los talleres. La buena supervisión en estos dos niveles asegura la calidad de las sesiones de Talleres Hogareños y ofrece la retroalimentación y guía para apoyar como enfrentar cualquier problema que pudiera surgir.

Tanto la (el) Gerente de Proyecto como las(os) supervisoras(es)/facilitadoras(es) participan en la supervisión de campo para los Talleres Hogareños desde el inicio del proyecto. Debido a que esta destreza se adquiere con la práctica se recomienda que el personal de proyecto y las(os) supervisoras(es)/facilitadoras(es) efectúen visitas de supervisión conjuntas siempre que sea posible. A medida que las(os) supervisoras(es)/facilitadoras(es) ganan experiencia, el personal de proyecto puede confiarles más tareas de supervisión de campo.

Las(os) supervisoras(es)/facilitadoras(es) deben estar disponibles durante las sesiones iniciales de los Talleres Hogareños a fin de ayudar a las voluntarias con cualquier problema que pudiera surgir. Esto es especialmente importante en los primeros días de la sesión de Talleres Hogareños cuando se debe verificar el uso de los alimentos apropiados, la toma correcta de los pesos y el que las voluntarias animen la participación de las personas encargadas y de las madres. Escalone las fechas de inicio de las sesiones para de facilitar su presencia durante estos primeros días tan cruciales.

La Lista de Verificación de Observación así como la Guía de Entrevistas de Personas Encargadas de las(os) Menores son herramientas útiles para que el(la) supervisor(a) evalúe la calidad de la intervención. La guía de Retroalimentación de el(la) Supervisor(a) y la Guía de Detección de Problemas proporcionan una herramienta idónea para resumir la información reunida, revisarla con las voluntarias de los Talleres Hogareños y ayudarlas a encontrar las soluciones. La revisión de los registros así como la interpretación de la información se efectúa con la voluntaria de los Talleres Hogareños a fin de extraer evidencia cuantitativa de las fortalezas y debilidades del programa. Al final de este capítulo se presentan los formularios de supervisión que pueden ser adaptados a las necesidades de su programa particular.

Además el personal y/o supervisoras(es)/facilitadoras(es) y voluntarias deben visitar los hogares de las familias participantes durante las sesiones de los talleres hogareños y durante un período de dos semanas a un mes después de finalizadas dichas sesiones. Las visitas domiciliarias nos dan información valiosa sobre la factibilidad de efectuar las nuevas prácticas en el hogar.

El(la) supervisor(a) le ayuda a la persona encargada de la(el) menor a superar las barreras de la vida real en el hogar, y además refuerza los mensajes claves, ofrece apoyo y anima a continuar practicando las nuevas conductas hasta que se conviertan en rutina. Estas visitas son especialmente importantes para aquellas(os) niñas(os) que no llenaron los requisitos para graduarse de la sesión de Talleres Hogareños. Con frecuencia el(la) supervisor(a) esta en mejor posición para lidiar con los problemas que la voluntaria no puede manejar por si sola. Las visitas domiciliarias permiten que el(la) supervisor(a) apoye a la voluntaria y de esta manera se asegura el éxito de la intervención mientras la voluntaria aprende las habilidades necesarias para asumir la responsabilidad de hacer las visitas domiciliarias sola.

Paso 7: Apoyo a las Nuevas Conductas



PASO 7

Apoyo a las Nuevas Conductas por medio de las Visitas Domiciliarias

La teoría del cambio de conducta estipula que necesitamos por lo menos veintiún días practicando una conducta nueva para que se convierta en hábito. Los Talleres Hogareños deben como un ejercicio de cuatro semanas o veintiocho días: dos semanas de trabajo en grupo con sus compañeras seguidas por dos semanas de práctica en el hogar con la supervisión ocasional de una voluntaria de los Talleres Hogareños. En algunas comunidades, las voluntarias de los Talleres Hogareños visitan cada hogar diariamente durante dos semanas con el objeto de asegurarse de que pueden continuar practicando las nuevas conductas. En otras comunidades son las(os) aldeanas(os) quienes monitorean informalmente el progreso de las(os) menores de la vecindad, con visitas menos frecuentes por parte de las voluntarias.



Un rol importante de la voluntaria en las visitas de seguimiento consiste en asegurarse de que los alimentos son ciertamente un “extra”. Una madre no le debe rehusar a su hija(o) su ración del plato familiar debido a que le esta dando alimento extra y merienda. La(el) menor necesita este nutriente adicional para ponerse “al día” en su crecimiento.

Las voluntarias de los Talleres Hogareños continúan registrando los pesos y condición nutricional de todas(os) las(os) niñas(os) menores de tres años bajo su responsabilidad cada mes o cada dos meses. Ellas van sumando los datos (los actuales con los anteriores) y compartiendo la información sobre el crecimiento con el Comité Comunitario de Salud y las(os) líderes de la aldea mediante los tableros de puntajes colocados a la vista de la comunidad o en el centro de salud. Este sistema de monitoreo nos proporciona una herramienta poderosa para medir la mejoría en la condición nutricional de las(os) menores de la comunidad, además de ofrecer un reforzamiento positivo a las personas encargadas de las(os) menores.

La participación de la comunidad y el cambio a nivel comunitario constituyen un componente importante del enfoque de los Talleres Hogareños. No se trata sencillamente de rehabilitar a niñas(os) desnutridas(os) y graduarles de las sesiones de Talleres Hogareños. Se trata más bien de concientizar a la comunidad acerca de la desnutrición infantil y hacer que la comunidad sea testigo de la mejoría nutricional, gracias a la ardua labor de sus vecinos. Las(os) líderes de la comunidad entienden el poder del programa cuando se les mantiene bien informados de sus resultados. Sin el apoyo de la comunidad se reduce enormemente el poder de esta metodología, si es que no se pierde del todo.

El argumento más convincente para el cambio de conducta es el cambio visible de la(el) menor. Después de dos semanas en el programa, la(el) menor que se recupera de la desnutrición se convierte en un(a) niño(a) con buen apetito(a) y juguetón(a), menos hinchado(a) y comienza a ganar peso. Las madres relacionan el alimento extra con la mejora dramática en el apetito, actitud general y nivel de actividad de sus hijas(os).



En Myanmar, el personal de la ONG colocó los resultados y fotografías

de los Talleres en las estaciones del tren. Con esto despertaron la curiosidad, y después los miembros de la comunidad estaban deseosos de más información. Este tipo de mercadeo es una manera muy efectiva de diseminar las ideas y promover la buena nutrición.

Paso 8: Repita las Sesiones de Talleres Hogareños



PASO 8

Repita las sesiones de Talleres Hogareños según sea necesario

Muchas comunidades al ver el impacto positivo del programa de Talleres Hogareños están ansiosas de compartir la técnica con sus vecinos o comunidades vecinas.

Las(os) niñas(os) que siguen desnutridas(os) son invitadas a asistir a la sesión de Talleres Hogareños del próximo mes, hasta que la mayoría de las(os) menores de la comunidad alcanzan un peso y crecimiento adecuados. Los requisitos y protocolos de graduación para repetir el Taller Hogareño se presentan en el Capítulo 5.

La mayor parte de las comunidades repiten el programa de Talleres Hogareños cada mes o periódicamente durante un año para rehabilitar a toda la niñez desnutrida. Los resultados de las sesiones de monitoreo de crecimiento en la comunidad determinan el momento apropiado para terminar el proyecto de Talleres Hogareños. Luego dependerá de la comunidad asegurar la sostenibilidad de las nuevas conductas cuando la organización ejecutora se traslade a otra ubicación.

“¡En el Verde!”

Un Director de Programa que visitaba el proyecto de Talleres Hogareños en el área rural de Myanmar vio a un niño saltando en la sesión de Talleres Hogareños al tiempo que gritaba “¡Ahora estoy en el verde! ¡Ahora estoy en el verde!”. El menor se acababa de graduar.

Pero cuando el menor vio los alimentos que le daban ese día a los demás menores, se retractó de sus palabras y exclamo “Todavía estoy en el amarillo”. ¡Los alimentos se veían tan tentadores que estaba dispuesto a seguir en el programa!

Muchas comunidades al ver el impacto positivo producido por el Programa de Talleres Hogareños se sienten motivadas a compartir esta técnica con sus vecinos o comunidades vecinas. Este mismo entusiasmo atrae a las personas encargadas de niñas(os) desnutridas que no han logrado participar en los Talleres anteriores.

¿Qué sucede si las madres pasan todo el día trabajando en el campo o en las fábricas y no pueden asistir a los Talleres Hogareños?

Al inicio del programa la asistencia tiende a ser esporádica, con pocas(os) participantes que asisten todos los doce días del programa. Sin embargo, quienes sí asisten ven los resultados en la condición nutritiva mejorada de hijas(os) en ese lapso de tiempo. Estas(os) menores son un buen ejemplo para las(os) demás y el ausentismo disminuye a medida en que la comunidad da fe de los resultados positivos de participar en el Programa de Talleres Hogareños. El desafío consiste en encontrar un espacio de tiempo en que tanto las madres como las(os) encargadas(os) estén libres. Si la persona encargada de la(el) menor resulta ser la abuela o una hermana(o) mayor, entonces esta persona puede acompañar a la(el) menor. La persona que alimenta a la(el) menor, debe ser la misma persona que asista a los Talleres Hogareños y aprenda las nuevas prácticas beneficiosas para las(os) menores y quién a su vez “capacitará” a la madre en el hogar mediante el ejemplo y discusión.

¿Se permite que las(os) hermanas(os) asistan a los talleres Hogareños?

Los talleres Hogareños se centran en la rehabilitación de menores desnutridas(os) específicas(os). Otras(os) niñas(os) recibirán alimentos únicamente si sobra comida o si hay excedente y después que la niñez participante reciba sus alimentos. Si un hermano o hermana mayor les acompaña, considere la posibilidad de que participe ayudando en el lavado de las manos u otras actividades. Entre mayor es el número de personas participantes en los Talleres, mayor será también el número de miembros del hogar expuestos a los mensajes y consecuentemente, mayor será el apoyo y voluntad de adoptar en el hogar las nuevas conductas. Si las personas encargadas de los menores traen consigo a otras(os) menores cuyas edades sobrepasan la edad para participar en el Taller Hogareño, pero que todavía deben ser cuidados, se puede seleccionar a una(uno) de las(os) mayores para que ayude en la tarea de llevar a las(os) más pequeñas(os) a una distancia prudencial para jugar con ellas(os), permitiendo de esta manera que las madres puedan trabajar sin distraerse por el ruido mientras preparan los alimentos y alimentan a las(os) pequeñas(os).

¿Se permite que las madres envíen únicamente a la(el) menor?

No. TH no es un programa de alimentación. La(el) menor no debe ser enviada(o) para que le suministren sus alimentos y tampoco se debe permitir que un mensajero recoja los alimentos para las(os) menores que no asisten. Esto anula el propósito del Programa de Talleres Hogareños, cuyo fundamento estriba en el cambio de conducta.

¿Qué sucede con las madres hambrientas y desnutridas que traen a sus hijas(os) también desnutridas(os)?

Es muy difícil negarle alimento a una madre que esta cocinando y alimentando a sus hijas(os). Existen beneficios al permitir que las madres prueben los alimentos. Considere si es posible agregar ingredientes extra a las raciones calculadas para permitir que las madres se alimenten también. Esta podría ser la oportunidad para incrementar la nutrición materna, sin olvidar que el énfasis del programa está en la alimentación de las(os) menores. Ponga a estas madres en contacto con proyectos de generación de ingresos o ayuda alimentaria.



El desafío consiste en encontrar un espacio de tiempo en que tanto las madres como las(os) encargadas(os) estén libres: quienquiera que alimente a la(el) menor será la persona que asista a los Talleres y aprenda las nuevas prácticas beneficiosas para luego “capacitar” a las madres en el hogar mediante el ejemplo y la discusión.

¿Qué sucede si una persona encargada no aporta su contribución?

Las(os) encargadas(os) que no traen su contribución no serán admitidas(os) a las sesiones de los Talleres Hogareños. Con esto se evita sentar un precedente negativo. Por el diseño mismo del programa, los alimentos DP, no son caros y deben estar accesibles para todas las personas y por lo tanto no deben presentar un impedimento económico. Si se vuelve a priorizar tomando en cuenta que los recursos son escasos y se cambian los patrones de gasto, las familias tienen la posibilidad de comprar alimentos más nutritivos.



Las(os) menores que terminan sus raciones deben recibir más hasta que estén totalmente satisfechas(os).

En el caso de una familia extremadamente pobre (según la definición de la comunidad) como para contribuir los alimentos DP, ésta puede contribuir con agua o leña para la sesión de Talleres Hogareños.

¿Cómo convencer a las(os) menores con poco apetito para que coman?

Nunca fuerce a una(un) menor a que coma. Permítala a la(el) menor que coma lentamente y un poco a la vez. La estimulación e interacción tempranas con la madre o las(os) encargadas(os) constituyen medios adecuados para lograr que la(el) menor disfrute sus alimentos. Trate de cantarles, jugar con ellas(os), hacer contacto visual, y animarse con juegos interactivos.

¿Cómo puede una(un) menor comer todo lo que le ofrezcan en los Talleres Hogareños y nosotros esperar que coma de la olla familiar el resto del día?

Podría parecer como una cantidad muy grande de alimentos, especialmente para una(un) menor anoréxica(o) que ha perdido el interés en los alimentos. Empero, el apetito se estimula al comenzar a ingerir alimento, y poco a poco la(el) menor anoréxica(o) comenzará a tener hambre nuevamente. Una vez que la(el) menor se sobrepone a su anorexia inicial, estará más que contenta(o) de terminar su ración. Las madres TH deben comprender que los alimentos de los Talleres Hogareños son una ración extra y que fueron diseñados con el objeto de ayudar a las(os) menores desnutridas(os) a recuperar el peso adecuado. Este alimento no debe sustituir las calorías que le suministran en el hogar. Si la(el) menor no recibe estas calorías adicionales no habrá esperanza de que se ponga al día en su crecimiento. Haga énfasis en que estos alimentos se deben ver como si fueran la medicina que va a recuperar a sus hijas(os) de la desnutrición. Las(os) menores que terminan sus raciones deben recibir más hasta estar totalmente satisfechas(os). Recuerde que una(un) menor desnutrida(o) podría defecar apenas termina de comer. Esto es normal. Tranquilece a la madre y muéstrela la letrina.

¿Qué se hace si una(un) menor no puede terminar la ración de alimentos TH?

Cada menor participante debe recibir una ración medida de alimento conteniendo la cantidad de calorías y proteínas requeridas, por lo que es mejor no diluir el resultado. Una vez que está claro que la(el) menor ya no va a comer más, entonces, el hermano o hermana mayor o la madre pueden terminar la porción. Los alimentos que sobran no se llevan a casa. No es seguro que se los den a las(os) menores y los microbios se

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

multiplican rápidamente en los alimentos ya preparados. El apetito de las(os) menores puede mejorar a medida que transcurre el programa de sesiones. Por lo tanto se debe aumentar gradualmente las raciones. A menudo la(el) menor desnutrida(o) no come mucho durante las primeras sesiones, debido a que el cuerpo necesita varios días para acostumbrarse a los alimentos altos en calorías y nutrientes. Si las(os) encargadas(os) continúan estimulando la alimentación en cada una de las sesiones, y a lo largo del día, las(os) menores recuperarán el apetito muy pronto.

¿Qué sucede con las voluntarias de TH una vez finalizadas las sesiones de los Talleres Hogareños?

Las voluntarias de los Talleres Hogareños se convierten en la piedra angular de otras actividades relacionadas con la salud. Como resultado del éxito demostrado en la rehabilitación de las(os) menores desnutridas(os), la voluntaria de los Talleres Hogareños se gana el respeto de la comunidad y se convierte en una fuente de conocimiento confiable para los miembros de la comunidad. Ya la voluntaria queda equipada con habilidades que puede aplicar en otras muchas actividades de salud.

¿Qué sucede con las madres?

Las sesiones de Talleres Hogareños dan la oportunidad para que las mujeres se reúnan en un ambiente seguro, interactivo y en donde son aceptadas. Aquellas mujeres que se sentían aisladas o inseguras han podido formar nuevas relaciones con otras mujeres con las que comparten las mismas preocupaciones. Un resultado importante del enfoque de los Talleres Hogareños es el fuerte sentimiento de solidaridad y amistad que se genera entre las participantes. Después de finalizados los TH, las mujeres a menudo forman redes de apoyo e incluso a veces se organizan en grupos de apoyo a la lactancia materna y de generación de ingresos.



El enfoque TH genera un fuerte sentido de solidaridad y amistad entre las(os) participantes.

Las(os) supervisoras(es) deben completar este formulario cada vez que visiten una sesión de Taller Hogareño. Tome nota de si los artículos listados están presentes o no, registre cualquier comentario que pueda ser útil.

LISTA DE VERIFICACION PARA LA OBSERVACION DE LAS SESIONES DE TALLERES HOGAREÑOS			
INFORMACION GENERAL			
Fecha:		Supervisor(a):	
Aldea:			
Número de día de TH:		Número de menores asistiendo:	
La relación entre las personas al cuidado de las(os) menores (Ej. madres, abuelas, hermanas(os) mayores):			
ARTICULOS QUE SE DEBEN VERIFICAR	PRESENTE		COMENTARIOS
	SI	NO	
Sitio de TH: *Limpieza ambiental Presencia de jabón y agua *Área de cocina limpia y espaciosa *Esterillas(alfombras, tapetes, mantas) para que las(os) participantes tengan dónde sentarse			
Alimentos TH: *Contribución de alimentos DP por parte de cada participante *Los ingredientes contribuidos por las ONG *La consistencia de los alimentos y la ración por niña(o) *Meriendas			
Prácticas de las personas al cuidado de la(el) menor: *Lavarse las manos antes de tocar los alimentos *Lavar manos y cara a las(os) menores antes y después de comer *Manejo adecuado de la(el) niña(o) con poco apetito *Buena relación entre la personas encargada de las(os) menores y las(os) menores durante juegos y en general			
Habilidades de las voluntarias: *Supervisa a otras madres cuando preparan y cocinan los alimentos *Anima a las persona encargada de las(os) menores quienes están teniendo problemas alimentando a las(os) menores *Buenas habilidades de comunicación *Presición en los libros de registros TH			

GUIA PARA LA ENTREVISTA DE LAS(OS) ENCARGADAS(OS)

INFORMACION GENERAL

Fecha:	Supervisor(a):
--------	----------------

Aldea:

PREGUNTAS

RESPUESTAS

Comprensión General
 1. ¿Por qué esta aquí con su hijo(a)?
 2. ¿Cree usted que es posible que una familia pobre de su comunidad pueda tener una niña(o) bien nutrida(o)? ¿Cómo?

Cambios visibles en la(el) menor
 1. ¿Esta mejorando su condición? ¿Cómo se le nota?
 2. ¿Que cambios (físico, emocional, o social) ha notado usted y otros miembros de su familia en la(el) menor?
 3. ¿Cuánto pesó la(el) menor el primer día? ¿Y ahora?

Contribución de alimentos
 1. ¿Con qué contribuyó usted a la comida de hoy?
 2. ¿Contribuye usted con alimentos todos los días? ¿Por qué? ¿Por qué no?
 3. ¿Por qué esta usted utilizando estos alimentos especiales?

Cambio de conducta en casa
 1. ¿Que hace usted hoy en casa que no hacía antes?
 2. ¿Que cosas hacía usted antes que ya no hace ahora?

El(la) supervisor(a) debe utilizar estas preguntas para entrevistar individualmente a las(os) encargadas(os) en las sesiones de TH y así tener una mejor comprensión de sus conocimientos y prácticas, Registre citas directas de los participantes lo más que pueda. Después de completar las entrevistas, resuma las respuestas y desarrolle uno o dos pequeños perfiles de las(os) beneficiarias(os).

Con base en la Lista de Verificación de Supervisión para Observar las Sesiones TH y la Guía de Entrevista con las Personas Encargadas, el(la) supervisor(a) debe resumir cualquier problema encontrado en las sesiones de TH para así guiar a las voluntarias y al personal en la búsqueda de soluciones. Este formulario permite tener un registro por escrito.

GUIA PARA LA ENTREVISTA DE LAS(OS) ENCARGADAS(OS)			
INFORMACION GENERAL			
Fecha:		Supervisor(a):	
Aldea:			
AREAS DE INTERES	FORTALEZAS	DEBILIDADES	SOLUCIONES
Encargadas(os): *Asistencia y Participación *Perfil de la persona encargada			
Sitio de TH: *Limpieza *Jabón y Agua *Área de Cocina *Comodidad del participante			
Alimentos de los TH: *Contribuciones de las(os) participantes *Compras de alimentos *Tamaño y consistencia de la ración *Meriendas			
Prácticas de las(os) encargadas(os): *Lavado de manos y cara *Procesamiento de los alimentos *Cuidado de las(os) menores *Interacción entre persona encargada-menor			
Habilidades de las voluntarias: *Supervisa a las madres Anima a las(os) encargadas(os) *Habilidades de comunicación *Mantiene registros			
Conocimiento, actitud y práctica de las(os) encargadas(os): *Comprensión del proyecto *Cambios de comportamiento informados			
Discusión de temas especiales (Educación de salud)			
Otros temas			

CAPÍTULO SIETE

Paso 9: Expansión de Programas DP / Talleres Hogareños



PASO 9

Expansión de Programas DP/Talleres Hogareños

- A. Desarrollar un modelo pequeño y exitoso
- B. Probar un modelo ampliado exitoso
- C. Ampliar el programa DP/Talleres Hogareños a nivel de distrito
- D. Crear la “Universidad Viviente” o “Laboratorio del aprendizaje de Campo”
- E. Apoyar a las(os) recién graduadas(os) para que regresen a su hogar base y así iniciar el efecto multiplicador

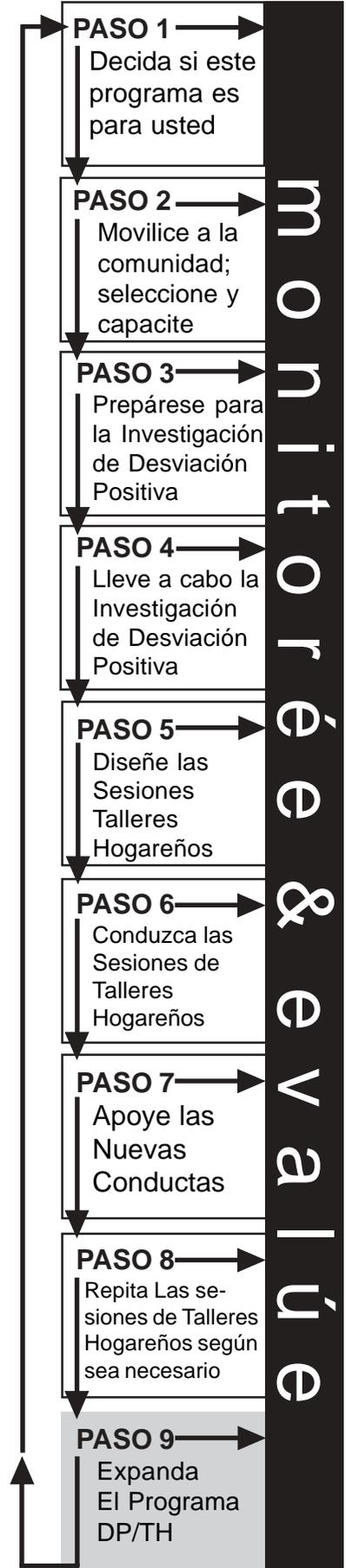
El Enfoque de la Ampliación

Por su mismo diseño, los grupos de Talleres Hogareños se organizan en pequeñas unidades a nivel de vecindario. La ampliación implica la duplicación de una experiencia de Talleres Hogareños exitosa en otros vecindarios; empezando dentro de la aldea, luego en aldeas vecinas y otras comunidades de la región o distrito y eventualmente a escala nacional. Es importante comenzar en pequeño para implementar un programa de Talleres Hogareños sólido. El monitoreo y la evaluación son claves en esta fase del programa para demostrar que este enfoque puede funcionar efectivamente en un área en particular. Es por eso que este programa sirve de modelo para otras aldeas u organizaciones que están implementando este enfoque.

El principio de expansión debe incorporarse desde el inicio. Si la institución ejecutora quiere expandir el programa a nivel del distrito y tal vez a otros distritos, debe involucrar desde el inicio del proceso a un representante del Ministerio Nacional de Salud y del equipo de gestión de salud del distrito. La participación de estas personas en el monitoreo y evaluación del modelo desde su etapa inicial, ayudará a comprender el impacto potencial del enfoque y por ende, a garantizar su compromiso en la reproducción del mismo. Durante la ampliación, recuerde incluir a todas las comunidades que cumplen con los criterios de selección de ubicación DP/Talleres Hogareños (ver el Capítulo 1).

Save the Children/Vietnam (SC/Vietnam) desarrolló un proceso de cinco pasos para la expansión exitosa de su programa DP/Talleres Hogareños; al finalizar este programa había beneficiado a más de 2.2 millones de personas en un período de siete años.

¿DÓNDE SE ENCUENTRA USTED?





*Save the Children/
Vietnam comenzó en
cuatro comunidades, con
una población total
aproximada de 20,000
personas.*

A. Desarrollar un Modelo Pequeño y Exitoso

Se recomienda iniciar el enfoque DP/Talleres Hogareños en pocas aldeas con una alta incidencia de desnutrición severa. Se debe monitorear y evaluar el proyecto piloto para comprobar su efectividad y asegurar que el proceso y las herramientas producirán los resultados esperados (ver el Capítulo 8).

B. Desarrollar un Modelo Exitoso Ampliado

Una vez ratificado el programa DP/Talleres Hogareños, se puede expandir hacia un mayor número de comunidades. SC/Vietnam amplió el programa que inició con únicamente cuatro comunidades y una población aproximada de 20,000 personas, pero que finalizó con catorce comunidades con una cobertura aproximada de 80,000 personas. En esta etapa, el enfoque debe agilizarse para lograr los objetivos claves de rehabilitación de niñas(os) desnutridas(os), y lograr que las familias mantengan una rehabilitación sostenible en el hogar, por su cuenta y así asegurar la apropiación por parte de la comunidad del cuidado de las(os) niñas(os), la alimentación y las prácticas orientadas a la salud.

A pesar que SC/Vietnam podría haber atendido otros problemas sociales y de salud existentes, prefirió concentrarse únicamente en las prácticas factibles y sostenibles de la DP/Talleres Hogareños, identificadas desde el inicio del proceso. Esto le permitió a SC/Vietnam manejar las necesidades de personal y supervisión críticas para mantener la calidad durante la etapa de expansión. La experiencia del programa piloto, combinada con la fluidez, permitió que la reproducción se desarrollara más rápidamente que la implementación original. Así mismo se mantuvieron los elementos críticos del enfoque, como el de la Investigación de la Desviación Positiva, para asegurar la apropiación por parte de la comunidad.

Después de validar el enfoque y asegurarse de su éxito y replicabilidad, el personal puede adaptar el currículo, las herramientas y materiales de capacitación de acuerdo a las necesidades.

C. Expansión del enfoque DP/Talleres Hogareños a Nivel de Distrito

El personal de distrito debe participar en los pasos A y B para ayudar en la evaluación del programa y desarrollar la estrategia y herramientas de expansión.

Una vez se comprueba la factibilidad y efectividad del programa, la institución ejecutora puede trabajar con el equipo de gestión del distrito para decidir la conveniencia de duplicar el programa en el distrito y la selección de los sub-distritos y comunidades donde el enfoque podría ser más útil. En esta etapa, la participación del Ministerio de Salud es importante para asegurar la apropiación y promoción y obtener financiamiento del gobierno y enfrentar las posibles implicaciones sobre políticas. Este paso está orientado a la transferencia de los roles y responsabilidades del programa al equipo de salud del distrito. El equipo distrital puede asumir la responsabilidad de la gestión y solución de problemas del programa y convertirse en un catalizador para la duplicación de la DP/Talleres Hogareños.

D. Creación de una “Universidad Viviente” o “Laboratorio para el Aprendizaje de Campo”

Una vez que el programa DP/Talleres Hogareños ha sido probado y replicado, el conocimiento y experiencia adquiridos se convierten en la base de un laboratorio viviente donde otros pueden aprender acerca del enfoque. Es un aprendizaje práctico. El personal desarrolla un currículo de capacitación de capacitadoras(es)(CC), para capacitar a otras personas implementadoras interesadas en el enfoque de DP/Talleres Hogareños. Se selecciona a las(os) aspirantes de otras instituciones, de preferencia en equipos de dos o tres por sitio de ejecución, para que asistan a un curso de dos semanas. La asistencia en equipo incentiva la participación activa y el aprendizaje grupal, que en última instancia, facilita la toma de decisiones e implementación del programa.

Estos cursos se realizan en el sitio de ejecución de los DP/Talleres Hogareños donde las(os) aspirantes aprenden la teoría y la práctica en el campo, a través de visitas a las aldeas/sitios, participación en el monitoreo de crecimiento, investigaciones de Desviación Positiva, y las sesiones de Salud. El currículo también incluye sesiones de capacitación de terceros, trabajo con las comunidades y movilización de las comunidades. Esta metodología participativa, reflexiva y de planteamiento de problemas es un enfoque nuevo para muchos de las(os) aspirantes y es crítico para la transformación de roles necesario para el enfoque de DP/Talleres Hogareños - en el cual la comunidad asume el papel de maestra(o) y la(el) capacitador, el rol de facilitador(a).



El Modelo de “Universidad Viviente” Inspira Acción

“Yo había oído sobre el modelo DP/Talleres Hogareños pero no creía que pudiera funcionar. Pensé que requería de un gran presupuesto y mucha asistencia técnica. Solamente después de mi visita a la [Universidad Viviente] en Quang Xuong, Thank Hoa, comprendí que podía aplicarse. En 1996, Save the Children/US comenzó a trabajar en nuestra provincia en dos comunas piloto y fue cuando me interesé. Solicité asistir a una capacitación en la Universidad Viviente y me admitieron. Asistieron dos miembros del personal de la provincia y doce del distrito de Quang Ngai.

Pronto teníamos a 32 comunas utilizando el modelo. Yo sabía que se podía aplicar en otras comunidades, así que modifique el programa y lo utilicé en otras 21 comunas como parte del Programa Nacional de Nutrición.”

El programa exitoso de DP/TH se convierte en un laboratorio viviente cuando nuevos y potenciales implementadores de otros distritos y programas aprenden el enfoque IDP a través de la experiencia práctica

Este relato proviene de una discusión con funcionarios Provinciales y del Distrito, registrada en “Una Evaluación de la Universidad Viviente como Mecanismo de Expansión,” David Pyle y Tricia Tibbetts, 2002, Borrador. (1)

E. Apoyo a las(os) Recién Graduadas(os) para que Retornen a sus Lugares de Origen y Comiencen a Reproducir el Programa

Cada equipo regresa al sitio del proyecto y reproduce los DP/Talleres Hogareños en dos a cuatro comunidades para determinar si el enfoque es efectivo en su localidad. El equipo de la Universidad Viviente consulta con las personas recién graduadas durante el primer año para asegurar el éxito de su proyecto piloto, y para ayudarles a resolver problemas y descubrir oportunidades. Una vez que se ratifica el programa piloto, las(os) graduadas(os) trabajan para expandir el modelo creando sus propias mini universidades vivientes para ampliar, aún más, el enfoque de DP/Talleres Hogareños.



Los resultados del World Relief Bangladesh, el Hospital Albert Schweitzer en Haití y Save the Children Vietnam han demostrado la efectividad del enfoque DP/ Talleres Hogareños y han contribuido con lecciones aprendidas sobre la ampliación del enfoque.

(2) Con base en este trabajo y la prueba y error del personal de otros países y organizaciones, el enfoque DP/Talleres Hogareños está siendo implementado actualmente en más de veintidós países.

Los siguientes ejemplos ilustran las posibles variaciones utilizadas en la ampliación de los programas DP/Talleres Hogareños.

En Mozambique, el programa comenzó junto con cada “Grupo de Cuidado” organizado por World Relief. Un “Grupo de Cuidado” es un grupo de diez madres voluntarias, quienes individualmente representan y sirven a un bloque de diez familias. El alto nivel de organización comunitaria ya existente en la comunidad permitió que este enfoque fuera efectivo y se expandiera rápidamente.

En Etiopía, Christian Children’s Fund comenzó el programa DP/Talleres Hogareños a pequeña escala en un área peri-urbana marginal, cerca de su oficina nacional. Esta ubicación facilitó una supervisión estrecha y proporcionó un lugar idóneo para capacitar al personal de campo proveniente de diferentes lugares del país que llegaban a la ciudad capital para sostener reuniones a nivel nacional.

En Nepal, Save the Children/Japón y Red Barna de Save the Children/Noruega se asociaron con más de 32 ONGs para ampliar el programa. La asociación con estos grupos llevó a un mayor desarrollo institucional y brindó la oportunidad de cubrir poblaciones grandes, remotas y dispersas.

El Éxito de la Expansión

La experiencia ha demostrado que la ampliación del programa DP/Talleres Hogareños requiere de más que una estrategia de reproducción bien planificada. La expansión puede tomar diferentes formas, pero existen varios factores críticos para el éxito de un programa ampliado.

♥ **Liderazgo/pertenencia:** Además de la apropiación local que es clave para el programa DP/Talleres Hogareños, la expansión requiere de una(un) defensor(a) (o grupo de defensoras(es)) que motiven al personal, mantengan el programa visible ante las personas que formulan políticas y aseguran los fondos necesarios para las actividades de expansión.

♥ **Apoyo del Ministerio de Salud:** Como se afirmó anteriormente, el involucramiento y apoyo del Ministerio de Salud es crítico para el proceso de ampliación. El Ministerio de Salud puede abogar por apoyo para el programa, facilitar la implementación en muchas comunidades, compartir datos importantes de salud, ayudar con la continuidad de mensajes de salud impartidos

a las comunidades y contribuir para lograr un mejor sistema de referencia de niñas(os) desnutridas(os) y enfermas(os) a los centros de salud. Un buen seguimiento de los costos y una buena estimación de costos para la ampliación del proyecto puede ayudar a los tomadores de decisiones a nivel nacional. Las ideas innovadoras que prueben que son exitosas en la reducción de la desnutrición infantil, pueden evolucionar de políticas comunitarias locales a políticas nacionales.

♥ **Un Marco Sólido para Monitoreo y Evaluación:** Los datos provenientes de las evaluaciones demuestran la efectividad, el impacto real y el impacto potencial del programa en poblaciones más grandes. Lo anterior es crítico para convencer a otras personas del éxito del enfoque, y de la validez de asignarle un monto mayor de inversión. Los datos de monitoreo aseguran que los programas reproducidos mantengan altos estándares de calidad y propician que las fallas se conviertan en oportunidades de aprender y adaptarse, y no en elementos que debiliten el programa ampliado.

♥ **Capacitación Participativa:** La capacitación de las(os) capacitadoras(es) debe basarse en principios confiables de educación para adultos. Es necesario entender bien los conceptos claves y el enfoque DP/Talleres Hogareños. Cada aspirante debe participar en el trabajo práctico de campo para combinar la experiencia con el conocimiento. Al finalizar, cada aspirante debe haber adquirido nuevas habilidades para capacitar, facilitar y movilizar a las comunidades con el objeto de promover el aprendizaje y apropiación de los miembros de la comunidad.

♥ **Implementación Flexible:** Por definición, el enfoque DP/Talleres Hogareños es específico para cada comunidad. Como tal, debe ser flexible y adaptarse a la situación local. Los pasos descritos en este manual son guías a desarrollar a través de la experiencia, las cuales deberán modificarse para adaptarse a las condiciones locales. Al realizar cambios en el enfoque DP/Talleres Hogareños, es importante monitorear el programa para asegurarse que los cambios sean provechosos. En la adaptación local, se debe mantener los aspectos claves del proceso para rehabilitar efectivamente a las(os) niñas(os) desnutridas(os). Refiérase al Capítulo 1 para revisar los elementos esenciales del DP/Talleres Hogareños.

♥ **Supervisión Adecuada:** La institución ejecutora inicial debe proveer supervisión de apoyo, en especial al personal voluntario, para desarrollar su autoestima y confianza en la implementación del enfoque DP/Talleres Hogareño, y desarrollar habilidades para la solución de problemas. A medida que se reproduce el enfoque DP/Talleres Hogareños en más y más comunidades, el monitoreo de indicadores de calidad ayuda a las(os) supervisoras(es) a dar una capacitación más enfocada y apropiada sobre los pasos claves del programa.

♥ **Buenas prácticas en el manejo de recursos humanos:** Es importante encontrar voluntarias y personal con las habilidades adecuadas y abordar los problemas de la rotación de personal. Las personas son un factor crítico para manejar un programa exitoso; por lo tanto, es de vital importancia seleccionar bien al personal, capacitarlo y esforzarse por retenerlo.

La expansión del programa DP/Talleres Hogareños requiere de liderazgo así como apropiación local y apoyo del Ministerio de Salud.



Las personas son un factor crítico para manejar un programa exitoso; es vital efectuar buenas contrataciones, capacitaciones y esforzarse por una buena retención de personal.

La selección de alimentos DP disponibles y accesibles en la localidad, garantiza a la comunidad poder continuar alimentando saludablemente a las(os) menores en el futuro.



Antes del TH



Durante el TH



Después del TH



El futuro

♥ Tiempo suficiente para el desarrollo de un modelo factible y accesible:

Antes de reproducir el enfoque DP/Talleres Hogareños en muchas comunidades es importante agilizar el enfoque, asegurar su rentabilidad y comprobar su éxito en la reducción sostenible de la desnutrición. La institución ejecutora aprenderá a través de la prueba y error: la mejor definición para comunidades de alto riesgo; estrategias para involucrar a la comunidad; uso de metodologías participativas; adaptación de herramientas para capacitar, monitorear y supervisar el programa y procesos para ser utilizados en las sesiones de Talleres Hogareños.

Sostenibilidad

¿Deberían ser sostenibles las sesiones de Talleres Hogareños individuales? La respuesta es no. Es el impacto del programa que debe ser sostenible en el tiempo y no el programa en sí. Una de las razones para establecer sesiones de Talleres Hogareños móviles y no permanentes, es garantizar que el énfasis recaiga sobre el cambio de conductas en el hogar, en lugar de crear dependencia en el proceso de rehabilitación fuera del hogar. Tanto a nivel del hogar como de la comunidad, se adoptan e interiorizan nuevas conductas dirigidas a mantener la buena condición nutricional de las(os) niñas(os) y prevenir futuras desnutriciones.

Concentrarnos en identificar conductas culturalmente aceptables basadas en el conocimiento local al mismo tiempo que la participación y control activo de las comunidades, son la clave para crear una situación que promueva el cambio sostenible de conducta. La selección de alimentos DP accesibles y disponibles localmente garantiza que en el futuro la comunidad pueda continuar proporcionando alimentos saludables a las(os) menores.

Además de reducir la desnutrición de las(os) menores, los modelos DP/TH permiten a las familias y a la comunidad abordar y resolver otros problemas. La IDP aumenta la confianza y habilidades dentro de la comunidad para buscar soluciones locales. El impacto de los Talleres Hogareños debe medirse al cumplir un año y al final de cada año subsiguiente. Las preguntas importantes deben incluir:

- ♥ ¿La(el) niña(o) ha continuado bien en la curva de crecimiento, tiene el peso adecuado para su edad actual?
- ♥ ¿Las(os) niñas(os) que han participado y se han graduado del programa de Talleres Hogareños han mantenido su buena condición nutricional? ¿Han continuado creciendo de acuerdo con los estándares internacionales?
- ♥ ¿Se encuentran bien nutridas(os) las(os) hermanas(os) de las(os) menores que participaron?
- ♥ ¿Se ha reducido la desnutrición al nivel de la comunidad?

En el capítulo 8 podrá obtener una guía adicional sobre monitoreo y evaluación.



Un Ejemplo de África Occidental: Forma en que los Principios Claves del Enfoque DP/Talleres Hogareños Promueven el Desarrollo Sostenible

1. El DP/Taller Hogareño Optimiza y Mejora el Potencial de la Comunidad

Los miembros de la comunidad comprenden explícita y consistentemente la forma en que el proyecto impacta sus vidas. A través de las sesiones de Talleres Hogareños, los miembros de la comunidad establecen la conexión entre buenos alimentos y buena salud y relacionan el bienestar de las(os) menores con la recuperación del bienestar económico y psicológico de la familia. En Senegal y Mali, los padres reportaron que cuando las(os) niñas(os) habían sido rehabilitadas(os), sus esposas dormían mejor, trabajaban mejor en los campos y consecuentemente contribuían más al ingreso familiar. Las abuelas reportaron que toda la aldea dormía mejor.

2. El DP/TH Respeta el Contexto Cultural

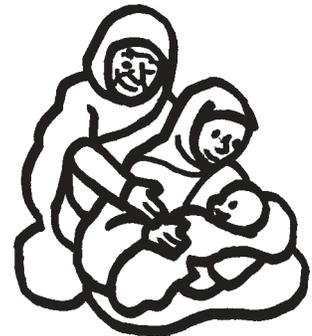
En África Occidental, la crianza y alimentación de la niñez no es solamente tarea de la madre biológica. La comunidad entera se involucra en la crianza de la niñez, y el enfoque TH hace participar a todas las personas encargadas de cuidar a la niñez, en especial a las abuelas. Tradicionalmente, las suegras transmiten a las mujeres jóvenes los conocimientos y las prácticas, y las sesiones de Talleres Hogareños utilizan este enfoque. La alimentación comunitaria es un aspecto fundamental del proceso de socialización, enseñando a las(os) niñas(os) a compartir con las(os) demás. Los mensajes educativos incluidos en las sesiones de Talleres Hogareños refuerzan esta tradición.

3. El Enfoque DP/Talleres Hogareños es un Proceso Democrático

En el contexto de África Occidental, el enfoque otorga un poder tremendo a las aldeas Africanas para gobernarse a sí mismas. Estas aldeas descubren y reúnen todos sus propios recursos, ejercitan la solidaridad a través de contribuciones en alimentos e involucran a un amplio grupo de apoyo a nivel local (en especial el imam y los abuelos) en la toma de decisiones. El enfoque DP permite que individuos comunes que practican conductas positivas y nada comunes (Desviación Positiva) se reconozcan y contribuyan con su comunidad.

4. El enfoque DP/Talleres Hogareños Involucra a la Comunidad en el Proceso de Monitoreo y Evaluación

El enfoque DP/Talleres Hogareños utiliza el monitoreo y promoción del crecimiento como una herramienta multi-propósito que le permite a la madre u otra persona encargada de cuidar a las(os) niñas(os), a otros miembros de la comunidad, y los trabajadores de salud, para trabajar unidos en identificar a las(os) niñas(os) que necesitan rehabilitarse, monitorear su progreso y evaluar el impacto de corto y largo plazo del programa en la comunidad.



Tradicionalmente en África occidental, el conocimiento y las prácticas son transmitidos a las mujeres jóvenes a través de las suegras, y las sesiones de Talleres Hogareños de la región utilizan este enfoque.

Fuente: Diene 2000 (3)

CAPITULO OCHO

Monitoreo y Evaluación



MyE

MONITOREO Y EVALUACIÓN

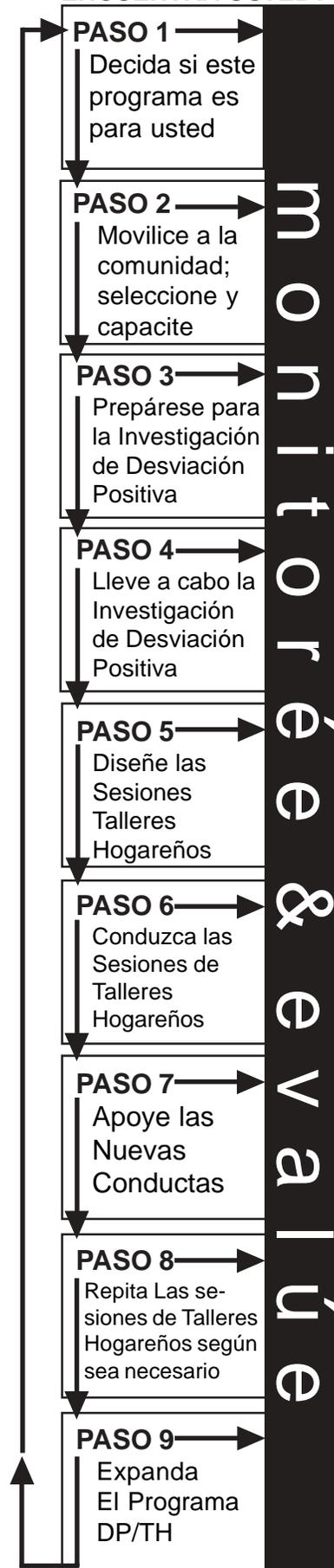
- A. Seleccione los Resultados del Proyecto
- B. Monitoree el Progreso
- C. Evalúe la Efectividad y Alcance del Programa

No es suficiente aceptar el concepto de DP/Talleres Hogareños y creer que funciona. Se necesita evidencia concreta, obtenida a través del monitoreo y la evaluación, para probar que el enfoque DP/Talleres Hogareños efectivamente reduce la desnutrición infantil. Afortunadamente, el enfoque DP/Talleres Hogareños arroja evidencia clara si hubo o no aumento de peso de las(os) niñas(os). Después de una sesión TH de 12 días, muchos menores con desnutrición severa comienzan a presentar cambios en su nivel de vivacidad, actividad física y apetito; seguidos por cambios de peso. Se podrá evidenciar el éxito o fracaso de la intervención al leer e interpretar el peso de una(un) menor utilizando estándares internacionales o locales. Se pesa a las(os) niñas(os) del programa durante el primer y último día de cada sesión.

El nivel de aumento de peso de la(el) menor se compara con los estándares (ver en Cuadro 4.5 estándares de peso por edad). El éxito del programa se basa en los objetivos seleccionados originalmente. Si el objetivo es rehabilitar a todas(os) las(os) niñas(os) que participan en Talleres Hogareños, entonces el programa se considerará exitoso cuando todas(os) hayan aumentado de peso. Cuando la meta es mantener la condición nutricional mejorada a través del tiempo y/o prevenir la desnutrición de hermanas(os) menores, entonces el éxito se medirá con base en los resultados obtenidos a través del monitoreo del crecimiento.

El monitoreo determina si se están alcanzando los resultados deseados. Es un proceso continuo, rutinario y generalmente cuantitativo. Incluye reunir datos, calcular indicadores (medidas objetivas prácticas y confiables que “indican” si el programa esta bien encaminado) y comparar indicadores con las metas pre-establecidas. La evaluación es una consulta ocasional, selectiva, a menudo parcialmente cualitativa, sobre una pregunta programática específica, tal como “¿Cómo o por qué (no) se alcanzaron los resultados?”

¿DÓNDE SE ENCUENTRA USTED?



Las evaluaciones DP/TH han demostrado el impacto en tres poblaciones de varios países:



1. Niñas(os) Participantes

– directamente a través de comidas TH y beneficiándose del cambio de conductas de la (el) encargada(o) de la (el) menor;



2. Hermanas(os) de niñas(os) participantes

– a medida que las(os) encargadas(os) adoptan nuevas conductas, otras(os) niñas(os) de la familia comienzan a mostrar niveles más bajos de desnutrición (de acuerdo a estudios de control realizados en Haití y Vietnam); y



3. La comunidad en general

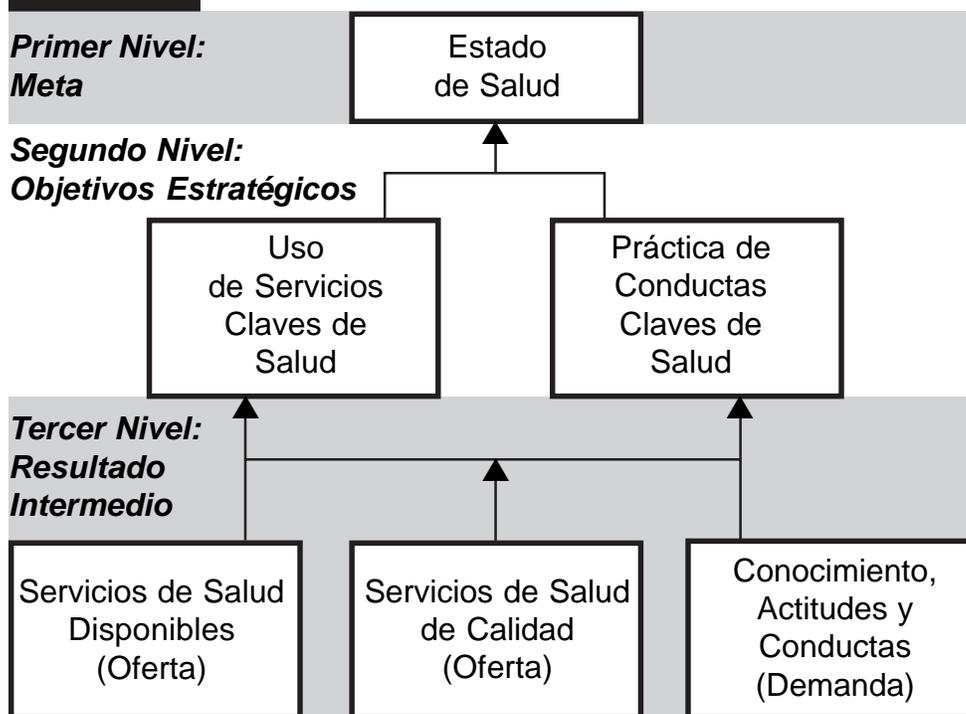
– se da el “efecto de difusión” por el cual las conductas DP que demuestran ser efectivas se convierten en la norma y todas(os) las(os) niñas(os) del grupo de edad meta muestran una mejoría en su condición nutricional.

A. Seleccione los Resultados del Proyecto

Para monitorear y evaluar los DP/Talleres Hogareños, es importante tener una idea clara de los resultados deseados contra los cuales se medirá el avance. El Capítulo 3 trata sobre como establecer metas y objetivos junto con la comunidad. El marco de resultados (Cuadro 8.1) ayuda a comprender la interacción entre las metas, objetivos y resultados intermedios. Cada nivel conduce al siguiente. Para alcanzar las metas se deben alcanzar los objetivos, y para alcanzar los objetivos se deben alcanzar los resultados intermedios.

Este marco le permite al personal, voluntarias de Talleres Hogareños y socios comprender la manera en que trabaja el programa y como cada parte del plan apoya el logro de la meta final. Esta comprensión guía la selección de estrategias y actividades para alcanzar más efectivamente los resultados esperados, así como los objetivos e indicadores que miden el progreso.

CUADRO 8.1 DP/Talleres Hogareños Marco de Resultados



El nivel superior del marco de resultados representa la meta final del proyecto - buen estado de salud - que generalmente se mide por medio de la mortalidad, morbilidad y/o condición nutricional.

Los programas DP/Talleres Hogareños normalmente buscan las siguientes metas:

- ♥ Rehabilitar a niñas(os) desnutridas(os)
- ♥ Las familias pueden sostener la rehabilitación de las(os) niñas(os) en casa y por su cuenta
- ♥ Prevenir la desnutrición actual y futura en otras(os) niñas(os) de la comunidad

El nivel medio, relativo a los objetivos estratégicos, representa los dos caminos para alcanzar un buen estado de salud que pueden ser controlados por el programa:

1. Uso de servicios de salud claves (Ej. monitoreo de crecimiento, sesiones de Talleres Hogareños, inmunizaciones, provisión de vitamina A o atención curativa para señales de peligro, etc.)
2. Práctica de conductas de salud claves (Ej. alimentación, cuidado, higiene y prácticas dirigidas a la búsqueda de buena salud)

El tercer nivel, relativo a los resultados intermedios, apoya los objetivos estratégicos e incluye los artículos que impactan en la oferta y la demanda. Para lograr que las personas encargadas de niñas(os) utilicen las sesiones de Talleres Hogareños e incorporen las conductas claves de salud, las sesiones deben:

1. Estar disponibles (oferta)
2. Tener alta calidad (oferta)
3. Tener demanda de la comunidad en base a su conocimiento, actitudes y conductas (la demanda es influenciada por las normas y creencias de la comunidad así como por la propia eficacia)

Este marco de resultados es lo suficientemente amplio como para informar a una estrategia nacional de salud o a un proyecto local de TH. Cada uno de los niveles puede adaptarse a programas de salud específicos con base en las metas, objetivos estratégicos y resultados intermedios.

B. Monitoree el Progreso

Los programas de salud generalmente buscan medir resultados a nivel de los objetivos estratégicos (segundo nivel) o a nivel de los resultados intermedios (tercer nivel) del marco de resultados. El cambio a nivel de metas (primer nivel) en la población meta, por lo general es a más largo plazo y no muy fácil de medir a través de un monitoreo rutinario.

Basándonos en el marco de resultados se presupone que lograr los objetivos estratégicos y los resultados intermedios nos conducirá a lograr resultados en el nivel de metas. Para asegurarnos de que las metas del primer nivel se alcanzaran eventualmente hay que hacer estudios costosos que toman largo tiempo. Los programas TH son un “caso especial” pues buscan resultados al nivel de metas (disminución de la morbilidad causada por desnutrición) que pueden ser monitoreados regularmente.

Los programas TH monitorean tanto la condición nutricional individual de las(os) niñas(os) como la condición nutricional de salud de la comunidad. Cada persona encargada de cuidar menores recibe un cuadro de crecimiento que muestra el progreso



Los programas TH buscan un resultado a nivel de metas (reducir la morbilidad causada por la desnutrición) que se pueden monitorear regularmente.

en la condición nutricional de niñas(os). Con esta información se motiva a la encargada del cuidado de las(os) niñas(os) a tomar acción y practicar conductas que mejoren el crecimiento de niñas(os) en el hogar. El personal del proyecto puede proporcionar consejería especial y referir a las(os) menores a los servicios de salud para que las(os) niñas(os) reciban el cuidado apropiado que garantice su buen crecimiento. El monitoreo de la condición de salud nutricional de la comunidad muestra que el programa está cubriendo a un porcentaje significativo de niñas(os) y que las prácticas positivas se han convertido en una nueva norma dentro de la comunidad, permitiéndole a las niñas y niños y sus hermanas(os) mantener un buen crecimiento.

El monitoreo del crecimiento de la comunidad es una práctica en colaboración efectiva y beneficiosa. La información obtenida de estas investigaciones o de compartir el estado de salud es muy importante. Sin embargo, el monitoreo es tan bueno como los datos que se recogen. Existen ejemplos de proyectos que aparentemente han alcanzado los resultados deseados y luego se descubre que los datos de la línea base fueron manipulados para reflejar una mayor participación de la comunidad y mayores aumentos de peso. En este caso, obtener información al respecto sería útil para prevenir resultados incorrectos en el futuro. Un plan de monitoreo que utilice pocos indicadores para los objetivos estratégicos (segundo nivel) y los resultados intermedios (tercer nivel), ayudará a que las(os) supervisoras(es) de proyectos rastreen el progreso e identifiquen problemas a tiempo de corregirlos.

Seleccione indicadores de monitoreo del progreso del programa y medidas objetivas que sean prácticas, confiables. Los indicadores solamente son útiles si proveen información para tomar decisiones.

1. Selección de Indicadores Apropriados

Como se mencionó anteriormente, el monitoreo incluye la recolección de datos, el cálculo de indicadores y la comparación de los indicadores con la meta. Es importante seleccionar indicadores de monitoreo del progreso del programa, prácticos, confiables y objetivos. Los indicadores varían de acuerdo con las necesidades y condiciones del proyecto, pero deben estar claramente definidos. El Cuadro 8.1 proporciona ejemplos de indicadores organizados en niveles dentro del marco de resultados. Algunos indicadores de la lista tienen definiciones establecidas internacionalmente. La mayoría no. Muchos incluyen una “X” que representa un fenómeno que debe ser definido localmente. Los que no tienen “X” todavía deben ser aclarados antes de ser usados. Por ejemplo, ¿qué significa exactamente el “número o porcentaje de nuevos nacimientos registrados”? ¿Se van a incluir solamente los nacidos vivos o todos los nacimientos, y cuando se deben registrar?

Los indicadores a un nivel de resultados establecido permite hacer inferencias sobre los procesos en los niveles inferiores. Un indicador sobre el buen uso de los servicios de Talleres Hogareños implica que los servicios se encuentran disponibles. Por otro lado, los indicadores sobre bajos niveles de uso de los servicios de Talleres Hogareños muestran la necesidad de revisar todos los indicadores de los niveles inferiores para determinar la causa del problema. Por ejemplo, el poco uso de los servicios del PMC puede reflejar una poca disponibilidad de servicios PMC, que a su vez, puede ser el reflejo de falta de insumos, como básculas. Para remediar el problema a lo mejor se necesita usar temporalmente otros indicadores. Es decir, una escasa asistencia a los Talleres Hogareños podría implicar que el(la) facilitador(a) TH tenga que capacitarse nuevamente y que por un tiempo limitado se deba monitorear intensivamente otros aspectos relacionados con la calidad de los Talleres Hogareños.

CUADRO 8.1

Ejemplo de Indicadores para el Monitoreo de Crecimiento y el Programa Talleres Hogareños

RESULTADO	
Promoción del Monitoreo de Crecimiento	Talleres Hogareños
Estado de la Salud¹	
<p># (%) Niñas(os) menores de X años con nutrición normal "verde" (> -2Z WFA) (X = 2, 3, 5 años, etc.)</p> <p># (%) Niñas(os) menores de X años con desnutrición leve "amarilla" o desnutrición moderada (> -3 Z y < -2 Z WFA) (X = 2, 3, 5 años, etc.)</p> <p># (%) Niñas(os) menores de X años con desnutrición severa "roja" (< -3Z WFA) (X = 2, 3, 5 años, etc.) Condición nutricional general de niñas(os) menores de X años (resultado medio de WFA Puntaje Z) (X = 2, 3, 5 años, etc.)</p> <p>#(%) Niñas(os) menores de X años con desnutrición severa "roja" (< -3Z WFA) (X = 2, 3, 5 años, etc.) Condición nutricional general de niñas(os) menores de X años (resultado medio de WFA Puntaje Z) (X = 2, 3, 5 años, etc.)</p>	<p>Condición nutricional general de la población X (resultado medio WFA Z-) (X = Graduados de TH, graduados TH por la categoría nutricional de entrada, hermanas(os) menores de graduados TH, etc.)</p> <p># (%) Niñas(os) TH que se "graduaron" de TH, Ej., que fueron rehabilitados o que aumentaron más de 400 gramos en 2 meses</p> <p># (%) Niñas(os) TH que no se "graduaron" de TH, pero que aumentaron 200- 400 g en 2 meses (primer TH vs. segundo TH)</p> <p># (%) Niñas(os) TH que no se "graduaron" de TH, pero que aumentaron < 200 g dentro de los 2 meses (primer TH vs. segundo TH)</p> <p># (%) Niñas(os) TH que no se "graduaron" de TH y que no aumentaron de peso</p> <p># (%) Niñas(os) TH que no se "graduaron" de TH y que perdieron peso</p> <p># (%) Niñas(os) TH que demostraron X (X = atributo físico, emocional o social)</p>
Uso de Servicios Claves²	
<p># (%) Población meta que participó en PMC</p> <p># (%) Niñas(os) edades 6-23 meses que recibieron una dosis de Vitamina A en los últimos seis meses</p> <p># (%) Niñas(os) edades 12-23 meses quienes recibieron todas las vacunas antes del 1er cumpleaños (confirmado con tarjeta)</p>	<p># (%) Niñas(os) desnutridas(os) elegibles que están inscritas(os) en TH</p> <p># (%) Niñas(os) desnutridas(os) inscritas(os) que participan en TH a nivel X (X a definirse)</p> <p># (%) Personas encargadas del cuidado de niñas(os) TH que son X (X = madres, abuelas(os), hermanas(os), etc.)</p>
Práctica de Conductas Claves³	
<p># (%) Personas encargadas del cuidado de niñas(os) que informan que sus lactantes, 6-9 meses de edad, recibieron alimentación complementaria y leche materna en las últimas 24 horas</p> <p># (%) Personas encargadas del cuidado de niñas(os) que informan que practicaron la alimentación activa con sus lactantes, 6-24 meses de edad, en las últimas 24 horas</p> <p># (%) Personas encargadas del cuidado de niñas(os) que informan que alimentaron a sus niñas(os), edad 6-24 meses, X veces, en las últimas 24 horas además de amamantar en las últimas 24 horas (X varía con la edad)</p> <p># (%) Personas encargadas del cuidado de niñas(os) que informan que alimentaron a sus lactantes, 6-24 meses de edad, alimento X en las últimas 24 horas (X varía con la estación y la edad), a las(os) niñas(os) con diarrea en las dos últimas semanas</p> <p># (%) Personas encargadas del cuidado de niñas(os) que informan que incrementaron los líquidos durante la enfermedad de niñas(os) con diarrea en las últimas dos semanas</p> <p># (%) Personas encargadas del cuidado de niñas(os) que informan que ofrecieron la misma cantidad o más alimento durante la enfermedad a las(os) niñas(os) con diarrea en las últimas dos semanas</p> <p># (%) Personas encargadas del cuidado de niñas(os) que informan que ofrecieron más alimento durante el periodo de recuperación de la enfermedad</p> <p># (%) Personas encargadas del cuidado de niñas(os) que informan generalmente lavado de manos con jabón/cenizas antes de preparar alimentos o alimentar a niñas(os), después de defecar o de limpiar niñas(os) que defecaron</p> <p># (%) Unidad familiar con instalaciones designadas para el lavado de manos, con jabón u otro agente limpiador presente</p> <p># (%) Personas encargadas del cuidado de niñas(os) que informan que ellas o miembros de la familia proporcionaron estimulación cognoscitiva o lingüística a sus niñas(os) en las últimas 24 horas</p> <p># (%) Padres que informan que proporcionaron el recurso X para las(os) niñas(os) en el último mes (X por definirse)</p>	

CUADRO 8.1 NOTAS DE PIÉ DE PÁGINA:

1 Estado de salud para PMC se refiere a la condición nutricional de una comunidad en su totalidad; mientras que los resultados del estado de salud TH están confinados a las(os) participantes del TH.

2 Uso de servicios claves esta restringido a la cobertura PMC o TH, y los denominadores representan las poblaciones con elegibilidad relevante. Se pueden agregar las medidas más tradicionales del uso de servicios de salud (Ej., vacunación oportuna y completa, uso de suplementos de Vitamina A, búsqueda de atención para fiebre, etc.), especialmente porque están asociadas a la condición nutricional y con frecuencia son parte de la educación en salud del TH

3 Ambas intervenciones (PMC y TH) están enfocadas al cambio de las mismas conductas dentro del hogar.

4 La disponibilidad y calidad del servicio se refiere a intervenciones específicas.

Disponibilidad del Servicio⁴	
<p># sesiones PMC programadas cada trimestre # (%) sesiones PMC programadas que en realidad se llevan a cabo</p>	<p># Sesiones TH programadas por año # (%) Sesiones TH programadas que en realidad se llevaron a cabo # (%) Días de TH programados que en realidad se llevaron a cabo por sesión o por año</p>
Calidad del Servicio	
<p># (%) Trabajadores PMC que pueden pesar con precisión # (%) Trabajadores PMC que grafican el peso con precisión # (%) Equipo esencial PMC disponible (suministros, báscula, tablero de resultados, lista de verificación de el(la) supervisor(a), etc.) # (%) Registro de nuevos nacimientos # (%) Muertes registradas en el grupo meta # Voluntarias de la comunidad que son miembros del equipo de gestión de la comunidad # (%) Voluntarias de la comunidad que participan en las sesiones de las que son miembros # (%) X que conocen a Y (X = líderes de la comunidad, miembros del equipo de gestión de la comunidad, implementadores del PMC, etc. ; Y = prácticas óptimas de cuidado de niñas(os); condición nutricional de la comunidad, etc.) # (%) Implementadores del PMC que informan recibir visita de supervisión de acuerdo al estándar X (X = #, formulario, retroalimentación, capacitación, solución de problemas, revisión de registros, etc.)</p>	<p>Evaluación de conducta de alimentación y dieta realizada de acuerdo con el estándar X (aún por definirse) IDP conducida de acuerdo con el estándar X (aún por definirse) # (%) Los menús TH reflejan X (X = alimentos locales DP, balance nutricional, etc.) # (%) TH con instalaciones designadas para el lavado de mano, con jabón u otro agente limpiador presente # (%) TH comunidad para eliminación sanitaria de excrementos # (%) TH con educación en salud ofrecida de acuerdo al estándar X (X = mensaje apropiado, método interactivo, culturalmente apropiado, etc.) # (%) Personas encargadas del cuidado de niñas(os) que contribuyen con alimento TH en X número de días/sesión # (%) Personas encargadas del cuidado de niñas(os) quienes alimentan niñas(os) en TH en X número de días/sesión # (%) Personas encargadas del cuidado de niñas(os) quienes ayudan a preparar comida TH en X número de días /sesión # (%) Facilitador(a) TH con datos X (X = nombre, género, edad, peso, etc.) # (%) Facilitador(a) TH que conoce X (X = propósito de la contribución de alimentos, responsabilidad de la persona encargada de cuidar a menores, meta de TH, alimentos y conductas DP, etc.) # (%) Facilitadoras(es) TH que informan la práctica de conductas X claves en el hogar # (%) Facilitadoras(es) TH que implementan TH de acuerdo con el estándar X # (%) Facilitadoras(es) TH que informan recibir visita de supervisión de acuerdo con el estándar X (X = #, formulario, retroalimentación, capacitación, solución de problemas, revisión de registros, etc.) # (%) Facilitadoras(es) TH que conducen seguimiento TH de acuerdo con el estándar X Demanda # (%) Personas encargadas del cuidado de niñas(os) que comprenden la diferencia de las zonas de color en X (X = camino a cuidado de salud, tablero de registro, etc.) # (%) Personas encargadas del cuidado de niñas(os) que conocen la condición nutricional de las(os) niñas(os) # (%) Personas encargadas del cuidado de niñas(os) que creen que pueden reducir X con éxito (X = problema de desnutrición de las(os) niñas(os) o de la comunidad, etc.) # (%) Personas encargadas del cuidado de niñas(os) que valoran el bienestar de sus niñas(os) (a ser determinado) # (%) Personas encargadas del cuidado de niñas(os) que conocen X (X = propósito de contribución de alimentos, responsabilidad de la persona encargada de cuidar niñas(os), meta de TH, alimentos y conductas DP, etc.) # (%) Personas encargadas del cuidado de niñas(os) que creen que pueden transferir nuevas habilidades de solución de problemas o de movilización para abordar otros desafíos en las comunidades # (%) Comunidades que recibieron X (X = básculas, registros material IEC, etc.) # (%) Voluntarias capacitadas en habilidades PMC # (%) Voluntarias capacitadas en supervisión PMC # (%) Comunidades con Equipo de Gestión de la Comunidad # (%) Comunidades que recibieron X (X = alimento TH, registros, material IEC etc.) # (%) Voluntarias capacitadas en habilidades para facilitar TH # (%) Voluntarias capacitadas en supervisión TH # (%) Comunidades con Equipo de Gestión de la Comunidad</p>

Demanda	
<p># (%) Personas encargadas del cuidado de niñas(os) que comprenden la diferencia de las zonas de color en X (X = camino a cuidado de salud, tablero de registro, etc.)</p> <p># (%) Personas encargadas del cuidado de niñas(os) que conocen la condición nutricional de las(os) niñas(os)</p> <p># (%) Personas encargadas del cuidado de niñas(os) que creen que pueden reducir X con éxito (X = problema de desnutrición de las(os) niñas(os) o de la comunidad, etc.)</p> <p># (%) Personas encargadas del cuidado de niñas(os) que valoran el bienestar de sus niñas(os) (a ser determinado)</p>	<p># (%) Personas encargadas del cuidado de niñas(os) que conocen X (X = propósito de contribución de alimentos, responsabilidad de la persona encargada de cuidar niñas(os), meta de TH, alimentos y conductas DP, etc.)</p> <p># (%) Personas encargadas del cuidado de niñas(os) que creen que pueden transferir nuevas habilidades de solución de problemas o de movilización para abordar otros desafíos en las comunidades</p>
<p># (%) Comunidades que recibieron X (X = básculas, registros material IEC, etc.)</p> <p># (%) Voluntarias capacitadas en habilidades PMC</p> <p># (%) Voluntarias capacitadas en supervisión PMC</p> <p># (%) Comunidades con Equipo de Gestión de la Comunidad</p>	<p># (%) Comunidades que recibieron X (X = alimento TH, registros, material IEC etc.)</p> <p># (%) Voluntarias capacitadas en habilidades para facilitar TH</p> <p># (%) Voluntarias capacitadas en supervisión TH</p> <p># (%) Comunidades con Equipo de Gestión de la Comunidad</p>

Una vez seleccionadas las estrategias y actividades, usted puede revisar los ejemplos de indicadores para identificar una lista corta de los potencialmente adecuados. Adáptelos a su situación local, establezca metas, decida como les dará seguimiento y pruébelos. Los indicadores solamente son útiles si informan a los que toman decisiones. Si los indicadores seleccionados son útiles para guiar su proyecto, manténgalos y continúe monitoreando. Si no son útiles, entonces modifíquelos o seleccione indicadores diferentes.

2. Establezca Metas

Defina las metas para cada indicador y el punto en el tiempo en que espera alcanzar estos niveles. Las metas se basan en la comprensión de la situación actual (Ej. Porcentaje de niñas(os) desnutridas(os), porcentaje de personas encargadas del cuidado de niñas(os) que alimentan exclusivamente con leche materna por casi seis meses, etc.) y una evaluación realista de lo que es posible alcanzar en un periodo dado de tiempo. El Ministerio de Salud, UNICEF y otras agencias deberían tener datos disponibles de otros programas que le pueden ayudar a decidir el nivel de cambio que en realidad puede esperar.

CUADRO 8.2 Ejemplo de Indicadores y Metas para la Proyección del Crecimiento Saludable

	Indicador	Meta	Tipo de Resultados
1	Niñas(os) <24 meses de edad con nutrición normal (> -2 Z PPE)	60%	Estado de Salud
2	Niñas(os) < 24 meses de edad con peso extremadamente bajo (< -3 Z PPE)	<1%	Estado de Salud
3	Lactancia materna exclusiva para niñas(os) 0-6 meses de edad	40%	Conducta
4	Alimentación complementaria para niñas(os) 6-9 meses de edad	75%	Conducta
5	Uso de sesiones TH en la comunidad por niñas(os) y personas encargadas de niñas(os) que reúnen los requisitos	95%	Uso de Servicio
6	Las personas encargadas de niñas(os) que atienden sesiones TH contribuyen con alimentos	80%	Calidad de Servicio
7	Voluntarias que monitorean el crecimiento en la comunidad pesan correctamente a las(os) niñas(os)	90%	Calidad de Servicio
8	Personas encargadas de niñas(os) conocen alimentos y conductas DP	80%	Conocimiento

5 Con excepción del conocimiento, los indicadores de la demanda pueden ser difíciles de medir con confianza. Varios indicadores son válidos para cualquier intervención.

6 Esta fila esta separada del cuerpo del cuadro porque no ilustra los resultados pero representa los insumos claves para cada intervención.



Las metas se basan en el conocimiento de la situación actual y una evaluación realista de lo que se puede alcanzar dentro del marco de tiempo dado.

Note que los indicadores seleccionados cubren todos los niveles del marco de resultados desde el estado de salud hasta el conocimiento. Al hacer una lista de indicadores, se ve claramente que los ocho resultados son ambiciosos, ya que requieren de que se recojan datos de diferentes poblaciones, se utilicen diferentes estrategias de medición y además dejan muchos otros resultados sin medir.

Esta Matriz de Planificación aclara que aún con solo ocho indicadores, el sistema de monitoreo es complejo. Cuatro diferentes cuadrillas de trabajadores recogen datos en tres diferentes escenarios utilizando varios formularios e informantes. Cuando el (la) Diseñador(a) del Programa afronte estas demandas, podrá decidir simplificar la lista de indicadores y hacerla aún más corta.

La columna “Uso” esta relacionada con el ciclo “Triple A” de UNICEF para el monitoreo continuo:

Apreciar
Analizar
Actuar

(Ver Pág 164)

3. Defina Como Rastrear los Indicadores

Consideremos la manera en que podríamos rastrear estos indicadores. Un buen punto de partida es una matriz de planificación del sistema de monitoreo (Cuadro 8.3) que incluye para cada indicador: quién recolectará la información, el lugar en que se recolectará, la fuente de los datos, el formulario a utilizar, con qué frecuencia se recolectará la información y su uso final.

CUADRO 8.3 Matriz de Planificación del Sistema de Monitoreo

	Indicador	Quién Recoge	Donde	Fuente de Datos	Formulario Utilizado	Frecuencia	Uso
1	% < 24 meses con nutrición normal	Supervisor(a) PMC	Reunión de Equipo de Gestión de la Comunidad	Condición nutricional agregada de todos las(os) niñas(os)<24 meses	Resumen de asistencia PMC	Cada mes	Evalúe la tendencia en vista de toda la información y metas
2	% < 24 meses con desnutrición severa	Supervisor(a) PMC	Reunión del Equipo de Gestión de la Comunidad	Condición nutricional agregada de todas las(os) niñas(os)<24 meses	Resumen de asistencia PMC	Cada mes	Revise, modifique actividades BCC en PMC y TH
3	% Alimentación exclusiva de leche materna 0-6 meses	Voluntarias PMC	PMC	Muestra de conveniencia de 10 personas encargadas de cuidar a niñas(os)	Herramienta de monitoreo de conducta	Cada dos PMC	Revise, modifique actividades BCC en PMC y TH
4	% Alimentación complementaria 6-9 meses	Voluntarias PMC	PMC	Muestra de conveniencia de 10 personas encargadas de cuidar niñas(os)	Herramienta de monitoreo de conducta		Revise la calidad, disponibilidad, movilización de la comunidad
5	% Uso de TH	Supervisor(a) TH	Reunión del Equipo de Gestión de la Comunidad	Participación agregada de niñas(os) desnutridas(os)<24 meses	Resumen de asistencia TH		Revise la calidad, disponibilidad, movilización de la comunidad
6	% Personas encargadas del cuidado de niñas (os) contribuyen con alimentos en TH	Supervisor(a) TH	TH Cada mes	Facilitadoras(es) TH informan contribuciones	Libro de registros de voluntarias TH	1 o 2 días (sin anunciarlo) cada dos TH.	Reconozca prácticas ejemplares y retrasada (y capacite de nuevo en caso de ser necesario)
7	% Voluntarias pesan correctamente	TH Supervisor(a)	PMC	Muestra de conveniencia de 3+ diferentes pesos por cada voluntaria	Herramienta de monitoreo de peso	Cada mes	Reconozca prácticas ejemplares o retrasada (y capacite de nuevo en caso de ser necesario)
8	% Conocimiento de alimentos y conductas DP	Voluntarias PMC	PMC	Muestra de conveniencia de 10 personas encargadas de cuidar menores	Herramienta de monitoreo de conducta	Cada dos PMC	

4. Seleccione, Adapte y/o Desarrolle Herramientas de Monitoreo para Medir Resultados

Un sistema efectivo de monitoreo exige buenas herramientas de monitoreo. Las herramientas son formularios con instrucciones claras para su cálculo, registro y uso. A continuación encontrarán ejemplos de las herramientas con base en los indicadores seleccionados del el Cuadro 8.3. que pueden utilizarse. Es imposible predecir todas las herramientas de monitoreo que las(os) gerentes podrían necesitar. Nuestros ejemplos sirven solo de guía para estimular la reflexión.



INDICADORES DEL ESTADO DE SALUD

La condición nutricional de toda la comunidad (en nuestro ejemplo: “porcentaje de niñez meta < de 24 meses en condiciones nutricionales normales” o “porcentaje de niñez meta menor de 24 meses con desnutrición severa”) se calcula con base en los datos del monitoreo regular de crecimiento del grupo meta.

Ej.: (# niñas(os) <24 meses con desnutrición severa / total # niñas(os) pesadas(os) X 100 = porcentaje de niñas(os) <24 meses con desnutrición severa

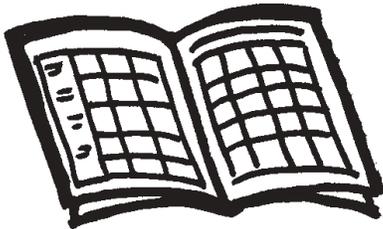
Los numeradores provienen de los números de niñas(os) en cada categoría de condición nutricional, mientras que el denominador es el número total de niñas(os) pesadas(os) en un PMC dado. Sin embargo, los bajos niveles de participación dificultarán la interpretación de los porcentajes resultantes, porque la mayoría de niñas(os) desnutridas(os) típicamente son quienes menos usan los servicios. Por lo tanto, el porcentaje calculado de niñas(os) con desnutrición severa puede resultar subestimado.

Para abordar este problema, necesitamos incluir un indicador de uso del servicio (en nuestro ejemplo: “porcentaje de niñas(os) elegibles y personas encargadas de niñas(os) utilizando PMC”).

Ej.: (# niñas(os) < 24 meses pesadas(os) en la sesión PMC / total # de niñas(os) < 24 meses en la comunidad) X 100 = porcentaje de niñas(os) <24 meses utilizando el servicio PMC

Nuevamente, el numerador es el número de niñas(os) pesadas(os) en un PMC dado. Sin embargo esto no es sencillo, puesto que la participación en el grupo meta es fluida. Una vez que los niños llegan a la edad de corte (Ej., 24, 36, 60 meses), no deben ser incluidos en el numerador ni en el denominador. El denominador también presenta sus desafíos, ya que aumenta con los nacimientos y migración hacia el interior y disminuye cuando las(os) niñas(os) abandonan el grupo meta por muerte, migración hacia el exterior y edad. Por lo tanto, es importante registrar los eventos importantes y ajustar el denominador de la población meta. Sin embargo, esto puede ser complicado y costoso. Las actualizaciones trimestrales deberán ser suficientes.

Niveles bajos de participación dificultarán la interpretación de los porcentajes resultantes ya que la mayoría de las(os) niñas(os) desnutridas(os) típicamente se encuentran entre quienes menos usan los servicios.



Los libros se llevan a través de toda la intervención, estos brindan a la voluntaria un medio para rastrear el peso, condición nutricional, contribuciones TH, etc. por niña(o).

Aunque es fácil calcular el número de los (las) inscritas(os), existe el riesgo de sobreestimar la utilización del servicio ya que no todas(os) las(os) inscritas(os) asisten. Es más, no todas(os) las(os) asistentes utilizan lo suficiente el servicio como para realmente beneficiarse, por lo que el gerente debe definir "grado de utilización" del programa TH.

Ej.: En una sesión de monitoreo 12 de 50 niñas(os) < 24 ms se encontraron con desnutrición severa (24%); sin embargo, en la comunidad se identificaron 80 niñas(os) <24 ms lo que significa que solo 50/80) niñas(os) utilizaron el servicio (63%). Esto indica que es muy probable que el porcentaje de desnutrición de la comunidad sea mayor de 24% y que usted necesita trabajar con la comunidad para encontrar a las(os) niñas(os) que no asistieron, pesarlas(os) y si cumplen con los criterios ofrecerles a las personas encargadas de esas niñas(os) que participen en Talleres Hogareños.

Monitoreo de los Eventos Vitales

Los formularios 8.1, 8.2 y 8.3 son ejemplos de formularios para el monitoreo de nacimientos, muertes y migración dentro y fuera respectivamente. Estos son útiles para calcular los denominadores que se necesitan para ciertos indicadores.

Registros PMC y Talleres Hogareños

Los formularios 8.4 y 8.5 son ejemplos de libros de registros PMC y TH. Estos libros se llevan durante la intervención y les proporcionan a las voluntarias un lugar donde rastrear el peso, condición nutricional, contribuciones TH, etc. por niño/niña.

Herramientas PMC y TH para la Recopilación de Resultados

Los formularios 8.6, 8.7 y 8.8 son ejemplos de formularios para la recopilación y cálculo de resultados de PMC y TH en todas las aldeas y todo el tiempo.



USO DE SERVICIOS TALLERES HOGAREÑOS

El indicador "porcentaje de niñas(os) elegibles que utilizan TH," obtiene numeradores y denominadores de dos fuentes diferentes.

El numerador es el número de niñas(os) que asisten a las sesiones de TH o el número de niñas(os) inscritas en el TH. Aunque el número de personas inscritas es fácil de calcular, se corre el riesgo de sobreestimar la utilización del servicio, ya que no todas las personas inscritas asisten. Más aún, no todas las personas inscritas utilizan el servicio lo suficiente para realmente beneficiarse de él. De esta manera, el gerente deberá definir el "grado de utilización" del programa. Una solución podría ser contar a las(os) niñas(os) que asistieron al 85% (Ej., 10 de 12 días) de una sesión TH dada. El denominador es el número de niñas(os) identificadas(os) en la evaluación nutricional con un estado de desnutrición específico (estado específico definido por el proyecto). El porcentaje de niñas(os) con este estado de desnutrición que asiste a TH (en una intensidad definida por el gerente) produce el indicador "porcentaje de niñas(os) que cumplen requisitos y utilizan TH." Note que la definición de "utilización" del proyecto puede variar con el tiempo. Puede comenzar tomando el número de personas inscritas como una medida de la participación inicial de la comunidad. Con una comunidad

que está convencida, se podría contar a todo asistente, independientemente del nivel. Luego podría, después de incrementar la movilización, establecerse un estándar más alto y contar solamente la asistencia óptima. Recuerde que los indicadores solo pueden compararse en el tiempo cuando la definición del numerador y denominador se mantiene constantes.



HERRAMIENTA DE MONITOREO DE CONDUCTA

Los indicadores propuestos para el monitoreo de la conducta (“porcentaje de niñas(os) meta de cero a seis meses de edad que se alimentan solo de pecho” y “porcentaje de niñas(os) meta de seis a nueve meses de edad que reciben comidas complementarias”). Pueden calcularse utilizando la herramienta de monitoreo de conducta (Formulario 8.9). Las instrucciones para el cálculo de ese indicador están incluidas en el formulario al final de este capítulo. Este formato puede modificarse para rastrear las prácticas o conocimientos de los mensajes claves del proyecto que han sido reportadas. El rango de edad puede ajustarse en base a la conducta meta y el tamaño total de la población. Este método de recolección de datos no sustituye una encuesta. La muestra es pequeña, no escogida al azar y el método de entrevista no es seguro. Sin embargo, si con el tiempo se agrega información de varios sitios, esta herramienta le permite al gerente inferir con cautela si persisten bajos niveles de la conducta meta o si ha habido mejoría. En el peor de los casos, el cambio de conducta se puede equiparar con un indicador cuantitativo de éxito (aumento de peso o logro de la condición nutricional deseada).

La herramienta del monitoreo de conducta no sustituye a la investigación. No obstante, agregar en el tiempo información de diferentes sitios, le permite al gerente inferir con cautela si persisten bajos niveles de la conducta meta o si ha habido mejoría.



HERRAMIENTA PARA EL MONITOREO DEL PESO

El ejemplo final, la herramienta para el Monitoreo de Peso (Formulario 8.10), da la información para construir nuestro indicador seleccionado, “porcentaje de voluntarias que pesan correctamente a las(os) niñas(os).” De nuevo, el gerente tiene que decidir la definición de “pesaje correcto,” un proceso complejo. Note que, al igual que en el monitoreo de conducta descrito arriba, el monitoreo de las habilidades de comer y pesar proporcionan una excelente oportunidad para refrescar estas habilidades. En efecto, después de uno o dos de estos episodios de monitoreo, el gerente puede observar una conducta ideal y querrá disminuir la intensidad del rastreo de este indicador de calidad en particular y agregar otros, idealmente seleccionados en diálogo, con los que serán monitoreados. El monitoreo “sorpresa” de habilidades aprendidas al principio de la estrategia puede motivar aún más a las voluntarias para mantener la eficiencia.

El monitoreo de las habilidades para pesar proveerán una excelente oportunidad para refrescar estas habilidades. En efecto, después de uno o dos episodios de monitoreo, el gerente podría observar la conducta ideal.

5. Comparar los Indicadores con las Metas Pre-establecidas

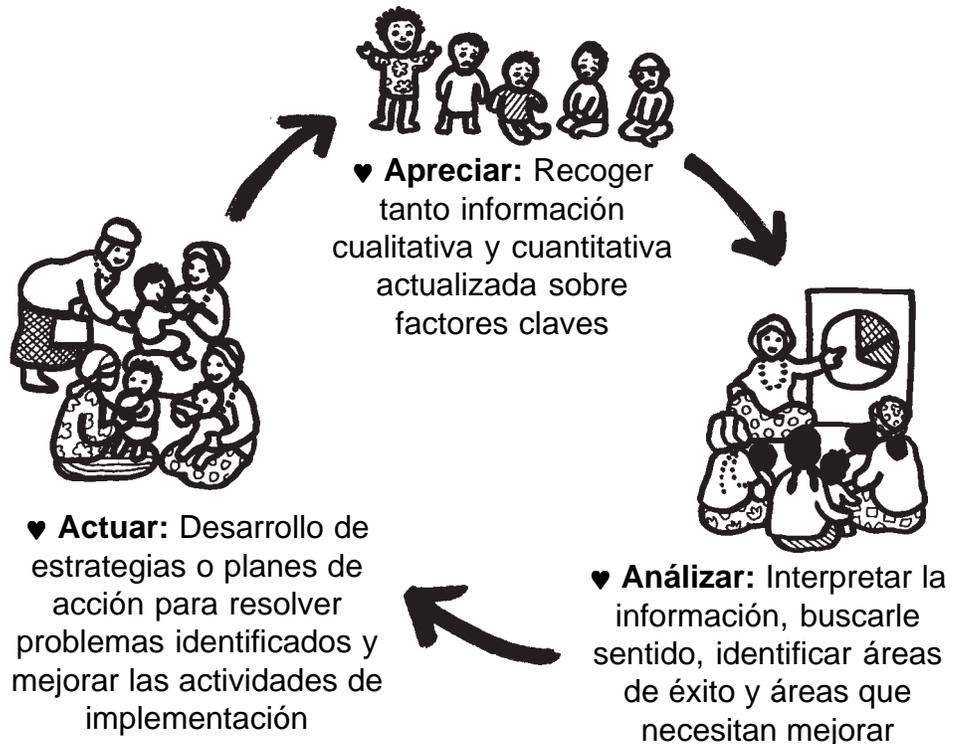
En una gráfica sencilla podemos trazar el desempeño trimestral para compararlo con las metas ya establecidas y graficadas con anterioridad. Esto le dará a la/el Gerente del Proyecto y a otros, información clara sobre el avance del proyecto.

6. Informe a la Comunidad sobre el Progreso del Proyecto

La retroalimentación a la comunidad o el monitoreo del proyecto efectuado por la comunidad, es esencial para motivar a los individuos, movilizar a los grupos, aumentar la apropiación de la comunidad, estimular la discusión y la solución de problemas y celebrar los logros. Las reuniones mensuales o bimensuales utilizando la evaluación “Triple A” del ciclo de apreciar, analizar y actuar de UNICEF completa el ciclo del proceso de monitoreo continuo. La columna “uso” para los indicadores en el Cuadro 8.3 esta relacionada con el ciclo Triple A.

La retroalimentación a la comunidad o el monitoreo del proyecto por la comunidad, es esencial para motivar a individuos, movilizar grupos, aumentar la apropiación por parte de la comunidad, estimular la difusión y solución de problemas y... ¡celebrar!

El Ciclo Triple “A” Consiste de:



El “tablero de resultados” de la comunidad puede rastrear indicadores claves, especialmente aquellos identificados por el comité del proyecto con información de la comunidad. Los resultados del rastreo incluyen claramente los niveles de desnutrición de niñas(os). Los métodos utilizados para el tablero de resultados con el tiempo deberán por medio de medidas claves permitir el rastreo. El Capítulo 3 proporciona varios métodos de presentación gráfica de datos para la comunidad.

C. Evalúe la Efectividad y Alcance del Programa

Evaluar literalmente significa determinar el valor de algo. Es un paso muy importante del proceso global; proporciona la oportunidad a todas las personas interesadas y actores de apropiarse de los logros y éxitos del proyecto, identificar y analizar cualquier problema y proporcionar recomendaciones para implementaciones futuras.

Las evaluaciones responden a preguntas específicas. El tipo de evaluación esta definido por el tipo de preguntas que se formulan, quien las hace y que recursos se tienen disponibles para responderlas. La siguiente serie de preguntas ilustra las varias estrategias de evaluación. Para obtener más información sobre el desarrollo de una



evaluación participativa, vea el Capítulo 6 sobre Cómo Movilizar Comunidades para el Cambio Social y de Salud (ver la Sección de Recursos).

¿Logró el proyecto de Talleres Hogareños los resultados esperados?

En ciertas situaciones será suficiente el monitoreo interno del proyecto, en especial el relativo a cambios en el estado de salud. Si se ha implementado bien el proyecto, se espera una apreciable mejoría en el estado de salud. Otro escenario podría ser la repetición número cien del proyecto que ha experimentado muchas evaluaciones anteriores y que apoya la efectividad del modelo. En este caso, el monitoreo interno dejará satisfecho hasta al crítico más perspicaz, tales como el gobierno o socios multilaterales.

¿Los Talleres Hogareños REALMENTE lograron los resultados esperados?

La diferencia aquí es que el(la) entrevistador(a) no se conforma solamente con el monitoreo interno, ya sea porque el modelo o el lugar es nuevo, o porque le interesan los resultados cuya medición basada solamente en el monitoreo no son confiables (Ej., conductas en el hogar), o porque ella(el) tiene una razón legítima para dudar de la base conceptual del modelo. Dichas situaciones requieren de mediciones externas apoyadas por recursos adicionales. Con frecuencia la línea base y la investigación final dan luz a estas preguntas. Los investigadores le adjudican gran importancia al tamaño de la muestra, entre otras consideraciones, para que el diseño tenga el poder bio-estadístico de detectar anticipadamente el cambio del indicador(es) relacionado(s) con la pregunta central. Los diseños más firmes emplean mediciones similares en comunidades de comparación (control) que no reciben intervención. La diferencia en los resultados entre el experimento (TH) y las comunidades de control le permite al investigador agregar cambios causados por efectos no programados o previstos, tales como el clima, factores socioeconómicos y similares (variables confusas). Otros diseños aún más firmes escogen al azar la comunidad para el proyecto Talleres Hogareños o para control, para equiparar las variables confusas y cuantificar la veracidad de los hallazgos.

Bajo ciertas circunstancias, para averiguar si el proyecto TH realmente logró los resultados planeados, se requieren mediciones externas apoyadas por recursos adicionales, generalmente la línea de referencia y la encuesta final.

¿En qué medida fue mejor el resultado del Proyecto Talleres Hogareños que otro diferente a los Talleres Hogareños?

Esta pregunta de evaluación requiere de la comparación de dos modelos - una pregunta razonable dentro del contexto de la frecuente escasez de recursos y posiblemente - pretensiones exageradas. Este diseño requiere de dos o aún tres brazos, (Ej., un sitio de TH, una intervención no-TH y posiblemente un sitio para control, sin ninguna de estas intervenciones, lo que permitirá hacer comparaciones). Un importante accesorio es el análisis de costos, ya que el modelo más efectivo podría ser el más costoso.

¿Cómo alcanzó el proyecto Talleres Hogareños los resultados previamente estipulados?

Esta pregunta pretende comprender como se lograron los buenos resultados. Por ejemplo, el monitoreo interno del proyecto en repetidas ocasiones ha confirmado que los programas Talleres Hogareños mejoran la condición nutricional de los beneficiarios; sin embargo, pocas evaluaciones miden las conductas intermedias, mucho menos la incidencia en la morbilidad. Ninguna evaluación de Talleres Hogareños ha intentado, hasta donde sabemos, medir el cambio de conducta y la conducta que determina el cambio. La respuesta a este grupo de preguntas exige

una combinación de línea base cuantitativa y encuestas finales y técnicas cualitativas, como entrevistas a informantes claves y discusión de grupos focales con las personas encargadas del cuidado de niñas(os), líderes/personalidades de la comunidad y voluntarias.

¿Cuáles indicadores de calidad de Talleres Hogareños son más útiles?

Esto ilustra una pregunta específica pero práctica, que tiene que ver con el proceso de implementación de Talleres Hogareños. Como se afirmó arriba, los buenos indicadores poseen ciertas características, una de las cuales es una fuerte asociación con resultados del más alto nivel. En otras palabras, ¿cuáles indicadores de calidad TH predicen mejor la mejoría en la conducta de la persona encargada de la/el menor o la condición nutricional de la niñez? Si hubiera un grupito de indicadores de calidad claves (tales como la contribución diaria de la madre, asistencia o conocimiento de alimentos DP), entonces el monitoreo de calidad del programa podría ser más eficiente. Este estudio especial requeriría enlazar datos de calidad de TH con otros resultados, de acuerdo a la disponibilidad de los recursos.

Una evaluación de la sostenibilidad de TH a nivel de la comunidad puede evaluar el estado de salud entre ex-beneficiarias(os) o entre quienes nacieron después de la terminación del proyecto, cambio de conducta en el hogar, cambio de actitud entre las(os) miembros claves de la comunidad o las estructuras de gestión, entre otros.

¿Son sostenibles los resultados de Talleres Hogareños?

Las evaluaciones de sostenibilidad son poco comunes ya que los escasos recursos rara vez se asignan para estudiar comunidades que el proyecto ya no tiene como meta. La sostenibilidad a nivel de la comunidad podría evaluar el estado de salud de las ex-beneficiarias(os) o entre los nacidos después de finalizado el proyecto, cambios de conducta en el hogar, cambios de actitud entre los miembros de la comunidad o las estructuras de gestión de la comunidad, entre otros. Las investigaciones cuantitativas miden indicadores antropométricos (peso y estatura) y las conductas reportadas en el hogar. Las investigaciones de calidad pueden buscar si se dieron cambios de actitud como: satisfacción con la desnutrición de niñas(os), confianza entre las personas encargadas del cuidado de niñas(os) y las voluntarias, solución de problemas de la comunidad incluyendo la aplicación de DP a nuevos desafíos, estado y función de estructuras relevantes de la comunidad y otros.

Se recomienda efectuar una evaluación acumulativa con un evaluador y equipo externo después de uno o dos años de implementación de Talleres Hogareños. El Cuadro 8.4 proporciona una muestra del marco de una evaluación acumulativa con objetivos, indicadores y métodos/herramientas utilizadas.

RESULTADOS DE CAMPO



Egipto

SC (Save the Children) realizó una IDP en la Gobernatura de Al Minia en el Alto Egipto en 1999. Esta IDP descubrió los alimentos DP, incluyendo ensaladas, huevos, queso y vegetales y la práctica de dar alimentos complementarios a los lactantes menores de un año. El programa incorporó los resultados a un programa

TH similar a los de Vietnam (Ver Estudio de caso bajo Generalidades). Una evaluación externa concluida en 1999, documentó el impacto del programa que reflejó una reducción de la desnutrición del 47 al 13% en las comunidades intervenidas comparado con ningún cambio en una comunidad no intervenida (48 al 46%). El evaluador sugirió agilizar el enfoque a través de la estrategia de la universidad viviente que Save the Children utilizó en Vietnam con mucho éxito. En el 2000, los investigadores retornaron al sitio de la intervención y confirmaron que las actividades de SC habían obtenido el resultado deseado. En su informe concluían que el cambio de actitud de las madres, esposos y especialmente de las suegras era impresionante. Este éxito motivó al equipo de SC a ampliar el programa para orientarlo a mujeres embarazadas.



Mali

En Marzo de 1999, SC realizó una IDP con miembros de un comité de salud de las aldeas de Fabula y Sogola en el Distrito de Bougouni en la Región de Sikasso. Ciertos comportamientos y prácticas identificadas a través del método, incluían a los padres desempeñando un rol activo en la alimentación de las(os) lactantes,

supervisión de la(el) niña(o) seis comidas al día y el lavado de las manos antes de las comidas. Las Sesiones de Talleres Hogareños hechos con el concepto DP iniciaron en mayo. La información del programa reveló una mejoría significativa, una desviación estándar completa (de 2.8 a 1.8 en peso por edad en puntajes Z), en la condición nutricional de las(os) menores que participaron en el Programa TH comparado con ningún cambio (estático en 2.5 peso por edad en puntajes Z) en una muestra comparativa. Además, el aumento de peso obtenido se mantuvo. Después de 6 meses el 60% de las madres utilizaban técnicas adecuadas para destetar a las(os) lactantes y la condición nutricional del 85% de las(os) niñas(os) había mejorado. Antes de utilizar el enfoque DP, las sesiones para monitorear el crecimiento de niñas(os) desnutridas(os) tenían poco éxito. SC continúa utilizando el enfoque DP para la nutrición infantil y planea extender su trabajo a catorce nuevas aldeas en el año 2002.



Pakistán

En colaboración con la Universidad de Emory, SC realizó el primero de esta clase de estudios en 1999, en donde se compararon los resultados de una IDP con un caso de estudio con control (CEC) para determinar los factores asociados a la condición

nutricional entre niñas(os) Afganos refugiados en Pakistán. El análisis demostró que tanto la IDP como el CEC aislaban dos comportamientos identificados con una buena condición nutricional: amamantar más a las(os) niñas(os) cuando tenían diarrea y alimentarles más durante los períodos de enfermedad y recuperación. Sin embargo, solo la IDP captó comportamientos complejos, como alimentación

Save the Children ha realizado programas en varios países. Los resultados de varias evaluaciones de país se incluyen aquí. (1)

En Mali, después de 6 meses el 60% de las madres aplicaban técnicas adecuadas para destetar a las(os) lactantes y la condición nutricional del 85% de las(os) niñas(os) había mejorado. Antes de poner en práctica el enfoque DP, las sesiones para monitorear el crecimiento de las(os) niñas(os) desnutridas(os) tenían poco éxito.

RESULTADOS DE CAMPO

activa, mientras que el CEC solo identificó factores como el uso de monitoreo del crecimiento y servicios de inmunización, edad de la/el niña(o) y deseo de tener más hijas(os). Las(os) autoras(es) concluyeron que la IDP parecía ser mejor que el CEC para captar las actitudes (Ej. actitud materna) y los comportamientos complejos, los que son más fáciles de medir con el enfoque de observación del participante IDP. El estudio confirmó que el enfoque IDP era bastante barato, participativo y un método válido para identificar hábitos de alimentación y otros factores asociados con una buena nutrición. Estos resultados ayudaron a refinar las intervenciones de nutrición existentes y ayudaron a comprender mejor la metodología.

Generalmente, las familias DP en Etiopía eran más activas en sus comunidades y demostraban mayor participación en el cuidado de las(os) lactantes. Pese a su seria inseguridad alimentaria, fue muy alentador descubrir familias DP y su comportamiento de adaptación.



Etiopía

SC realizó una IDP en octubre y noviembre del 2000 en el Distrito de Liben de la Región de Oromia de la región sur de Etiopía, que sufre de una inseguridad alimentaria crónica. Se estudiaron seis comunidades que representan a dos etnias diferentes para identificar comportamientos y prácticas DP de adaptación que podrían replicarse pese al poco abastecimiento de alimentos. Los hábitos PD identificados incluían comenzar a amamantar a las(os) lactantes inmediatamente después de nacer y alimentarles únicamente con leche materna por un período de cuatro a seis meses. Generalmente las familias DP eran muy activas en sus comunidades y mostraron más participación de los padres en el cuidado de las(os) lactantes. A pesar de la seria situación de inseguridad alimentaria, fue muy alentador descubrir familias DP y sus conductas adaptables. Los resultados de la IDP están siendo integrados en los programas existentes que abordan tanto las manifestaciones como las causas principales de la desnutrición.



Bolivia

En 1999, SC y la Universidad de Emory se asociaron para evaluar la metodología DP, como está descrita en la Guía de Campo de SC, Diseñando un Programa de Nutrición Basado en la Participación Comunitaria Utilizando el Modelo Talleres Hogareños y el Enfoque de Desviación Positiva. El proyecto piloto se estableció en seis comunidades rurales de las regiones altas de Oruro. Los métodos revelaron alimentos especiales como jugo de zanahoria, nabos, rábanos y repollo, y buenos hábitos de salud como alimentar a las(os) niñas(os) exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses y preparación higiénica de alimentos. La programación DP continúa en Bolivia pese a los desafíos inherentes a la topografía de la región. La población dispersa dificulta el aprendizaje basado en grupos de vecinos (como demanda Talleres Hogareños). Además el problema nutricional principal, el retraso en el crecimiento, requiere la elaboración de nuevos indicadores para el programa, entrada y graduación basada en estatura. Resulta mucho más difícil detectar cambios en la estatura que en el peso. Los pasos futuros incluyen un control más riguroso de la comunidad y el equipo de los resultados IDP puesto que las verduras DP en la IDP piloto probablemente no explican mucho del impacto observado sobre la salud de las(os) niñas(os).

El Cuadro 8.5 presenta resultados adicionales de los esfuerzos de monitoreo y evaluación.

CUADRO 8.5 Impacto Nutricional DP/Talleres Hogareños en Varios Países

PAIS	RESULTADOS
Haití	Reducción de desnutrición grado 3 del 26% al 6% tres años después de la participación en TH. La puntuación Z peso por edad fue de 0.34 entre el inicio y seguimiento (2 a 6 meses después de la participación en Talleres Hogareños). Se rehabilitaron nueve mil niñas(os) en dos años, se observó la reducción de la mortalidad entre las(os) niñas(os) participantes (2).
Guinea	Aumento de peso de las(os) participantes después de 2 meses: 57% mostró recuperación en el crecimiento y 26% logró un crecimiento adecuado (3).
Bangladesh	Aumento de peso de las(os) participantes después de 2 meses: 43% mostraron recuperación en el crecimiento y 47% logró un crecimiento adecuado (2).
Vietnam	Eliminación de la desnutrición severa (3% a 0%), reducción en las tasas de desnutrición (12% a 5%), y reducción de la desnutrición leve (26% a 21%) dos años después que aumentó la participación de la agencia ejecutora (dos tercios de estas(os) lactantes nacieron después de este período). La condición nutricional general mejoró en cuanto a peso por edad puntuación Z 0.3. Un estudio de caso de control reveló una reducción del 40% comparado con una zona socio-demográfica similar que no recibió la intervención TH (2).
Nepal	73% pasó de moderada o severa a leve o a categorías normales, y la condición mejorada de las(os) niñas(os) se mantuvo en un 70% hasta por 18 meses después. (4)

Vínculos Necesarios

Se necesita más investigación operativa en el área relativa a los vínculos entre programas de asistencia humanitaria o socorro y TH. Se han encaminado medidas para crear programas en emergencia que concuerden filosóficamente con TH, a través de lo que se ha llamado el enfoque de Cuidado Terapéutico Comunitario (CTC). Este enfoque se basa en un enfoque orientado a la comunidad para tratar la desnutrición severa, incluso durante el momento más difícil de una crisis. Las pruebas hasta la fecha han sido exitosas. Si bien se necesitará importar alimentos en el periodo intermedio, la teoría es que puede haber continuación de los programas de asistencia y los programas de desarrollo.

Por consiguiente, los sitios donde existen programas TH se utilizarán como base de un enfoque de asistencia orientado a la comunidad cuando se desarrolla una crisis. Durante una emergencia el enfoque CTC podría convertirse en un programa TH en el período de transición. Puesto que la mayoría de las emergencias son cíclicas por naturaleza, este es un apuntalamiento crítico. (3)

CUADRO 8.6 Ejemplo del Marco de la Evaluación Acumulativa

ACTIVIDAD	OBJETIVOS RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR PROPUESTO	MÉTODOS /HERRAMIENTAS
PMC	50% aumento en el registro de nacimientos y decesos	Aumento en # y % de nacimientos y decesos registrados	Registro TH y PMC
	85% de niñas(os) <3 pesadas(os) regularmente	# y % de niñas(os) < 3 se pesan en cada sesión PMC	Registros TH recolectados cada 2 meses
Desparasitación	85% de las personas al cuidado de las(os) niñas(os) conocen su estado de salud	% de las personas al cuidado de las(os) niñas(os) ? 3 años conocen su condición nutricional	Entrevistas de las personas al cuidado de las(os) niñas(os)
	90% de las voluntarias registran el peso correctamente	# y % de voluntarias que registran correctamente	Libro PMC de voluntarias
TH	85% lactantes de 1-3 años son desparasitados(os) dos veces al año	# y % niñas(os) de 1-3 años esparasitadas(os) dos veces al año	Registros TH, libro de registros PMC
	90% de las(os) niñas(os) desnutridas(os) identificadas (os) participan en TH	# y % de niñas(os) desnutridas(os) identificadas(os) participantes de TH	Registro TH, Libro de registros PMC
	70% de las(os) participantes TH se rehabilitan	# y % de niñas(os) con desnutrición severa y moderada logran un estado nutricional normal	Registros TH
	50% de las(os) participantes TH mantuvieron la condición nutricional mejorada 6-12 meses después de la rehabilitación	# y % de participantes TH que mantienen la condición nutricional mejorada 6 a 12 meses después de la rehabilitación	Sesión de resultados PMC
	50% aumento en niñas que lograron una condición nutricional normal	# y % de niñas que lograron una condición nutricional normal	Libro de registros PMC
Prácticas De Alimentación	20% de reducción general de desnutrición en niñas(os)<3	# y % de niñas(os) que lograron una condición nutricional normal después de 1 año, después de 2 años	Libro de registros PMC
	Las personas al cuidado de las(os) niñas(os) introducen alimentación complementaria a la edad de 6 meses	# y % personas al cuidado de lactantes de 6 a 8 meses que saben sobre la alimentación complementaria a los 6 meses	Entrevistas con personas al cuidado de lactantes de 6 a 8 meses
	Las personas al cuidado de las(os) niñas(os) de 12 meses les alimenta 5 veces/día incluyendo merienda además de leche materna	3 y % Personas al cuidado de lactantes que han informado dar a las(os) lactantes algún alimento nuevo específico (DP) en cada comida, incluyendo vegetales y grasas	Discusiones en grupos focales de madres graduadas TH o otras personas que cuidan a lactantes
	Las personas al cuidado de las(os) niñas(os) les varía los alimentos en cada comida, proporciona una variedad de alimentos incluyendo alimentos DP	Participantes TH que informan sobre el desarrollo de nuevas prácticas de alimentación adecuada para niñas(os) enfermas(os) y en recuperación	Discusiones en grupos focales de madres graduadas TH, entrevistas detalladas en hogares, visitas a los hogares
	Al estar enfermas(os) las(os) niñas(os) reciben alimentación apropiada (cantidad y variedad)		Discusiones focales de grupo de madres graduadas TH y otras personas al cuidado de lactantes

CUADRO 8.6 (continuación)

ACTIVIDAD	OBJETIVOS RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR PROPUESTO	METODOS/ HERRAMIENTAS
<p>Prácticas de cuidados</p> <p>Prácticas de búsqueda de Salud</p>	<p>Los papás participan en el cuidado de las(os) niñas(os) y les dedican más tiempo</p> <p>Las personas al cuidado de las(os) lactantes y otros miembros de la familia dan estimulación lingüística y cognoscitiva a las(os) lactantes</p> <p>Las personas que cuidan a las(os) lactantes tienen buenas prácticas de higiene</p> <p>Las personas al cuidado de las(os) lactantes tienen buenas prácticas de higiene corporal tanto en ellas(os) como para las(os) lactantes</p> <p>Las personas al cuidado de las(os) menores identifican las señales de peligro (infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas)</p> <p>Las personas al cuidado de las(os) niñas(os) pequeñas(os) les tienen completo el régimen de inmunizaciones y los pesa regularmente (participación en PMC)</p>	<p>Padres participantes TH padres que informan dedicar más tiempo a las (os) niñas(os) y ayudan a las madres con el cuidado</p> <p>Parientes participantes TH informan haber cantado y jugado con las(os) menores mas a menudo; mejores habilidades de vocalización, lenguaje, en la(el) lactante</p> <p>Informe de las(os) participantes que desarrollan nuevas prácticas de higiene: lavan los alimentos antes de cocinarlos / tapan los alimentos</p> <p>Participantes que han desarrollado mejores prácticas de higiene corporal como cortarse las uñas, lavarse las manos (con jabón) antes de comer y después de ir al baño</p> <p>Personas al cuidado de las(os) menores que conocen las señales de peligro y pueden identificarlas acertadamente</p> <p># y % de personas al cuidado de menores que han inmunizado completamente a sus menores, # y % de menores participando en PMC</p>	<p>Discusión en grupo focal con los padres</p> <p>Discusión en grupo focal de madres graduadas TH, personas al cuidado de menores, entrevistas detalladas, observación de hogares</p> <p>Entrevistas de hogares detalladas, observaciones durante visitas a los hogares</p> <p>Discusión en grupos focales de madres graduadas TH o personas al cuidado de menores, entrevistas de hogares detalladas</p> <p>Observación de los hogares, discusiones focales de madres/ personas al cuidado de menores, entrevistas detalladas</p> <p>Registro de vacunas, tarjeta de registro de crecimiento, Registro PMC</p>
<p>Reunión de Evaluación Mensual</p>	<p>Comité directivo y TH</p> <p>Voluntarias manejan, evalúan y monitorean el programa efectivamente</p>	<p>Participación de todas las personas interesadas en las reuniones</p> <p>Se realizan actividades de monitoreo y supervisión en sitio</p> <p>Se presentan informes exactos</p> <p>Fondos usados apropiadamente</p> <p>Sostenibilidad de visitas a los hogares y PMC</p> <p>Se identifican y resuelven los problemas</p>	<p>Visitas de personal de monitoreo</p> <p>Formulario de informes</p> <p>Auditorias, informes financieros mensuales</p> <p>Visitas e informes de seguimiento</p> <p>Actas de reuniones de evaluación mensuales</p>

FORM. 8.4

Ejemplo del Libro de Registro de la Promoción del Monitoreo del Crecimiento



FORM 8.4 Ejemplo del Libro de Registro de la Promoción del Monitoreo del Crecimiento

Nombre de la Voluntaria:

Aldea:

HH#	Nombre Jefe de Hogar	Nombre de Niñas (os)	Sexo M/F	Fecha de Nacimiento Mes/año	Fecha PMC		Fecha PMC		Peso		Comentarios
					Peso	Estado	Estado	Fecha PMC	Peso	Estado	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											

Nota: Deje por lo menos dos líneas por familia para anotar a las(os) hermanas(os) menores

FORM. 8.6

Ejemplo de Formato para la Recopilación de Resultados PMC a Nivel de la Aldea

FORM. 8.6 Ejemplo de Formato para la Recopilación de Resultados PMC a Nivel de la Aldea

Aldea	Población <3	Niñas(os) Pesadas (os) # %	Normal # %	Moderado (amarillo) # %	Severa (rojo) # %	Total Desnutrición # %	Nacimientos*	Muer-tes*	Mov. Interno/Externo
GMP 1									
GMP 2									
GMP 3									
GMP 4									
GMP 5									
GMP 6									
GMP 7									
GMP 8									
GMP 9									
GMP 10									
GMP 11									

* Incluye los nacimientos y muertes que han ocurrido desde la última sesión PMC (últimos dos meses)

FORM. 8.7 Ejemplo de Formulario para la Recopilación de Resultados PMC en un Año en la Aldea

PMC Sesión/ Fecha	Población <3	Niñas(os) Pesadas (os) #	Normal		Moderado (amarillo)		Severo (rojo)		Total Desnutrición		Nacimientos*	Muertes*
			#	%	#	%	#	%	#	%		
PMC 1												
PMC 2												
PMC 3												
PMC 4												
PMC 5												
PMC 6												
PMC 7												

* Incluye nacimientos y muertes que han ocurrido desde la última sesión PMC (últimos dos meses)

FORM. 8.7

Ejemplo de Formulario para la Recopilación de Resultados PMC en un Año en la Aldea

FORM. 8.8

Ejemplo de Formato de Monitoreo mensual para Recopilación de Resultados de TH

FORM. 8.8 Ejemplo de Formato de Monitoreo mensual para Recopilación de Resultados de TH

Fechas Sesiones TH: Desde: _____ Hasta: _____

Aldea	# Niñas (os) Inscritas (os)	Gradua- das (os)		Aumento de Peso		No Aumento de Peso		Pérdida de Peso		Pasó de Rojo a Amarillo		# Niñas(os) Que Regresan	Comentarios (muertes, Enfermedad, etc.)
		#	%	#	%	#	%	#	%	#	%		

Uso de formulario de arriba o el de abajo:

Fechas de Sesiones TH: Desde: _____ Hasta: _____

Aldea	# Niñas (os) Inscritas (os)	Gradua- das (os)		Crecimiento de recupere- ración		Crecimiento Adecuado		Pérdida de Peso		# Niñas (os) que Regresan		Comentarios (muertes, Enfermedad, etc.)
		#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	

FORM. 8.9 Herramienta de Monitoreo de Conducta

#	Nombre	Edad (Meses)	¿Lactancia Materna Exclusiva en las últimas 24 Horas?		
			Sí	No	No Sé
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					

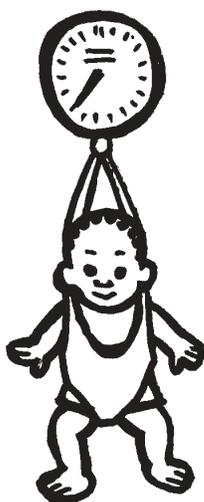
Herramienta de Monitoreo de Conducta Cuadro de Indicadores

# de Encargadas que respondieron Sí o NO:	
# de Encargadas que respondieron Sí:	
% de Encargadas que informaron Lactancia Materna Exclusiva en las últimas 24 Horas:	

Instrucciones:

En una sesión TH específica, identifique niñas(os) menores de 6 meses de edad acompañadas(os) por una(un) encargada(o) que conoce su historia alimentaria de las últimas 24 horas:

- ♥ Entreviste a la persona encargada privadamente.
- ♥ Anote el nombre y la edad de las(os) niñas(os), asegure que las(os) niñas(os) cumplen con los criterios de edad establecidos arriba.
- ♥ Pídale a la persona encargada que recuerde todo lo que ingirieron las(os) niñas(os) desde el día anterior a esta hora. Si la(el) bebé solo recibió leche materna (y no agua, fórmula, otra leche, jugo, otros líquidos, cereales frutas, vegetales, granos, carnes, etc.), entonces marque la columna que dice "SI." Si las(os) niñas(os) fueron alimentadas(os) con otro alimento que no fuera leche materna, entonces marque la columna que dice "No." Si la persona encargada no tiene la información completa, ponga la marca en la columna que dice "No sé."
- ♥ Continúe hasta que tenga información de diez niñas(os), excluyendo los que están en la columna "No sé".
- ♥ Sume el número total de respuestas "Si" y "No" y coloque ese número en la columna correspondiente en la del Cuadro del Indicador (en el cuadro a la par del texto).
- ♥ Sume el número de respuestas "Si" y colóquelas en la columna correspondiente en el Cuadro del Indicador.
- ♥ Divida el número total de respuestas "Si" entre el número total de respuestas "Si" y "No" y multiplique por 100 para calcular el porcentaje de personas encargadas del cuidado de niñas(os) que informaron haber alimentado exclusivamente con leche materna en las últimas 24 horas.



FORM. 8.10 Herramienta de Monitoreo de Peso

Monitoreo de Peso en Cuadro de Indicadores

# de voluntarias observadas:	
# de voluntarias que pesaron correctamente a las(os) niñas(os):	
% de voluntarias que pesaron correctamente a las(os) niñas(os):	

Voluntaria	#	Peso Anotado por la Voluntaria	Peso Anotado por el(la) Supervisor(a)	¿Desacuerdo?
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			

Instrucciones:

- ♥ Pídale a las(os) supervisoras(es)facilitadoras(es) que observen a las voluntarias TH al pesar a las(os) niñas(os).
- ♥ Anote el nombre de cada voluntaria.
- ♥ Explíquelo a la persona encargada que se va a pesar a las(os) niñas(os) dos veces.
- ♥ Observe a la voluntaria cuando pesa a las primeras(os) niñas(os) y registra el peso informado.
- ♥ Pese de nuevo a las(os) niñas(os) apropiadamente (de acuerdo con el protocolo) y registre el peso que obtenga.
- ♥ Verifique si los dos pesos son el mismo. Revise la columna “Desacuerdo” si el peso es más de ___ gramos diferentes del peso de la voluntaria (determine el peso apropiado para el proyecto).
- ♥ Repita el proceso para tres a cinco niñas(os) por voluntaria.
- ♥ Discuta sus observaciones con la voluntaria.
- ♥ Repita con las demás voluntarias.
- ♥ Complete la Casilla del Indicador al final de la página (ver casillas laterales).
- ♥ Discuta los hallazgos con las voluntarias TH que se encuentran presentes.
- ♥ Finalmente envíe la hoja al equipo de salud de la comunidad con su informe de la supervisión.

RECURSOS

Aprendizaje de Adultos

Charleston, R. y B. Kittle, Adult Learning - Towards Behavior Change: A Training Curriculum; (Aprendizaje de Adultos - Hacia el Cambio de Conducta: Un Currículo para la Capacitación)CARE, 2001

Vella, Jane, Learning to Teach: Training of Trainers for Community Development (Aprendiendo a Enseñar: Capacitación de Facilitadoras(es) para el Desarrollo Comunitario)Oef International, 1989
Disponible: <http://www.janevella.com/books.asp>

Vella, Jane, Learning to Listen, Learning to Teach: The Power of Dialogue in Educating Adults, (Aprendiendo a Escuchar, Aprendiendo a Enseñar: El Poder del Dialogo en la Educación del Adult), Edición Revisada; San Francisco: Editorial Jossey-Bass, 2002
Disponible: <http://www.janevella.com/books.asp>

Vella, Jane, Taking Learning to Task: Creative Strategies for Teaching Adults;(El Aprendizaje en la Práctica: Creación de Estrategias para la Enseñanza de Adultos), San Francisco: Jossey-Bass, 2002
Disponible: <http://www.janevella.com/books.asp>

Vor der Bruegge, Ellen y Robb Davis, Designing for Adults Course Packet; Freedom From Hunger, (Diseño de Curso para Adultos: Liberación del Hambre), 2002
Disponible: http://www.coregroup.org/resources/Dialogue_Education_Course_Packet.pdf

Participación de la Comunidad

Howard-Grabman, Lisa y G. Snetro, How to Mobilize Communities for Health and Social Change;(Como Movilizar Comunidades para el Cambio Social y de Salud), Baltimore: Centro de Programas de Comunicación Johns Hopkins University, Forthcoming (2003)

McNulty, Judiann, S. Mason, y Judi Aubel, Participation for Empowerment; Atlanta: (Participación para Empoderamiento Comunitario),CARE, 200.
Disponible: www.coregroup.org

Schoonmaker-Freudenberger, Karen, Rapid Rural Appraisal (RRA) and Participatory Rural Appraisal (PRA): A Manual for CRS Field Workers and Partners;(Evaluación Rural Rápida (ERR) y Evaluación Rural Participativa (ERP): Un Manual para Trabajadores de Campo CRS y Asociados), Baltimore: Catholic Relief Services, 1999
Disponible: www.catholicrelief.org/what/overseas/rra_manual.cfm

ADULTOS



COMUNIDAD



SALUD



Educación en Salud

UNICEF, Facts for Life, (Para la Vida) 3ra Edición; New York: Naciones Unidas Children's Fund, 2002

Disponible: www.unicef.org/ffi

Werner, D. y Bill Bower, Helping Health Workers Learn: A Book of Methods, Aids, and Ideas for Instructors at the Village Level, (Aprendiendo a Promover la Salud) 2da Edición; 1995

Disponible: <http://www.hesperian.org/>

MyE



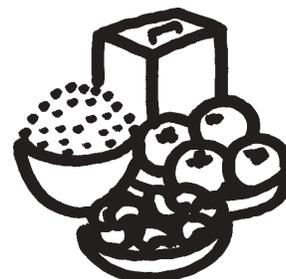
Herramientas de Monitoreo y Evaluación

Espeut, Donna, Knowledge, Practices and Coverage Survey 2000+ Field Guide;(Encuesta Rápida sobre Conocimientos, Prácticas y Coberturas 2000 + Guía de Campo) Calverton: The Children Survival Technical Support Project (Proyecto de Apoyo Técnico para la Supervivencia Infantil), 2001

Disponible: <http://www.childsurvival.com/kpc2000/kpc2000.cfm>

Weiss, William y Paul Bolton, Training in Qualitative Research Methods for PVOs & NGOs & Counterparts; 2000 (Capacitación sobre Investigación Cualitativa para OPVs y ONGs y Asociados; 2000)

Disponible: www.jhsph.edu/refugee/resources.html



Nutrición

Fourth Report on the World Nutrition Situation; (Cuarto Informe de la Situación de la Nutrición Mundial); Ginebra, ACC/SCN En colaboración con IFPRI, 2000
 Disponible: <http://acc.unsystem.org/scn/Publications/4RWNS/4rwns.pdf>

Cameron, Margaret, Yngve Hofvander, y Rondo Cameron, Manual on Feeding Infants and Young Children (Manual sobre la Alimentación de Lactantes y Niños Pequeños) 3a Edición; Oxford UP, 1989

Cogill, Bruce, Anthropometric Indicators Measurement Guide; Guía Para la Medición de Indicadores Antropométricos) Washington, DC: Proyecto de Asistencia en Tecnología de Alimentos y Nutrición, 2001
 Disponible: <http://www.fantaproject.org/publications/anthropom.shtml>

Griffiths, Marcia, Kate Dickin, y Michael Favin, Promoting the Growth of Children: What Works: Rationale and Guidance for Programs;(La Búsqueda del Crecimiento de Niñas(os): Qué Funciona: Fundamentos y Guía para Programas) Banco Mundial, 1996
 Disponible: <http://wbln0018.worldbank.org/hdnet/hddocs.nsf/>

Marchione, Thomas J, ed., Scaling Up, Scaling Down: Overcoming Malnutrition in Developing Countries; (Expansión y Reducción a Escala: Superación de la Desnutrición en Países en Vías de Desarrollo) Editores Gordon y Breach, 1999

Murray, J., et al., BASICS Technical Report: Emphasis Behaviors in Maternal/Children Health Focusing on Caretaker Behaviors to Develop Maternal/Children Health Programs in Communities;(Informe Técnico BASICS: Énfasis en la Conducta de Salud Materno/Infantil Enfocado en las Conductas de Personas Encargadas del Cuidado de Niñas(os) en el Desarrollo de Programas de Salud Materno/Infantiles en las Comunidades); 1997
 Disponible: http://www.basics.org/publications/abs/abs_emphasis.html

Sanghvi, Tina, Nutrition Essentials: A Guide for Health Managers; (Acciones Esenciales en Nutrición: Guía para Gerentes de Salud); Organización Mundial de la Salud, 1999
 Disponible: http://www.basics.org/publications/abs/abs_nutrition.html

Wagman, J., y Peter Winch, eds., Implementing and Evaluating Nutrition Interventions for Managers of PVO Children Survival Projects: A Guide to Manuals, Guidebooks, and Reports; Children Survival Technical Support Project, 2000 (Implementación y Evaluación de Intervenciones Nutricionales para Gerentes de Proyectos de OPVS de Supervivencia Infantil: Guía de Referencia de Manuales, Libros Guía e Informes; Proyecto de Apoyo Técnico de Supervivencia de las(os) niñas(os), 2000)
 Disponible: <http://www.childsurvival.com/documents/NutritionManual3.pdf>

Zeitlin, Marian, Hossein Ghassemi, y Mohamed Mansour, Positive Deviance in Children Nutrition: With Emphasis on Psychosocial and Behavioural Aspects and Implications for Development; (Desviación Positiva en la Nutrición de Niñas(os): con Énfasis en Aspectos Psicológicos y de Conducta e Implicaciones para el Desarrollo); Universidad de las Naciones Unidas, 1990.
 Disponible: <http://www.unu.edu/unupress/unupbooks/80697e/80697E00.htm>



BASICS II - Un proyecto global para promover un enfoque amplio para el mejoramiento de conductas y resultados relacionados con la nutrición.
www.basics.org/technical/nutrition.html

The CORE Group - (Grupo CORE) Una organización de membresía de organizaciones no lucrativas con base en EEUU, que trabajan juntas para mejorar las salud materna y de la niñez. www.coregroup.org

Food and Nutrition Technical Assistance Project (FANTA)- Un proyecto integrado de programación de seguridad alimentaria y nutrición.
www.fantaproject.org

The LINKAGES Project - Proyecto mundial en apoyo de la lactancia materna, alimentación complementaria relacionada y nutrición materna y el Método Amenorrea Lactacional. www.linkagesproject.org

UNICEF - Página Informativa del Fondo para la Niñez de las Naciones Unidas sobre nutrición, estrategias, áreas de enfoque y programas de acción; incluye documentos de apoyo, recursos y enlaces. www.unicef.org/programme/nutrition/mainmenu.htm

World Bank - Enfoque multi-sectorial del Banco Mundial para la nutrición; incluye conexiones relacionadas, información de proyectos, indicadores claves y documentos de trabajo. ww.worldbank.org/hnp

World Health Organization - Página Informativa de la Organización Mundial de la Salud que trata temas emergentes, investigaciones y asuntos tales como deficiencias de micronutrientes y las prácticas alimenticias de lactantes y menores. www.who.int/nut/index.htm

REFERENCIAS

Agradecimientos:

1. Sternin, M., J. Sternin, y D. Marsh, Field Guide: Designing a Community-Based Nutrition Education and Rehabilitation Program Using the Hearth Model and “Positive Deviance” Approach;(Guía de Campo: Diseño de un Programa Utilizando el Modelo Talleres Hogareños y el Enfoque de “Desviación Positiva”); Westport: Save the Children y BASICS, Diciembre 1998
2. Cribbin, M., Application of a Positive Deviance Inquiry in the Oruro Altiplano; (Aplicación de una Investigación de Desviación Positiva en el Altiplano de Oruro); Universidad Emory, Abril 2000
3. Conrad, V., Positive Deviance and Nutrition Education and Rehabilitation Programs: A Field Manual For Use in West Africa; (Programas de Desviación Positiva y Rehabilitación y Educación en Nutrición); Save the Children, 2001

Generalidades:

1. Report of The International Workshop on Improving Children’s Health and Nutrition in Communities; (Informe sobre el Taller Internacional sobre el Mejoramiento de la Salud y Nutrición de Menores en las Comunidades); 20-23 Junio 2000, Durban, Sudáfrica, 2000
2. Berggren, W., Personal interviews (entrevistas personales)
3. Sternin, M, J. Sternin, y D. Marsh. ‘Scaling Up a Poverty Alleviation and Nutrition Program in Vietnam’, Scaling Up, Scaling Down: Capacities for Overcoming Malnutrition in Developing Countries;(Expandiendo un Programa de Alivio a la Pobreza y Nutrición en Vietnam, Expansión y Reducción a Escala; Habilidades para la Superación de la Desnutrición en Países en Vías de Desarrollo); Editores Gordon y Breach, 1999
4. Wollinka, O E. Keeley, BR. Burkhalter and N. Bashir (Eds), Hearth Nutrition Model: Applications in Haiti, Vietnam and Bangladesh; (Modelo de Nutrición Saludable: Aplicaciones en Haití, Vietnam y Bangladesh); Arlington, VA: BASICS, 1997
5. WHO Global Strategy on Infant and Young Children Feeding, Report of the Secretariat; (OMS Estrategia Global para la Alimentación del Lactante y del niño pequeño, Informe de la Secretaría); 55va Asamblea Mundial de la Salud, Abril 2002

AGRADECIMI-
ENTOS



GENERALI-
DADES



6. Strategy for Improved Nutrition of Children and Women in Developing Countries; (Estrategia para Mejorar la Nutrición de Niñas(os) y Mujeres en Países en Desarrollo); División de Programa, Sección de Nutrición, UNICEF, Junio 1990, Nueva York: Monografía, 1990

7. Pelletier, D.L., et al., The Effects of Malnutrition on Children Mortality in Developing Countries; (Los efectos de la Desnutrición sobre la Mortalidad Infantil en Países en Vías de Desarrollo); Boletín de la Organización Mundial de la Salud 73(4): 443-448, 1995

8. Evidence and Information for Policy;(Evidencia e Información para la Política); WHO Children and Adolescent Health and Development (Niñas(os) y Adolescentes, Salud y Desarrollo OMS), 2001

9. Sanghvi, T. Nutrition Essentials: A Guide for Health Managers;(Fundamentos de Nutrición: Manual para Gerentes de Salud) BASICS/UNICEF/WHO, 1999

CAPITULO 1



Capítulo 1:

1. Berggren, G, y M. Moreaux, HEARTH/Positive Deviance Approach to Combating Malnutrition in Haiti: “Ti Foyers” in Haiti; Report on Field Visit and Workshop at Deschapelles, Haiti; (Enfoque Desviación Positiva/Talleres Hogareños para el Combate de la Desnutrición en Haití: “ti Foyers” en Haití: Informe sobre Visita de Campo y Taller en Deschapelles Haití); 10-19 Septiembre 2002

Capítulo 3:

1. Reference Data for the Weight & Height of Children in Measuring Change in Nutritional Status; (Datos de Referencia para el Peso y Estatura de Niñas(os) en Cambios de Medidas en Estado Nutricional); WHO, 1993

CAPITULO 3



2. How to Weigh and Measure Children: Assessing the Nutritional Status of Young Children in Household Surveys; (Cómo Pesar y Medir a las(os) niñas(os): Evaluación del Estado Nutricional de Lactantes en Encuestas Hogareñas); Departamento de Cooperación Técnica para el desarrollo y la Oficina de Estadísticas de la ONU, 1996

3. Cogill, B., Anthrometric Indicators Measurement Guide;(Medidas de Indicadores Antrométricos), Proyecto de Asistencia Técnica para Alimentación y Nutrición, 2001

CAPITULO 4



Capítulo 4:

1. Allen, H., et al., New Policies for Using Anthelmintics in High Risk Groups; WHO Informal Consultation on the Use of Praziquantel during Pregnancy/Lactation, and Albendazole/Mebendazole in Children under 24 Months; (Nuevas Políticas para el Uso de Antihelmínticos en Grupos de Alto Riesgo; OMS Consulta Informal sobre le Uso de Praziquantel durante el Embarazo/Lactancia y Albendazole/Mebendazole en Niñas(os) menores de 24 meses), Abril 2002

2. Marsh, D. y K. Lapping, Save the Children and the Positive Deviance Approach, Working Paper No. 1;(Save the Children y el Enfoque de Desviación Positiva, Documento de Trabajo No.); 31 Diciembre 2001

Capítulo 5:

1. Management of Severe Malnutrition: A Manual for Physicians and Other Senior Health Workers; (Manejo de la Desnutrición Severa: Manual para Médicos y Trabajadores en Salud de Alto Nivel); Ginebra: WHO, 1999

2. Dietary Reference Intakes;(Referencias del Consumo Dietético) Dirección de Alimentación y Nutrición de la Academia Nacional de Ciencias, en proceso de publicación

3. Facts for Life; (Para la Vida); UNICEF, 2002

4. Facts for Feeding, Guidelines for Appropriate Complementary Feeding of Breastfed Children 6-24 Months of Age; (Hoja de Preguntas Frecuentes, Lineamientos para la Alimentación Complementaria Apropiaada, Amamantados por la Madre, de 6-24 Meses de Edad); LINKAGES, 2001

5. Sanghvi, T., Nutrition Essentials: A Guide for Health Managers; (Fundamentos de la Nutrición: Guía para Gerentes de Salud); WHO/BASICS/UNICEF, 1999, 22

6. Marsh, D. y K. Lapping, Save the Children and the Positive Deviance Approach, Working Paper No. 1; (Save the Children y el Enfoque Desviación Positiva, Documento de Trabajo No. 1); 31 Diciembre 2001

7. Griffiths, M. y V. De Alvarado, Honduras: The AIN Community Experience; (La Experiencia de Atención Integral del Niño (AIN) Comunitario); El Grupo Manoff, 1999

8. Sternin, M, J. Sternin, y D. Marsh. ‘Scaling Up a Poverty Alleviation and Nutrition Program in Vietnam’, Scaling Up, Scaling Down: Capacities for Overcoming Malnutrition in Developing Countries;(Expandiendo un Programa de Alivio a la Pobreza y Nutrición en Vietnam, Expansión yReducción a Escala; Habilidades para la Superación de la Desnutrición en Países en Vías de Desarrollo); Editores Gordon y Breach, 1999

9. Berggren, W. y J. Grant, Community Health Report to the Grant Foundation; (Informe de Salud Comunitaria para la Fundación Grant) 1995

10. Sanghvi, T., Nutrition Essentials: A Guide for Health Managers; (Fundamentos de la Alimentación: Guía para Gerentes de Salud); WHO/BASICS/UNICEF, 1999, 232

11. Sanghvi, T., Nutrition Essentials: A Guide for Health Managers; (Fundamentos de la Nutrición: Guía para Gerentes de Salud); WHO/BASICS/UNICEF, 1999, 228



CAPITULO 7



Capítulo 7:

1. Pyle, D. y T. Tibbetts, An Assessment of the Living University as a Mechanism for Expansion;(Evaluación de la Universidad Viviente como Mecanismo de Expansión); Borrador, 2002
2. Wollinka, O, E. Keeley, BR. Burkhalter, and N. Bahir, eds., Hearth Nutrition Model: Applications in Haiti, Vietnam and Bangladesh; (Modelo Talleres Hogareños: Aplicaciones en Haití, Vietnam y Bangladesh); Arlington, VA: BASICS, 1997
3. Diene, S. y M. Sternin, On the Use of the Positive Deviance Approach and Hearth Model to Combat Malnutrition in West Africa; (Uso del Enfoque Desviación Positiva y el Modelo Talleres Hogareños para combatir la Desnutrición en África Occidental); Arlington, VA: BASICS, Noviembre 2000

CAPITULO 8



Capítulo 8:

1. Marsh, D. y K. Lappi, Save the Children and the Positive Deviance Approach, Working Paper No. 1; (Save the Children y el Enfoque Desviación Postiva, Documento de Trabajo No. 1); 31 Diciembre 2001
2. Wollinka, O, E. Keeley, BR. Burkhalter, and N. Bahir, eds., Hearth Nutrition Model: Applications in Haiti, Vietnam and Bangladesh; (Modelo Talleres Hogareños: Aplicaciones en Haití, Vietnam y Bangladesh); Arlington, VA: BASICS, 1997
3. Meyers, J. Maternal and Children Health Initiative program in Dabola, Guinea;.(Programa Iniciativa de Salud Maternal e Infantil en Dabola, Guinea); presentación PowerPoint en USAID, Africare, Mayo 2000
4. Grobler Tanner, C., Comments on manuscript review; (Comentarios sobre la revisión del manuscrito); Noviembre 2001