

Hacia el Mejoramiento de la Salud a Través de los Cambios de Comportamiento

Una Guía Práctica para la Promoción de la Higiene



ENVIRONMENTAL HEALTH PROJECT



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



Plan

Be a part of it.





Hacia el mejoramiento de la salud a través de los cambios de comportamiento

Una guía práctica para la
promoción de la higiene

Michael Favin, Gail Naimoli,
y Lisa Sherburne

Índice

Acerca de los Autores	vii
Agradecimientos	ix
Acrónimos	xi
Prefacio	xiii
¿Qué es esta guía?	xiii
¿Por qué se escribió?	xiii
¿Cuál es la audiencia?	xiii
¿Cómo puede usarse esta guía?	xiv
¿Cómo se organiza la guía?	xv
Introducción a la versión en español	1
1. Introducción	3
La enfermedad diarreica y la salud de los niños.	3
Prevención de la enfermedad diarreica.	3
El marco de mejoramiento de la higiene (MMH)..	5
Prevención de enfermedades diarreicas en el contexto de la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI)	6
2. Foco en el comportamiento..	9
La programación basada en el comportamiento.	9
¿Cómo cambia el comportamiento?	10
Generalidades del enfoque	13
¿Todos tienen que comportarse de la misma manera?	19
3. Organización..	21
Establezca un equipo de trabajo.	22
Identifique y comprometa a los socios	23
Reúnase con el equipo de trabajo y los socios..	23
Póngase de acuerdo sobre un plan de acción y un cronograma de actividades ..	24
4. Análisis de situación.	25
Prepárese para la revisión	26
Defina el alcance del programa y los objetivos..	26
Haga un listado de los temas pertinentes a ser revisados..	27
Identifique las fuentes de información.	28
Revise la información existente..	29
Obtenga y examine los materiales..	29
Realice entrevistas a informantes clave	29

Analice y redacte el informe	30
Resuma por tema o pregunta	30
Resuma los antecedentes.	30
Resuma las prácticas actuales	33
Redacte el informe	34
Hoja de trabajo: Análisis de situación–prácticas.. . . .	35
5. Investigación formativa.. . . .	37
Investigación formativa	37
¿Cuándo se hace?	37
¿Por qué se hace?	38
¿Cómo se hace?	38
Tareas preparatorias.	39
Decida cómo se administrará la investigación	39
Prepare un plan de investigación	42
Ejemplo de un plan de investigación.	48
Elija los métodos de investigación.	48
Entrevistas en profundidad.	49
Observaciones.	50
“Role-play” diagnóstico (RPDs)..	51
Grupos de discusión	52
6. Fases de la investigación formativa.	55
Fase 1: Investigación exploratoria.	55
Prepare guías para entrevistas en profundidad y guías para observación	56
Organice al personal de campo y de supervisión	57
Identificando los sitios y los participantes	58
Realice la investigación..	59
Analice los resultados..	59
Redacte un resumen de los resultados.	60
Fase 2: Pruebas de prácticas mejoradas.	61
Fase 3: Verificación de la investigación	66
Informe con el resumen de la investigación	67
Ejemplo de una guía para las entrevistas en profundidad (en comportamientos de higiene básicos para prevenir la diarrea): madres de niños de 5 años	69
Guía genérica de discusión sobre los conceptos básicos de higiene para las madres de los niños y niñas menores de 5 años	76
Hoja de trabajo: Análisis de las PPM	78
Hoja de trabajo: Tabla resumen de la investigación formativa.. . . .	78
7. Formulación de Estrategias.	79
Talleres para la formulación de estrategias	79
La matriz de estrategia de cambio de comportamiento.	80
Análisis del comportamiento....	80
Actividades estratégicas	84
Estrategia de comunicación.	87

Audiencias	88
Canales	89
Mensajes y materiales	90
Matriz ilustrativa de estrategia de cambio de comportamiento	96
8. Planeación e Implementación	97
Planes de trabajo para cada componente de la estrategia.	97
Desarrollo de materiales de comunicación	99
Resumen creativo	99
Incorporando los aportes de la comunidad.	101
Validación... ..	101
Capacitación.. ..	103
Tecnologías o productos.	106
Abogacía.. ..	107
Acciones comunitarias (colectivas)	107
Fortalecimiento y coordinación.	109
Hoja de trabajo: ilustrativa preparándose para la implementación	110
9. Monitoreo y Evaluación	113
¿Por qué monitorear y evaluar?	113
¿Qué deben monitorear y evaluar los programas?	114
Monitoreo.. ..	114
Monitoreo de rutina.	115
Monitoreo periódico	116
Evaluación.	118
Indicadores para monitoreo y evaluación.. ..	121
Hoja de trabajo: Indicadores de monitoreo y evaluación	126
Hoja de trabajo: Plan de monitoreo y evaluación	127
Referencias	131

Acerca de los autores

Michael Favin es Vicepresidente de The Manoff Group y es Oficial de Programas del Proyecto Change (Cambio), auspiciado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Ha trabajado en proyectos cortos en más de 20 países y por varios años en Brasil y Nicaragua. El Sr. Favin se especializa en comunicación y cambio de comportamiento. Ha escrito o contribuido a más de 60 libros y/o artículos sobre salud en países en desarrollo.

Gail Naimoli, M.Ed., es experta en diseño instruccional con más de 15 años de experiencia en salud pública internacional, incluyendo trabajos en Togo y en la República de África Central. Actualmente es Asesora de Capacitación de The Manoff Group, donde provee asistencia técnica en capacitación, salud ambiental, y otras áreas de salud y supervivencia infantil en África, Asia y América Central.

Lisa Sherburne, MPH, ha trabajado en salud internacional por más de 10 años, especialmente en el África sub-Sahariana y en el Sureste de Asia. Actualmente es Asesor Técnico de Programación Basada en Comportamientos (PBC) de The Manoff Group. La Lic. Sherburne ha trabajado por varios años en salud escolar y programas de nutrición.

Agradecimientos

El Proyecto de Salud Ambiental (EHP II), auspiciado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) tuvo a su cargo la preparación de este manual, en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que además tuvo a su cargo la traducción y la producción de la versión en español.

Partes del texto están basados en documentos previos, especialmente el documento *Designing by Dialogue* (1996) y “*Behavior-Centered ProgrammingSM for Hygiene Improvement Field Guide*” (draft by Gail Naimoli and Lisa Sherburne, The Manoff Group, for EHP II, 2003). Las referencias se encuentran listadas al final de esta guía y algunas de ellas están disponibles en su totalidad en el CD ROM que la acompaña.

Varias de las experiencias incluidas en el texto han sido tomadas de los proyectos de promoción de la higiene y la salud de EHP II en República Dominicana, Perú y Nicaragua, los cuales recibieron asistencia técnica de Marco Polo Torres, al igual que del Programa de Salud y Nutrición Escolar de Malawi, que recibió asistencia técnica de Lisa Sherburne. Las organizaciones que han tenido a su cargo la implementación de estos programas incluyen Catholic Relief Services (CRS), Mujeres Dominicanas en el Desarrollo (MUDE), Visión Mundial, y el Departamento de Acueductos Rurales (INAPA), en República Dominicana; Plan Internacional en Perú y Nicaragua y Save the Children en Malawi.

Las personas que han contribuido a este documento se listan a continuación:

Autores: Michael Favin, Gail Naimoli, y Lisa Sherburne.

Asesores y Revisores Técnicos: Neyde Gloria Garrido y Rafael Obregón, Organización Panamericana de la Salud (OPS); Merri Weinger, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional USAID.

Revisores: Eckhard Kleinau, Sarah Fry, Lisa Nichols, Sandra Callier, Kali Erickson, y May Post, de EHP II; Kristin Langlykke, de PLAN; y Marco Polo Torres, de The Manoff Group.

Acrónimos

CCC	Comunicación para el cambio de comportamiento o comunicación centrada en comportamientos
PBC	Programación Basada en Comportamientos
ACS	Agente Comunitario de Salud
EHP	Proyecto de Salud Ambiental II
GF	Grupos Focales
MMH	Marco de Mejoramiento de Higiene
AIEPI	Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes en la Infancia
CAP	Conocimiento, Actitud, Práctica
ONG	Organización No Gubernamental
TRO	Terapia de Rehidratación Oral
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PP	Público/Privado
OVP	Organización Voluntaria Privada
PPM	Pruebas de Prácticas Mejoradas
RPM	Role Play Diagnóstico
ONUSIDA	Programa de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Niñez y la Adolescencia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)
OMS	Organización Mundial de la Salud

Prefacio

¿Qué es esta guía?

El objetivo de esta guía es apoyar la planificación y gerencia de la promoción eficaz de la higiene para la prevención de las enfermedades diarreicas. Para ello, la guía proporciona una descripción sistemática de una metodología denominada Programación Basada en Comportamientos (PBC).

Durante la última década, se han publicado manuales sobre el uso de la PBC en el abordaje de otros temas de salud pública como la alimentación infantil, el déficit de micronutrientes, y la lactancia materna. Si bien la lógica del proceso es la misma independientemente del tema, los temas técnicos y de comportamiento difieren y de esta manera puede ser de utilidad a los diseñadores y gerentes para programar actividades de manera específica en las áreas de su interés. Por ejemplo, los comportamientos relacionados con la lactancia materna exclusiva están principalmente regidos por las normas culturales, la percepción y las creencias de las madres, y la influencia, a veces fuerte, de las mujeres de mayor edad de la familia. Por el contrario, el acceso a las tecnologías desempeña a menudo una función principal en el cambio de comportamientos de higiene, mientras que el acceso a los servicios de salud y la calidad de los mismos desempeña una función en muchas otras prácticas (por ejemplo, aquellas relacionadas con la inmunización, búsqueda de atención médica en caso de emergencia, y con el suplemento de micronutrientes).

¿Por qué se escribió?

Con base en la prometedora experiencia de un proyecto de mejoramiento de higiene en la provincia de Hato Mayor, República Dominicana, el Proyecto de Salud Ambiental (EHP II) financiado por USAID y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) colaboraron con socios locales para establecer programas similares en la zona de Cusco, Perú y en el departamento de Chinandega en Nicaragua. Estas pequeñas experiencias, ejecutadas por organizaciones privadas voluntarias (OPV) en colaboración con los ministerios de salud, proporcionan algunos de los ejemplos de los materiales y los instrumentos descritos en esta guía. EHP y OPS decidieron colaborar para producir y disseminar un manual sobre PBC para el mejoramiento de higiene, tal como fueron usados en estos y otros proyectos.

¿Quién es la audiencia?

Esta guía está dirigida a planificadores sanitarios y gerentes de organizaciones gubernamentales, no gubernamentales e internacionales que trabajan en los niveles

distritales, provinciales, regionales o nacionales de los países en desarrollo, así como a las organizaciones que apoyan programas a esos niveles. Si bien el objetivo es ayudar a los usuarios en el diseño y la puesta en práctica de programas de prevención de enfermedades diarreicas eficaces, el proceso y los principios descritos deberían ser útiles para la planificación y puesta en práctica de cualquier programa dirigido a la salud del niño (o salud pública) en la mayoría de los entornos. Sin embargo, debido a que esta guía se centra en los comportamientos relacionados con la higiene, no proporciona detalles sobre los comportamientos, las barreras, las estrategias y los temas relacionados con otras intervenciones básicas de salud.

¿Cómo puede usarse esta guía?

Esta guía, junto con los recursos adicionales disponibles en el CD-ROM que la acompaña, puede usarse en su totalidad para orientar la elaboración, ejecución y evaluación de programas; así mismo, se puede hacer uso en forma individual de los distintos capítulos, las secciones y las herramientas para apoyar las tareas de programas específicos. Por ejemplo, el documento contiene preguntas dirigidas a la recopilación de información que pueden adaptarse a una tarea de recopilación de información específica al elaborar los programas nuevos o para evaluar iniciativas existentes. La guía puede servir de recurso para desarrollar charlas de capacitación sobre el cambio de comportamiento para el personal, los socios, la comunidad y los promotores de salud, entre otros. El capítulo 8 incluye asesoramiento general sobre el diseño de la capacitación y el CD-ROM incluye recursos adicionales.

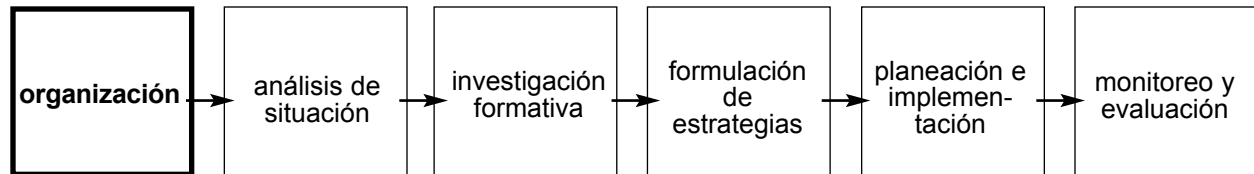
Este manual puede usarse específicamente en el diseño e implementación de las actividades de cambio de comportamiento basadas en la prevención de las enfermedades diarreicas y en el enfoque AIEPI comunitario (AIEPI -C) de la OPS, en el cual actores locales (profesores, líderes de la comunidad, líderes religiosos y grupos de mujeres) trabajan activamente en la promoción de una amplia gama de prácticas familiares claves.

Sin embargo, este documento por sí solo no ayuda a que todos los lectores adquieran las habilidades específicas en el área epidemiológica, de investigación cualitativa y de desarrollo de materiales necesarios para llevar a cabo la Programación Basada en Comportamientos. Está principalmente concebido para guiar a los usuarios en la planificación y el manejo del proceso de manera eficaz y para decidir qué tareas se necesitan para acceder a aptitudes adicionales. El CD-ROM contiene muchos documentos para apoyar a los usuarios y puede eliminar la necesidad de recursos adicionales en ciertos momentos del proceso.

En condiciones ideales, los ministerios de salud y las principales organizaciones coordinadoras deberían usar esta guía para crear una mayor uniformidad y eficacia en las actividades de promoción de la higiene en los programas estatales y locales con los cuales trabajan al evaluar la prevención de la enfermedad diarreica a través de un lente centrado en comportamientos y "racionalizando" un paquete integral de actividades que evalúan las barreras y apoyan la capacidad de las familias y las comunidades para tomar las medidas necesarias.

¿Cómo se organiza la guía?

Luego de una introducción sobre la enfermedad diarreica y la promoción de la higiene (en el contexto más amplio de salud del niño) y de una sinopsis de la PBC, la guía sigue los pasos cronológicos de una metodología diseñada para planear e implementar las actividades del programa. Cada capítulo empieza con el siguiente diagrama de flujo, con los pasos más importantes resaltados en letra de imprenta negrita.



El siguiente cuadro presenta los pasos en mayor detalle, con el tiempo calculado para cada uno, y el capítulo en el que se discuten.

Programación Basada en Comportamientos, sus pasos.

Pasos	Rango de tiempo para un Proyecto Subnacional	Capítulo
Identificar la enfermedad diarreica como un problema a enfrentar, formar un equipo para el proyecto, buscar socios	1 a 3 semanas	3
Identificar, obtener, examinar y analizar la información existente	1 a 3 semanas	4
Planificar y organizar la investigación formativa para obtener insumos de la comunidad para el diseño del programa	1 a 3 semanas	5
Llevar a cabo y analizar una investigación exploratoria (optativo)	2 a 5 semanas	6
Llevar a cabo y analizar las pruebas conductuales (optativo pero sumamente recomendado)	2 a 4 semanas	6
Llevar a cabo y analizar la investigación en control (optativo)	1 semana	6
Preparar el resumen de la investigación y las recomendaciones	1 a 2 semanas	6
Formular estrategias de cambio de comportamiento	1 semana	7
Completar los pasos preparatorios (encuesta basal [optativo]; planificación detallada del trabajo; preparación de materiales, producción y difusión; capacitación; etc.)	4 a 12 semanas	8
Implementar actividades	En condiciones ideales varios años	8
Monitorear la implementación	En curso + pequeños estudios periódicos	9
Evaluar	Varias semanas, normalmente al menos 1 año después de comenzada la ejecución	9

La PBC no es un libro de recetas en el cual el usuario simplemente puede "completar los espacios en blanco" y desarrollar un programa. Después de todo, lograr cambios de comportamiento que mejoren la salud depende de la comprensión y el trabajo dentro del contexto y los recursos locales. La PBC es un proceso mediante el cual los planificadores y los miembros de la comunidad colaboran para conocer los comportamientos, el conocimiento y los recursos locales. Los planificadores usan estos resultados, y la evidencia científica sobre el impacto sanitario de los diversos comportamientos para definir cuales son los comportamientos más eficaces y factibles en ese contexto; y elaborar una estrategia sobre cómo promover y facilitar esos comportamientos. El proceso requiere que los planificadores tomen una serie de decisiones estratégicas sobre lo que el programa y los colaboradores locales deben hacer y cómo deben hacerlo. Si bien el proceso tiene una lógica, la manera en que se da cada paso varía sustancialmente dependiendo de la situación epidemiológica, el entorno y los recursos humanos y financieros. El texto intenta señalar maneras alternativas apropiadas para llevar a cabo muchos de los pasos del proceso.

Introducción a la versión en español

El presente manual constituye uno de los diversos productos resultantes de un valioso esfuerzo de colaboración desarrollado entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Proyecto de Salud Ambiental (EHP por sus siglas en inglés), la ONG Plan, y los Ministerios de Salud de República Dominicana, Perú y Nicaragua, con el apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Si bien el manual se basa en diversas experiencias desarrolladas a nivel internacional, también recoge gran parte de las lecciones aprendidas identificadas durante la ejecución de los proyectos llevados a cabo en comunidades rurales y de gran vulnerabilidad en estos países.

La Organización Panamericana de la Salud ha enfatizado la necesidad de trabajar hacia la reducción de las inequidades de la región a través de procesos de carácter participativo que apunten al fortalecimiento de las capacidades locales para generar cambios positivos en la salud de las personas. Así mismo, la OPS viene trabajando de manera intensa hacia el cumplimiento de los denominados Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), endosados por diversas organizaciones a nivel internacional y por los distintos ministerios de salud de la región, objetivos que incluyen la reducción de la mortalidad infantil en 2/3 para el año 2015.

A través de la estrategia de Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), la OPS ha adelantado intensos esfuerzos a lo largo de la última década para mejorar la salud de niños y niñas de la región y reducir el considerable número de muertes (más de 500 mil) que se producen anualmente en la región, muchas de ellas ocasionadas por enfermedades diarreicas que son fácilmente prevenibles a través de estrategias simples, de bajo costo, y efectivas, como las que se manejan en este manual. La OPS viene impulsando un enfoque de trabajo que involucre cada vez más a individuos, familias y comunidades en la prevención de enfermedades y en la promoción de la salud. Por consiguiente, la OPS ve en este manual la posibilidad de aportar una herramienta más al trabajo de los países, en particular en aquellas zonas cuyas comunidades son afectadas de manera particular por enfermedades diarreicas.

Es importante resaltar que el manual apunta a la promoción de cambios de comportamientos relacionados con una de las prácticas clave que hacen parte del conjunto de prácticas que promueve la organización en el marco del componente comunitario de la estrategia AIEPI, siguiendo un esquema en el que los procesos de comunicación son vitales para el logro de los objetivos propuestos. En este sentido, en aquellas comunidades en las que las prácticas de higiene hayan sido priorizadas a través de los procesos de diagnóstico participativo local que hacen parte de la implementación de AIEPI, este manual, o algunos aspectos de él, puede incorporarse a la planeación, implementación y evaluación de las intervenciones definidas en el nivel local.

Así mismo, el manual puede acompañar algunos de los procesos de capacitación y fortalecimiento de la capacidad local que a menudo hacen parte de la implementación de AIEPI. En este sentido, se recomienda que los coordinadores y responsables de AIEPI a nivel de la comunidad dispongan de este manual, el cual puede hacer aportes complementarios a los diversos materiales, herramientas y guías que se han desarrollado en el marco de la estrategia AIEPI.

Por último, vale la pena reiterar la importancia del trabajo de coordinación que ha acompañado este proceso especialmente a nivel nacional y en los ámbitos locales del proyecto, que permitió no solo la culminación de los procesos previstos sino la generación de una serie de lecciones aprendidas que se incorporan en este documento y que esperamos puedan hacer aportes a las acciones que se desarrollan desde ámbitos internacionales, nacionales y locales en beneficio de la salud de la niñez, y en general de las familias y comunidades de la región.

Rafael Obregón
Asesor de Comunicaciones
Unidad de Salud de Niñez y Adolescencia
Area de Salud Familiar y Comunitaria
Organización Panamericana de la Salud

1. Introducción

La enfermedad diarreica y la salud de los niños

Las enfermedades diarreicas acarrear un extraordinario costo en los niños de los países en desarrollo y en sus familias. Estas enfermedades siguen siendo la principal causa de mortalidad infantil a nivel mundial, y cada año mueren aproximadamente 1,3 millones de niños menores de cinco a causa de una enfermedad diarreica. Esto es así a pesar de que la mortalidad por diarrea ha disminuido sustancialmente durante las últimas dos décadas debido al uso generalizado de la terapia de rehidratación oral (TRO) y a la mayor capacidad de los padres y cuidadores para identificar los signos de alerta y obtener ayuda rápida en caso de enfermedad.

De esta forma, mientras la mortalidad por diarrea ha disminuido, la carga de enfermedad (la morbilidad asociada con la diarrea) no ha disminuido. En promedio, los niños de los países en desarrollo de Asia, África sub Sahara o América Latina, sufren cuatro a cinco episodios de diarrea por año" (Murray y López). La diarrea perjudica el estado de nutrición infantil, contribuyendo a aproximadamente la mitad de todas las defunciones de menores de 5 años en los países menos desarrollados. Más allá de estos efectos directos sobre la salud, los millones de casos de diarrea infantil tienen un impacto significativo en la manera en que las madres usan su tiempo, en los gastos domésticos para el tratamiento (medicinas, transporte y costos asociados con la atención en salud), en el trabajo perdido, y en los jornales y la productividad de los trabajadores del hogar.

Se calcula que un 90% de todos los casos de diarrea pueden atribuirse a tres causas principales: el inadecuado saneamiento, la falta de higiene, y el agua contaminada (Organización Mundial de la Salud). La alta prevalencia de enfermedades diarreicas y la mortalidad infantil directa o indirectamente vinculada con la contaminación del agua y los alimentos, sólo pueden reducirse mediante una mejora en las inversiones en medidas preventivas y promocionales para reducir y eliminar las causas de las enfermedades (esta descripción se adapta de Kleinau et al.)

Prevención de la enfermedad diarreica

Hay numerosas vías por las cuales los agentes que causan diarrea se introducen en el cuerpo. Estas incluyen:

- Líquidos (a través del agua contaminada)
- Terreno (debido a la defecación al aire libre)
- Moscas (transmiten la enfermedad)

- Dedos (dedos contaminados transmiten la enfermedad)
- Alimentos (infectados por líquidos, moscas o dedos y luego ingeridos)

No sería práctico que un programa de promoción de la salud abordara cada una de las decenas de condiciones y comportamientos que afectan a estas cinco vías principales de transmisión. Los programas deben priorizar sus esfuerzos al centrarse en las prácticas de higiene que han demostrado tener mayor repercusión. Si bien los comportamientos específicos que pueden tener un impacto en un entorno determinado pueden variar, hay ciertas prácticas de higiene que han demostrado tener mayor potencial para prevenir la diarrea. Estas son:

- Prevenir la contaminación de los alimentos, el agua y los dedos antes de comer (mediante el lavado de manos y el tratamiento del agua que se usa para beber y para cocinar)
- Promover las manos, las superficies y los envases limpios (a través de acciones que aumenten la cantidad de agua disponible para la familia)
- Reducir la contaminación del ambiente (poniendo particular cuidado en la eliminación de excretas)

Según un documento reciente del Centro Internacional de Agua y Saneamiento (Appleton y van Wijk, p. 9), "una mejor calidad de agua reduce la diarrea infantil en un 15-20% PERO una mejor higiene resultado del lavado de manos y de la manipulación de alimentos apta para el consumo lo reduce en un 35% Y el desecho cuidadoso de las heces de los niños lleva a una reducción de casi el 40%".

El marco de mejoramiento de la higiene (MMH)

El Marco de Mejoramiento de la Higiene (MMH) del Proyecto de Salud Ambiental (EHP) de USAID que se expone a continuación, muestra los tres factores determinantes principales del mejoramiento de la higiene y una serie de posibles estrategias de acción para el programa dentro de cada categoría.

El MMH es un enfoque integral para prevenir la diarrea al mejorar:

- Acceso a la infraestructura - mejora en el acceso a la infraestructura de agua/saneamiento y tecnologías domésticas como los sistemas de cloración doméstica y de jabón.
- Promoción de higiene - promoción de los comportamientos de higiene tales como el lavado de manos, el almacenamiento seguro del agua potable y la eliminación apropiada de excretas.
- Entorno favorable - fortaleciendo un entorno favorable que facilite o mejore las tecnologías y los comportamientos clave. Esto puede realizarse mediante advocacy, capacitación, fortalecimiento institucional y otros mecanismos de apoyo apropiados.



El sector de salud puede desempeñar una función eficaz en la reducción de las enfermedades diarreicas de varias maneras. Puede asociarse a los esfuerzos de

mejoramiento del saneamiento y del abastecimiento de agua en las comunidades. Puede brindar capacitación en la promoción de higiene y materiales de apoyo a personal del sector público y privado y a voluntarios de la comunidad. Puede abogar también a nivel del ministerio de salud nacional y de los organismos de salud pública locales para que apoyen recursos y programas de mejoramiento de higiene en el hogar y en la comunidad.

Esta guía describe la manera de crear un paquete eficaz de acciones a nivel del programa, la comunidad y la familia basándose en el enfoque de mejoramiento de la higiene para ejecutar en una situación en particular. Un enfoque centrado en el comportamiento puede ayudar a identificar las estrategias programáticas apropiadas dentro de cada componente del Marco de Mejoramiento de Higiene al promover y facilitar los comportamientos clave que han demostrado tener un efecto en la salud.

La metodología descrita en esta guía de Programación Basada en Comportamientos (PBC) es un enfoque sistemático para comprender los comportamientos y su contexto, desarrollar estrategias integrales de cambio de comportamiento y finalmente convertir esas estrategias en actividades específicas del programa; que pueden monitorearse, ajustarse y evaluarse con el transcurso del tiempo. La PBC se centra en la identificación, la facilitación y la promoción de los comportamientos que fomentan la salud en un contexto particular. Usa los comportamientos como los lentes mediante los cuales ve y organiza los paquetes de intervención lógicos y eficaces que pueden abarcar muchas de las acciones contenidas en el MMH. Si bien PBC no es la única metodología posible para hacer operativo el MMH, cuando se ejecuta correctamente, ha probado ser eficaz para muchas áreas de la salud pública, incluyendo el mejoramiento de la higiene.

El CD-ROM que acompaña esta guía incluye una descripción detallada del MMH.

Prevención de enfermedades diarreicas en el contexto de “la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia”

Apoiada por la Organización Mundial de la Salud, UNICEF, la Organización Panamericana de la Salud, USAID y muchos otros organismos y gobiernos internacionales, la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) enfatiza la reducción de la enfermedad y la muerte propiciadas por las principales causas de enfermedad en los niños—infección respiratoria aguda de la infancia, enfermedad diarreica, malnutrición, malaria, las enfermedades prevenibles por vacunación y otras. Las actividades para prevenir la diarrea se clasifican dentro del componente comunitario y domiciliario de AIEPI (comúnmente conocido como AIEPI Comunitario).

Si bien en un primer momento AIEPI hacia énfasis en mejorar la atención de los niños enfermos, hoy tiende a apoyar los esfuerzos para prevenir las enfermedades infantiles a nivel del hogar y la comunidad. Los socios de AIEPI promueven prácticas familiares clave que fomentan el crecimiento y desarrollo saludable de los niños menores de 5 años. Estas prácticas se enumeran en el siguiente cuadro. Cada una de estas prácticas familiares clave abarca múltiples "comportamientos" específicos de las madres y otros. Los comportamientos necesarios para lograr prácticas familiares clave deben definirse y mejorarse en función del entorno específico en el cual operan los programas. La Organización Panamericana de la Salud ha desglosado cada una de estas prácticas en comportamientos específicos que se promocionan a través de mensajes clave y de apoyo a nivel familiar y comunitario.

En esta lista, la práctica familiar número 6 aborda los comportamientos de higiene que afectan más directamente la prevalencia de diarrea infantil. Las prácticas 1, 2 y 9 también contribuyen a reducir las defunciones debidas a diarrea/deshidratación (pero no son tema de este manual). Los programas que intentan reducir la mortalidad por enfermedad diarreica o el mejoramiento de la salud del niño en general, deben también abordar estos comportamientos. Aunque los planificadores deben tratar de abordar múltiples comportamientos, es aconsejable evitar la sobrecarga de las madres, los voluntarios de la comunidad y otros con demasiada información y demasiadas tareas para hacer al mismo tiempo. Por consiguiente, se recomienda que estas prácticas claves se escalonen con el transcurso del tiempo en las actividades del programa.

Prácticas familiares claves

Para el crecimiento físico y el desarrollo mental

1. Amamante a los lactantes de forma exclusiva al menos durante seis meses. (Las madres con VIH-POSITIVO requieren orientación acerca de las opciones posibles a la lactancia materna, en base a las normas y recomendaciones de OMS/UNICEF/ONUSIDA sobre infección por VIH y alimentación del lactante).
2. Comience a alimentar a los niños alrededor de los seis meses de edad, con alimentos complementarios recientemente preparados ricos en energía y en nutrientes, aunque continúe amamantando hasta los dos años o más.
3. Asegure que los niños reciban cantidades adecuadas de micronutrientes (vitamina A y hierro, en particular), ya sea en su régimen alimentario o mediante la administración de suplementos.
4. Promueva el desarrollo mental y social respondiendo a las necesidades de atención de los niños, mediante la conversación, el juego y la provisión de un ambiente estimulante.

Para la prevención de enfermedades

5. Complete el ciclo completo de inmunizaciones antes de su primer cumpleaños.
6. Elimine las excretas, incluyendo las de los niños, de manera segura; y lávese las manos después de defecar, antes de preparar las comidas y antes de alimentar a los niños.
7. En las áreas donde la malaria es endémica, proteja a los niños haciéndolos dormir bajo redes tratadas con insecticidas.
8. Adopte y mantenga el comportamiento apropiado con respecto a la prevención y atención de los pacientes infectados por HIV/AIDS incluidos los huérfanos.

Para un tratamiento domiciliario apropiado

9. Cuando los niños estén enfermos, siga alimentándolos y ofreciéndoles más líquidos, incluso la leche materna.
10. Administre a los niños enfermos el tratamiento apropiado para las infecciones.
11. Tome medidas apropiadas para prevenir y controlar las lesiones y los accidentes.
12. Prevenga el maltrato y descuido de menores, y tome medidas apropiadas cuando esto haya ocurrido.
13. Asegure que los hombres participen activamente en el cuidado de los niños y que estén involucrados en la salud reproductiva de la familia.

Para buscar ayuda

14. Reconozca cuando los niños enfermos necesitan tratamiento fuera del hogar y hágalos atender por profesionales de salud apropiados.
15. Cumpla con los consejos del trabajador de salud sobre el tratamiento, seguimiento y el control de los enfermos.
16. Asegure que cada mujer embarazada tenga atención prenatal adecuada. Esto incluye tener al menos cuatro visitas prenatales con un personal de salud adecuado y recibir la vacuna antitetánica. La madre necesita el soporte de la familia y la comunidad para buscar ayuda en el momento del parto del posparto y la lactancia.

Nota: OMS/OPS se refiere a las prácticas claves sin numerarlas para enfatizar el deseo de cada programa de focalizar en las prácticas que tratan los problemas prioritarios de los niños.

En resumen: se recomienda que el programa:

- priorice los problemas a través de la participación comunitaria.
- comience por abordar las prácticas prioritarias que puedan realizarse según los recursos necesarios de la comunidad, el programa y los socios.
- a través del tiempo, agregue nuevas prácticas y expanda el objetivo del programa de una manera razonable y planificada.

2. Foco en el Comportamiento

La programación basada en comportamientos

La Programación Basada en Comportamientos (PBC) es un proceso estratégico usado para identificar, promover y facilitar a las personas que llevan a cabo los comportamientos que:

- tienen una repercusión positiva significativa sobre un problema de interés, y
- son factibles de lograr, de manera que la mayoría de las personas en el área del programa están dispuestas y son capaces de hacer los cambios.

Los principales objetivos conductuales relacionados con la higiene que ayudan a reducir la prevalencia de enfermedades diarreicas son: el lavado adecuado de manos en los momentos claves, el desecho adecuado de las heces, el uso de agua potable y la buena higiene alimentaria. Sin embargo, la manera en que cada individuo y cada familia se comportan para alcanzar estos objetivos puede variar (según se describe más adelante).

El proceso de PBC ayuda a explorar los factores que determinan los comportamientos actuales y luego "prueba" los mejores comportamientos posibles (comportamientos que favorecen una mejor salud) para producir así un menú de comportamientos factibles que tienen un efecto sanitario y una serie de estrategias que motivarán y facilitarán estos comportamientos.

Las acciones programáticas para motivar a las personas y facilitar mejores comportamientos pueden incluir comunicación estratégica, acción comunitaria o colectiva, capacitación, mejor prestación de servicios, nuevos o mejores productos, tecnologías e infraestructuras y cambio de políticas. Este es el mismo tipo de actividades que se usan en cualquier enfoque de programación en salud.

Lo que es diferente acerca de la PBC es que aborda cada problema de salud a través de un lente de comportamiento para luego definir y promover los comportamientos claves. Este enfoque impide que los planificadores promuevan ideas preconcebidas al proporcionar un método lógico, disciplinado y consultivo que ayuda a seleccionar las acciones estratégicas claves para lograr los comportamientos necesarios para obtener cierto estado de salud.

En el pasado, algunos programas introdujeron nuevos servicios o tecnologías para abordar un problema de salud. Por ejemplo, se construyeron letrinas o se establecieron fuentes públicas de agua con un apoyo mínimo para promover su uso apropiado. En tales casos, se hace evidente que es de vital importancia educar en el uso de las

tecnologías o los servicios para lograr el máximo beneficio de salud posible para cada tecnología. Sin embargo, agregar un componente educacional no necesariamente asegura que la estrategia para abordar el problema de salud sea correcta, ni tampoco la educación acerca de una intervención tecnológica asegura su uso.

En Ecuador y Jamaica, el apoyo de EHP facilitó nuevas tecnologías (mejores envases de almacenamiento de agua y letrinas/baños apropiados, respectivamente), pero los proyectos recalcaron el cambio de comportamiento, utilizando las tecnologías como parte de la estrategia para hacerlo. Estas intervenciones tuvieron éxito, resultando en una reducción notable del riesgo del cólera y otras enfermedades diarreicas (ver Whiteford, Laspina y Torres; y Daane, Cordero y Pérez).

El primer paso de la PBC consiste en examinar la epidemiología del problema de salud. El equipo del proyecto identifica luego los comportamientos que son más factibles de reducir o resolver el problema en ese contexto particular. La clave de la estrategia es apoyar estos comportamientos.

Un comportamiento se considera "factible" si las acciones del programa, la comunidad o la familia están motivadas y existe un mecanismo de apoyo para eliminar o reducir las barreras entre el comportamiento actual y el "mejor". Estas barreras (a veces llamadas "resistencias") pueden ser internas—como una falta de concientización, de motivación, de creencias positivas y percepciones y una falta de control, o externas—como falta de dinero, de tiempo, de acceso a los productos o tecnologías clave, de apoyo familiar o comunitario, o de los servicios claves del programa.

Los programas que no hacen énfasis en el comportamiento desde el comienzo, pueden terminar realizando intervenciones que son poco utilizadas y teniendo una repercusión menor que la esperada. Esto se demuestra por el hecho de que muchas evaluaciones de programas muestran un aumento notable en el conocimiento y las actitudes, pero poco o ningún cambio en el comportamiento. En cambio, el enfocarse en el comportamiento (o el elemento "P" del Conocimiento, Actitudes, Práctica (CAP)) desde el comienzo debería ayudar a que esto no suceda.

¿Cómo cambia el comportamiento?

Los comportamientos pueden cambiar por muchas razones. En general, los factores que determinan los comportamientos pueden clasificarse como factores determinantes **internos** o **externos**. En otras palabras, los factores que influyen un comportamiento actual o uno nuevo (cambiado) pueden venir desde el interior de una persona (interno) o desde el ambiente (externo). Una persona que percibe que el uso de letrinas es esencial para la salud de su familia tendrá mayor probabilidad de usar una letrina. Sus sentimientos son un factor determinante interno. Otra persona puede eliminar sistemáticamente las heces de sus niños pequeños en una letrina porque su esposo le dijo que lo hiciera y el trabajador de salud comunitario local le mostró cómo, o quizás porque todas las otras madres en su comunidad lo hacen. La lección del trabajador de salud o el hecho de que otras madres lleven a cabo esta acción se consideran factores determinantes externos.

El siguiente cuadro enumera los factores determinantes más comunes de los comportamientos de salud. (Estos no son específicos para los comportamientos de higiene exclusivamente).

FACTORES DETERMINANTES EXTERNOS	
Nivel socioeconómico	Dinero para comprar los productos esenciales, pagar los servicios, pagar el transporte Alfabetismo y educación
Problemas del entorno	Tiempo para realizar un nuevo comportamiento Acceso a la tecnología esencial (por ejemplo, jabón, mosquiteros, cápsulas de vitamina A, pastillas de hierro, anticonceptivos, etc.) u otros recursos esenciales Calidad de algunas tecnologías (por ejemplo, condones que se rompen, letrinas que se llenan de agua) Estilo de atención del personal de salud (grado de cuidado, amabilidad y competencia) Capacidad del personal de salud para cambiar las prácticas o procedimientos como resultado de los problemas del sistema tales como falta de interés y estímulo para la orientación de los usuarios, financiamiento o normas técnicas apropiadas
Epidemiología	Grado en que la epidemiología local del problema le permite al programa abordarlo de manera eficaz sin financiamiento extraordinario y/o comportamientos nuevos demasiado complejos en todos los niveles
Acceso a los servicios y tecnologías	Disponibilidad de agua, letrinas, jabón y otros productos de higiene esenciales y tecnologías apropiadas Acceso físico, incluyendo distancia a los servicios, disponibilidad del transporte público para llegar a los servicios y condición de los caminos para alcanzar los servicios a lo largo del año Días y horarios de atención Disponibilidad del personal de salud, medicamentos/vacunas, sangre, insumos médicos y equipo Calidad del servicio comparado con las “mejores prácticas” Grado en el cual las normas de servicio y el comportamiento de los proveedores se acomodan a las creencias culturales y percepciones locales, y/o las preferencias de los clientes Cómo tratan los proveedores a los clientes, variando de la amabilidad e inquietud, a la humillación y el abuso público
Políticas actuales	Política actual (por ejemplo, tributación, costos de los servicios, que proveedores pueden realizar servicios específicos)
Normas culturales	Normas culturales con respecto a la independencia/dependencia de la persona que necesita llevar a cabo el nuevo comportamiento De que manera se adecua el nuevo comportamiento a las creencias culturales y los valores locales
Habilidades	Aptitudes y confianza en si misma de la persona que necesita cambiar de comportamiento Dificultad para realizar un nuevo comportamiento (grado de habilidad y/o barreras ambientales y culturales) Facilidad/dificultad de las personas para recordar qué hacer y cuándo (por ejemplo, fecha de la próxima vacunación, signos de peligro de la madre o el niño, cuándo lavarse las manos)

FACTORES DETERMINANTES INTERNOS	
Intención	Conciencia sobre el problema y/o de la factibilidad de hacer algo al respecto
Emoción	Percepción de si uno debe o puede hacer algo (incluyendo fatalismo secundario a creencia en el destino, en el deseo de Dios, en maldiciones, etc.)
Conocimiento práctico	Conocimiento de qué hacer y/o el conocimiento y aptitudes de cómo hacer algo nuevo
Percepción de los riesgos	Temor acerca de posibles malas consecuencias/percepción de que el nuevo comportamiento puede conducir al daño físico o psicológico (por ejemplo, temor de crítica o castigo, o creencia de que una vacuna o medicina tendrá graves efectos colaterales tales como esterilización)
Percepción de las consecuencias	Motivación para emprender el nuevo comportamiento relacionado con la creencia de sus beneficios
Percepción de las normas	Percepción del grado en que un nuevo comportamiento es la norma del grupo
Auto eficacia	Nivel de confianza en la propia capacidad de cambiar el comportamiento

Para apoyar el cambio de comportamiento, los planificadores deben conocer y abordar los factores determinantes internos y externos. Por ejemplo, para promover que un niño use una letrina puede ser necesario ayudar a reducir el temor del niño a caer en el hoyo o de ser mordido por un insecto o un bicho.

Cambio de comportamientos mitos y realidades	
<i>Mitos</i>	<i>Realidades</i>
El cambio de comportamientos tarda mucho tiempo.	El cambio de comportamiento puede producirse muy rápidamente.
Una vez que las personas han adoptado un "mejor" comportamiento, seguirán haciéndolo.	La mayoría de los comportamientos tienen que reforzarse y mantenerse en el tiempo, al menos hasta que se conviertan en normas sociales. Mantener el comportamiento, particularmente después de que los insumos significativos del programa han concluido, es el mayor desafío de los programas.
Una vez que las personas saben qué es lo correcto se comportan correctamente.	El conocimiento solo rara vez es suficiente para cambiar el comportamiento; también deben abordarse la motivación y los factores que facilitan el cambio.
Cuando las personas comprenden que los microbios causan diarrea, se lavan las manos.	Las personas tienen más probabilidad de lavarse las manos cuando lo perciben como socialmente aconsejable o por muchas otras razones.
Se necesita un "profesional" para enseñar un cambio de comportamiento.	Los trabajadores comunitarios bien capacitados son a menudo los mejores promotores de cambios de comportamiento.

Al pensar el conocimiento como un factor determinante de la conducta (o la falta de conocimiento como una barrera para el cambio), es importante reconocer que hay dos tipos de conocimientos. El primero, práctico o logístico, es esencial para adaptar nuevos comportamientos. Las personas deben saber cómo, cuándo y dónde comportarse correctamente. El segundo tipo de conocimiento - una explicación científica de las

razones por las cuales los comportamientos son importantes – no es quizás esencial para lograr un cambio de comportamiento. Es posible que diversas creencias y percepciones y no el deseo de prevenir la diarrea al eliminar los microbios, sean los que motiven el lavado de manos u otros comportamientos aconsejables. (Ver la discusión sobre la motivación al cambio en el capítulo 7.) Por consiguiente, no tiene sentido pedirles a las personas que acepten las últimas explicaciones científicas del mundo en lugar de sus propios conceptos que se han desarrollado con el transcurso del tiempo.

El conocimiento por sí solo no es suficiente

Según se indica anteriormente, el que las personas sepan lo que deben hacer y por qué, no significa que lo hagan. Por ejemplo, prácticamente todos aquellos que fuman o practican sexo sin protección saben que estos comportamientos son potencialmente perjudiciales, pero claramente su comportamiento no coincide con su conocimiento.

Es por esto que la Programación Basada en Comportamientos se centra en los comportamientos, usando un proceso consultivo para comprender las razones del comportamiento actual y para determinar qué información y qué apoyo se necesitan para promover un mejor comportamiento. Por ejemplo:

- En un determinado entorno donde se desea reducir la incidencia de enfermedad diarreica, la investigación puede mostrar que las madres están dispuestas a clorar el agua pero que les cuesta determinar cuánto cloro deben usar en los recipientes donde almacenan el agua. Para tratar esta necesidad, el programa puede centrarse en ayudar a las madres a que recuerden las cantidades que deben usarse (por ejemplo, usando materiales impresos o canciones).
- Si los padres dicen que los niños no usan las letrinas por el temor a caer en ellas, se puede promover la construcción de asientos especiales para niños que disminuyen la abertura, y proporcionar educación y motivación para su uso.
- Las personas pueden saber que deben lavarse las manos, saber cómo y quizá hasta deseen hacerlo, pero carecen de jabón o de agua. También pueden tener conocimiento y acceso a agua y jabón pero aún así no se lavan las manos debido a la falta de tiempo o a la falta de una razón imperiosa (motivación) para hacerlo. Estas son las "barreras" que deben identificarse y superarse para que las personas puedan emprender un cambio en el comportamiento. El suministro de información es necesario para superar las barreras, pero otras acciones también pueden ser necesarias.

Generalidades del enfoque

La Programación Basada en Comportamientos es un proceso lógico que depende del insumo crucial de las familias, las comunidades y otros grupos participantes durante toda la planificación y ejecución. El proceso toma una actitud de aprendizaje abierto hacia el cambio en los comportamientos relacionados con la higiene. Esta actitud se manifiesta mediante las "consultas" regulares con familias y comunidades durante la investigación formativa, la planificación y la implementación, y evitando preconceptos acerca de lo que está sucediendo en una comunidad en particular.

El proceso

- Evalúa los comportamientos actuales relacionados con el/los problemas de interés.
- Identifica las barreras y factores favorables para mejorar.

- Descubre motivaciones.
- Identifica los comportamientos factibles para el cambio.
- Incluye a los individuos, las familias, las comunidades, las instituciones y los responsables de la política en el desarrollo y ejecución de estrategias eficaces para el cambio.

A continuación se encuentran los pasos usados para desarrollar recomendaciones de programas y las estrategias para apoyarlos.

Pasos para formular las recomendaciones de un programa	Cómo hacer cada paso	Cuándo hacer cada paso
1. Seleccione los comportamientos ideales.	Decida qué comportamientos ideales (prácticas esenciales de higiene) va a promover.	Durante la concepción del programa
2. Nombre las acciones esenciales para cada comportamiento ideal.	Separe cada comportamiento ideal en acciones esenciales (sub-comportamientos).	Durante la concepción del programa
3. Identifique las limitaciones para llevar a cabo las acciones esenciales.	Sepa cuáles son las prácticas actuales y qué sub-comportamientos son los menos practicados y por qué.	Durante el análisis de situación y la investigación formativa
4. Pruebe soluciones posibles a los problemas.	Utilice las Pruebas de Prácticas Mejoradas (PPM) para ver lo que las personas están dispuestas a tratar y lo que pueden hacer, y lo que influencia a la mayoría de ellos de manera positiva y negativa.	Durante la investigación formativa
5. Seleccione las soluciones que tendrán un efecto sanitario y que son factibles.	Revise los resultados de las PPM como la base para definir las prácticas esenciales de higiene y los sub-comportamientos que va a promover y como los va a apoyar.	Durante el desarrollo de la estrategia

Al final de la etapa de planificación, los planificadores deben conocer exactamente qué comportamientos va a promover el programa y cómo. Las siguientes explicaciones describen cada uno de los pasos enumerados más arriba. En los próximos capítulos encontrará detalles sustanciales para cada paso.

- 1. Seleccione las prácticas esenciales de higiene que su programa se propone promover.** Estos son los COMPORTAMIENTOS IDEALES o los objetivos conductuales, que necesitan desglosarse todavía más. Esta guía dará detalles sólo de las prácticas esenciales de higiene. Otras prácticas familiares esenciales (por ejemplo, lactancia materna, alimentación complementaria e inmunización antisarampionosa) que contribuyen a la prevención de la diarrea no serán tratadas en detalle en esta guía.

El objetivo del programa "Prevenir la Enfermedad diarreica" puede desglosarse en las siguientes prácticas esenciales relacionadas con la higiene y los siguientes sub-comportamientos.

Prácticas esenciales de higiene

Prácticas ideales (para las familias)	Acciones esenciales (sub-comportamientos)	Comentarios
<p>Consuma siempre agua potable (manejo de agua, almacenamiento y tratamiento)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trate toda agua que se use para beber y cocinar mediante la cloración, filtración, hervor o desinfección solar para reducir los agentes patógenos (excepto cuando proviene de una fuente segura confirmada). • Cubra siempre los envases de almacenamiento de agua o use envases de cuello estrecho. • Saque agua del grifo o con un utensilio limpio, como un cucharón. • Coloque el envase en un lugar donde los niños pequeños no pueden entrar. • Use siempre un vaso diferente o cucharón (limpio) para transferir el agua para beber (o use un envase que tenga un grifo). • No deje que nadie ponga sus manos en el recipiente con agua potable, especialmente los niños. • Limpie el envase de almacenamiento de agua con jabón dos veces por semana. 	<ul style="list-style-type: none"> • La cloración en el hogar puede ser eficaz, pero es necesario asegurarse que la familia esté agregando la cantidad correcta de cloro, para ello, los programas deben proporcionar el cloro y un envase modelo de almacenamiento de agua. Alternativamente, deberá proporcionar orientación individualizada sobre las cantidades correctas de cloro que debe usar cada familia según sus envases. • Es importante comprobar que los vendedores no estén diluyendo el cloro que venden. • Para que los filtros sean eficaces las familias deben limpiarlos y reemplazarlos. • La ebullición rara vez es factible debido al costo del combustible y al tiempo requerido. • Desinfección solar es fiable cuando se hace de manera correcta (ver Mintz et al.).
<p>Elimine siempre las heces de manera segura, especialmente en los niños menores de 36 meses de edad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Haga siempre que los niños pequeños usen una bacinilla, pañales lavables o pañales desechables. • Elimine siempre las heces en una letrina sanitaria o inodoro. • Lave siempre los pañales lavables con jabón y asegure que las aguas residuales del lavado vayan a un establecimiento de saneamiento. • Deposite sistemáticamente los pañales desechables en los envases de basura cubiertos que forman parte de un sistema de eliminación de residuos sólidos que mantiene los pañales fuera del entorno del hogar y de la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es posible que ninguna de estas opciones sean aceptadas o factibles para algunas familias. En este caso, un mejor comportamiento sería que la madre recoja de inmediato las heces de los niños y las elimine en una letrina. • Se puede sugerir que las familias sin acceso a una letrina depositen las heces en un hoyo en la tierra que se cubra con frecuencia; pero la solución a largo plazo debe ser el facilitarles una letrina sanitaria o inodoro. • El tipo y las características de la letrina –así como cómo y quién la usa y cómo se mantiene– son críticos para evitar problemas como: la inundación, la hediondez, los insectos y los bichos, la falta de luz o la privacidad que impiden, por ejemplo, su uso uniforme.
<p>Lávese las manos con jabón (u otros agentes eficaces de limpieza) en los momentos críticos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Use siempre la técnica de lavado de manos correcta: frote al menos tres veces, especialmente los dedos; use un agente de limpieza; use agua corriente de ser posible; seque al aire libre o limpie con una toalla limpia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Una actitud de apoyo crítica puede consistir en establecer un área de lavado de manos con agua, un agente de limpieza y un drenaje adecuado.

	<ul style="list-style-type: none"> • Lávese siempre en los momentos críticos, es decir, después de ir al baño, de tocar las heces y antes de comer, dar de comer o cocinar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando hay escasez de agua, puede ser útil tener la tecnología simple denominada Tippy Tap (ver página 106). • En orden de preferencia los agentes de limpieza son: jabón comercial, jabón casero, cenizas, arena limpia, y finalmente las plantas locales. • Dado que no se puede esperar que las madres se laven las manos 20 o más veces al día, los programas deben observar cuidadosamente a las familias antes de formular las recomendaciones. Quizá sea necesario convencerlas de que se laven de manera adecuada luego de defecar y luego de a poco ir agregando otros momentos críticos para el lavado.
<p>Prepare y almacene los alimentos con seguridad (este comportamiento no se recalca en este manual, pero quizá sea importante a nivel local).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pele o lave siempre los alimentos frescos antes de comer. • Caliente o recaliente siempre los alimentos a alta temperatura justo antes de comer. • Lave la superficie donde cocina con jabón y agua. • Nunca consuma productos de origen animal que no hayan sido almacenados o preparados como es debido para el consumo. • Mantenga las moscas lejos de los alimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • La falta de tiempo, combustible, agua o jabón, o el hecho de que la gente come fuera del hogar, pueden ser barreras importantes para estos comportamientos protectores.

Los comportamientos ideales serán similares a las recomendaciones encontradas en “La lista sobre prácticas familiares clave” del AIEPI Comunitario, “Las Normas para Evaluar el Mejoramiento de Higiene a los Niveles del Hogar y la Comunidad” de EHP o “Los Hechos para la Vida” de UNICEF.

2. Divida cada comportamiento ideal en ACCIONES ESENCIALES o sub-comportamientos.

Por ejemplo, para “lávese las manos con jabón en los momentos críticos,” los sub-comportamientos en los momentos clave pueden ser:

- Obtener agua y jabón u otro agente de limpieza.
- Establecer un lugar conveniente y apropiado para el lavado de manos de la familia.
- Lavarse las manos en los momentos críticos usando jabón u otro agente de limpieza y agua.
- Frotar las manos, especialmente los dedos, al menos tres veces.
- Enjuagarse las manos.
- Secar las manos al aire libre o secarlas con una toalla limpia.

Acciones esenciales de higiene y sub-comportamientos tales como fueron definidas en el proyecto de Hato Mayor, República Dominicana

- Beba agua segura (tratada y protegida). Agregue la cantidad correcta de cloro al agua que vaya a beber. Saque el agua del envase de una manera que no se contamine o use un envase con grifo. Mantenga el envase cubierto. Lave el envase cada tres días con detergente y un paño blando.
- Enseñe a todos niños de más de tres años cómo usar una letrina correctamente. Acompáñelos a la letrina hasta que se sientan seguros.
- Todos los miembros de la familia, excepto los niños menores de 3 años de edad, deben usar la letrina, día y noche. Ponga una letrina al alcance y mantenga el camino hacia la letrina limpio, seco, y accesible.
- Los niños menores de 3 años de edad usan una bacinilla. La madre elimina la materia fecal en una letrina. Lava correctamente la bacinilla. Le enseña al niño a saber cuándo necesita ir al baño y a que use la bacinilla para esa finalidad. Limpia al niño usando el papel higiénico.
- Todos los miembros de la familia se lavan las manos. Usan agua y jabón y se secan las manos con una tela limpia. Hacen esto después de defecar y usar la letrina y antes de comer. Los padres se aseguran de que sus hijos se laven las manos o les ayuden a hacerlo.
- Las madres se lavan las manos con jabón y agua después de limpiar al bebé, después de cambiar el pañal del bebé y antes de preparar o servir alimentos. Las madres se lavan las manos con jabón y agua y las secan con una tela limpia.
- Las familias que carecen de un lavadero consiguen uno. El lavadero tiene un jarro con agua limpia, una cuenca, jabón y una toalla o tela limpia colgando de un gancho.
- Limpiar la letrina con detergente semanalmente. Limpie el camino de la letrina según sea necesario. Agregue periódicamente la cal a las letrinas de abono compuesto.

Adaptado del informe de actividades de EHP 120, "El cambio de comportamientos de higiene a través de la combinación agua y saneamiento: Vigilando el progreso en Hato Mayor, República Dominicana," página 28.

3. Descubra las brechas entre los comportamientos actuales y las personas que llevan a cabo las acciones esenciales.

- Revise la información existente sobre las prácticas actuales en investigaciones y programas previos.
- Recopile nueva información sobre las prácticas actuales a través de los grupos participantes en el área del programa.

La identificación de las brechas específicas y su enfoque permite a los planificadores del programa tratar la necesidad de mejoras específicas. Por ejemplo, las madres que se enjuagan las manos con agua y se frotan las mismas después de limpiar a un niño que ha defecado, pero que no usan un agente de limpieza para lavarse las manos, presentan un conjunto particular de desafíos. Las madres que ni siquiera se enjuagan las manos después de limpiar a un niño deben abordarse de un modo distinto.

4. Para cada brecha descubierta, identifique y pruebe POSIBLES SOLUCIONES.

Por ejemplo, para abordar el problema de las madres que no usan jabón para lavarse las manos después de limpiar a un niño que ha defecado, el personal del programa puede trabajar con las madres para comprender la accesibilidad, aceptación y disponibilidad de las mismas hacia los diversos agentes limpiadores (jabón comercial, jabón casero, cenizas, arena, barro o ciertas plantas).

En un contexto particular, el personal del programa y las madres pueden preferir el jabón para lavar las manos, pero algunas o la mayoría de las familias quizás no puedan pagarlo. En cambio, estas familias pueden aceptar la ceniza como una opción. En otro entorno, quizá sea posible trabajar con las tiendas locales para abastecerlas de jabones más económicos o, si los miembros de la comunidad tienen aptitudes para administrar y cuentan con el apoyo constante de una organización externa, pueden establecer un fondo rotatorio comunitario para este fin.

Es esencial que la definición de soluciones factibles se haga con base en la consulta con los afiliados al programa. Después de todo, la mayoría de las personas se comportan de cierta manera por razones que ellos comprenden y aceptan. Por consiguiente, que le digan a uno que otro comportamiento es mejor, o aun ideal, a menudo no es particularmente significativo o útil.

El probar las soluciones con grupos participantes en pruebas de prácticas mejoradas (PPM) ayuda a los planificadores del programa a que comprendan cuáles son las soluciones más factibles. Nuevamente, las soluciones factibles son aquellas donde la mayoría de las personas están dispuestas y son capaces de tomar medidas en sus situaciones reales, cuando el programa motiva estas acciones de manera eficaz.

5. Los comportamientos y las acciones esenciales que lograrán un cambio en el problema de salud y que son las que las personas están dispuestas a realizar y son capaces de hacer se convierten en las RECOMENDACIONES del PROGRAMA.

Los expertos técnicos pueden determinar las mejores maneras de resolver un problema de salud basándose en la epidemiología de las enfermedades y la bibliografía científica local. Sin embargo, la ayuda de los grupos participantes durante la investigación es necesaria para determinar qué comportamientos son realmente factibles. (Esta guía usa el término "grupo participante" en lugar de "grupo blanco" o "segmento de la audiencia" para recalcar que las personas no son los adjudicatarios pasivos sino participantes activos en la definición e implementación de las actividades del programa). Por consiguiente, es necesaria una asociación fuerte para determinar las recomendaciones más eficaces de los programas.

Las estrategias de cambio del comportamiento están diseñadas para cada grupo participante. Los planificadores del programa usan la información acerca de las barreras, motivaciones y apoyos para cada comportamiento factible para seleccionar los conjuntos de actividades que directamente afectarán a los comportamientos factibles. Al hacer esto, deben considerar la amplia gama de actividades que directamente repercutirán en estos comportamientos. Mientras que todas las actividades del programa (o comunidad) se clasifican dentro del Marco de Mejoramiento de Higiene (MMH), en PBC no se categorizan bajo los títulos de MMH sino definiendo las principales acciones del programa tales como: comunicaciones precisas, acciones comunitarias (o colectivas), capacitación, mejor prestación de servicios, nuevos o mejores productos o tecnologías, e infraestructura y cambio de políticas. (Ver capítulo 7 sobre formulación de estrategias.)

¿Todos tienen que comportarse de la misma manera?

Como se indicó anteriormente, los programas no deben esperar que todos se comporten de la misma manera. Por lo tanto, si bien todos deben tener las manos limpias antes de manipular los alimentos y después del contacto con las heces, la manera en que esto se hace puede variar debido a las preferencias personales, las influencias sociales y otros factores. En muchos casos, verdaderas limitaciones tales como la pobreza y el acceso limitado al agua o tecnologías clave hacen que algunas familias no puedan moverse tan fácilmente hacia los comportamientos ideales como otras, a menos que el programa facilite el acceso a las tecnologías o mejore su bienestar económico. El reto último del programa es apoyar a cada familia a que se acerque lo más posible hacia las prácticas más adecuadas y más seguras. Al considerar cuáles son las recomendaciones del programa que deben recalcar, es útil organizar las mismas en un proceso continuo de “menos aconsejable a más aconsejable”.

Enjuagarse las manos sólo con agua sin frotarlas bien	Enjuagarse las manos con agua y frotarlas vigorosamente	Lavarse las manos con agua, un agente de limpieza localmente disponible y frotarlas vigorosamente	Lavar las manos con agua, jabón y frotarlas vigorosamente
---	---	---	---

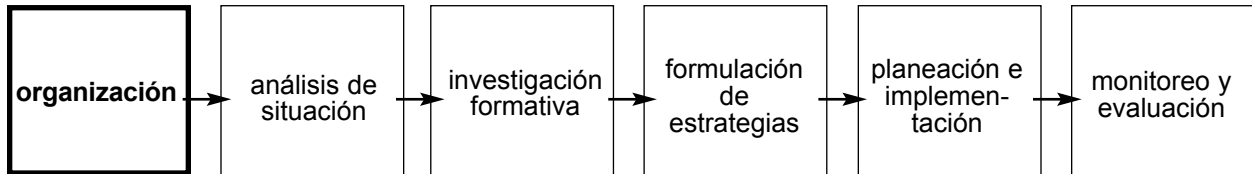
← *No útil* *Algo útil* *Más útil* *Ideal* →

El programa puede, a través de los medios masivos de comunicación, promover la práctica ideal y los sub-comportamientos que son factibles para, al menos, parte de la población. Sin embargo, la negociación del mejoramiento más factible para esa persona o familia debe hacerse mediante la orientación individualizada. Con el transcurso del tiempo, la orientación puede seguir moviendo a la persona o la familia "en la dirección deseada" hasta alcanzar la situación ideal. Desde luego, la negociación de los cambios de comportamiento que **no** tendrán ningún efecto sanitario no debe intentarse.

Programación Basada en Comportamientos (PBC)

- La PBC comienza con un examen minucioso de la información y las lecciones existentes, y continúa con la investigación formativa que sirve para comprender las prácticas actuales y sus factores determinantes, las prácticas factibles, las barreras y los soportes.
- La estrategia es integral (usa todo el Marco de Mejoramiento de la Higiene), centrándose en las acciones que han sido probadas con y parcialmente diseñadas por la comunidad para abordar las "resistencias" y los obstáculos.
- Los conceptos se prueban basándose en las motivaciones reveladas en la investigación formativa inicial.
- Se prueba la factibilidad de los comportamientos mediante las Pruebas de Prácticas Mejoradas (PPM). Cuando es posible, con determinadas familias, se ofrecen y se negocian comportamientos alternativos.
- Se realizan actividades integrales para lograr cambios en el comportamiento, porque se entiende que la comunicación sola rara vez es suficiente para efectuar un cambio real.
- Se crean materiales sobre la base de una buena comprensión del modo de vida, los comportamientos, el capital, las motivaciones y las barreras de las audiencias. De ser posible, las comunidades podrán opinar directamente sobre los caracteres y los iconos usados y el contexto visual de los materiales.
- Los datos de la investigación de línea basal se recopilan después de la investigación formativa y se basan en los comportamientos específicos y las principales barreras identificadas.
- Si hay un lanzamiento formal del programa, sirve para informar y motivar a todos los participantes y por lo tanto incluye actividades locales en la comunidad.
- Se realiza un seguimiento durante momentos claves de la implementación para evaluar y ajustar la misma según sea necesario.
- Se considera importante capacitar a los voluntarios comunitarios en la implementación y la negociación.
- Se realiza un monitoreo exhaustivo y centrado varias veces durante la ejecución y los resultados se usan para modificar las actividades del programa.
- La evaluación es un recurso potencialmente valioso para comprender el proceso de implementación y la repercusión de las acciones del programa sobre los comportamientos y sus factores determinantes.

3. Organización



Para comenzar el programa de la mejor manera, los organizadores del mismo pueden seguir estos pasos:

- 1) Establecer un grupo de trabajo
- 2) Identificar y comprometer a los socios
- 3) Reunirse con el grupo de trabajo y los socios para esclarecer funciones y expectativas
- 4) Ponerse de acuerdo sobre un plan de acción y un cronograma de actividades

Lo antes posible en la vida de un proyecto o programa, la/s organización/es que emprenden el esfuerzo deben establecer claramente las bases para la organización del proyecto.

- ¿Con qué financiamiento y con qué personal contribuye cada organización?
- ¿Cómo se va a definir y a asegurar en el tiempo el compromiso de la organización (en particular en el caso de recambio de personal)?
- ¿Si existen varios socios, cómo se comunicarán entre sí y como se dividirán las tareas?
- ¿Con qué frecuencia se reunirán?
- ¿Qué recursos comprometerán para el proyecto?
- ¿Cuál es el marco legal y de organización que guiará su participación en el proyecto? Esto es especialmente importante para los ministerios del gobierno con muchos niveles de jurisdicción, los cuales necesitan un mandato claro de sus superiores para poder dedicar cualquier recurso al proyecto.

Tales problemas deben resolverse al menos tentativamente antes de que el grupo de trabajo se establezca, para que el compromiso del mismo se base en un compromiso institucional en lugar de un compromiso exclusivo de individuos.

Establezca un equipo de trabajo

Excepto en los proyectos más pequeños, es generalmente aconsejable designar un equipo de trabajo ya que la administración de la planificación de la promoción de higiene y las actividades son más de lo que una persona sola puede manejar en forma adecuada. En lo posible, uno o más miembros del equipo deben tener aptitudes y experiencia en:

- salud ambiental
- salud del niño
- investigación y análisis cualitativo y cuantitativo
- diseño de programas y estrategias
- desarrollo de comunicaciones/material
- capacitación
- monitoreo y evaluación
- gestión y administración de programas

A seguir es un ejemplo de una matriz de destrezas de los miembros del equipo

Habilidades del equipo							
Miembros del equipo	Gerencia de programas	Finanzas	Investigación	Comunicación	Capacitación	Evaluación	Otros
Juan González	X	X			X	X	
Gloria Sánchez	X	X			X	X	
Alicia Mayorga		X					
Rafael Sáenz			X	X		X	
Juan Tejada			X	X		X	
Miguel Torres	X			X			

Reúnase con los miembros del equipo de trabajo para:

- Tratar y decidir las responsabilidades de cada miembro del equipo
- Tratar el problema (enfermedad diarreica) a abordarse y el proceso propuesto
- Determinar cómo se organizará el equipo y cómo se tomarán las decisiones
- Acordar el compromiso de tiempo con esta actividad de cada miembro del equipo

Identifique y comprometa a los socios

Identifique y reúna con organizaciones similares que podrían ayudar a tratar la enfermedad diarreica. Si bien la coordinación con diversos socios es más lenta que cuando se trabaja solo, también tiene muchas ventajas. Los socios traen una variedad de aptitudes y recursos, pueden llegar a diferentes grupos en una comunidad, y hacen que el programa sea más sustentable. Los dos momentos claves para informar a los socios y solicitar sus ideas y colaboración son: el comienzo de la fase de planificación y en el momento de la formulación de estrategias. Posibles socios incluyen:

- Ministerios del gobierno (ministerio de salud, de aguas públicas, de planeamiento, etc.)
- Organizaciones voluntarias privadas (OVP) y organizaciones no gubernamentales (ONGs)
- Organizaciones comunitarias
- Instituciones académicas
- Organizaciones religiosas
- Organismos y donantes internacionales (por ejemplo, UNICEF, OMS)
- Grupos de servicio (por ejemplo, Rotary Club)
- Fundaciones y fideicomisos
- Asociaciones nacionales e internacionales
- Medios de comunicación
- Industria privada
- Otros grupos que han trabajado para disminuir la enfermedad diarreica

La participación del gobierno puede proporcionar confianza y fortalecer la implementación al ofrecer acceso a los recursos del gobierno y al promover el proyecto a través de las redes de salud pública ya existentes. El sector comercial privado tiene con frecuencia la capacidad para proporcionar productos necesarios, un sistema de distribución y la comercialización eficaz mediante la publicidad.

Reúna con el equipo de trabajo y los socios

Reúna al equipo de trabajo y a los socios para presentar los planes para la nueva actividad. Durante esta primera reunión se puede:

- Revisar la información existente sobre la enfermedad diarreica y las prácticas actuales en el área del proyecto.
- Discutir los planes para la investigación consultiva para completar cualquier brecha en el conocimiento e ir más allá en todas las áreas.

- Averiguar acerca del interés de los socios en participar en la investigación, la formulación de estrategias y la implementación.
- Describir la organización del equipo de trabajo y las responsabilidades de cada miembro.
- Determinar cómo se tomarán las decisiones y cómo y cuándo se incluirán a los socios.
- Tratar con qué frecuencia, de qué manera y cómo les gustaría a los socios recibir las actualizaciones.

Considere estas ideas para mejorar la relación con los socios:

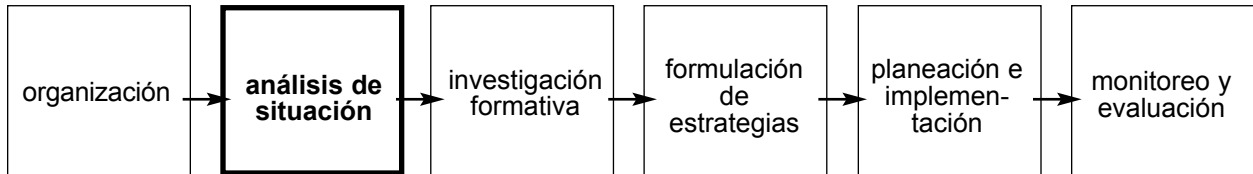
- infórmeles de los avances de manera periódica
- estimule la retroalimentación y las sugerencias
- sea claro en las comunicaciones para evitar malentendidos
- evite muchos encuentros, mucha información y expectativas poco realistas
- anticipe un re-direccionamiento: esté dispuesto a ir a donde lo lleve el camino.

Póngase de acuerdo sobre un plan de acción y un cronograma de actividades

El equipo de trabajo debe elaborar un plan de acción general y un cronograma de actividades incluyendo las principales fases previstas y cuándo se harán y presentarlo para discutirlo con los socios principales. Este plan tendrá más detalles sobre investigación formativa y planificación que sobre las actividades de implementación, ya que éstas no deben planificarse hasta no disponer de los resultados de la investigación y la consulta a los “interesados directos”.

Partes de este capítulo han sido adaptados de CDCynergy, CDC (Centro de Control de Enfermedades).

4. Análisis de Situación



Cuando diseñan un programa nuevo, intentan mejorar un programa ya existente, o agregan cambios de comportamientos a una actividad ya existente, los planificadores deben comenzar por examinar lo que ya se conoce y lo que ya se ha hecho en el área del proyecto. Es probable que exista una variedad de información sobre el mejoramiento de la higiene basada en encuestas pasadas, informes, y expertos en el campo. Use una amplia gama de fuentes para conseguir la información necesaria para tomar decisiones sobre los próximos pasos. Esta revisión puede proporcionar información clave para la planificación, reducir la cantidad de nuevos trabajos de investigación y ayudar a focalizar la investigación en temas aún no resueltos.

Las actividades relacionadas se resumen en la “Tabla de Actividades”. El producto de esta fase es un breve documento de base que:

- identifica los problemas clave de mejoramiento de higiene específicamente relacionados con la enfermedad diarreica, cuándo y donde ocurren, por qué ocurren y qué brechas de información existen;
- proporciona una base para comparar la nueva información que se recogerá durante las actividades del campo;
- hace las recomendaciones iniciales acerca del foco del programa y específicamente acerca del diseño y el análisis de la investigación.

Tabla de actividades para el análisis de situación	
Actividades preparatorias	
Defina los objetivos.	¿Para quién es el programa, qué trata de lograr, qué resultados se esperan?
Enumere las prácticas de higiene esenciales y los factores facilitadores.	Prácticas de higiene, lavado de manos, desecho de las heces, recolección y manejo del agua, uso y tratamiento del agua.
Identifique las fuentes de información.	Encuestas; estudios cualitativos y cuantitativos; datos nacionales y regionales; expertos locales; documentos del programa.
Actividades de implementación	
Obtenga y revise los materiales.	Revise documentos publicados o no que proporcionen información sobre el mejoramiento de la higiene relacionado con la enfermedad diarreica en las áreas del programa.
Realice entrevistas a informantes claves.	Realice charlas con personas que tienen un conocimiento especial sobre estos temas.
Actividades de análisis y documentación	
Resume los resultados.	Agrupe todo lo que se conoce sobre cada tema o pregunta.
Complete el cuadro de análisis de situación.	Anote qué se sabe acerca de las prácticas, los problemas, las motivaciones y las limitaciones en las columnas apropiadas.
Haga el análisis de brechas para las prácticas actuales.	Examine lo que se conoce sobre las prácticas actuales e identifique qué información adicional se necesita acerca de éstas.
Escriba un resumen.	Incluya resúmenes de la información existente, de las brechas identificadas en las hojas de trabajo y de las normas sobre los temas que la investigación consultiva debe abordar.

Según el tamaño y el alcance del programa y sus recursos, estas tareas deben tomar entre una y cuatro semanas.

Prepárese para la revisión

Defina el alcance del programa y los objetivos

Es importante a esta altura especificar los objetivos generales del programa por qué estos determinan los temas examinados y, por consiguiente, los documentos examinados y los individuos que deben entrevistarse. Los objetivos del programa pueden reflejar limitaciones políticas y de financiamiento así como las prioridades de salud pública, de manera que, por ejemplo, pueden incluir o no el manejo de casos de diarrea o la mejora de las prácticas de higiene alimentaria. Considere las siguientes preguntas y ejemplos al desarrollar o aclarar los objetivos:

¿A quién llegará el programa?

Para el mejoramiento de la higiene, los niños pequeños y sus cuidadores son los beneficiarios principales. La prevención de la enfermedad diarreica se dirige generalmente a las familias de bajos ingresos.

¿Qué temas o prácticas serán el foco del programa?

El foco estará en las prácticas esenciales de higiene y sus sub-comportamientos asociados; sin embargo, para facilitar comportamientos mejorados, se necesita varios tipos de apoyo del programa.

¿A dónde va a operar el programa?

Esto está relacionado con la pregunta a quién y generalmente se define geográficamente según las necesidades de salud pública y el nivel socioeconómico.

¿En qué medida se abordarán las prácticas esenciales de higiene?

Si bien la respuesta a esta pregunta es una de las finalidades principales de la investigación, se puede a menudo decir algo en la etapa de planificación acerca de los tipos de acciones que probablemente estén dentro del alcance del programa. Por ejemplo:

- ¿Es el programa suficientemente amplio para manejar una variedad de actividades (por ejemplo, advocacy, desarrollo de productos, desarrollo de infraestructuras), o está principalmente centrado en la educación de la higiene?
- ¿Se considerará la construcción de letrinas y la mejora de las fuentes de agua? ¿Está dispuesto y es capaz el programa de adoptar a aquellas comunidades con escaso acceso al agua necesaria para cubrir las necesidades familiares básicas?
- ¿Hay un cuadro existente de trabajadores de salud o voluntarios comunitarios que puedan ser adiestrados como promotores de higiene, y si no, está dispuesto el programa a crear y apoyar a este grupo?

Haga un listado de los temas pertinentes a ser revisados

El hacer una lista de temas le ayudará a clasificar la información y a asegurarse de que se identifiquen las fuentes para cada área temática. Algunos temas generales se enumeran aquí, y algunos temas más detallados se encuentran en otros documentos generados por el proyecto, que han sido incluidos en el CD ROM.

- Epidemiología de las enfermedades diarreicas
- Infraestructura de higiene
- Experiencias pasadas y actuales del programa
- Socios
- Canales posibles para las actividades
- Conceptos, prácticas, creencias, actitudes y percepciones relacionadas con la higiene
- Habilidades, conocimiento y actitudes del personal de salud
- Prácticas actuales
- Recursos locales

Temas más detallados se encuentran en el esquema del informe posteriormente en este capítulo.

Identifique las fuentes de información

Las fuentes de información sobre higiene y diarrea incluyen:

- Encuestas Demográficas y de Salud recientes.
- Estadísticas e informes del Ministerio de salud y de aguas sanitarias.
- Datos de OMS, UNICEF, USAID.
- ONG, OPV y otros grupos u organizaciones que han trabajado en las enfermedades diarreicas en el área del proyecto.
- Publicaciones y tesis de grado universitarias.
- Encuestas de salud infantil o de salud ambiental.

Las organizaciones internacionales y nacionales que apoyan la investigación en higiene pueden proporcionar informes relevantes o acceso a sus bibliotecas. Las Encuestas Demográficas y de Salud son una buena fuente de información demográfica actualizada y generalmente incluyen datos sobre las prácticas relacionadas con la higiene. Quizá se hayan realizado en algunos países encuestas de salud ambiental nacionales, o existan datos de higiene como parte de otras encuestas más grandes. Las encuestas regionales también pueden ser útiles. Los estudios cualitativos o ‘antropológicos’ pueden proporcionar información detallada sobre las prácticas de higiene e, idealmente, sobre sus factores determinantes.

Las fuentes de información sobre los servicios de salud, la infraestructura y los programas de agua, los programas de comunicaciones y los medios de comunicación pueden incluir:

- Investigación formativa o evaluaciones de otros programas de salud.
- Organizaciones privadas voluntarias, UNICEF y OMS, organizaciones bilaterales.
- Investigación de mercado y agencias de publicidad.
- Estaciones de radio y televisión y encuestas en medios de comunicación.
- Varias divisiones del Ministerio de Salud (en la zona geográfica del proyecto) y agencias de agua y saneamiento.
- Grupos que trabajan en los programas de educación informales y de adultos.

Revise la información existente

Obtenga y examine los materiales

Prepare una lista de los documentos a examinar y agregue otros documentos a esta lista a medida que se identifiquen. El conseguir las referencias completas y correctas desde el comienzo (es decir, título, autor, volumen, fecha, dónde se obtuvo el documento) ahorra tiempo. Una manera eficaz de expandir la búsqueda es mirar las referencias citadas en los documentos que se examinan. Se debe leer cada documento (o sus secciones pertinentes) y tomar nota de los puntos claves relacionados con el tema de interés.

Es útil registrar las notas sobre cada tema en hojas separadas para que estos puedan clasificarse y agruparse de diferentes maneras para el análisis. Esto es relevante si más de una persona realiza el examen. Revise las hojas de trabajo y el modelo de informe incluido en las secciones posteriores de este capítulo para darse una idea de cómo organizar las notas de la revisión del material.

Realice entrevistas a informantes claves

Entreviste a individuos conocedores de la materia para complementar y explicar la información recogida durante la revisión bibliográfica. Los informantes clave también pueden informar sobre el "conocimiento común"—es decir, temas y prácticas que no están escritas. Si el tiempo y los recursos son limitados, elija a cuatro individuos que sean expertos locales en salud ambiental y salud infantil.

Los tipos de individuos a entrevistar incluyen:

- Personal de salud ambiental del MINSA a nivel nacional y distrital.
- Personal de salud de las ONG, las organizaciones comunitarias o las organizaciones privadas.
- Especialistas en comunicaciones y en cambio de comportamiento de otros programas de salud ('infección por VIH/SIDA', programas contra enfermedades infecciosas).
- Directores de atención primaria del MINSA a nivel nacional y distrital (y a nivel más local para los programas pequeños).

Las entrevistas a informantes clave deben ser estructuradas pero flexibles. Para centrar la discusión, prepare una lista de los temas a ser cubiertos en el documento de base. Mantenga notas detalladas de las entrevistas, o grábelas (con permiso) y escriba las notas después.

Analice y redacte los resultados

Resuma por tema o pregunta

Los resultados son más útiles si están bien organizados y son breves. Organice las notas o resúmenes por tema de interés, destacando los puntos en los que se acuerda ampliamente, aquellos que son polémicos y aquellos sobre los que se conoce muy poco. Observe los modelos y tendencias generales y cualquier excepción significativa a estos modelos.

La información de los reportes y las entrevistas puede combinarse, pero es importante indicar la fuente de los resultados, porque la opinión de un informante clave puede tener menos peso que los resultados de una encuesta nacional. En general, las opiniones expresadas por los informantes clave son muy útiles para sugerir los temas y las preguntas sobre las prácticas que deben realizarse durante la investigación, pero no deben tomarse como un hecho sin comprobar otras fuentes.

Resuma los antecedentes

Un objetivo primario del informe es reunir lo que se conoce acerca de las prácticas de higiene y las influencias en esas prácticas. El cuadro de análisis de situación está diseñado para ayudar a resumir estos temas.

En general no es posible completar todos los espacios con la información del informe. Al completar el cuadro se resume la información existente y se muestra donde hay una falta de conocimiento y una necesidad de estudios adicionales.

Describa el problema de las enfermedades diarreicas en los niños pequeños.

- ¿Cuál es la prevalencia de diarrea en los niños menores de 5 años (o 3) (la medida estandarizada es diarrea durante las dos últimas semanas)?
- ¿Qué niños son mayormente afectados por las enfermedades diarreicas? ¿Qué grupos étnicos? ¿Qué grupos culturales? ¿En qué áreas geográficas o ecológicas?
- ¿Cuándo ocurren la mayoría de los casos de diarrea?
- ¿Qué tipo/s de diarrea ocurre/n (aguda o persistente)?
- ¿Cuáles son las causas más importantes de diarrea en los niños pequeños?
- ¿Qué se sabe o se cree acerca de las vías de transmisión? (ver el capítulo 1, página 2)

Describa la infraestructura de higiene en el área del programa.

- ¿Cuántos y qué tipo de familias tienen letrinas y otras tecnologías de desecho sanitario?
- ¿Dónde obtienen el agua las familias? ¿Cómo y quién trae el agua al hogar?
- ¿Qué se conoce sobre la calidad del agua?
- ¿Qué se sabe sobre el acceso de las familias al agua?
- ¿Qué tecnologías domésticas usan las familias para almacenar el agua?
- ¿Qué tan disponibles y accesibles son el jabón y otros agentes de limpieza?
- ¿Qué bien están funcionando las letrinas? ¿Algunas no se pueden usar por estar llenas, inundadas, llenas de bichos, etc.?
- ¿Cuántas comunidades tienen sistemas de agua?
- ¿Proporcionan estos sistemas abastecimientos de agua regulares, continuos?
- ¿En qué medida están administrando las comunidades mismas sus sistemas de agua?
- ¿Cuántos hogares pagan por el agua? ¿Cuánto pagan?

Examine los esfuerzos pasados y actuales para mejorar la higiene o comunicar información acerca de las prácticas de higiene.

- ¿Cuáles han sido las estrategias, la experiencia y la eficacia de los programas anteriores para mejorar los comportamientos de higiene?
- ¿Cuáles son las estrategias, la experiencia y la eficacia de los programas actuales para mejorar los comportamientos de higiene?
- ¿Existen comités de agua o de saneamiento en la comunidad, y en ese caso, cuán activos y eficaces son, quién participa, etc.?
- ¿Qué individuos, servicios y medios influyen en las prácticas de higiene?
- ¿Qué medios de comunicación se han usado y con qué repercusión?
- ¿Qué mensajes educativos se están comunicando?
- ¿Qué enseñanzas han sido aprendidas?
- ¿Qué pertinentes, bien hechos y eficaces son los manuales existentes, los materiales de adiestramiento y los materiales de comunicación?

Haga una lista de socios potenciales.

- ¿Qué socios podrían ser incluidos en el diseño, la ejecución y el monitoreo de los programas, incluyendo organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y socios comunitarios (grupos y líderes)?
- ¿Qué grupos están interesados en, comprometidos con y/o ya trabajando en la promoción de la higiene?

Describe las vías mediante las cuales podrían prestarse servicios y programas educativos.

- ¿Qué servicios prestan el personal de salud del gobierno, las ONG, los proveedores privados y los proveedores tradicionales para la prevención de la diarrea?
- ¿Qué tipos de personal de salud y agentes comunitarios capacitados se encuentran disponibles y dónde?
- ¿Cuáles son sus responsabilidades?
- ¿Qué personal y mecanismos existen para la extensión a nivel comunitario y la educación?
- ¿Qué sistemas de información tradicionales o informales, como clubes de madres, programas de alfabetización, teatro popular, podrían usarse?
- ¿Cuál es la cobertura y la eficacia potencial de la radio y otros medios, los festivales y los mercados, las escuelas, los voluntarios comunitarios y las organizaciones, los artistas y otros que pueden contribuir a las actividades del programa?
- ¿En quién confían las madres para asesorarse sobre la higiene?
- ¿Qué funciones desempeñan los grupos comunitarios y los programas institucionales?
- ¿Cuáles son los niveles de alfabetización entre los grupos que más participan?

Describe las prácticas de las madres y otros miembros de la familia, creencias y actitudes con respecto al lavado de manos, desecho de heces, manejo del agua y su uso.

- ¿Cuáles son las prácticas actuales de higiene y cómo afectan la prevalencia de diarrea?
- ¿Cuál es la causa de las prácticas actuales, las posibles limitaciones y las motivaciones para cambiar el comportamiento?
- ¿Cuáles son las creencias actuales acerca de las causas de la diarrea, los conceptos del aseo, el agua, las heces, etc. y cuán firmemente se mantienen? ¿Cuál sería más difícil de cambiar?
- ¿Cuáles son las creencias de las familias sobre el agua, los tipos de agua y su uso adecuado?
- ¿Cuáles son las creencias de las familias sobre las heces y su desecho, incluyendo tipos de heces (niño versus adulto)?
- ¿Qué se sabe acerca de la voluntad de las familias de pagar por y mantener las fuentes de agua potable?
- ¿Qué grupos son los que difieren enormemente en las prácticas de higiene, cómo y por qué?
- ¿Hay diferencias importantes entre las prácticas rurales y las urbanas?
- ¿Hay diferencias religiosas y/o étnicas importantes? (En el proyecto piloto de higiene del Perú, los grupos en el área de Cuzco eran diferentes según hablaran español o el idioma indígena.)
- ¿Varían las prácticas según las regiones o el clima (ej, costa, desierto, bosque)?
- ¿Qué podría motivar los cambios en el comportamiento?
- ¿Qué creencias o limitaciones externas podrían prevenir las mejoras en las prácticas de higiene?
- ¿Cuáles son las actitudes predominantes acerca de los niños (por género si es importante) y su crianza?
- ¿Quién tiene la responsabilidad de obtener, manejar y usar el agua? ¿Qué miembro de la familia decide sobre las compras? ¿Quién adopta las medidas para mantener las heces fuera del ambiente familiar?
- ¿Qué se sabe acerca del tratamiento casero de la diarrea y de la búsqueda de atención médica en casos de diarrea?

Describa el conocimiento, las actitudes y las aptitudes del personal de salud relacionadas con las prácticas de higiene.

- ¿Cuáles son las prácticas de los profesionales de salud relacionadas con el tratamiento de la diarrea, la orientación de los padres en una buena higiene, las creencias acerca de las causas de la diarrea en las comunidades?
- ¿Proporcionan orientación los trabajadores del gobierno o los voluntarios de salud comunitaria? ¿Tienen tiempo? ¿Tienen las aptitudes y la motivación necesarias?
- ¿Tienen materiales o ayudantes para su trabajo?
- ¿Hay profesionales tradicionales o informales que podrían proporcionar orientación?
- ¿Qué conceptos erróneos acerca de las prácticas de higiene son comunes entre los profesionales de salud?

Resuma las prácticas actuales

Enumere las acciones esenciales (sub-comportamientos) para cada comportamiento ideal.

- Escriba las acciones esenciales en la primera columna de la hoja de trabajo.
- Estas deben venir directamente de la hoja de trabajo llenada en la sección sobre Énfasis en el Comportamiento.

Describa las prácticas actuales según cada acción esencial.

- Escriba las prácticas actuales para cada acción esencial en la segunda columna de la hoja de trabajo.
- ¿Cómo se lavan las manos?
- ¿Cómo se desechan las heces?
- ¿Cómo se almacena y se maneja el agua?
- ¿Qué tratamiento se le hace al agua?
- ¿Qué agentes de limpieza están localmente disponibles y son accesibles?

Decida si ya se está practicando cada acción esencial.

- Para cada acción esencial escriba "Casi todos, Muchos, Pocos," o "No se sabe" en la tercera columna.

Considere qué preguntas quedan.

- En la cuarta columna, enumere todas las preguntas que permanecen sobre cuántas personas practican o no la acción esencial, por qué o por qué no y lo que podría ser factible que hagan.
- Este mini análisis de las prácticas actuales guiará el proceso de investigación consultiva en la próxima fase. La investigación puede centrarse en esas acciones esenciales que no están practicándose ahora, o en aquellas que se desconocen. Esto ahorrará tiempo y energía al eliminar las acciones esenciales que ya se practican y que no son un problema.

Redacte el informe

El informe escrito es un resumen de la información existente. Como tal, debe resumir los temas importantes revelados mediante el examen de la información existente, indicar qué información adicional debe recopilarse y enumerar las preguntas que han ido apareciendo. También debe incluir los cuadros completados que han sido preparados para resumir la información.

Este documento debe describir las categorías especificadas en las hojas de trabajo del análisis de situación.

Hoja de Trabajo: Análisis de Situación—Prácticas

Comportamiento ideal.....

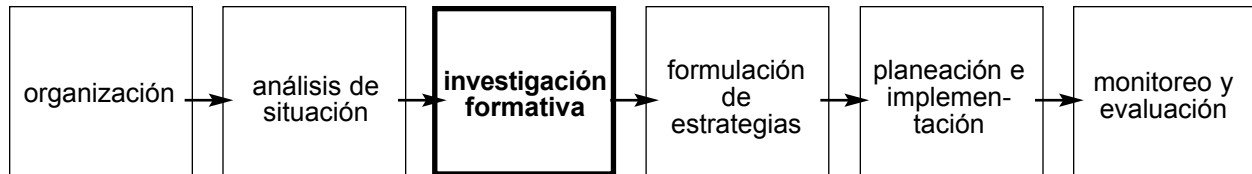
Información existente sobre las practicas		Análisis	
Acciones esenciales (de la hoja de trabajo 2)	Prácticas actuales	Se practica la acción esencial? (Si , la mayoría si, no, poca gente si, no se sabe)	Preguntas pendientes

Ejemplo de hoja de trabajo: Análisis de situación—prácticas

Comportamiento ideal: lavado de manos con agua y un agente de limpieza antes de comer.

Información existente sobre las practicas		Análisis	
Acciones esenciales (de la hoja de trabajo 2)	Prácticas actuales	Se practica la acción esencial? (Sí, la mayoría si, no, poca gente si, no se sabe)	Preguntas pendientes
Lavarse las manos con agua limpia antes de comer	La gente se lava las manos antes de comer pero generalmente lo hacen en un mismo recipiente usando la misma agua	Generalmente, pero sería mejor echar agua desde arriba para limpiar las manos que ponerlas todas en el mismo recipiente	Estaría la gente dispuesta a que les echen agua para lavarse las manos? Hay suficiente agua? Qué haría más factible que la gente le guste esto? Qué lo haría más difícil?
Refregarse las manos con un agente de limpieza	Pocos usan un agente de limpieza	No, pocos lo hacen	Qué clase de agentes de limpieza son posibles (disponibles y aceptables)
Refregarse las manos al menos 3 veces	Generalmente se refriegan 3 veces	Sí, la mayoría lo hace	–
Enjuagarse con agua	La gente se enjuaga con agua	Sí, la mayoría lo hace	–
Secarse las manos con un trapo seco o al aire libre	La gente se seca las manos al aire libre antes de comer	Sí, la mayoría lo hace	–

5. Investigación Formativa



Los capítulos 5 y 6 proporcionan una descripción de la investigación formativa y algunas de las herramientas y enfoques que pueden usar los investigadores. También brindan criterios para seleccionar investigadores y una descripción de que debería ser el informe final de la investigación.

Investigación formativa

Después que los planificadores del programa han recopilado y examinado la información existente acerca de una práctica básica de higiene (u otra práctica familiar importante) necesitan generalmente recopilar nueva información. Esta fase del proceso, la investigación formativa, permite a los planificadores traducir los comportamientos básicos de higiene ideales en sub-comportamientos factibles e identificar y explorar las barreras significativas y las motivaciones clave para estos mejores comportamientos.

La investigación formativa es un tipo de investigación consultiva que se realiza al comienzo del programa para "darle forma" (planearlo). La investigación consultiva, que también incluye validación y monitoreo, se usa a lo largo del programa para elaborar la estrategia y las acciones del programa, para resolver problemas y para monitorear la implementación.

Es un proceso diseñado para ir refinando gradualmente las acciones del programa y las recomendaciones de comportamiento mediante el insumo colaborativo de los técnicos, los planificadores y los grupos participantes de tal forma que los especialistas puedan evitar los errores que resultan de la implementación de estrategias técnicamente adecuadas pero no necesariamente viables.

¿Cuándo se hace?

La investigación formativa debe realizarse para apoyar la planificación **después** que se ha revisado la información existente y antes de diseñar una encuesta cuantitativa ("CAP") de línea basal. El retraso de la encuesta de línea basal permite que la misma mida las prácticas específicas de higiene, los sub-comportamientos factibles que el programa va a promover y facilitar; así como las barreras claves y el apoyo para el cambio en los cuales se centrará el programa. (Vea la discusión sobre cuándo realizar la encuesta de línea basal en el capítulo 9.)

¿Por qué se hace?

La finalidad de la investigación formativa es proporcionar una base sólida para las acciones eficaces del programa. Es la manera en que uno puede obtener apreciaciones “anticipadas” para evitar una retroalimentación negativa después que las acciones del programa ya están en marcha. En la Programación Basada en Comportamientos, la investigación formativa aumenta la comprensión gradual de:

- Prácticas corrientes y razones para ellas,
- Mejoras factibles que las personas pueden hacer en las prácticas,
- Obstáculos y motivaciones para mejorar las prácticas y
- Aptitudes y recursos disponibles para resolver los problemas y poner atención en las motivaciones.

En otras palabras, la investigación ayuda a revelar las maneras de promover y facilitar el logro de mejores prácticas (que contribuyan a la salud de las personas).

La contribución de una investigación formativa al diseño de un programa de salud escolar en Malawi

Las entrevistas en profundidad de un programa de salud escolar en Malawi indicaron que los alumnos querían usar las letrinas sólo cuando tenían diarrea porque creían que así protegían a los otros de la misma. Normalmente, preferían usar los "arbustos" donde conseguían hojas u otros materiales para limpiarse. (No había material de limpieza en las letrinas.) Por lo tanto, para promover el objetivo del uso más uniforme de las letrinas, el programa tenía que abordar la percepción de que la diarrea y no las heces normales transmiten la enfermedad; y ocuparse de la necesidad de material de limpieza en las letrinas escolares, ya que la falta de éstas estaba desalentando el uso. El mismo estudio encontró que como los trabajadores de salud sólo distribuían cloro después de un brote de cólera, la gente pensaba que era un remedio que se ponía al agua para curar el cólera. Esta percepción era claramente una barrera para el comportamiento deseado y necesitaba ser atendida. Sin tales apreciaciones surgidas de la consulta con los grupos participantes, los planificadores del programa hubieran ignorado los factores claves que afectan al comportamiento y su efecto sanitario.

¿Cómo se hace?

La investigación formativa consta normalmente de tres fases:

- la investigación exploratoria (entrevistas en profundidad, observaciones y grupos focales--GFs);
- pruebas prácticas mejoradas (PPMs, que consisten en entrevistas y observaciones a repetición); y, si es necesario
- verificación de la investigación (a menudo GFs).

Si bien este capítulo y el capítulo 6 describen una variedad de pasos y métodos de investigación formativa, no todos necesitan usarse en cada situación del programa. La cantidad de investigación formativa que se realiza está determinada por consideraciones técnicas: el número y la naturaleza de las preguntas sin respuesta al finalizar la revisión de la información existente y consideraciones prácticas: cuánto dinero, tiempo y recursos humanos capacitados están disponibles. Cualquier investigación formativa es mejor que nada. Pueden hacerse compromisos pragmáticos. En algunos casos, uno puede obviar la fase de investigación "exploratoria" y moverse directamente de la revisión de la información existente al diseño de pruebas conductuales. La última fase, verificación de la investigación, es opcional y si se lleva a cabo no debería tomar más de unos pocos días.

Flexibilidad

En un proyecto en Ghana, la revisión de la información existente mostró que ya se sabía mucho acerca de los temas del programa; así que en vez de realizar una nueva investigación formativa, el proyecto preparó materiales de prueba y los sometió a una validación muy detallada tanto de los materiales, como de los mensajes en cuanto a los atributos de comunicación, la aceptabilidad y la factibilidad.

Tareas preparatorias

Decida cómo se manejará la investigación

El gerente del proyecto y/o el equipo de trabajo deben decidir quién va a planear, administrar, llevar a cabo y redactar la investigación. La planificación y la administración de esta fase pueden ser hechas por un equipo de trabajo compuesto de:

- Funcionarios de la organización que implementa
- Funcionarios de la organización que implementa complementada por consultores, o
- Una organización externa con buena experiencia en investigación, contratada por la organización que implementa. En este caso se recomienda que el gerente del proyecto y/o el equipo de trabajo monitoreen cuidadosamente y aprueben el trabajo en curso, y que al menos el coordinador de la investigación de esta organización participe en la formulación de estrategias basada en los resultados de ella.

En los proyectos de gran escala, un equipo de trabajo para la investigación debe encargarse de la planificación, supervisión y análisis de la investigación. En condiciones ideales, todos los miembros del equipo participarán en todos los aspectos de la investigación (planificación, capacitación, entrevistas, observación, análisis y redacción de informes). El equipo de trabajo debe incluir:

- Un coordinador de investigación o director cuyas responsabilidades primarias son la planificación, administración y supervisión del personal de investigación, preparando y siguiendo el plan de investigación y los protocolos durante la implementación y analizando los resultados de la investigación.
- Un especialista en salud ambiental que ayude a analizar la información de higiene y a formular las recomendaciones apropiadas.
- Otros expertos en métodos o temas de investigación, que ayuden según sea necesario.

El reclutamiento temprano de los especialistas técnicos es crítico para que puedan participar en las decisiones sobre el diseño de la investigación, muestreo y guías de preguntas. Si la investigación es limitada y sólo una o dos personas funcionan como supervisores de campo, es beneficioso contratarlos pronto para que puedan participar en la planificación.

El equipo de trabajo debe ser capaz de usar todos los métodos de investigación que se planifican y debe estar dispuesto a permanecer durante periodos prolongados en las comunidades y poder participar hasta que la investigación este completa. En condiciones ideales, algunos miembros del equipo también participarán en la implementación del programa que se realiza en función de la investigación.

Los individuos con alguna capacitación en salud ambiental y/o ciencias sociales, son los candidatos ideales para pertenecer al equipo. El equipo debe incluir al menos una persona que conozca y tenga experiencia en programas de salud comunitaria.

El próximo cuadro enumera las aptitudes y la experiencia esperadas de los equipos de investigación centrales y de campo. Las pericias que faltan pueden obtenerse al consultar con expertos locales, como los especialistas en comunicaciones o los antropólogos.

Aptitudes y Experiencia Necesarias en el Equipo de Investigación Central

El respeto de la perspectiva de los participantes potenciales en el programa y la voluntad de aprender de los participantes son aptitudes esenciales de todos los miembros del equipo. Además, uno o más miembros necesitan:

- Experiencia en investigación cualitativa y análisis de datos.
- Experiencia en programas y una orientación hacia el desarrollo de la comunidad.
- Pericia técnica en salud ambiental.
- Buenas aptitudes de gestión: financiera, logística, de personal.
- Buenas aptitudes de redacción.
- Voluntad y tiempo disponible para proporcionar supervisión cercana y de apoyo a las actividades del campo.
- Estilo democrático: voluntad de escuchar a los entrevistadores y aprender de los resultados del trabajo de campo.
- Familiaridad con idiomas y culturas locales.

Hay varias opciones y consideraciones en la selección de los entrevistadores y tomadores de notas que constituirán el equipo de campo. Según quién se encarga de la investigación, los entrevistadores pueden ser personal del gobierno o de una ONG que toman licencia de sus responsabilidades usuales, o pueden ser empleados a corto plazo (estudiantes u otros), contratados sólo durante el período de la investigación.

La ventaja de que el personal de salud conduzca el trabajo de campo es que, además de aprender mucho acerca del tema de la investigación, a menudo ganan una fuerte y nueva apreciación de la valiosa información que las madres y otros miembros del público tienen para contribuir a diseñar programas eficaces. Las desventajas incluyen que puede serles difícil o imposible abandonar su trabajo habitual durante el período necesario, y su presencia puede introducir un sesgo si no es bien manejada. Para evitar influir las respuestas, el personal sanitario no debe realizar la investigación en las mismas comunidades donde atienden. No deben usar uniformes, y no deben dar indicaciones verbales o no verbales de aprobación o desaprobación ante ninguna respuesta.

Las mejores opciones al personal sanitario son los estudiantes secundarios o universitarios (estudiando idealmente ciencias sociales) o los entrevistadores profesionales de una organización o empresa que sistemáticamente llevan a cabo investigaciones.

No importa de dónde vengán los entrevistadores potenciales, algunas cualidades importantes para buscar al seleccionar a los miembros del equipo de investigación se resumen en el siguiente cuadro:

Características Para Buscar en los Miembros del Equipo de Investigación

- fluidez en los lenguajes locales.
- facilidad en establecer contacto con desconocidos, conversar naturalmente y poner cómodas a las personas para que puedan expresarse libremente.
- capacidad para observar y registrar situaciones sin juzgarlas ni distorsionarlas.
- empatía con el tipo de personas que se entrevistan.
- madurez, capacidad de manejar las situaciones difíciles que pueden surgir durante el trabajo sobre el terreno.
- fluidez al tratar la higiene personal, la enfermedad de los niños y la atención de niños. (Si bien los hombres y las mujeres son candidatos potenciales, las mujeres pueden sentirse más cómodas al conversar acerca de estos temas.)
- experiencia anterior de investigación de campo.
- voluntad de vivir y trabajar en las comunidades de estudio durante la investigación.
- compromiso de tiempo claramente definido del miembro del equipo y su organización (quizás por escrito).
- capacidad de analizar una situación, de pensar y actuar independientemente y de escribir adecuadamente
- algún conocimiento técnico del tema (Si no debe darse el apoyo a cada paso para ayudarlos a saber lo que deben escuchar y sobre que deben estar haciendo más preguntas.)

Independientemente de quién constituya el equipo de campo, sus miembros necesitarán una capacitación que incluya al menos:

- Una descripción del problema abordado por el programa.
- Una revisión de la epidemiología y transmisión de la enfermedad diarreica.
- El desarrollo general y el plan de trabajo del programa.
- El plan de investigación (métodos, plan de muestreo, organización, calendario).
- Los métodos individuales e instrumentos (que debe validar antes de o durante la capacitación y, en cualquiera de los casos, practicado durante la capacitación).
- Buenas (y malas) prácticas básicas en entrevistas cualitativas y de observación.
- Planes logísticos detallados para el trabajo.
- Planes para el análisis del trabajo de campo en curso y final.

Si se piensa que la investigación tendrá dos o más fases, se recomienda que haya una capacitación inicial más larga (normalmente alrededor de 5 días, pero podría ser más o menos según la experiencia del equipo) seguida de una capacitación más corta antes de cualquier fase posterior para revisar y practicar la próxima fase. Es aconsejable capacitar a más trabajadores de campo que lo necesario y seleccionar a los más entusiastas y eficaces al final para llevar a cabo el trabajo.

Mientras los investigadores elaboran su plan, necesitarán pensar acerca de las necesidades logísticas y de personal y los recursos que tienen disponibles. Estas consideraciones ayudarán a determinar cuán extenso será el plan. En especial los programas de gran escala van a necesitar esbozar un presupuesto para la investigación (ver ejemplo de "Prepare un Presupuesto" en la página 58.)

Prepare un plan de investigación

El equipo de investigación central necesitará preparar un plan de investigación que incluye métodos propuestos, marcos de muestreo, instrumentos, planes para la supervisión y otros pasos de garantía de calidad y procedimientos para seleccionar las comunidades, los individuos y las familias, el análisis y la preparación del informe de investigación. Al hacer esto, pueden encontrar útil completar el "Cuadro de Planificación de Investigación Formativa" (abajo) mientras proceden con los planes para la investigación. Las secciones se describen a continuación.

a. "Comportamientos de higiene básicos"

Complete un cuadro de planificación para cada comportamiento ideal abordado por el programa. La afirmación debe explicar a quién, qué, cuándo y cómo.

b. "Sub-comportamientos claves que pueden plantear problemas"

Enumere las acciones esenciales identificadas en la hoja de trabajo de análisis de situación de las prácticas actuales que no estén practicándose ahora o sean desconocidas.

- Por ejemplo, una acción esencial para el lavado de manos puede ser lavarse con jabón o un agente de limpieza.

c. "Las prácticas actuales"

Para cada acción esencial en la primera columna, escriba en la segunda columna lo que se sabe acerca de las prácticas actuales relacionadas. Por ejemplo, las prácticas actuales en cuanto al lavado de manos pueden ser las siguientes:

La mayoría de las madres se enjuagan las manos con agua después de limpiar a un niño pequeño que ha defecado, pero no usan un agente de limpieza.

d. "Los objetivos de la investigación"

Los investigadores deben especificar claramente los objetivos de la investigación, porque ayudarán a identificar la dirección que llevará la misma y las poblaciones a alcanzar. Con objetivos claros, el resto de los planes puede implementarse con mayor facilidad. Los objetivos de la investigación deben:

- cubrir diferentes aspectos del problema y sus factores contribuyentes en una secuencia coherente y lógica.
- ser redactados claramente en términos operativos, especificando exactamente lo que se debe hacer y con qué finalidad.
- ser realistas, considerando las condiciones locales.
- usar verbos de acción que sean lo bastante específicos como para evaluarse.

Ejemplos de objetivos de investigación que pueden generarse para explorar las prácticas de lavado de manos pueden ser:

- determinar las prácticas de higiene actuales relacionadas con el lavado de manos, el desecho de las heces y el manejo del agua en la población adulta, los problemas que impiden las prácticas de higiene más seguras, así como las motivaciones para esas prácticas y las mejores prácticas de higiene que pueden implementarse factiblemente en esa población.
- investigar la relación entre los conceptos de salud y la limpieza según influyen en las prácticas de higiene relacionadas con el lavado de manos, el desecho de las heces y el manejo de agua en la población adulta.

e. "Las preguntas orientadoras"

Para cada una de las preguntas de investigación, los investigadores deben generar "preguntas orientadoras" que pueden usarse para investigar de manera adicional los factores determinantes del comportamiento. Las preguntas orientadoras ilustrativas para el segundo objetivo de investigación anterior pueden ser las siguientes:

- ¿"Cómo definen las personas (es decir, madres, padres, otros prestadores de asistencia de niños pequeños) la limpieza?
- ¿"Qué relación, si existe, ven las personas (es decir, madres, padres, otros prestadores de asistencia de niños pequeños) entre las heces y la enfermedad?
- ¿"Cómo definen las personas (es decir, madres, padres, otros prestadores de asistencia de niños pequeños) la diarrea?
- ¿"Qué creen las personas (es decir, madres, padres, otros prestadores de asistencia de niños pequeños) acerca de las causas de la diarrea?

f. "Preguntas específicas"

Para cada una de las preguntas orientadoras, los investigadores crean preguntas específicas a la investigación para profundizar más precisamente en las motivaciones para las prácticas particulares, así como los obstáculos a otras prácticas. Los ejemplos pueden incluir:

- ¿"Cómo perciben las personas las heces?
- ¿"Cómo perciben las personas las heces adultas?
- ¿"Cómo perciben las personas las heces de los niños?

Nota: el entrevistador debe vincular las respuestas dadas por un entrevistado con las respuestas anteriores de ese mismo entrevistado y así formarse una imagen más completa de sus creencias y actitudes. Por ejemplo, quizá se espere que el entrevistador le haga al entrevistado la siguiente pregunta: "Usted dijo antes que opina que sus manos están limpias cuando parecen limpias— sin suciedad, sin manchas, etc. Y usted acaba de decir que las heces de los niños pueden ser sucias y contener enfermedad. ¿Si usted ayuda a un niño a que se limpie después de defecar y sus manos parecen limpias, cree que están limpias?"

g. "¿De quién y cómo?"

Para cada una de las preguntas, los investigadores necesitarán la lista de quién debe recopilar la información y cómo. Estos dos elementos se completarán según se definen los **grupos participantes** y se eligen los métodos de investigación.

Hoja de Trabajo: Cuadro de Planificación de la Investigación Formativa

Comportamiento ideal:

¿De quién y cómo?	
Preguntas específicas	
Preguntas orientadores	
Objetivos de la investigación	
Prácticas actuales	
Sub-comportamientos clave que pueden ocasionar problemas	

El equipo de investigación también debe evaluar si, a partir de la información existente, comprenden bien los conceptos culturales básicos tales como el significado del agua, las heces, la limpieza y la pureza; los tipos de agua (de diferentes fuentes para diferentes usos); y la dinámica familiar (quién adquiere el jabón, quién obtiene el agua, cocina, limpia, vigila a los niños pequeños?). Si se necesita más información de estos conceptos, se puede obtener realizando nuevos grupos focales.

Los investigadores generalmente verán que necesitan cambiar la información registrada en el cuadro de planificación a medida que avanza la investigación. Puede ser necesario agregar nuevas preguntas y pueden identificarse nuevas poblaciones. Puede ser necesario aumentar o disminuir el número de entrevistas, según los resultados iniciales.

Basado en el análisis de la información existente, el equipo necesita decidir los tipos de personas de interés (grupos participantes). Es útil seleccionar grupos de participantes primarios de mayor interés y grupos secundarios. Deben participar en la investigación más representantes de los grupos primarios que de los secundarios.

Grupos participantes primarios: ¿Quién se espera que haga los comportamientos de higiene y las acciones esenciales?

Grupos participantes secundarios ¿Quién se espera que influya a la mayoría de ellos (positiva o negativamente)?

Estos conceptos pueden cambiar en función de la información obtenida en la investigación inicial. Si sucede esto, los planes de investigación deben ajustarse en consecuencia.

Para la investigación sobre la prevención de la enfermedad diarreica en un contexto particular, los grupos primarios pueden ser las madres y las niñas mayores responsables de la atención de los niños y de la cocina (esto variará según la situación del programa) y los grupos secundarios quizá sean los padres, las abuelas, los voluntarios de la comunidad y los líderes comunitarios. Algunos de los grupos participantes necesitarán subdividirse en categorías más pequeñas, como las madres de los niños de ciertas edades, los de las familias con o sin letrinas, o el grupo étnico (si tales grupos tienen diferentes prácticas de higiene y viven en las mismas comunidades).

El segundo criterio para seleccionar a los participantes de la investigación es la ubicación geográfica. Las comunidades en las cuales tiene lugar la investigación deben representar suficientemente las zonas urbanas y rurales, las áreas cerca y lejos del lago, el desierto y la montaña, cual sea la zona geográfica pertinente a las prácticas de higiene.

Es contraproducente definir muchos subgrupos ya que el número de entrevistas puede tornarse difícil de conducir o analizar. También es contraproducente definir más subgrupos de los que el programa puede abordar con actividades diferenciadas. En contadas ocasiones es necesario definir más de dos grupos participativos primarios y tres secundarios.

Una vez que los grupos participantes se han definido y se han anotado las características que necesitan una representación dentro de cada grupo, el equipo puede planificar los métodos de recopilación de información (investigación). Según se describe más adelante, el foco de la primera fase (exploradora) son las entrevistas en profundidad, las observaciones sobre los conceptos fundamentales, y algunos grupos focales.

La segunda fase, las Pruebas de Prácticas Mejoradas (PPMs), se concentra en las madres y otros involucrados en la atención de los niños y el trabajo doméstico. Si se necesita una verificación de la investigación (tercera fase optativa), esta consta generalmente de un número pequeño de grupos focales.

¿Cuántas entrevistas?

En la investigación cualitativa, en profundidad, lleve a cabo el menor número de entrevistas y discusiones para cubrir los principales grupos participantes y los principales tipos de comunidades. Cuantas más entrevistas y discusiones lleve a cabo, mayor trabajo tendrá en manipular la información y sacar conclusiones. Si en un punto ya ha cubierto todos los grupos y ya no recibe información adicional, no es necesario llevar a cabo todas las entrevistas que tenía planeadas.

Según el tamaño de la muestra y los recursos, el número total de entrevistas en profundidad en la fase exploratoria es normalmente entre 30 y 120, quizás la mitad de ellas con madres. El número total de PPM es a menudo 20 a 30. Tres a seis GF en la investigación exploratoria y dos a cuatro en la verificación de la investigación deberían ser suficientes.

Los participantes deben ser tomados de tantas comunidades como sea posible para evitar que los resultados sean influidos por unas pocas comunidades que pueden tener características inusuales. Sin embargo, a más comunidades, más tiempo y costo, de manera que debe hacerse algún compromiso. Una norma general quizá sea 6 a 10 comunidades para la fase exploratoria y 3 a 6 para las PPM.

Para un programa a gran escala, la investigación formativa podría ser la siguiente:

Ejemplo de un plan de Investigación

<i>Com. 1, urbana, grupos étnicos mezclados</i>	<i>Com. 2, urbana, grupos étnicos mezclados</i>	<i>Com 3, rural, grupo étnico 1</i>	<i>Com 4, rural grupo étnico 2</i>	<i>Com 5, rural grupo étnico 1</i>	<i>Com 6, rural grupo étnico 2</i>	
4 EPs, madres de <3s	4 EPs, madres de <3s	3 EPs, madres de <3s	3 EPs, madres de <3s	3 EPs, madres de <3s	3 EPs, madres de <3s	20
3 EPs, madres de <3- 5s	3 EPs, madres de <3 -5s	3 EPs, madres de <3 -5s	3 EPs, madres de <3 -5s	3 EPs, madres de <3 -5s	3 EPs, madres de <3 -5s	18
2 EPs, niñas mayores cuidadoras de <5s	2 EPs, niñas mayores cuidadoras de <5s	2 EPs, niñas mayores cuidadoras de <5s	2 EPs, niñas mayores cuidadoras de <5s	2 EPs, niñas mayores cuidadoras de <5s	2 EPs, niñas mayores cuidadoras de <5s	12
2 EPs, padres de <5s	2 EPs, padres de <5s	2 EPs, padres de <5s	2 EPs, padres de <5s	2 EPs, padres de <5s	2 EPs, padres de <5s	12
2 EPs, abuelas de <5s	2 EPs, abuelas de <5s	2 EPs, abuelas de <5s	2 EPs, abuelas de <5s	2 EPs, abuelas de <5s	2 EPs, abuelas de <5s	12
2 EPs voluntarios comunitarios	2 EPs voluntarios comunitarios	2 EPs voluntarios comunitarios	2 EPs voluntarios comunitarios	2 EPs voluntarios comunitarios	2 EPs voluntarios comunitarios	12
1 EP líder comunitario	1 EP líder comunitario	1 EP líder comunitario	1 EP líder comunitario	1 EP líder comunitario	1 EP líder comunitario	6
16	16	15	15	15	15	92
3 PPM con madres u otros cuidadores de <3s	3 PPM con madres u otros cuidadores de <3s	4 PPM con madres u otros cuidadores de <3s	4 PPM con madres u otros cuidadores de <3s			10
3 PPM con madres u otros cuidadores de <3-5s	3 PPM con madres u otros cuidadores de <3-5s			4 PPM con madres u otros cuidadores de <3-5s	4 PPM con madres u otros cuidadores de < 3-5s	10
6	6	4	4	4	4	20

EPs = entrevistas en profundidad con observaciones, PPM = pruebas de prácticas mejoradas.

Nota: dentro de las células, como "uno para 4 madres", puede haber criterios adicionales, por ejemplo, 2 madres con letrinas, 2 sin letrinas.

Elija los métodos de investigación

Existe una amplia variedad de métodos de investigación tanto cualitativos como cuantitativos. Los métodos de investigación cualitativos procuran responder a las preguntas ¿por qué? y ¿cómo?, mientras que los métodos cuantitativos se usan para responder a la

pregunta ¿cuánto?. Si bien los métodos cualitativos predominan en la investigación formativa, no deben desperdiciarse las oportunidades para cuantificar algo significativo.

Las siguientes descripciones de las técnicas de investigación a menudo usadas en la investigación consultiva pueden usarse para elegir las técnicas a utilizar con los diversos grupos participantes. Estas descripciones en si mismas no dan los suficientes detalles para que una persona inexperta los pueda llevar a cabo. Otros documentos (incluyendo el CD que acompaña esta guía) y expertos o conocedores del tema deben ser consultados.

Entrevistas en profundidad

Si la revisión de la información existente deja muchas preguntas sin respuesta, los programas comienzan de manera característica con entrevistas en profundidad para conocer las prácticas actuales. Las personas a menudo no se sienten cómodas compartiendo honestamente las prácticas actuales o discutiendo exhaustivamente acerca de ellas en grupo. De esta manera las discusiones frente a frente entre un entrevistador y un participante son importantes para permitir que las personas se expresen consideradamente y honestamente.

Las entrevistas en profundidad tienen generalmente preguntas abiertas y alientan a los participantes a que cuenten una historia en forma abierta y honesta. El entrevistador usa una guía pero permite, y alienta, al entrevistado a alejarse de los temas y el orden programado. Los entrevistadores usan las preguntas disparadoras (preguntas de seguimiento) para obtener mayor información de los participantes. En general, los entrevistadores tratan de conseguir que los participantes se relajen y den respuestas honestas y consideradas. Durante el tiempo que pasan con un entrevistado, los entrevistadores deben observar (y tomar notas) cualquier ubicación y actividad de los miembros de la familia relacionados con el agua, la preparación de alimentos, la atención de niños, etc.

¿Cuánto tiempo debería tomar una entrevista?

Las entrevistas en profundidad, especialmente cuando tienen un componente de observación, pueden durar una hora o más. Sin embargo, los planificadores deben ser sensibles a las necesidades y la comodidad de los entrevistados. En el Perú, el equipo nunca pudo entrevistar por más de 30 minutos. Esto parecía ser el límite para la mayoría de las entrevistas salvo aquellas con los líderes. Al final, las personas no estaban prestando atención a las últimas preguntas, y algunos se iban antes. En tal situación, el equipo puede descomponer las preguntas de la entrevista en dos guías para que sólo la mitad de la guía se administre a cada entrevistado.

Un ejemplo de "Guía para las Entrevistas en profundidad" para investigación sobre la higiene se encuentra al final de este capítulo.

Observaciones

Aunque un investigador tenga una buena relación con un entrevistado, la fiabilidad de las respuestas de la entrevista es una inquietud. En particular donde ha habido mucha educación higiénica, y por consiguiente las personas saben qué prácticas deberían estar haciendo, pueden tratar de complacer al interrogador diciendo lo que creen es la respuesta deseada, independientemente de lo que realmente hacen o no. Por esto es importante que las respuestas relacionadas a las prácticas se corroboren, en lo posible, mediante la observación. Si las personas dicen que usan sistemáticamente una letrina, mire la letrina y el camino que lleva a ella. ¿Está usado el camino? ¿Hay telarañas en toda la letrina? Las familias pueden sostener que sus letrinas están en buenas condiciones ej: no rotas, cuando en realidad hay una escasez de agua que impide usarlas. Sólo una observación (o un cuestionario de seguimiento minucioso) puede revelar esto. Examine donde las personas dicen que se lavan las manos y los envases, agua y material de limpieza que dicen usar. Si alguien come durante la entrevista, observe si se lavan las manos y cómo obtienen el agua.

Las observaciones pueden ser estructuradas (con una lista de verificación) o no. A veces el investigador puede pedir una demostración de una práctica "normal", por ejemplo: "muéstreme por favor cómo se lava las manos usualmente". Sin embargo, deben darse cuenta que al hacerlo observan conocimiento y no necesariamente la manera real en que los entrevistados se lavan las manos.

Aspectos destacados de las observaciones de un programa de salud escolar en Malawi

Observaciones en hogares y comunidades:

1. Los pozos comunes quedan destapados y contaminados. (Durante las entrevistas en profundidad las madres declararon que después de cada uso vuelven a cubrir los pozos.)
2. Las familias generalmente recogen el agua potable de la fuente fresca más cercana, sea un río, un lago o un pozo. El agua de pozo a menudo sólo se usa para lavar la ropa y los platos.
3. Las macetas de almacenamiento de agua a veces se enjuagan antes de llenarse, pero nunca se lavan con un agente de limpieza. Todos los miembros de la familia usan una única taza plástica para sacar el agua y beber. La taza se almacena en un clavo en la pared.
4. Las familias con macetas de almacenamiento de agua de arcilla no tienen cubiertas para éstas, pero aquellas con baldes de estaño sí. Sin embargo, los niños a menudo dejan las cubiertas afuera durante el todo el día.
5. Los miembros de la familia enjuagan las manos antes de comer, pero sólo se lavan las manos cuando hay suciedad visible, como al regresar de los campos. No se usa ningún agente de limpieza para lavarse las manos.
6. Pocas familias tienen agua en o cerca de los inodoros, pero la mayoría tienen baldes para agua en donde se duchan. Los hombres y los niños tienden a orinar en donde se duchan. Algunas familias tienen estas habitaciones al lado de los inodoros y otras los tienen muy lejos.
7. Las madres limpian sistemáticamente el patio familiar. Tiran las heces de los niños en el suelo en las fosas de basura abierta, si las heces están en el patio de atrás, o en los arbustos si están en el patio del frente.

Observaciones en las escuelas:

1. La mayoría de las escuelas tiene algún tipo de inodoro, muchos de los cuales se limpian una vez al día. Sin embargo, a media mañana los inodoros están demasiado sucios para ser usados debido al número de estudiantes. Otras escuelas no limpian regularmente los inodoros.
2. Ningún inodoro tiene materiales con los que los estudiantes se puedan limpiar después de defecar.
3. Todos los estudiantes más jóvenes y casi la mayoría de los estudiantes mayores, orinan y defecan en los arbustos vecinos para mayor aseo y privacidad.
4. Ninguna escuela tiene establecimientos para lavarse las manos o agentes de limpieza cerca de los inodoros.
5. En algunas escuelas se designan para cada clase baldes con agua potable de pozos. Otras escuelas hacen que los estudiantes caminen 50m a un pozo para obtener agua potable.

Fuente: Investigación formativa para la salud escolar y programas nutricionales (SHN): Experiencia de Save the Children/Malawi SHN Program (borrador, 2003).

“Role play” diagnóstico (RPDs)

Los RPDs permiten que un grupo de personas con características similares exterioricen y luego discutan los comportamientos característicos en sus comunidades. Aunque los role play se han usado por mucho tiempo en los programas para generar discusión y aumentar la concientización, su uso en la investigación no es común. La premisa es que las personas pueden exteriorizar las prácticas que son para ellos tan ‘normales’ que quizá

no los consideren suficientemente importantes para tratarlas con los entrevistadores. Además, las relaciones sociales pueden verse claramente mediante la dramatización.

Esta técnica puede ser sumamente útil al principio del proceso de investigación, cuando apenas se tiene suficiente información acerca de las prácticas actuales y las barreras para crear escenarios significativos en los temas clave. Un beneficio adicional de los role plays es que las personas hablan en el idioma y las metáforas para describir el problema como lo hacen todos los días. Este idioma podría ser importante para que cualquier comunicación funcione en el programa.

En una sesión de RPD, un facilitador le da a un grupo de voluntarios de un grupo participante definido algunos minutos para planificar las acciones y los personajes de un escenario importante relacionado con el tema de interés. Por ejemplo, escenarios relacionados con la higiene pueden incluir una madre tratando de convencer a su hijo de 5 años de que use una letrina y se lave las manos con la abuela y/o el padre presentes; o una madre pidiéndole a un padre que construya una letrina. Los participantes actúan delante de la audiencia. Después del primer acto, el facilitador lleva una discusión sobre cuán realista fue la representación. Si la audiencia cree que no fue característica, entonces los participantes o unos nuevos participantes pueden actuar nuevamente. Si están de acuerdo en que la presentación es característica, el próximo acto puede ser una continuación o los personajes trayendo una solución seguido de otro grupo de discusión. Modelos de guías para planear y llevar a cabo una sesión de RPD se encuentran en www.changeproject.org/.

Grupos Focales

Los grupos focales (GF) son discusiones facilitadas entre grupos de seis a diez personas con características similares. En la investigación formativa sobre la higiene, los GF son sumamente apropiados cerca del comienzo para explorar los conceptos culturales básicos, y al final, para comprobar que las conclusiones y las recomendaciones probables de los programas parecen ser correctas y aceptables a todos los principales grupos participantes. La eficacia de los grupos de discusión depende mucho de la disponibilidad de los facilitadores capacitados y experimentados que hablan el idioma local.

Al comienzo de la investigación formativa, los grupos de discusión son buenos para explorar normas sociales, conceptos amplios y una variedad de comportamientos en una comunidad, en lugar de prácticas individuales. El uso de imágenes o de otros puntales puede ayudar a las personas a que hablen de los comportamientos característicos y a no preocuparse de que otros piensan que ellos están hablando de sí mismos. (Encuentre más sobre los GF en la verificación de la investigación en el capítulo 6).

La guía del GF es una lista de los temas o tipos de preguntas que deben ser tratadas en el grupo de discusión. Sirve como un resumen de los temas a ser cubiertos. Un buen moderador tendrá la flexibilidad y habilidad para seguir el curso y cubrir todos los objetivos del grupo de discusión, permitiendo sin embargo que la discusión fluya natural y espontáneamente de los entrevistados y siguiendo los nuevos temas presentados por los entrevistados si son pertinentes a los objetivos de la investigación.

La guía para el moderador puede escribirse como una lista de preguntas específicas, pero generalmente es mejor esbozar las áreas de preguntas o los temas y luego incluir preguntas específicas bajo cada uno de los temas clave. Para hacer que el grupo de opinión fluya más naturalmente, la secuencia de los temas en la guía va de lo general a lo específico. La cantidad de detalles en la guía depende de la experiencia del moderador; un moderador sin experiencia necesitará más detalles en la guía del tema y puede necesitar un listado de las preguntas. Un formato que funciona bien son las tres columnas: la primera enumera los conceptos amplios a ser cubiertos, la segunda una o dos preguntas clave para comenzar una discusión de ese concepto y la tercera tiene preguntas múltiples que pueden usarse según sea necesario.

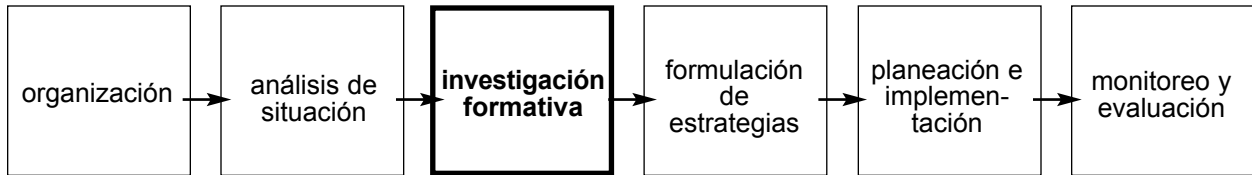
La guía de preguntas es preparada y/o revisada por el moderador, alguien de la gestión del programa y el equipo de investigación. El moderador debe estar muy bien orientado en el tema y en los objetivos específicos de la investigación. La guía puede ser levemente modificada luego de cada grupo de discusión (ver Debus).

Puede ser útil para los investigadores usar la "Caja de la Tarea para las Entrevistas en Profundidad y las Discusiones en Grupo" y así apoyar la planificación y la implementación de los grupos de discusión.

La Guía Básica para Decidir como Seleccionar las Técnicas de Investigación proporciona un breve resumen de cómo seleccionar las técnicas de investigación.

Guía Básica Para Decidir Cómo Seleccionar las Técnicas de Investigación		
1.	Lleve a cabo uno o más de estos métodos si se necesita información de:	
	Creencias motivaciones e impedimentos maternos relacionados con el lavado de manos, heces y manejo y uso del agua.	Lleve a cabo entrevistas profundas con las madres.
	Comportamientos de higiene actuales (lavado de manos, heces, manejo del agua) especialmente si usted cree que los detalles proporcionados no son correctos	Lleve a cabo observaciones junto con las entrevistas.
	Motivación y habilidad de los trabajadores de salud comunitarios para proporcionar consejos efectivos en temas de higiene relacionados con el lavado de manos, heces y el uso de agua	Lleve a cabo entrevistas en profundidad y, de ser posible, observaciones con los trabajadores de salud.
	Imágenes, percepciones y conceptos relacionados con la salud de los niños y los comportamientos de higiene	Lleve a cabo GF (junto con otras técnicas) con madres y otros miembros de la familia.
	Vías de transmisión más probables.	Lleve a cabo entrevistas profundas y observaciones en familias con alta prevalencia de diarrea.
2.	Basándose en la revisión de la información existente y en los resultados del primer paso desarrolle guías de counseling y motivación con los comportamientos que deben ser testeados.	Lleve a cabo pruebas de prácticas mejoradas PPM.
3.	Basándose en los resultados del segundo paso, mejore las guías de consejería y motivación. Lleve a cabo uno o más tipos de investigación de chequeo (sólo si el equipo lo considera necesario).	
	Para chequear las respuestas de las personas no expuestas y obtener reacción inmediata a las recomendaciones y motivaciones de cambio de comportamiento.	Lleve a cabo GF con madres en otras comunidades del mismo grupo de población.
	Para chequear la aceptabilidad de las acciones y los mensajes entre el personal del programa, los implementadores u otra gente influyente.	Lleve a cabo entrevistas con informantes claves o GF con gente relevante.
4.	Analice los resultados, desarrolle una estrategia y planee la implementación del programa.	

6. Fases de la Investigación Formativa



Fase 1: Investigación exploratoria

Los investigadores pueden usar los datos resumidos en el cuadro de planeamiento, particularmente las preguntas orientadoras y las preguntas específicas para desarrollar sus guías de investigación. Deben prepararse guías de investigación para cada técnica a ser usada (entrevistas en profundidad, observaciones, GF, etc.) y para cada grupo participante. Además, la siguiente información de cómo preparar guías de entrevistas profundas y de observación puede serle útil.

Caja de tareas para las entrevistas en profundidad y los grupos focales	
Tareas preparatorias	
1. Prepare el protocolo de investigación y las guías.	Prepare guías de preguntas.
2. Revise el plan de investigación.	Asegúrese que haya guías de preguntas apropiadas para cada subgrupo de su muestra.
3. Capacite al equipo de trabajo.	Desarrolle un nexo. Escuche bien. Pregunte e indague. Asigne roles. Escriba y complete formularios.
4. Testee y revise los pasos y guías.	Refinar y corregir las guías con los entrenados. Estimar el tiempo necesario.
5. Revise un plan de trabajo basado en el plan de investigación y los resultados de prueba del protocolo.	Especifique el número de participantes por grupo (edad, categoría, etc.) en cada sitio. Planee cómo reclutar participantes y divida las entrevistas/discusiones entre el equipo de trabajo.

Tareas de Implementación		
	Entrevistas en profundidad	Grupos Focales
6. Recrute los participantes.	Seleccione participantes representativos en cada categoría. Obtenga consentimiento.	Invite a los participantes a los grupos focales. Obtenga consentimiento.
7. Lleve a cabo entrevistas y discusiones.	Entreviste y anote los resultados.	Lleve a cabo una discusión. Registre lo dicho y de ser posible tome nota de los datos no verbales.
Tareas de análisis		
8. Analice las entrevistas y observaciones.	<p>Haga un análisis inicial y busque patrones o tendencias.</p> <p>Seleccione grupos, resuma por temas.</p> <p>Anote si todos, algunos o pocos participantes se sintieron de cierta manera.</p> <p>Compare entre grupos.</p>	
9. Desarrolle recomendaciones para testear con las PPM.	Haga una lista de las posibles recomendaciones, barreras y motivaciones.	
10. Desarrolle un reporte breve.	Resuma los resultados y priorice los próximos pasos.	

Prepare guías para entrevistas en profundidad y guías para observación

Al introducir la entrevista, explique sencillamente que usted está solicitando ideas para mejorar los programas de salud del niño. Para no influir en las respuestas, no hable específicamente de higiene.

Las preguntas orientadoras deben estructurarse para que tomar nota y analizarlas sea lo más fácil posible. Cada pregunta guía debe contener diferentes tipos de preguntas, según se observa aquí:

- Antecedentes que sean importantes para determinar la elegibilidad de la persona y para el análisis y la interpretación, por ejemplo, sobre las edades de los niños en un hogar, nivel de educación de la madre y nivel socioeconómico de la familia (dada por ocupación, posesión de tierra o animales) y grupo étnico.
- **Preguntas abiertas y cerradas y preguntas indagatorias:** Las preguntas cerradas tienen una respuesta sí/no predeterminada, mientras que las preguntas abiertas no. Las preguntas indagatorias son aquellas que ayudan a obtener más información luego de que se ha dado una respuesta inicial. Dan al investigador sugerencias útiles. El investigador debe hacer las preguntas en un tono neutro para que el entrevistado no piense que hay respuestas correctas o equivocadas. En general, todas las preguntas que se responden con sí o no deben ser seguidas por otras preguntas que permitan al entrevistado explicar o contar su historia.

Por ejemplo, el entrevistador puede preguntar a una madre cuáles son los pasos que sigue para preparar la cena, en lugar de preguntarle si se lava las manos antes de preparar los alimentos.

En la investigación cualitativa, la manera en que se redactan las preguntas y en qué orden se preguntan puede variar según las entrevistas. Generalmente, el mejor enfoque es comenzar con temas generales de las situaciones de vida, los valores y la salud de niños, y luego seguir con los temas de higiene más específicos. Dentro de cada tema, comience con preguntas más generales. Esto permite que los entrevistados presenten sus propios temas y conceptos importantes que pueden haber sido omitidos por los diseñadores de la guía de preguntas. Los entrevistadores piden que elaboren y expliquen los nuevos temas o los temas relevantes que surgen durante la conversación. De esta forma, la investigación cualitativa es diferente de la investigación a través de encuestas. La clave de la investigación cualitativa exitosa está en capacitar a los entrevistadores para que reconozcan los temas relevantes y alienten a los participantes a que los traten abiertamente.

- **Observaciones.** La guía de preguntas debe incluir un espacio para registrar las notas de observación. Una guía para conducir observaciones estructuradas debe especificar los comportamientos de interés e incluir quizás una lista de verificación (checklist) de las prácticas para su observación y registro. Para las observaciones no estructuradas, los observadores escriben una descripción de todo lo que sucede durante un cierto evento, como la preparación de la cena.

Una vez que las guías de investigación se han desarrollado, los investigadores deberían probar cada guía con varias personas representativas del grupo participante para el que han sido diseñadas. Los investigadores deben luego revisar las guías para abordar cualquier problema que se haya encontrado.

La prueba previa y la revisión pueden hacerse un par de días antes de, o como parte de la capacitación de los investigadores.

Organice al personal de campo y de supervisión

Los planes deben incluir el número de investigadores necesarios por sitio y por técnica de investigación. Además, necesitan definirse las medidas de control de calidad (por ejemplo, observaciones de entrevistas y reentrevistas, reuniones frecuentes, examen diario de registros, etc.). Finalmente, el transporte y alojamiento necesitan planificarse.

Es importante establecer durante qué días y horas se pueden llevar a cabo las entrevistas de campo en un área particular, ya que se deben considerar los días de mercado y el trabajo agrícola para no encontrar los hogares vacíos.

En el próximo cuadro se encuentra un ejemplo de presupuesto:

Ejemplo de presupuesto

Para calcular el presupuesto requerido para la investigación, incluya las siguientes partidas:

Personal

Director de investigación

Un supervisor de campo por equipo

Trabajadores de Campo

Ayuda de expertos, como un especialista en salud ambiental, un moderador de grupos, etc.

Viáticos, otros gastos administrativos, etc.

Transporte

Alquiler del vehículo (1 por equipo)

Conductores (1 por equipo)

Gasolina, aceite, mantenimiento

Alojamiento y comidas

Durante capacitación (comidas, aperitivos)

Durante el trabajo de campo

Durante el análisis y redacción de informes (si es hecho lejos del hogar del entrevistador)

Suministros de investigación

(para capacitación, trabajo de campo, análisis, redacción de informes y difusión)

Papel, cuadernos, lápices, gomas de borrar (todas las actividades)

Fotocopias (todas las actividades)

Rotafolios y transparencias (adiestramiento, el análisis, la redacción de informes y difusión)

Repuestos para la computadora y la impresora (optativo; principalmente para la producción e impresión interna de los materiales)

Grabadoras y casetes (optativo; principalmente para GDs)

Refrigerios y pequeños regalos (optativo; principalmente para GDs)

Gastos administrativos

Apoyo Secretarial

Apoyo Financiero

Identificando los sitios y los participantes

Los sitios de investigación deben ser seleccionados al azar entre todos los sitios posibles que tengan las características definidas. O, si son seleccionados con cierto fin, los motivos de esta selección deben hacerse explícitos. Debe establecerse contacto con la comunidad antes de las visitas de campo, si es necesario con una solicitud escrita de los líderes comunitarios.

Dentro de cada sitio, puede usarse cualquiera de los varios procedimientos aceptados para asegurar la selección aleatoria de participantes, siempre que cada persona u hogar tenga igual chance de ser seleccionada.

La selección de los participantes de la investigación puede hacerse en el momento de las entrevistas (usando siempre una selección aleatoria) o a través de entrevistas de pre-selección (screening) breves de los posibles participantes. Si se usan entrevistas de screening, se pueden programar las entrevistas en profundidad y/o los GDs con los participantes. Si los participantes deben caminar mucho para llegar al sitio donde se harán los GF, los investigadores deben facilitar el transporte y deberían también proporcionar un refrigerio y/o pequeño regalo a los participantes.

Realice la investigación

Los investigadores deben usar las guías preparadas para llevar a cabo las entrevistas y observaciones. Sin embargo, también deben recordar la necesidad de identificar y seguir las nuevas ideas que vayan surgiendo de la investigación. Puede ser necesario que desarrollen nuevas preguntas para evaluar nuevas motivaciones, o barreras y aun que creen nuevos grupos participantes influyentes. Es importante mantener la flexibilidad en el proceso de investigación. La caja de tareas incluida al inicio del capítulo proporciona un resumen de las tareas a seguirse cuando se realizan entrevistas y observaciones.

Analice los resultados

Los resultados de la entrevista incluyen resúmenes, tabulaciones y respuestas literales de los entrevistados. Los supervisores y entrevistadores examinan y resumen la entrevista y luego la discuten cada noche para identificar los temas o apreciaciones importantes. Durante el análisis inicial:

- Cada trabajador de campo completa sus notas de campo de cada entrevista y la observación. Se preparan resúmenes de cada hogar y se rotulan bien.
- El supervisor de campo examina todas las notas, formula observaciones y solicita aclaraciones cuando es necesario.
- El equipo y el supervisor tratan nuevos temas y los problemas. En esta etapa son posibles los cambios en las guías de preguntas.

Barreras a mejores prácticas de higiene en Nicaragua

La investigación formativa en Nicaragua identificó una serie de barreras para mejorar las prácticas de higiene. Estas incluían: letrinas con insectos que desalentaban su uso; letrinas que se llenaban con agua; percepción de que la calidad del agua de los pozos era deficiente; largas distancias desde los hogares hasta las fuentes de agua; percepción de que el agua subterránea estuviera contaminada; temor de que el agua de la comunidad esté contaminada por un cementerio vecino; escaso cloro disponible y de calidad poco segura; filtros de agua ineficaces; e inquietud sobre el desecho del agua sucia del área comunitaria de lavado de ropa.

En el campo, los entrevistadores resumen la información de cada hogar por tema y contenido. Se tabula la información pertinente de diversas secciones de la guía. Las hojas resumidas claramente rotuladas destacan los resultados clave y simplifican las tareas de análisis futuras.

Cada página se codifica con la selección y otros criterios, como la edad del niño o el área de residencia. Esta codificación permite que se mezclen las hojas, según sea necesario, durante diferentes tipos de análisis. Por estas razones, es esencial rotularlas claramente.

Al final del trabajo de campo, el director de investigación, con asistencia de los supervisores y los entrevistadores, se encarga del resumen de los datos de las entrevistas y observaciones de todos los hogares. Este resumen identifica patrones en las prácticas y las actitudes y compara y contrasta diferentes segmentos de población y participantes. Las preguntas de investigación iniciales guían la dirección del análisis.

Los investigadores necesitan decidir las maneras pertinentes de clasificar la información (es decir, por sitio, acceso a agua, grupo étnico, etc.). Luego crearán tabulaciones resumidas para unidades importantes de información. Los resúmenes presentan respuestas sobre un único tema para todos los hogares en un sitio o para todos los hogares de la muestra. En general, los grupos pequeños se comparan unos con otros.

Redacte un resumen de los resultados

Los investigadores deben escribir un resumen claro de los resultados inmediatamente después de completar el análisis para captar los detalles con exactitud. Luego deben circular el borrador al equipo del campo para ver si refleja con exactitud sus impresiones de los participantes. El borrador del informe se incorpora en el informe final de investigación y a esta altura no se requiere edición detallada ni impresión.

El informe sobre las entrevistas en profundidad y observaciones se centra en los puntos necesarios para prepararse para las pruebas de prácticas mejoradas (PPM). Incluye descripciones detalladas de los comportamientos de higiene relacionados con la enfermedad diarreica en los niños pequeños, incluyendo las prácticas positivas y los problemas. Recomienda las mejoras más lógicas y prácticas para discutir con las madres y otros prestadores de asistencia durante las pruebas. El informe también indica las implicaciones para la elaboración del programa y sus actividades de educación y comunicación.

Resultados de investigación exploradora en el proyecto de higiene de República Dominicana

Los grupos focales, las entrevistas profundas y las observaciones llevaron a los siguientes resultados clave:

- *Mantenimiento y uso de los envases de almacenamiento de agua deficientes.* No se observaron comportamientos apropiados en el mantenimiento de los envases de agua ni en la manera en la cual se extrae agua de los envases. Pocos envases tenían cubiertas. Se usaba una taza grande para sacar el agua y cuando se sacaba, los dedos la tocaban. Los envases de agua no estaban limpios.
- *Práctica de lavado de manos inadecuada.* Las personas usaban la misma taza para echarse agua sobre las dos manos y lavarse. Las manos se secaban al aire libre, aunque las mujeres a veces se secaban en sus delantales. A veces se usaba jabón, principalmente un jabón multiuso o detergente.
- *Ningún lugar para lavarse las manos.* La mayoría de los hogares carecía de un lugar especial para lavarse las manos; las personas se lavaban donde se lavan los utensilios de la cocina.
- *Ninguna letrina.* La mayoría de los hogares no tenían letrinas, y los miembros de la familia defecaban en los campos. Las letrinas existentes eran usadas y compartidas con los vecinos. Las letrinas se limpiaban con Clorox, que es considerado como un buen desinfectante.
- *El uso de los pañales desechables.* A pesar de la pobreza de la mayoría de los hogares, se usaban mucho los pañales desechables. En algunos casos se lavaban y se reutilizaban; se eliminan enterrándolos en el campo o quemándolos.
- *Ninguna recolección de basura.* No había ningún servicio de recolección de basura, y algunos hogares están acostumbrados a quemar su basura.
- *Condiciones económicas deficientes.* Uno de los obstáculos más significativos a un uso más higiénico del agua es la pobre situación económica de las familias, que dependen de trabajos esporádicos para las compañías agrícolas.

Fuente: Torres y Bendahmane, pag. 27.

Fase 2: Pruebas de prácticas mejoradas (PPM)

Las pruebas de Prácticas Mejoradas (PPM) son a menudo una metodología clave para permitir a los planificadores definir el menú de comportamientos factibles, las barreras a llevarlos a cabo (a excepción de ciertas barreras externas como políticas gubernamentales) así como las motivaciones y beneficios significativos.

Las PPM están diseñadas para probar las recomendaciones de programas preliminares que se formulan sobre la base del análisis de situación y la investigación exploradora para saber qué es factible en un contexto específico. Las PPM permiten a los planeadores saber que sub-comportamientos son factibles y aceptables en un determinado contexto y cuales no (y no deben ser priorizadas por el programa), así como el nivel general de éxito que puede obtenerse al aumentar los sub-comportamientos específicos. Las PPM son normalmente la segunda fase del trabajo del campo, ya que generalmente se necesita una investigación preliminar para adquirir suficiente conocimiento para poder diseñar buenas pruebas conductuales.

En las PPM se les pide a pequeños grupos de participantes –que representan a los grupos participantes primarios– probar algunas recomendaciones (relevantes a ellos) durante unos pocos días o semanas (según los comportamientos). Las PPM se hacen a menudo en dos visitas, pero pueden hacerse más según la información que ya se conoce sobre las prácticas actuales, si se van a probar comportamientos secuenciales, la duración del período de prueba y las aptitudes, y la experiencia de los entrevistadores. El número total de participantes es generalmente de 20 a 30.

En la primera visita, un entrevistador capacitado y experimentado puede evaluar la situación de higiene y las prácticas de una familia y sugerir nuevas prácticas apropiadas que se dirijan a la persona particular o a las necesidades de esa familia. Sin embargo, un entrevistador menos capacitado y experimentado puede necesitar dos visitas para alcanzar el mismo punto –una para recopilar la información y observar las prácticas, seguida de la consulta con un supervisor, que puede ayudar a formular sugerencias, y una segunda visita para proponer y negociar los cambios en las prácticas. En cualquier caso, una vez que las recomendaciones se han presentado y negociado, el investigador y el participante llegan a un convenio preciso acerca de lo que el participante probará hasta la próxima visita. (En algunos casos, las recomendaciones también pueden tratarse con otros miembros de la familia que tienen una influencia fuerte sobre la capacidad del participante de llevar a cabo esas recomendaciones.) Durante la visita final, el entrevistador procura saber lo más posible sobre la experiencia del participante al probar la(s) nueva(s) práctica(s).

Se tabula el número de personas a quienes se recomendó cada práctica, los que estuvieron de acuerdo en probar cada una, los que trataron, los que la pudieron llevar a cabo "con éxito" y los que piensan seguir (ver el gráfico resumido al final de este capítulo). Además, los investigadores ven lo que le gusta o no a cada participante acerca de la práctica, si existió algún beneficio para ellos u otros, que fue fácil o difícil, cualquier cambio que hicieron a las recomendaciones y otros aspectos de la experiencia de prueba. Algunas de las ideas del programa preliminar puedan modificarse o eliminarse por medio de las PPM. Las barreras y motivaciones para cumplir con las prácticas nuevas, se usarán para informar la estrategia de cambio de comportamiento.

El siguiente cuadro presenta un esquema apropiado para los temas de mejoramiento de higiene:

Visita inicial (Día 1)	Visita de aconsejar (Día 2)	Visita de seguimiento (Día 6-10)
<ul style="list-style-type: none"> • Información previa a través de entrevista y observación • Recursos y prácticas de higiene <ul style="list-style-type: none"> - Lavado de manos - Excreción de heces - Manejo, almacenamiento y uso del agua 	<ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentación sobre prácticas • Recomendaciones y respuesta inicial • Negociación y motivación • Discusión con otra gente influyente en la familia (si es necesario) • Acuerdo en las prácticas específicas que se van a probar 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios relevantes desde la última visita (e.g., enfermedad, nueva tecnología) • Resultados y respuesta a la prueba • Modificaciones • Beneficios y dificultades percibidos • Intención de continuar nuevas prácticas • Como explicarían y motivarían a los otros

Las pruebas de nuevas prácticas son una prueba previa de los comportamientos antes de que vayan al grupo más grande. Dan a los planificadores una retroalimentación inmediata de los participantes que acaban de probar estos nuevos comportamientos, en lugar de que estos se acuerden de las prácticas del pasado o reaccionen a preguntas hipotéticas. Si bien la calidad de los consejos y negociaciones en las PPMs pueden ser mayores que lo esperado en el programa real, los resultados de la prueba dan normalmente a los planificadores una buena (aunque no precisa) idea de la proporción de personas que adoptarán los nuevos comportamientos y de su efecto sanitario potencial.

Obstáculos para el cambio encontrados en las PPM en Perú

Algunos de los obstáculos encontrados por las personas que llevan a cabo las prácticas recomendadas en las PPM en el proyecto piloto del Perú fueron que las mujeres no tenían jabón para lavarse las manos mientras estaban en el campo y que el temor de las familias al robo les impedía mantener a sus animales fuera del hogar. En estas PPM se les daba a las personas productos esenciales como jabón, papel higiénico y un envase para el agua, pero la obtención de estos productos podría haber sido parte de las pruebas. El proyecto respondió a estas barreras. “Descubrimos que mucha gente en el campo lava sus manos con agua de río o de una fuente de irrigación pero tiende a no usar jabón. Desde las PPM, y de hecho desde el inicio del proyecto, modificamos el tipo de jabón que es utilizado en el proyecto. El jabón original era una barra típica que podía costar unos 0.30 centavos de dólar, ahora es otro tipo de jabón que cuesta aproximadamente 0.10 centavos de dólar. La idea en este caso es hacer el jabón accesible a las familias, bien sea para uso en casa o en el campo”.

“Aún no hemos resuelto el tema del robo de animales...hemos promovido que se mantenga a los animales cerca de la casa en un área acordonada en lugar de mantenerlos deambulando a lo largo del patio de la casa” (Kali Erickson, Coordinadora, Proyecto EHP, Cuzco).

En general, las principales limitaciones de las pruebas son que no pueden usarse fácilmente para probar comportamientos que ocurren rara vez o de manera impredecible (por ejemplo, buscar atención inmediata para una emergencia de salud), o los

comportamientos que dependen en gran medida de mejor disponibilidad de los servicios, la calidad o los cambios de política (por ejemplo, usan servicios de salud que proporcionan atención de baja calidad). Aunque estas limitaciones generales tienen poca probabilidad de afectar a los comportamientos de higiene, las PPM de higiene no pueden asegurar fácilmente que los resultados serán los mismos en otras estaciones, ni tampoco pueden evaluar la repercusión sobre las prácticas de un nuevo sistema de agua, costos reducidos para el agua u otros cambios del sistema que probablemente lleven algún tiempo para lograrse. Mientras las PPM pueden probar voluntad y capacidad de una comunidad de excavar un pozo nuevo, no pueden probar fácilmente la capacidad de esa misma comunidad de administrar el uso y mantenimiento del pozo a lo largo del tiempo. Sin embargo, a pesar de estas limitaciones menores, las PPM son un método clave para diseñar las actividades eficaces de cambio de comportamiento.

El siguiente cuadro resume las tareas a llevar a cabo y resumir los resultados de las PPM.

Hoja de Tarea para las Pruebas de Prácticas Mejoradas (PPM)	
Tareas de Preparación	
1. Esboce una guía de apoyo con recomendaciones de cambio de comportamiento.	<ul style="list-style-type: none"> Haga una lista de los problemas de higiene comunes en las familias según la edad del hijo menor (e.g., menor de 3, 3-5). Para cada problema y edad haga una lista de los sub-comportamientos incluyendo sub-comportamientos alternativos para mejorar la higiene. Desarrolle guías para consejería y motivación.
2. Arme el protocolo de investigación (procedimientos).	<ul style="list-style-type: none"> Determine el muestreo y el procedimiento para la visita a cada familia.
3. Desarrolle las guías de preguntas y los formularios para guardar datos.	<ul style="list-style-type: none"> Especifique temas que requieren preguntas adicionales. Esboce formularios para evaluar la higiene. Esboce formularios para recopilar datos.
4. Esboce un plan de campo.	<ul style="list-style-type: none"> Planee el trabajo de campo. Asigne responsabilidades.
5. Capacite al equipo de campo y haga una validación de las guías y formularios.	<ul style="list-style-type: none"> Especifique los objetivos de las PPM. Prepare la metodología y formularios para las PPM. Haga role plays y pretesting. Practique formular recomendaciones basadas en las visitas de diagnóstico.
Tareas de Implementación	
6. Seleccione hogares.	<ul style="list-style-type: none"> Identifique hogares para las PPM. Obtenga consentimiento.
7. Lleve a cabo visitas iniciales.	<ul style="list-style-type: none"> Lleve a cabo entrevistas, observaciones y evaluaciones de higiene en los hogares seleccionados. Planee visita de counseling.
(pasos 6 & 7 pueden obviarse si las familias que van a participar en las PPM están entre las que ya participaron en las entrevistas exhaustivas y observaciones.)	
8. Analice los datos iniciales y planee recomendaciones específicas.	<ul style="list-style-type: none"> Revise resultados de la visita inicial. Identifique problemas de práctica de higiene y planee recomendaciones para sugerir en cada hogar. Revise las guías de consejería según sea necesario.
9. Lleve a cabo visitas de consejería/ negociación.	<ul style="list-style-type: none"> Discuta recomendaciones específicas y negocie con la madre para probar una o algunas prácticas nuevas. Arregle visita de seguimiento.
10. Resuma la respuesta a los consejos.	<ul style="list-style-type: none"> Análisis preliminar: qué recomendaciones están las madres dispuestas o no a probar y porqué? Documente motivaciones y limitaciones.
11. Lleve a cabo <i>visitas de seguimiento</i> .	<ul style="list-style-type: none"> Repita la evaluación de las prácticas de higiene. Vea si las madres siguieron sus consejos, porqué y porqué no, como modificaron el consejo y porqué, y sus reacciones positivas y negativas. Revise y resuma la información.

Tareas de Análisis	
12. Tabule los resultados de las pruebas.	<ul style="list-style-type: none"> • Cada recomendación: número al que se ofreció la recomendación, número que acepto probar, número que probó, número que probó con éxito, número que planea seguir. • Anote las barreras y limitaciones claves.
13. Revise recomendaciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Revise las recomendaciones iniciales del programa para incluir las recomendaciones más apropiadas y exitosas en función de las sugerencias de los participantes. • Focalice en los problemas más comunes.
14. Escriba un reporte con los resultados.	<ul style="list-style-type: none"> • Resuma los problemas de higiene, las prácticas recomendadas, las prácticas que se han probado, las prácticas que se han llevado a cabo en el periodo de prueba y la intención de continuar. • Haga recomendaciones para la programación. • Anote las preguntas pendientes/recomendaciones para próximas investigaciones o necesidad de verificación de la investigación.

Fase 3: Verificación de la investigación

La verificación de la investigación es optativa pero puede ser útil para comprobar los resultados de la investigación con miembros adicionales de los grupos participantes, incluyendo grupos geográficos o culturales no muy involucrados en la investigación anterior. La verificación generalmente se hace a través de grupos de discusión formales o informales. El procedimiento básico es explicar al grupo las cosas claves que usted cree ha aprendido de la investigación hasta el momento y las acciones claves del programa que pretende implementar basadas en los hallazgos; y pedir las opiniones y sugerencias de los participantes. (Vea la discusión de GF en el capítulo 5).

Informe con el resumen de la investigación

Este informe está concebido para los planificadores del programa y, en algunos casos, los legisladores. Manteniendo la audiencia en mente en todo momento, los investigadores deben centrarse en los puntos claves y dejar fuera los detalles que no se relacionan directamente con la planificación. Por ejemplo, si bien un párrafo o dos de antecedentes es una buena manera para empezar, no es necesario revisar la información existente de manera minuciosa. Será suficiente citar el informe con los antecedentes (preparado al final del análisis de situación), mencionar algunas estadísticas clave para poner en contexto y dejar el informe al alcance de quienes lo soliciten. Vea a continuación la "Hoja de trabajo para interpretar los resultados de investigación" y un ejemplo del resumen del informe general.

Hoja de trabajo para interpretar los resultados de la investigación	
Síntesis	
Resuma y compare resultados de todos los métodos.	<ul style="list-style-type: none"> • Prácticas y opiniones de la mayoría • Rango de opiniones y prácticas • Razones porqué
Use diferentes cuadros para clarificar y resumir.	<ul style="list-style-type: none"> • Muestre patrones y tendencias. • Proporcione ejemplos específicos.
Interprete los resultados y desarrolle recomendaciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Focalice en las acciones del programa y las prioridades. • Evite los sesgos.
Llene la "hoja de resumen de la investigación formativa".	
Presentación de resultados	
Prepare un resumen del reporte.	<ul style="list-style-type: none"> • Provea resultados necesarios para los planeadores.
Escriba un resumen ejecutivo.	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendaciones clave. • Prioridades para cambios de comportamiento.
Arregle taller y/o distribución.	<ul style="list-style-type: none"> • Comparta información con todos los que puedan usarla.

Una vez que el análisis de investigación está completo, que se han esbozado las recomendaciones y que se ha preparado el resumen, el equipo de trabajo debe distribuir los resultados. Una manera es enviar resúmenes del informe a los socios, interesados directos y otros grupos interesados y organizaciones. En el próximo paso (formulación de estrategia), los métodos de investigación, los resultados y las implicancias del programa deben compartirse para lanzar un taller para delinear y modificar o revisar la estrategia del programa (ver próximo capítulo).

Ejemplo de resumen del informe general

- Resumen ejecutivo (resumido primero y escrito al final; 3–4 páginas)
 - Breve resumen de los contenidos del informe (esto puede ser todo lo que la gente lea)
 - Recomendaciones claves y prioridades para que los programas mejoren los comportamientos de higiene.
- Breve resumen de la metodología de la investigación (1–2 páginas).
 - Propósito de la investigación y cómo los métodos seleccionados llegan a ese objetivo
 - Pasos básicos de la metodología de la investigación.
- Descripción de la población cubierta por la investigación (2–3 páginas).
 - Descripción de aspectos tales como geografía, demografía, etnicidad, grado de urbanización, alfabetización, ocupación e ingresos.
 - Grupos participantes.
 - Contexto del estilo de vida: visión de la vida, rol de la madre y el niño, deseos para los niños, disponibilidad de productos claves y tecnologías.
- Descripción de la situación actual de la salud de los niños y de las prácticas de higiene (5–7 páginas).
 - Estado de salud de los niños en este estudio, particularmente en relación con la diarrea.
 - Resumen de las practicas relacionadas al lavado de manos, manejo y uso del agua, eliminación de las heces, cuidado del niño y prácticas de alimentación del niño descriptas por los subgrupos relevantes dentro de la muestra.
 - Comparacion con estudios previos.
 - Interpretación de los resultados, factores que deben ser abordados por el programa.
- Descripción específica de posibles cambios de comportamientos, motivaciones y barreras (5–7 páginas).
 - Descripción de las prácticas de higiene que son más factibles de mejorar, por segmento de población, como y por qué.
 - Tabla de resumen de resultados a las recomendaciones probadas con las PPM.
- Sugerencias para una estrategia de programa (3–5 páginas).
 - Dificultades claves que impiden a las madres, familias y comunidades llevar a cabo las prácticas de higiene óptimas para reducir la enfermedad diarreica incluyendo todos los factores: falta de tiempo o recursos (incluyendo infraestructura), percepciones o tradiciones que favorecen prácticas dañinas, etc.
- Recomendaciones finales para diseñar el programa (2–3 páginas).
 - Recomendaciones higiénicas prioritarias incluyendo mensajes y aproximaciones sugeridas por los resultados de la investigación (Este es un listado con el cual se pueden comparar todos los materiales de educación para asegurarse que reflejan los deseos expresados, las actitudes y el contexto de los grupos participantes primarios).

Ejemplo de una Guía para las Entrevistas en Profundidad (Sobre Comportamiento Clave de Higiene para Prevenir la Diarrea): Madres de niños menores de 5 años

[Para ahorrar espacio esta guía no está formateada con los espacios necesarios para registrar la información].

Introducción

- a. [de su nombre y una pequeña introducción al entrevistado].
- b. Estoy hablando con algunas familias en esta comunidad para entender mejor los problemas de salud de los niños. Espero que lo que aprendamos nos sirva para diseñar mejores programas que respondan a lo que la gente dice que quiere y necesita.

¿Tiene usted uno o más hijos menores de 5 años? [puede haber una o más preguntas adicionales para ver si los entrevistados son elegibles para la entrevista y en qué categoría pertenecen según área de residencia, grupo étnico, etc. Si la persona no es elegible agradezca y termine la entrevista].
- c. [si es elegible; explique cómo funciona la entrevista]:
 - Puede decir cualquier cosa que desee siempre que sea lo que usted realmente siente.
 - No hay respuestas buenas o malas, solo son sus opiniones.
 - Volveremos en unas semanas con los resultados de lo que la mayoría dijo en esta comunidad, sin embargo NO le diremos a nadie lo que USTED dijo de manera particular, no usaremos su nombre ni se le dirá a nadie lo que cada uno dijo.
 - Querría hablar conmigo por una hora? usted puede seguir con sus tareas y yo la acompaño [si dice que no; pregunte por qué y trate brevemente de convencerla pero no presione, agradezca y váyase. Si ella desea, continúe].
- d. ¿Tiene alguna pregunta?
- e. Por favor conteste unas preguntas introductorias sobre usted y su familia.
 - ¿Quién/es convive/n con usted, qué vínculo tiene/n con usted?
 - ¿Cómo se llama/n y que edad tiene/n su/s hijo/s?

Nombre	Edad

[Si la madre tiene más de un hijo menor de 5 años, la guía debe decirle al entrevistador cómo elegir a un niño al cual se refieran sus preguntas. Es preferible que sea un niño de 6 a 23 meses porque esta es la edad de mayor prevalencia de diarrea].

f. Algunas de las preguntas que le quiero hacer se refieren a X [nombre del niño].

- ¿Tiene usted algún trabajo aparte de ocuparse de su familia y sus hijos?
- ¿Qué trabajo hace su marido?

[Anote: nombre, fecha, criterio de selección, lugar].

Diarrea

1. ¿Cuáles son los problemas de salud que más afectan a los niños acá?
2. ¿Qué problemas de salud le preocupa más de X? menciónelos.... ¿Por qué?
3. ¿Hay otros problemas de salud que le preocupan de X? ¿Por qué?
4. ¿Ha tenido X diarrea?
 - En las últimas 2 semanas? Sí---- No ----
 - En las últimas 24 hrs? Sí---- No ----
5. ¿Qué pasa cuando X tiene diarrea?
6. ¿Cómo lo afecta?
7. ¿Cómo se siente Usted con esos episodios de diarrea? ¿Le preocupan o considera que no debe preocuparse? ¿Por qué?
8. ¿Los niños contraen diferentes tipos de diarrea?
9. [¿En caso afirmativo] ¿Cuáles son? y ¿Cómo son diferentes?
10. ¿Qué causa cada tipo de diarrea?

Tipos de diarrea	Causa	Cómo prevenir

11. ¿Cree que es posible prevenir la diarrea?
 - [¿En caso afirmativo, pregunte] ¿Cómo se puede prevenir la diarrea?
 - ¿Hace usted algo para prevenir la diarrea? Por favor explique.
 - ¿Hay otras cosas que usted quisiera hacer para prevenir la diarrea pero no hace por alguna razón?
 - [¿En caso afirmativo, pregunte] ¿Cuáles son? ¿Por qué no las hace?

Parásitos

12. ¿Ha oído acerca de los parásitos intestinales (gusanos)?
 - [¿En caso afirmativo, pregunte] ¿Qué son?
 - ¿Qué hacen?

13. ¿A quién afectan más?

- ¿Afectan a los niños?
- [¿En caso afirmativo, pregunte] ¿Cómo? Por favor explique.
 - i. ¿Muchos niños tienen parásitos? Sí----- No-----
 - ii. ¿Considera que los gusanos son buenos o malos o ambos? Por favor explique.

14. ¿Puede impedir que su familia tenga parásitos?

- [¿En caso afirmativo, pregunte] ¿Cómo? ¿Qué HACE en la práctica?

Agua

15. ¿Usted cree que toda el agua es igual? Sí--- No----

- Si no, ¿qué tipos de agua hay y para que se usan?
- ¿Usa su familia agua de esa manera? Sí--- No--- (si no, Por qué?)

16. ¿Qué tipo de agua es buena para beber? (si no se menciona hable de claridad, sólidos, color, olor, sabor, fuente).

- ¿Usted cree que el agua disponible para su familia es bebible? ¿Por qué, Por qué no?

17. ¿Qué puede hacer para que el agua sea buena para beber?

- ¿Hace algunas de esas cosas en su casa?
- Sí, explique con detalle que hace (pida una demostración, si la madre está haciendo otras cosas espere).
- ¿Todo el mundo en casa toma agua?
- ¿Qué gusto tiene el agua?
- ¿Ha escuchado de otras maneras de tratar el agua (si no pregunte si otras personas conocidas hierven el agua, la filtran o le echan cloro).

18. ¿De dónde viene el agua que toma su familia en casa? ¿En el campo?

19. ¿Viene a veces de otros lados?

- [Si sí] ¿De dónde? ¿Cuándo?

20. ¿De dónde viene el agua que usa para cocinar?

21. Por favor describa todo lo que hace con el agua para preparar la comida, cocinar y limpiar luego de comer. Dígame qué hace primero y cómo, luego qué hace y así sucesivamente [si no lo menciona, pregunte sobre como lava frutas y verduras, limpia las superficies donde cocina, lava los utensillos de cocina, etc.]

22. ¿Quién recoge el agua de la familia?

- ¿Alguna otra persona ayuda a veces? [sí] ¿quién?

23. ¿Es fácil o difícil conseguir agua para la familia?
- ¿Por qué, por qué no? ¿Depende de la época del año?
 - [Sí] explique por favor.
 - ¿Cuánto tiempo le lleva por día recolectar agua?
 - ¿Le parece mucho o poco tiempo?
24. ¿Cómo transporta el agua a su casa?
- ¿Tiene tapa el contenedor?
 - ¿Cómo llevan el contenedor?
 - ¿Cómo consiguen agua los que trabajan en el campo?
25. ¿Paga usted por el agua?
- [Sí, pregunte:] ¿Cuánto paga por mes?
 - ¿Cree que el precio es justo? Sí ____ No ____
 - ¿Por qué/ Por qué no?
26. ¿Pagaría más para tener el agua disponible en su casa o cerca?
- [No, pregunte:] ¿Por qué no?
 - [Sí, pregunte:] ¿Cuánto pagaría por mes?

Uso del agua y tratamiento

27. ¿Dónde guarda el agua que bebe su familia?
- ¿Me puede mostrar? [anote tipo de contenedor, tiene tapa, como se saca el agua?]
 - ¿Cómo saca el agua? Por favor demuestre.
 - ¿Qué niños sacan su propia agua? Pídale que le muestren como.
 - ¿Dónde guarda los utensillos con los que saca el agua?
 - ¿Me puede mostrar cómo saca y toma el agua?
 - ¿Lava a veces los contenedores? [Sí] cada cuanto, cómo?
 - ¿Cuándo fue la última vez que lo lavó?
 - ¿Cómo? [anote con que jabón u otro se lava.]
28. ¿Dónde se baña su familia?
- ¿De dónde viene el agua con que se baña su familia?
 - ¿Qué usa para bañarse [jabón, sustituto de jabón, esponja, etc.]?
29. ¿Qué hace usualmente con el agua que le sobra luego de cocinar o lavar la casa?

Lavado de manos

30. ¿Usted y su familia se lavan las manos?

- [No, pregunte] ¿Por qué no?
- [Sí, pregunte] ¿Por qué?
- ¿Cuándo se lavan las manos?
- [Si no se menciona, pregunte] ¿Se lava normalmente?
 Antes de comer: Sí ___ No ___
 Antes de preparar la comida: Sí ___ No ___
 Antes de comer o darle de comer a un niño: Sí ___ No ___
 Después de ir al baño: Sí ___ No ___
 Después de limpiar la cola de su bebé: Sí ___ No ___
- Cuando esta en el campo, ¿se lava antes de comer y después de defecar?

31. ¿Cuántas veces se lavó las manos hoy?

- ¿Cuántas veces le lavó las manos a X?
- Por favor muéstreme cómo se lava las manos habitualmente. [Anote si usa agua y de dónde, usa jabón o sustituto, se refriega las manos al menos 3 veces, se seca las manos y cómo. Fíjese donde se lavan habitualmente, vasija, Tippy Tap, drenaje de agua, limpieza de los materiales que se usan para secar].

Lugar	
De dónde viene el agua	
Agente de limpieza	
Número de veces que se refriega las manos	
Cómo se seca	
Drenaje de agua	

32. ¿Tiene jabón en la casa?

- [Si no, pregunte] ¿Por qué no?
 - i. ¿Hace a veces jabón en casa? ¿Sabe cómo?
 - ii. ¿Ha usado alguna vez alguna otra cosa que agua y jabón para lavar sus manos, por qué no?
 - iii. ¿Le gustaría probar lavarse con cenizas o arena (u otro material local disponible)? Sí ___ No ___
 - iv. ¿Cuán disponible es ese material?
- [Sí, pregunte:] para qué lo usa? ¿Algo más?
 - v. ¿Dónde lo compra?
 - vi. ¿Cuánto cuesta?
 - vii. ¿Le parece un precio adecuado?
 - viii. [Si no lo usa para lavarse las manos] ¿Por qué no lo usa para lavarse las manos?

Disposición de heces

33. ¿Qué son las heces? ¿Qué piensa de ellas?
- ¿Qué es lo mejor que se puede hacer con ellas? ¿Por qué lo dice?
 - ¿Qué es bueno y malo sobre las heces? ¿Pueden causar enfermedad? ¿Cómo?
 - ¿Son las heces de los niños iguales que las de los adultos? Si no, ¿en qué difieren?
 - ¿Son las heces animales iguales que las humanas? [Sí, No] ¿en qué difieren?
34. ¿A dónde defecan en su casa? ¿Por qué en ese lugar?
- Es así siempre, usualmente o a veces?
 - ¿A dónde más?
 - ¿Es lo mismo durante el día que durante la noche? Sí ____ No ____
 - ¿Es lo mismo todo el año? Sí ____ No ____ [Si no] por qué no?
 - ¿A dónde defecaron los miembros de su familia hoy?
35. ¿Hay algún otro lugar dónde preferiría defecar?
- [Si no, pregunte] ¿Por qué o por qué no?
 - [Si sí, pregunte] ¿dónde?
 - ¿Por qué no ha construido una letrina?
 - ¿Cuáles serían los beneficios para su familia de tener una letrina?
 - ¿Qué tipo de letrina le gustaría? Por qué?
 - [Si no lo menciona, pregunte tipo de material, piso de madera o cemento, espacio para bañarse en la letrina, pequeño agujero para poder ser usado por los niños pequeños].
 - ¿Estaría dispuesto a cavar un hoyo para una letrina si el programa de salud le diera los materiales para construir una?
36. ¿A dónde elimina X sus heces?
- ¿Qué pasa con las heces de X? [si no se menciona, pregunte si las tiran en las letrinas, al aire libre, en un hueco o pozo de basura o en el jardín]
 - ¿Cuándo defecó X por última vez?
 - ¿Qué pasó con las heces?
37. [Si la familia tiene una letrina] ¿qué miembros de la familia usan la letrina?
- ¿Cuándo no la usan?
 - ¿Qué le gusta de las letrinas?
 - ¿Qué no le gusta?
 - ¿Cómo podría mejorarse?
 - ¿Por qué no lo ha hecho todavía?
 - ¿Me puede mostrar su letrina por favor? [Anote la distancia entre la casa y el agua, el tipo de letrina, la condición del camino hacia la letrina, limpieza de la letrina, olor, material para limpiarse, privacidad, otros usos como almacenamiento o para bañarse, insectos, gusanos, mosquitos, hueco o asiento apropiado]

para niños. Pregunte qué luz se usa de día y de noche y si la usa gente que no es de la familia.

38. ¿A dónde eliminan las heces los miembros de su familia cuando están en el campo?

Canales de comunicación

39. ¿De dónde obtiene usted información sobre cómo proteger la salud de su familia?

- ¿De dónde más?
- ¿De dónde obtiene la mejor información y la más útil sobre la salud de su familia?

Fuentes de información	Describa brevemente	Más seguido	A veces	Más útil
Familia o amigos				
Trabajadores comunitarios				
Curanderos tradicionales				
Trabajadores de salud de un centro de salud				
Radio/TV				
Reuniones/ clubes/eventos comunitarios				
Dramatizaciones, canciones				
Material impreso				
Otros				

40. Hay otras maneras que usted cree que serían buenas para darle a la gente esa información? Si es así ¿cuáles son sus ideas?

Otros

41. ¿Tiene animales en su hogar?

- [Si sí, pregunte] ¿Andan sueltos? [Observe]
- [Si sí, pregunte] ¿Dejan heces cerca de la casa? [Observe]
- ¿Qué pasa con las heces de los animales?

42. ¿Hay moscas en su hogar? [Observe]

- [Si sí, pregunte] ¿Qué piensa que atrae a las moscas?
- ¿Cuál es su opinión de las moscas? Molestan a su familia? Son sucias? Traen enfermedad?
- ¿Hace algo por proteger a su familia de las moscas?
- [Si sí, pregunte] ¿qué hace?
- [Si no lo menciona pregunte si cubre la comida, saca la basura y limpia el área]

Muchas gracias! Termine con las preguntas. ¿Tiene usted alguna pregunta para mí?

Guía genérica de discusión sobre los conceptos básicos de higiene para las madres de los niños y niñas menores de 5 años

Introduzca el equipo de investigación que se encuentre presente. Explique el propósito de la discusión, indique que no hay ninguna respuesta "correcta", que todos deben participar y que cada opinión de las personas es valiosa, el tiempo que durará la sesión y qué tipo de refrescos se servirán. Pida autorización al grupo para grabar la discusión, en caso de que el relator no alcance a registrar todo, y prometa que nadie, aparte de los investigadores, escuchará la grabación. Mencione que todas las participantes son madres de niños y niñas menores de 5 años (y otros criterios de selecciones comunes). Pídale a cada persona que se presente, y que compartan lo más chistoso que su hijo o hija pequeña haya hecho. O si alguien no puede pensar en algo chistoso, pueden compartir algún detalle especial acerca de su hijo o hija.

Conceptos	Preguntas Básicas	Preguntas de seguimiento, profundización
Limpio/Sucio	<p>Piense acerca de sus hijos...¿Hay veces que se ensucian la ropa?</p> <p>¿Qué hace su niño para ensuciarse de esa forma?</p> <p>Una vez que se fijan que sus hijos se ensucian...qué hacen?</p> <p>¿Algunas partes del cuerpo se ensucian más que otras?</p> <p>Digamos que su niño o niña se ensucia las manos...entonces ¿Qué hace usted?</p> <p>Digamos que sus manos están sucias...entonces ¿Qué hace usted?</p>	<p>¿Qué significa estar sucio? ¿Cómo sabe si su niño está sucio?</p> <p>¿Cómo se siente cuando su niño está sucio? ¿Hace usted algunas cosas para tratar de prevenir esto?</p> <p>¿Cómo se siente acerca de esto? ¿Hace algo? ¿Hay algo bueno en que su niño se ensucie? ¿Hay algo malo en que su niño esté sucio?</p> <p>¿Cuál? ¿Cómo se ensucia el niño las manos? ¿Cómo sabe cuando las manos de sus niños están sucias?</p> <p>¿Cómo siente acerca de eso? ¿Hace algo?</p> <p>¿Cómo siente sobre ello? ¿Hace algo? En ese caso, por favor indíquenos que hace.</p>
Agua	<p>¿Si usted lava sus manos con agua, de dónde viene esta agua?</p> <p>¿Piensa que toda el agua es la misma, o hay diferentes tipos de agua?</p> <p>¿Puede el agua estar sucia?</p> <p>Por favor describa el tipo de agua que su familia consume</p> <p>¿Está usted satisfecho con el tipo de agua que su familia consume?</p>	<p>¿Quién busca el agua? ¿Cómo la almacena en casa? ¿Siempre tiene usted suficiente agua? Por favor explique.</p> <p>¿En qué se diferencian? ¿De dónde viene cada tipo? ¿A usted le gusta usar diferentes tipos de agua para diferentes finalidades? Por favor explique.</p> <p>¿Cómo sabe? ¿Cómo sucede eso? ¿Para qué sirve y para qué no sirve el agua sucia? (Si no se ha mencionado), pregunte acerca del color, el olor, la claridad, la fuente, el tratamiento, limpio o puro.</p> <p>¿Qué le gustaría que fuese diferente? ¿Le hace usted algo al agua antes de usarla en casa? ¿En ese caso, qué, cómo y por qué?</p>

<p>Heces</p>	<p>¿Qué son las heces? ¿Qué clases de heces hay?</p> <p>¿Qué es bueno y qué es malo acerca de las heces?</p> <p>¿Después que las heces de los adultos salen, a dónde van?</p> <p>¿Después que las heces de los niños salen, a dónde van?</p>	<p>¿Son las heces de los niños iguales a las heces de los adultos? ¿Son las heces animales iguales a las heces de la gente? ¿Usa las heces para algo?</p> <p>¿Piensa que las heces son limpias o sucias?</p> <p>La mayoría de familias de aquí ¿Qué hace con las heces adultas?</p> <p>¿Qué hacen con las heces de un lactante, un 2 año de edad, un 5 año de edad?</p>
<p>Letrinas (se asume que no tienen letrinas; utilice preguntas distintas en caso de que tengan letrinas)</p>	<p>Algunas familias en esta zona parece que siempre ponen las heces en una letrina.</p> <p>¿Piensa que es importante para una familia tener y usar una letrina?</p> <p>¿Le gustaría tener una letrina para su familia? Favor describir la clase de letrina que Ud. quisiera tener si pudiera. ¿Cómo sería?</p>	<p>¿Qué piensa de eso?</p> <p>¿Qué hay de bueno en usar una letrina? ¿Qué problemas pueden tener las personas que siempre usan una letrina?</p> <p>Si las personas tienen dificultades en responder, sugiera algunas ideas, donde construir, de qué construirla, qué tipo de construcción, cómo sería por dentro, si es fácil de usar para los niños, el olor, la privacidad, etc. Enumere todas las ideas para que todos los puedan ver. Si las madres no pueden leer, dibuje las ideas. Luego trate las cosas que son sumamente importantes. Al final, pídale a cada persona que nombre las tres cosas más importantes.</p>
<p>Causas de enfermedades en los niños</p>	<p>¿Cuáles son las enfermedades principales que los niños aquí tienen con mayor frecuencia? (Busque el consenso del grupo acerca de las tres enfermedades más importantes).</p> <p>¿Qué causa cada una de estas enfermedades?</p>	
<p>Prevención/fatalismo</p>	<p>¿Pueden las familias como las suyas prevenir estas enfermedades en los niños?</p>	<p>¿Qué enfermedades? ¿Cómo?</p>
<p>Diarrea</p>	<p>¿Qué es la diarrea?</p> <p>¿Qué piensa y hace cuando su niño contrae la diarrea?</p> <p>¿Hay diferentes tipos de diarrea?</p> <p>¿Pueden familias como las suyas prevenir la diarrea?</p>	<p>¿A quién le da con mayor frecuencia? ¿Eso está bien o está mal y por qué?</p> <p>¿Qué tanto le preocupa a usted si su niño tiene diarrea?</p> <p>¿Cuáles son? ¿Cuáles cree que son las causas de cada tipo?</p> <p>¿En ese caso, cómo? ¿Cuáles de estas cosas que han mencionado hace usted? ¿Cuál de estas cosas le gustaría hacer? ¿Qué es lo que ha impedido que usted haga las cosas que quisiera hacer para prevenir la diarrea?</p>

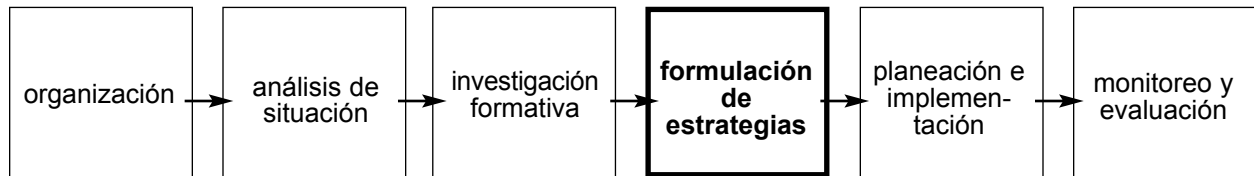
Hoja de trabajo: Análisis de las PPM

Prácticas recomendadas	No. de personas que se encuestaron	No. de personas deseosas de probar	No. de personas que probaron	No. de personas que fueron capaces de llevar a cabo las prácticas acordadas	No. de personas que pudieron hacer las prácticas durante el periodo de prueba	No. de personas que planean continuar
Totales						

Hoja de trabajo: Tabla resumen de la investigación formativa

Prácticas Ideales	Prácticas actuales	Grupos Participantes	Percepciones del Problema	Prácticas Factibles	Barreras Motivaciones

7. Formulación de Estrategias



A esta altura, el objetivo salta a la vista: una estrategia programática eficaz y adaptada a nivel local para mejorar las prácticas de higiene relacionadas con la reducción de la enfermedad diarreica. El próximo paso es usar los resultados claves del análisis de situación y la investigación formativa como base para diseñar una estrategia programática. Si la investigación, el análisis y las recomendaciones del programa han sido bien realizados, la formulación de la estrategia debe ser directa y la transición al programa debe hacerse sin problemas.

En la Programación Basada en Comportamientos, la estrategia programática es esencialmente un formato para mostrar los comportamientos factibles y las maneras de motivar y apoyar a las personas a que los lleven a cabo.

Talleres para la formulación de estrategias

En algunos contextos, la colaboración de múltiples socios, cada uno con sus aptitudes y su experiencia, contribuirá a la fortaleza y a la durabilidad de las acciones del programa. Un taller de estrategia con todos los socios puede ser una manera eficaz de compartir los resultados de la investigación con personas claves, comprometerlas con el proyecto, planificar la estrategia del programa y delegar las responsabilidades. Dos posibles enfoques para llevar esto a cabo incluyen:

- Elaborar la estrategia programática (estrategias para promover y facilitar los comportamientos factibles), con un grupo de trabajo pequeño y luego presentarlo en un taller a un grupo más grande de `interesados directos` para que ellos la examinen y la modifiquen.
- Hacer que los participantes preparen las estrategias en un taller más grande. (Nota: esto es más práctico en grupos pequeños, no en un plenario).

Debido a que los oficiales de alto rango pueden querer dominar la situación, es importante que antes de llegar al taller los participantes entiendan que la intención es basar la estrategia en los resultados de la investigación formativa y no en la opinión de los ahí presentes.

A pesar de las diversas condiciones culturales y económicas, los programas diseñados para mejorar las prácticas de higiene en diferentes países contienen a menudo muchos de los mismos elementos. Este capítulo presenta el marco ilustrativo de un programa para las categorías principales de acciones. El programa y actividades específicas, sin embargo, dependen del entorno local (acceso a tecnologías y otros recursos, políticas, etc.), y los resultados de la investigación formativa.

La matriz de estrategia de cambio de comportamiento

La hoja de trabajo de la estrategia de cambio de comportamiento es un formato para analizar los comportamientos y las acciones del programa correspondientes que los promueven y facilitan. El lado izquierdo es el lado del análisis de los comportamientos y el lado derecho es el lado de las estrategias. Use una o más hojas por cada grupo participante (o meta), comenzando con los grupos primarios (quiénes, para los cambios de comportamientos de higiene son a menudo las madres, los padres y los trabajadores de salud). Usted puede decidir si otros grupos influyentes, como los líderes comunitarios o las abuelas, merecen sus propias estrategias de cambio de comportamiento o si es suficiente incorporar sus funciones en las acciones estratégicas de los grupos participantes primarios.

En las próximas dos páginas se encuentra una hoja de trabajo en blanco de la estrategia de cambio de comportamiento. Los títulos de los diversos componentes de la estrategia pueden variar. Usted puede usar sólo dos o tres componentes o hasta seis o siete; los que necesite basado en su análisis. Al final de este capítulo se encuentra una hoja de trabajo desarrollada como ejemplo y en el CD-ROM que acompaña a esta guía se encuentra una serie completa de hojas de trabajo.

Análisis del comportamiento

Para un grupo participante particular, este lado consta de:

- a. Los comportamientos ideales
- b. Los comportamientos actuales
- c. Los comportamientos factibles
- d. Las principales barreras
- e. Las principales motivaciones y apoyos

Matriz de Estrategia de Cambio de Comportamiento

El grupo participante (“meta”):

Parte 1. Análisis del comportamiento					Parte 2. Actividades estratégicas de cambio de comportamiento*					
Comportamiento ideal + principales sub-comportamientos	Comportamientos actuales	Comportamientos factibles	Principales resistencias y barreras	Principales motivaciones y apoyos	Comunicación	Capacitación	Acciones comunitarias o colectivas	Productos o tecnología (desarrollar o facilitar acceso)	Cambio de políticas o cumplimiento de políticas ya existentes	Otros

* Estas son actividades del programa diseñadas específicamente para motivar y hacer que la gente vaya de las acciones actuales a las acciones posibles.

Complete una o más hojas de trabajo de estrategia para cada grupo participante primario.

- 1) Los comportamientos ideales se obtienen de la bibliografía internacional. –“las prácticas familiares clave de AIEPI” , “Hechos para la Vida”, etc. Las más importantes relacionadas con la higiene son: lavado de manos con jabón en los momentos clave, consumo exclusivo de agua potable, eliminación de todas las heces usando una tecnología sanitaria.
- 2) Los comportamientos actuales se obtienen del análisis de situación y la investigación formativa.
- 3) Cada grupo participante principal puede tener uno a cuatro comportamientos factibles (que pueden ser desglosados en acciones esenciales o sub-comportamientos). Estos (así como las barreras, motivaciones y apoyos) deben ser sacados de la investigación formativa, en particular de las PPM. Está bien enumerar comportamientos factibles alternativos que sean practicables para un grupo y no lo sean para otros. Por ejemplo, si existe una letrina disponible todos los miembros mayores de 3 años de edad de una familia deben usarla. Las familias sin letrinas deben construirlas o cavar orificios para enterrar las heces.
- 4) Las barreras incluyen tanto las limitaciones internas (actitudes, conocimiento) como las externas (ambiental) para moverse del comportamiento actual al factible. Un listado de las principales barreras para el cambio de comportamiento se encuentra en la página 11. Algunas barreras típicas para los comportamientos de higiene básicos se mencionan en la página 12 en el capítulo 1 y otros en las matrices de estrategia al final de este capítulo y en el CD-ROM.
- 5) Antes que ignorar las dificultades que impiden que una persona adopte un nuevo comportamiento es más efectivo encarar las dificultades de manera directa mencionándolas y dando alternativas para solucionarlas. La investigación identifica por que la gente no quiere ni puede probar alguna recomendación y las pruebas de prácticas mejoradas dan información sobre cómo superar esas barreras.
- 6) Las motivaciones son los sentimientos y las percepciones que promueven y facilitan nuevos comportamientos. Las motivaciones deben ser obtenidas de los grupos participantes durante la investigación formativa. Ahorrar tiempo o dinero, permitir que los niños jueguen más o vayan mejor en la escuela, una mayor posición social y otros beneficios percibidos pueden ser iguales o más importantes que reducir la diarrea infantil. También deben observarse los factores externos, como el estímulo de los cónyuges o la presencia de un grupo de voluntarios de salud comunitaria que promueven los comportamientos y apoyan a las familias.

Los planificadores no deben suponer que “menos diarrea” o “mejor salud” es la motivación más fuerte. Las motivaciones para cada práctica deben ser obtenidas de las madres y familias en cada lugar. En algunos lugares a la gente le gusta el olor de las manos recién lavadas y en otros la gente se queja del olor a jabón en las manos mientras comen (ver recuadro).

¿Qué motiva el mejoramiento de higiene?

Los beneficios de una letrina para 320 hogares en Benín rural (en orden de importancia):

- | | |
|--|---|
| 1. Evitar el malestar de hacer al aire libre | 11. Ahorrar tiempo |
| 2. Ganar prestigio de los visitantes | 12. Hace mi casa más cómoda |
| 3. Evitar peligros de noche | 13. Reducir los gastos de atención de salud |
| 4. Evitar serpientes | 14. Dejar un legado para mis niños |
| 5. Reducir las moscas | 15. Tener más privacidad para los asuntos domésticos |
| 6. Evita el ver/oler heces en los arbustos | 16. Hacer mi vida más moderna |
| 7. Proteger mis heces de los enemigos | 17. Me siento un rey |
| 8. Tener más privacidad para defecar | 18. Hacer más fácil el defecar para viejos o enfermos |
| 9. Mantener la casa/propiedad limpia | 19. Poder aumentar el alquiler de mis arrendatarios |
| 10. Sentirse más seguro | 20. Para la salud |

Fuente: Jenkins, M.W. (1999), tesis de Doctorado, U.C. Davis, Ingeniería Civil

“El beneficio más importante de las mejoras de abastecimiento de agua en zonas rurales desde la perspectiva de las personas afectadas es en general el hecho de que el agua es traída más cerca de donde viven.... No hay ninguna indicación de que las poblaciones rurales esperan ‘beneficios en su salud’”. Churchill, A. et al. (1985). El abastecimiento de agua en zonas rurales y el saneamiento; tiempo para un cambio. El Banco Mundial.

En el proyecto de higiene del Perú, cuando se les preguntó específicamente a los miembros de la comunidad por qué querían llevar a cabo mejores prácticas de higiene, las respuestas más frecuentes fueron: evitar enfermedad, tener bebés sanos, demostrar respeto y obediencia a los trabajadores de salud, y ahorrar dinero.

Motivaciones para mejores establecimientos de higiene y tecnologías

Un ambiente más limpio; mayor comodidad; menos trabajo; mejor status; amor propio; aumento del valor de la casa; mejor vida para los niños; mayor seguridad de noche; mayor seguridad para las mujeres y las niñas; mayor privacidad; menor riesgo de brujerías; menos oportunidad para el adulterio; menos distancia para caminar; protección contra el mal tiempo; resolución de los problemas de los familiares enfermos o ancianos (padres); condición para el matrimonio; seguimiento del ejemplo de los vecinos o personas admiradas; respuesta a la presión de los otros; satisfacer las necesidades de las visitas familiares; etc. (Appleton y Van Wijk, página. 23).

Actividades estratégicas

Un marco amplio de estrategia debe describir una amplia gama de actividades, tomar en cuenta las barreras y utilizar las motivaciones y el apoyo para mejores comportamientos. Los tipos de actividades que con más probabilidad se necesitan para cambiar los comportamientos de higiene son la comunicación, la capacitación, la movilización comunitaria, nuevas tecnologías o productos, y cambio de políticas. En función de lo que aprendieron hasta ahora, y de su acceso a recursos, los planificadores deben decidir qué y cuántas actividades de programa deben incluir en su estrategia.

Al completar la matriz de cambio de comportamiento, piense nuevamente en las preguntas de planificación del programa: ¿Qué necesita cambiarse, cómo y por quién? Realice una tormenta de ideas para encontrar acciones potenciales, luego refine la lista discutiendo la factibilidad y conveniencia de cada acción en función de los objetivos del programa.

Acuérdese de integrar las actividades de reducción de enfermedades diarreicas con otras actividades dentro de la misma organización así como con los programas de otros socios. Las actividades de apoyo existentes deben enumerarse bajo motivaciones y apoyos. Las nuevas actividades de su organización y los socios deben enumerarse bajo uno de los componentes de la estrategia. Quizá sea útil, en el taller de estrategia, indicar qué programas se están haciendo y con qué actividades con algún símbolo o color. Esto ayudará a conocer las actividades que deben formar parte de la estrategia pero que, a esta altura, no tienen ningún grupo que asuma la responsabilidad de hacerlas.

Una vez esbozado el marco amplio, defina las actividades específicas que promueven y facilitan los comportamientos factibles y que se ocupan de las barreras internas y externas que impiden que las personas las lleven a cabo.

Puede haber un número pequeño de actividades que están incluidas en la estrategia pero que ni la organización ni los socios pueden implementar, al menos de inmediato. Es importante incluirlas a esta altura, de manera que todos puedan ver que podría limitar el cambio de comportamientos a pesar de los esfuerzos. Estas actividades también pueden proporcionar una agenda para que el proyecto busque la colaboración de otras organizaciones y proyectos en un futuro cercano o lejano.

Decisiones estratégicas

Si usted ha estado pensando de manera estratégica durante la investigación formativa ya debe haber probado muchas ideas para abordar los problemas. Ahora es tiempo de usar lo que ha aprendido para tomar una serie de decisiones difíciles. Por ejemplo, el fácil acceso a tecnologías tales como agua potable, jabones, un lugar seguro para disponer de las heces y contenedores de agua potable con tapa y canilla facilitan mucho las prácticas de higiene básicas. Usted debe decidir ahora si el programa va a proveer o facilitar nuevas tecnologías y /o enseñar y motivar a la gente para hacer lo mejor posible con las tecnologías ya existentes.

Abajo se encuentra una descripción breve de los componentes más comunes del programa de estrategias para mejorar las prácticas de higiene. Cada uno de estos se discute en profundidad en el próximo capítulo.

Comunicación: ¿Para cada grupo participante, cuáles son los apoyos principales que puede proporcionar la información? ¿Necesita la gente información práctica acerca de qué hacer o cómo, motivación y estímulo para hacerlo, nuevas aptitudes, ayuda para recordar? Decida luego qué canales o medios son apropiados y factibles para ese tipo de comunicación en ese entorno. Los canales usados para llegar a cada grupo participante pueden variar extraordinariamente.

La comunicación interpersonal, incluyendo visitas domiciliarias, es sumamente aconsejable. Las actividades grupales a menudo también son útiles. Los materiales impresos, especialmente los que ayudan a los trabajadores de salud y a los voluntarios a dialogar con familias, y los materiales que sirven de recordatorios en las casas, son también importantes. Las cuñas (spots) de radio o televisión pueden (o no) ser apropiados (según la proporción de grupos participantes clave que escuchan o miran, el costo y el presupuesto del proyecto). Vea el capítulo 8 para más detalles sobre los medios (canales) y los materiales (láminas de consejería, folletos, una canción, una cuña de radio).

La abogacía (advocacy) para que los encargados de tomar decisiones presten más atención y recursos al mejoramiento de la higiene, puede ser una actividad importante del programa, considerarse una actividad de comunicación, o tener su propia estrategia separada.

Uso Efectivo de Consejeros Voluntarios

Los voluntarios comunitarios pueden ser promotores efectivos del cambio de comportamiento y mejorar la salud en la medida en que las lecciones aprendidas a lo largo de los años sean incorporadas a la práctica actual. Además de los normales requisitos de capacitación y apoyo (materiales y supervisión), se debe considerar lo siguiente:

- En el caso de la salud infantil, los mejores voluntarios son mujeres entre los 30 y los años de edad, y a menudo es deseable que ya tengan la mayoría de, si no todos, sus hijos/as. Es posible que los voluntarios no cumplan con ciertos requisitos educativos de tal forma que algunos compromisos a nivel local serán requeridos. Los voluntarios varones pueden ser más apropiados si los programas incluyen acciones orientadas al establecimiento de algún tipo de infraestructura.
- Los programas no deben esperar que los voluntarios manejen demasiadas tareas o sean responsables por un alto número de familias (20 puede ser un número razonable), ni que dediquen demasiado tiempo a las actividades (algunos días al mes debe ser razonable).
- La motivación de los voluntarios es un aspecto crítico. Los programas deben seguir un plan específico que provea pequeños incentivos cada cierto tiempo. Algunas ideas incluyen tarjetas de identificación, gorras, camisetas, reconocimiento a nivel de la comunidad (por ejemplo, en festivales y reuniones), así como un ambiente de supervisión estimulante y sostenido. Exenciones en el pago de algunos costos (por ejemplo, en centros de salud o en buses), también pueden ser utilizados.
- Los voluntarios a menudo son más efectivos y estables cuando trabajan en equipos pequeños. Las habilidades de negociación y consejería a veces son difíciles de adquirir y por ello se deben desarrollar a través de actividades de capacitación en el terreno, acompañadas de y supervisión adecuada.

Capacitación: Los agentes del programa, tales como los trabajadores comunitarios, pueden necesitar capacitación especial en cómo aconsejar y negociar los comportamientos de higiene, cómo usar las tarjetas de asesoramiento, cómo asesorar sobre la construcción de letrinas, cuánto cloro debe agregarse a los envases según el tamaño, etc. Siempre que sea posible, es útil coordinar con programas de capacitación ya existentes pero también pueden ser necesarios esfuerzos especiales de capacitación.

Acciones Comunitarias (o Colectivas): Puede ser necesaria una acción colectiva en algún tema de higiene como el mantenimiento y manejo de un sistema local de agua. Los programas también pueden tomar la decisión de facilitar que un grupo de miembros de la comunidad interesados aprenda cómo identificar el problema, decida cómo tomar medidas y tome medidas.

Tecnologías o los productos: Cuando la barrera para el mejoramiento de la higiene es la falta de acceso a productos claves como el cloro o el jabón, el programa puede tomar acciones para mejorar su disponibilidad a precios razonables (ej: trabajando con compañías privadas o manteniendo un fondo rotatorio para los expendios comunitarios); promover productos alternativos (jabones caseros, cenizas) que fueron probados y aceptados durante las pruebas de comportamientos factibles o mejorar el uso de los recursos ya existentes.

El proyecto de higiene del Perú quiso apoyar los fondos rotatorios comunitarios para facilitar la venta de productos a bajo costo: tanques plásticos de cinco galones con cubierta y grifo, papel higiénico, detergente, jabón, bacinillas para niños, cloro y goteros. El proyecto de Nicaragua se propuso facilitar un tanque de agua de cinco galones, botellas opacas para el cloro, cloro, sogas para reparar las bombas de los pozos, cal para el mantenimiento de las letrinas, sandalias de goma para los niños y papel higiénico. Como se indicó antes, si bien la introducción de tecnologías externas puede facilitar los cambios de comportamiento, cada programa debe tomar las decisiones estratégicas sobre hasta qué punto y cómo desea hacerlo.

Fondo Rotatorio para la adquisición de productos de higiene: Un vistazo desde el terreno

“Nuestro fondo rotatorio ha funcionado bien y hemos podido observar el tremendo interés de las familias. Creo que es válido decir que el fondo rotatorio ha sido un éxito. En el caso de Perú, este elemento ha sido crucial en el proyecto ya que virtualmente ninguna de las familias usaba los tanques plásticos para el agua, las bacinillas para niños, los goteros para el cloro, o las cubiertas de papel para los tanques de agua. El fondo también facilita el acceso al cloro, jabón, detergente y papel higiénico. Ha sido muy útil el que cada promotor de salud disponga de un paquete de materiales para la higiene del hogar y así hacer las demostraciones en las casas que generan un mayor interés en su uso. Al final, terminamos vendiendo nuestro producto más esencial en el proyecto, el tanque de agua con su gotero, con un descuento del 50%, porque sentíamos que no hay ningún otro producto que pueda reemplazar este tanque. Aunque inicialmente no queríamos dar este tipo de crédito, algunos promotores de salud insistieron indicando que muchas familias realmente querían el producto pero no tenían el dinero completo para pagarlo (US\$ 1.25). Nuestro fondo ha funcionado, pero hay un factor humano – nuestros promotores de salud prefieren no retirar dinero sin nuestra presencia dado que ellos no están familiarizados con bancos, clave de acceso, etc. Una forma de simplificar esto podría ser mediante la ayuda a las familias para adquirir los bienes en forma permanente y promover (pero no comprar) los productos que ellos deben adquirir nuevamente (papel higiénico, jabón, etc.). Dependiendo de las circunstancias en cada comunidad, esto podría tener algún éxito. Para un proyecto de corta duración sería mucho más simple que el fondo fuese donado y utilizado en su totalidad sin la intención de generar ingresos adicionales que refinancien el fondo.... En general, diría que el fondo es muy útil pero solo debe usarse para alcanzar lo que la organización voluntaria privada (OVP) que auspicia el proyecto tiene capacidad de apoyar en forma efectiva”.

-Kali Erickson, EHP project coordinator

Cambios en las políticas: Pueden ser necesarios algunos cambios en las políticas y la legislación, o su cumplimiento, para apoyar o reforzar las actividades del programa. Estos pueden relacionarse con diversos temas como las funciones y las responsabilidades de los trabajadores comunitarios y las políticas sobre la distribución de cloro (por ejemplo, no esperar hasta que comience un brote del cólera).

Si los trabajadores comunitarios de salud deben aconsejar a las familias en las prácticas de higiene pero tienen demasiadas responsabilidades para el tiempo que tienen, una acción del programa puede ser abogar por el cambio de políticas con respecto a la redefinición de los deberes de los trabajadores comunitarios de salud o la formación de otro grupo de consejeros.

Mejoras en el servicio: Esta categoría generalmente no es pertinente para el cambio de comportamientos de higiene pero puede ser crítica para otros comportamientos del componente comunitario de AIEPI, tales como preocupación por la inmunización, búsqueda de atención apropiada, planificación familiar, atención prenatal y otros.

Estrategia de comunicación

Las actividades de comunicación suelen ser un aspecto importante de la programación centrada en el comportamiento. El componente de comunicaciones puede llamarse “Comunicación Centrada en el Comportamiento” (CCC). Lo que debe distinguir CCC de otros tipos de comunicación es que las actividades deben apoyar específicamente la

estrategia de cambio de comportamiento del programa. No debe dar a la gente información que no sea esencial para apoyar un cambio de comportamiento.

Para completar la estrategia de comunicación los encargados de la planificación deben identificar las tareas de comunicación, las audiencias específicas (grupos participantes), los canales de comunicación (o medios de comunicación), mensajes e información clave y materiales. El proceso para desarrollar materiales individuales se describe en el próximo capítulo.

Las actividades de comunicación tienen el potencial de hacer varias cosas para apoyar los comportamientos básicos de higiene, los sub-comportamientos factibles y los cambios de políticas. La comunicación puede dar y apoyar información y motivación emocional o de hecho (para todos los grupos participantes incluyendo los trabajadores de salud y los voluntarios comunitarios). Los mayores tipos de comunicación incluyen interpersonal (uno a uno, o uno con pocos), comunicación de grupo (encuentros, dramatizaciones), y comunicación masiva (audiovisual o impresa). El material impreso apoya las comunicaciones interpersonales (ej. láminas de consejería) y juega un papel importante en recordar y reforzar la información entregada a través de otros canales de comunicación. Un principio básico de la PBC es que las decisiones sobre los canales, comunicaciones, mensajes, etc. se basan en lo que se sabe a partir de la investigación formativa y no en lo que los que planean el programa u otros piensan que funciona o en “lo que las madres necesitan.”

Audiencias

La planificación de estrategias de comunicación empieza con decisiones acerca de audiencias o grupos participantes. A menudo, el grupo participante primario son las madres u otros cuidadores del niño, porque son generalmente los que cuidan y alimentan a los niños, buscan y almacenan el agua, cocinan y lavan. Sin embargo, los grupos participantes secundarios o de grupos de apoyo de personas influyentes (padres, las abuelas de niños y otros miembros de la familia o amigos) también pueden ser importantes. Otras personas influyentes están a un paso de la familia: los líderes comunitarios, los trabajadores de salud (tradicional y no tradicional) y, posiblemente los agentes de extensión y otros grupos relevantes.

Con el grupo de madres, algunas de ellas pueden necesitar información diferente dependiendo de su acceso a letrinas o de la edad de sus hijos. Estas necesidades específicas son fáciles de incorporar en materiales para aconsejar a las madres pero difíciles de presentar en grupo o a través de comunicación de masas.

Canales

Diversos canales pueden ser considerados para alcanzar distintas audiencias. Estos incluyen medios masivos (radio y TV), canales grupales (reuniones, festivales, presentaciones, espacios naturales de comunicación) y discusiones a nivel individual

entre representantes del programa y una madre, padre, o quizá un político u oficial de gobierno. Los materiales impresos también pueden proveer importante apoyo a la comunicación interpersonal (i.e. láminas de consejería) y jugar un papel más importante en términos de recordación y refuerzo de información que ha sido suministrada por otros canales. Mientras PCB estimula el uso de diversos canales, se recomienda que haya un mayor enfoque en aquellos canales de dos vías, por encima de los canales de una vía. Aunque la simple transmisión de información (mensajes) puede ser necesaria, en su raíz, el cambio de comportamiento es un proceso de solución de problemas tanto para individuos como para grupos. Por ello, los canales que estimulan la discusión y el diálogo son críticos para alcanzar el resultado esperado.

Mensajes y materiales

En la Comunicación Basada en Comportamientos, la mayoría de las actividades de comunicación procuran llegar a las familias con niños pequeños y hacen énfasis en las mejoras factibles y procesables. Mucha, pero no toda la comunicación se hace a través de varios canales de comunicación que pueden ser desde un spot de radio, una dramatización comunitaria hasta unas láminas de consejería. Los mensajes eficaces:

- Describen acciones específicas, con instrucciones claras, prácticas.
- Se enfocan en unas pocas recomendaciones en lugar de suministrar demasiada información.
- Promueven comportamientos que son culturalmente aceptables y factibles.
- Sugieren acciones o los productos que son asequibles y disponibles.
- Incluyen información motivadora y las razones para hacer los cambios.
- Reconocen y sugieren maneras de superar las limitaciones.

La matriz que se presenta a continuación proporciona una buena manera de visualizar la lógica de los mensajes y materiales.

<i>Descripción del Mensaje y del Plan de Medios</i>			
Material	Público destinatario	Objetivo	Cómo se usa el material
<ul style="list-style-type: none"> • Un material es un póster, una cuña de radio, el conjunto de láminas de consejería, dramatización comunitaria, grabaciones en cassettes, etc. • El público destinatario es el grupo principal al cual usted espera que el material informe, motive, enseñe, recuerde, etc. • El objetivo es informar acerca de. . . , para motivar a. . . , etc. • Cómo se usa el material: por ejemplo, cuándo se debe transmitir una cuña; dónde se debe colocar el póster; quién, cuándo, con qué frecuencia y cómo se usarán las láminas de consejería; quién, cuándo y dónde se presentará la dramatización. 			

Si bien un plan de comunicación incluye generalmente una variedad de medios, la experiencia muestra que la **consejería individual** por parte de un trabajador comunitario o de salud local que interactúa directamente con las madres y otros a cargo de los niños es una acción esencial. Los consejeros exponen recomendaciones adaptadas a las necesidades de los niños y a las preferencias y recursos de las familias. Los mensajes a través de otros medios deben confirmar y apoyar la información que se ha dado durante la orientación individual.

La consejería individual no sólo debe indicar las mejoras pequeñas en los comportamientos sino también, en lo posible, ofrecer a las personas una selección de comportamientos mejoradas y cómo hacerlos. Por ejemplo, la ebullición o cloración es ideal para tratar el agua para cocinar o beber. Sin embargo, las madres que no puedan o no lo hagan pueden al menos purificar el agua dejándola dentro de un envase claro al sol y luego desechando (no usando) el agua del fondo. Las familias que no pueden darse el lujo de comprar el jabón para el lavado de manos pueden obtener beneficios para su salud si usan jabón casero, ceniza, arena u otro agente de limpieza para lavarse adecuadamente en los momentos clave. Los medios de comunicación de masas, a través de materiales como cuñas de radio, pueden ser un gran apoyo al promover los conceptos fundamentales como (1) lavarse las manos con un agente de limpieza en los momentos

claves y (2) usar sólo agua potable para beber o cocinar, y (3) eliminar de manera segura todas las heces humanas y animales. Pero, la manera precisa cómo cada madre hace cada comportamiento, puede negociarse mejor mediante la consejería individual.

Espacios naturales de comunicación

El análisis de la situación y la investigación formativa deben buscar información sobre los "espacios de comunicación natural" donde los miembros de la comunidad conversan, por ejemplo, en los parques o plazas, o donde hay oportunidades para la conversación o materiales sobre higiene, por ejemplo, en las tiendas que venden los productos de higiene. Por ejemplo, en Bucaramanga, Colombia, las denominadas ciclovías – espacios en parques públicos los domingos a la mañana – se han convertido en el sitio central para una estrategia de comunicación para la salud que trata temas de salud del niño. Este canal fue complementado por otros, incluyendo transmisiones de radio.

Tamaño del proyecto y costo de los materiales

Un tema principal en los tres proyectos piloto de higiene, cada uno de los cuales cubría de tres a nueve comunidades, fue el costo elevado de la producción de materiales para un número tan pequeño de copias. Los proyectos de pequeña escala deben considerar:

- Trabajar mucho desde la concepción del programa con otras organizaciones que estén dispuestas a ayudar a pagar por la producción de materiales que ellos también usarán en las áreas del proyecto;
- Diseñar y producir materiales de bajo costo (por ejemplo, usando papel más fino) o
- Encontrar empresas con fines de lucro que están dispuestas a pagar por la producción de materiales a cambio de tener su logotipo y posiblemente un mensaje corto en los mismos. Los proyectos no deben aceptar tal asistencia de empresas cuyos productos sean claramente nocivos a la salud, como los fabricantes de cigarrillos o las empresas de cerveza.

Producir más materiales en los proyectos pequeños es más lógico cuando los organizadores intentan expandir el área del programa y/o el proyecto es usado como una base de capacitación para los grupos participantes e individuos que usarán sus nuevos conocimientos y habilidades para desarrollar programas efectivos en otros lugares.

La siguiente es una lista de los tipos de materiales que pueden usarse para promover cambios específicos de comportamiento:

Láminas de consejería que ayuden a los trabajadores comunitarios a adaptar sus mensajes. Las láminas de consejería tienen generalmente imágenes en el frente para ilustrar las recomendaciones, y a menudo, pero no siempre, información en el dorso que incluye preguntas para hacer a la madre y sugerencias de cómo negociar pequeñas mejoras en las prácticas basadas en sus prácticas actuales y en lo que están dispuestas a probar. Debe haber algún esquema lógico para organizar las láminas, de manera que el consejero no discuta información que no es pertinente con la familia. Para aconsejar en las prácticas de higiene, quizá haya tarjetas separadas para las familias que tienen letrinas o inodoros y para las que no tienen; para aquellos con acceso al agua potable en la fuente y los que no. Una tarjeta única puede abordar el desecho de las heces de niños pero necesitaría contener ideas diferenciadas para los niños de diferentes edades.

Un conjunto más general de láminas para AIEPI Comunitario puede ser codificada por color según la edad o la etapa del desarrollo del niño o sino por otro factor importante, como una enfermedad del niño. El consejero puede elegir la lámina apropiada para un niño particular, de manera que el asesoramiento es directamente pertinente a la situación. Las lámina ayudan a evitar sobrecargar a una madre con demasiada información, alguna de la cual no se aplica a ellas.

La extraordinaria ventaja del contacto regular con una madre es que el consejero puede tratar de motivar la aceptación de pequeñas mejoras en las prácticas, eventualmente acercándose al ideal. Por ejemplo, si las familias sienten que no se lavan las manos en los momentos críticos, se puede empezar lavándose después de defecar y en sesiones subsiguientes se puede ir negociando el lavado en otros momentos.

Se recomienda que las tarjetas de asesoramiento consten de tarjetas de diagnóstico para facilitar la comprensión de las prácticas actuales y láminas de consejería o negociación para apoyar una discusión y la aceptación por parte de las madres de probar uno o dos pequeños cambios de comportamiento. Al final del capítulo se encuentra un ejemplo de cada tipo de lámina. El set completo de materiales de los tres proyectos piloto se encuentra en el CD-ROM que acompaña a esta guía (el material no debe necesariamente ser una lámina; frecuentemente pueden ser unas láminas grandes plastificados).

Los materiales impresos suelen ser apropiados para los trabajadores de salud, los voluntarios capacitados y los legisladores pero no para las madres y sus familias, si los materiales tienen muchas palabras y la mayoría de la gente es analfabeta. Los materiales impresos más útiles para las madres y sus familias pueden ser los recordatorios hechos exclusivamente o primariamente con dibujos que refuerzan la consejería individual. Para la abogacía, la motivación del personal y los voluntarios, y el intercambio de información, puede significar redactar un boletín del proyecto.

También, al final del capítulo se encuentra un afiche para las casas del proyecto de Nicaragua que fue designado para recordarles a las personas sobre su aceptación a probar nuevas prácticas y para darles un signo visual de progreso (poniendo calcomanías que mostraban que cumplieron el acuerdo por 3 meses).

Materiales recordatorios en Perú

El coordinador del proyecto de EHP en el Perú señala que "...estos materiales son considerados muy atractivos por parte de las familias y ello crea interés en colocarlos en sus casas". Su contribución al cambio de comportamiento será evaluada pronto.

Consideraciones para el desarrollo y la selección de materiales

- **Los recursos locales para la comunicación:** Identifique los medios de comunicación tradicionales usados en la vida cotidiana de sus grupos de población y que su programa pueda usar para difundir los mensajes de higiene. Los ejemplos incluyen: contadores de historias, cantantes o músicos tradicionales. Las asociaciones sociales, profesionales y económicas, tales como las cooperativas rurales de agua, también pueden participar en una estrategia de mejoramiento de la higiene.
- **El acceso a los medios de comunicación de masas y patrones de uso:** Si su proyecto piensa usar los medios de comunicación de masas para diseminar mensajes, considere qué grupos de población tendrán acceso a estos medios. Para los medios electrónicos (radio y televisión), considere la hora del día en que las personas se conectan y qué programas escuchan o miran. Por ejemplo, en partes de América Latina y Asia, tener una televisión es común, mientras que en muchos países africanos, los mensajes televisivos tienen más probabilidad de llegar a los que ya tienen acceso a información en salud, pues son relativamente ricos o bien educados.
- **Tipo de información:** Distintos canales de comunicación son mejores según el tipo de información. Si bien la comunicación interpersonal es eficaz para enseñar la información complicada porque puede adaptarse a las necesidades individuales, los medios de comunicación de masas son apropiados para aumentar la concientización a nivel institucional, comunitario e individual. Los materiales impresos como los afiches y los folletos también pueden ser eficaces para aumentar la concientización y recordar a las personas sobre los comportamientos que incluyen varios pasos. Los periódicos son a menudo imprácticos para promover un cambio de comportamiento a gran escala debido al analfabetismo y a la disponibilidad limitada en las zonas rurales, pero pueden ser útiles para los políticos responsables.
- **Las aptitudes de lectura y el alfabetismo pictórico:** Las personas deben ser obviamente alfabetizadas (en el idioma pertinente) para comprender las palabras en los artículos del periódico y los materiales impresos. Pero los dibujos o las fotos pueden no ser bien comprendidas por aquellas personas insuficientemente expuestas a materiales de comunicación. En particular, la secuencia de los sucesos, los detalles del fondo y las representaciones tri-dimensionales pueden ser confusos en los materiales impresos. Una buena validación de los materiales debería ayudar a superar este problema potencial.
- **Tamaño de la audiencia:** Quizá sea difícil proporcionar orientación individual si la audiencia es grande y el presupuesto limitado. En este caso, un programa puede ver que es importante depender más de los medios de comunicación de masas. Si la audiencia es demasiado pequeña, el uso de los medios de comunicación de masas puede resultar poco costo-efectivo.
- **Costo:** Además del costo relativo de usar diferentes medios y las economías de escala que pueden lograrse con una audiencia más grande, es importante considerar la eficacia del medio usado. Por ejemplo, el costo de la comunicación por persona para un proyecto importante quizá sea más barato si se usan medios de comunicación. Pero, si los medios tienen poca probabilidad de llegar a la población o de producir un cambio de comportamiento, el ahorro no ayudará a lograr las metas del proyecto.

Afiches para los establecimientos de salud o centros comunitarios. Los afiches se usan demasiado en la comunicación para la salud, probablemente porque son “fáciles” de diseñar y producir. No reemplazan la necesidad de orientación pero si se diseñan cuidadosamente y se someten a una validación, pueden ser eficaces para presentar mensajes específicos a una audiencia particular. Los afiches o autoadhesivos pueden usarse cerca de las “estaciones” de lavado de manos como recordatorios de la necesidad de lavarse las manos, así como de los pasos para hacerlo. La vida útil de los afiches en la pared debe vigilarse.

Cuñas de radio y cassettes. Las cuñas de radio pueden usar un formato de diálogo, presentando un personaje desarrollado y promocionado como la voz de la sabiduría en las buenas prácticas de higiene. Este personaje puede discutir prácticas específicas y motivos de resistencia. La radio y la televisión también pueden ser buenos canales para llegar a los responsables políticos y para apoyar la idea de que los trabajadores comunitarios de salud conocen y son útiles en temas de higiene y otros temas de salud. Las grabaciones en cassette de los spots de radio pueden usarse como iniciadores de discusión durante la orientación de grupos.

Rotafolios. Los rotafolios son materiales didácticos sencillos y versátiles que pueden ser usados por los trabajadores comunitarios en una variedad de entornos y con diferentes grupos participantes. Sus imágenes y mensajes pueden abordar las inquietudes generales, como la necesidad de los hombres de prestar más atención a la higiene y de usar los recursos familiares con sensatez.

Teatro comunitario. Las dramatizaciones que incluyen los mensajes generales del programa son una manera entretenida de llegar a las familias y los miembros influyentes de la comunidad. Pero deben salvarse varios obstáculos. El uso de actores profesionales puede ser caro para el número de personas al que llega. El uso de grupos comunitarios puede ser efectivo solo si el programa los guía en el contenido y la dramatización se usa como una manera de estimular una buena discusión de temas y una sesión de preguntas y respuestas posterior.

Otros medios. Otros medios incluyen anuncios de altavoces en la comunidad, y planes de lecciones para los escolares (ej. investigación o monitoreo de las prácticas en sus familias o comunidades).

Materiales usados en el proyecto de higiene en Perú

Estos comprenden: 10 tarjetas de asesoramiento, que incluyen 3 tarjetas para diagnosticar las prácticas actuales de la familia y 7 para negociar mejores prácticas; afiches recordatorios; afiches promocionales (uno para promover la compra de productos esenciales de higiene); un volante de la tienda de higiene; dramatizaciones grabadas en cassettes para escuchar y discutir con los grupos; y para los promotores voluntarios, un manual, un documento de identidad con fotografía, formularios de monitoreo y diversos materiales para identificar y premiar su trabajo (camisetas, gorros, etc.).

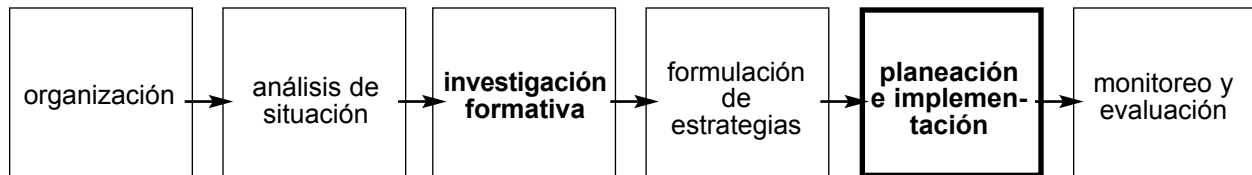
Matriz ilustrativa de estrategia de cambio de comportamiento

Problema de salud: enfermedad diarreica _____

GRUPO PARTICIPANTE: __ madres o cuidadores de niños pequeños _____

Análisis del comportamiento				Actividades del programa para apoyar los cambios de comportamientos					
Comportamientos ideales	Comportamientos actuales	Comportamientos factibles	Principales Barreras	Principales Motivaciones y soportes	Comunicación	Capacitación	Mejoramiento de prestaciones de servicios	Producto o tecnología nueva	Cambio de políticas
<p>Lavarse las manos en todos los momentos claves:</p> <p>Obtener agua</p> <p>Obtener un agente de limpieza</p> <p>Usar jabón u otro agente de limpieza y agua</p> <p>Refregarse las manos al menos 3 veces</p> <p>Enjuagarse las manos con agua que cae</p> <p>Secarse las manos al aire libre o secarlas con una tela limpia</p>	<p>Lavarse las manos en algunos momentos claves, especialmente después de defecar o cuando las manos están visiblemente sucias antes de comer o dar de comer</p> <p>Lavarse con agua y un agente de limpieza</p> <p>Refregar las manos 1 ó 2 veces</p> <p>Enjuagar con cualquier agua que está disponible</p> <p>Secarse las manos en la ropa</p>	<p>Cuando hay agua disponible se pueden lavar las manos de manera adecuada en todo momento</p> <p>Unas pocas familias en mejor situación pueden adquirir y usar jabón pero la mayoría puede usar cenizas como agente de limpieza</p> <p>Frotar las manos 3 veces</p> <p>Enjuagarse con agua que cae</p> <p>Secarse las manos al aire libre</p>	<p>Madres no están acostumbradas a usar ceniza o arena</p> <p>Es difícil para las madres acordarse de colocar las cenizas cerca de la ubicación del lavado de manos en forma sistemática</p> <p>Madres opinan que no tienen tiempo</p> <p>Madres no están convencidas de que deben usar jabón si las manos no parecen sucias</p> <p>Algunas madres deben cargar agua por largas distancias y no desean hacerlo aunque no haya suficiente agua</p>	<p>Promesa de menor frecuencia de diarrea en niños y otros</p> <p>Las madres ya se lavan las manos si bien no muy seguido y no de manera adecuada</p> <p>Impresionar a los vecinos con los dispositivos para lavarse las manos</p> <p>No es caro, las cenizas y la arena se encuentran fácilmente</p>	<p>Los trabajadores comunitarios de salud dan charlas y demostración de cómo se lavan las manos y organizan a las madres para que visiten casas donde hay una buena estructura para el lavado de manos</p> <p>Voluntarios comunitarios con láminas de consejería para negociar mejores comportamientos</p> <p>Cuñas de radio para enfatizar la importancia y la idea de que todo el mundo se lava las manos, así como la eficacia de la arena y las cenizas como agentes de limpieza</p>	<p>Capacitación de los trabajadores de salud comunitarios (TSC) en la promoción del lavado de manos</p> <p>Capacitación de los voluntarios comunitarios</p>	<p>Supervisión de trabajadores de salud comunitarios y voluntarios comunitarios</p> <p>TSC deberían organizar a los voluntarios para que lleven a cabo un monitoreo periódico de la incidencia de diarrea y una evaluación del lavado de manos reportando los resultados a la comunidad</p>	Ninguno	TSC responsables de la extensión comunitaria capacitarán y supervisarán las actividades de mejoramiento de higiene de los voluntarios comunitarios

8. Planeación e Implementación



La base para la implementación de un programa es una buena planificación. A esta altura, el análisis de situación y la investigación formativa han proporcionado a los planificadores del programa la información clave sobre las prácticas de higiene, así como las apreciaciones sobre los cambios de comportamiento que, de manera realista, las madres y otros están dispuestos y son capaces de hacer. Así, los planificadores han elaborado una estrategia de cambio de comportamiento que abarca una variedad de intervenciones específicas para los grupos de población identificados. Durante esta próxima fase, el personal del programa debe hacer lo siguiente para prepararse para la implementación:

1. Preparar planes de trabajo para cada componente de la estrategia.
2. Preparar, probar, finalizar y diseminar cualquier material de comunicación, educación y capacitación que sea necesario.
3. Llevar a cabo la capacitación.
4. Desarrollar productos y/o servicios, según sea necesario.
5. Desarrollar otros componentes (de abogacía, promocionales), según sea necesario.

Planes de trabajo para cada componente de la estrategia

La estrategia de cambio de comportamiento muestra la lógica de las actividades del programa para lograr los objetivos de cambio de comportamiento y de salud. El próximo paso es desarrollar un plan de trabajo que incluya los pasos de implementación de cada componente. Los planes de trabajo estipulan lo siguiente:

- **Qué** será cada actividad.
- **Cuándo** comenzará cada actividad, cuánto tiempo durará, y cuándo concluirá;

- **Quién** llevará a cabo cada actividad, incluido el personal, los socios y la asistencia técnica; y
- **Cómo** se llevarán a cabo las actividades—en otras palabras, qué recursos humanos y materiales se necesitan.

Un formato para esto se encuentra en la hoja de trabajo al final de este capítulo. Cada uno de los componentes de la estrategia de cambio de comportamiento (por ejemplo, comunicación, capacitación, etc.) debe tener su propio plan que incluye los elementos enumerados más arriba (es decir, qué, cuándo, quién y cómo).

Puntos a considerar al inicio de la implementación

Incorporación Progresiva de las Actividades

Un reto importante para los planificadores del programa es definir un calendario apropiado para la implementación de las actividades del mismo. Los planificadores deben asegurarse, por ejemplo, que antes de llevar a cabo actividades diseñadas para estimular un mayor uso de las letrinas, el sistema de servicios de salud o el programa estén preparados para responder adecuadamente a esta mayor exigencia (por ejemplo, con asientos de letrinas de hormigón o pisos para las familias que cavén un hoyo adecuado en una ubicación aceptable).

La secuencia de las actividades también puede incluir en una primera etapa la puesta en práctica de un programa piloto, revisando los materiales y métodos sobre la base de esa experiencia, y llevando luego estas intervenciones a mayor escala. El personal del programa necesitará determinar lo que tiene sentido para la estrategia que se ha desarrollado.

También es importante la coordinación de las intervenciones de los medios de comunicación de masas y locales. Por ejemplo, si los programas de radio promueven a los trabajadores comunitarios como una fuente creíble de información en higiene, es imprescindible que antes de transmitir los materiales los trabajadores estén capacitados, equipados y sean activos en sus comunidades.

Supervisión

Es sumamente importante asegurarse de que existan actividades supervisoras de buena calidad de manera sistemática. Una buena supervisión proporciona supervisores con información valiosa acerca del progreso, los éxitos y los retos y da a los que están siendo supervisados retroalimentación útil acerca de lo que están haciendo bien, lo que pueden mejorar y cómo pueden realizar las mejoras. Es importante proporcionar tiempo, recursos y orientación para la supervisión en la planificación de los programas.

Trabajo con asistencia externa

La mayoría de los países tienen recursos importantes propios que pueden proporcionar asistencia técnica en las diversas etapas del proceso. Ejemplos posibles incluyen ONG, OPV, universidades, compañías privadas, consultoras u otros organismos. Los planificadores del programa pueden contactar estos recursos. La asistencia técnica es a menudo una buena inversión para los programas de alta calidad.

Desarrollo de materiales de comunicación

Basado en el análisis de situación, el examen de la información existente y los resultados de la investigación formativa, el personal del programa debe esbozar las ideas para los materiales de comunicación apropiados para cada audiencia. Al hacer esto es necesario tener en mente la finalidad de cada material y cómo será usado.

Resumen creativo

La preparación de un resumen creativo es un puente útil entre la investigación formativa y el diseño del material. Es un resumen corto y claro acerca del material a desarrollarse. Basado en la información existente y en los resultados de la nueva investigación, describe: cuál es la audiencia y cuáles son sus inquietudes, cuáles son los objetivos del material, cómo se esperan lograr, cómo debe ser el diseño, lo que debe decir y cómo debe usarse. Debe darse una oportunidad a todos los socios clave de formular sus observaciones y estos deben ponerse de acuerdo en la versión definitiva. El resumen, por lo tanto, asegura que todos los individuos y socios pertinentes del programa estén “en la misma página”.

Los miembros del equipo de trabajo, junto con el coordinador/equipo de investigación, deben preparar conjuntamente el resumen creativo. Luego pueden dárselo a una persona experimentada en diseño de material dentro de su propia organización o de una de las organizaciones asociadas al proyecto. Si no existe tal persona, será necesario contratar a un consultor o una agencia de publicidad para diseñar una o más versiones del material y para trabajar con el director/equipo de investigación para administrar los procesos de implementación y de producción.

Contenido del resumen creativo

Antecedentes ¿Cuáles son los antecedentes de esta actividad? ¿Por qué se hace?

Grupos de población ¿A quien desea llegar con su comunicación? Sea específico. Por ejemplo ¿se necesita llegar a las madres y a los padres? ¿Cuáles son sus características socioeconómicas, culturales, educacionales, del modo de vida y psicológicas? ¿Otras?

Objetivos ¿Qué desea que los miembros del grupo hagan después de escuchar, mirar, o experimentar esta comunicación?

Obstáculos ¿Qué creencias, prácticas culturales o información equivocada se interponen entre el grupo y los objetivos deseados?

Beneficio clave: Seleccione un único beneficio que los miembros del grupo experimentarán si hacen lo que a usted le gustaría que ellos hagan. (Por ejemplo, si los cuidadores mejoran sus prácticas del lavado de manos, el beneficio desde el punto de vista del planificador de programa es que los niños que tal vez morirían serán salvados por las acciones oportunas de sus padres. Sin embargo, este quizá no sea el beneficio que la comunicación debe usar para motivar a los padres a la acción. Eso debe averiguarse entre los padres a través de la investigación consultiva.

Razones de por qué: Estas son las razones por las cuales el beneficio clave pesa más que los obstáculos y demuestra que lo que se promueve es beneficioso.

Tono: ¿Qué sentimiento debe tener la comunicación? ¿Debe ser autoritario, liviano o emocional? Está usted tratando de que los padres eviten la culpa de no actuar a tiempo; de que estén bien informados para que puedan tomar las medidas necesarias y llevar a cabo sus responsabilidades como "buenos padres"; hacer su trabajo para que el personal de salud pueda hacer el suyo.

Formato: ¿Cómo debe ser el material (basado en las preferencias de la audiencia, los requisitos para comunicar la información, facilidad de producción y costo, sostenibilidad)? ¿Material impreso o audio? ¿Muchas o pocas palabras? ¿En qué lenguaje? ¿Fotos o dibujos, y qué estilo? ¿Qué elementos del diseño lo harán atractivo para que las personas los miren o escuchen con frecuencia?

Consideraciones creativas - ¿Hay algo más que las personas a cargo de la creatividad deben saber? ¿Qué tipo de personas deben estar representadas en las fotos o los dibujos?

Incorporando los aportes de la comunidad

Aún antes de hacer la validación, muchos proyectos (incluyendo los proyectos de higiene en República Dominicana, Nicaragua y Perú) han visto que es sumamente útil conseguir los comentarios de la comunidad durante la conceptualización y el diseño de los materiales. Para esto, un equipo del proyecto, incluyendo un artista, visita algunas comunidades características, hace algunas observaciones de las condiciones de higiene y, lo que es más importante, se reúne con grupos de madres (y posiblemente otros grupos de participantes) para:

- Discutir conceptos fundamentales para los materiales y
- Dibujar los conceptos fundamentales y revisar los dibujos hasta que las madres (u otros) estén satisfechas de que las imágenes representan su realidad y que los conceptos son aceptables y factibles.

Si bien igual se necesita hacer una validación del material cuando esté más desarrollado este paso elimina los problemas más importantes.

Validación

Hay pocas cosas que deben hacerse si o si durante la planificación y el desarrollo de un programa, pero SIEMPRE debe hacerse una validación. El equipo de trabajo y los diseñadores necesitan retroalimentación específica de las poblaciones con quienes se usarán los materiales. Necesitarán saber si los mensajes están claros, son fáciles de comprender y aceptables, y si estimulan o apoyan una determinada acción. Una validación minuciosa ayuda a que un programa gaste su dinero con sensatez, desarrollando materiales eficaces. Casi siempre hay cambios luego de hacer esta, de no ser así ¡debe volver a hacerse!

La validación debe determinar:

- Comprensión: ¿Es el mensaje comprensible?
- Identificación: ¿Es el mensaje pertinente a la vida cotidiana de la audiencia? ¿Son los signos, símbolos, idioma y elementos en las imágenes, tales como muebles y ropa, pertinentes al entorno?
- Aceptabilidad: ¿Son los temas aceptables? ¿Son los mensajes sensibles y polémicos presentados de manera que no enajenan a la audiencia? ¿Son los mensajes, el color, las imágenes, la música, la presentación y el formato atractivos?
- Motivación: el mensaje, ¿Mueve a las personas a ACTUAR? ¿Son las fuentes y los mensajes verosímiles?

Hay varios puntos claves que deben recordarse cuando se prepara y se lleva a cabo esta prueba:

- Es importante hacerla con los materiales de la misma manera en que serán producidos—es decir, con los mismos colores, formato, apariencia y tacto.
- Cada parte del material—por ejemplo, texto y dibujos para materiales del impreso, música y guión para radio, etc— necesita someterse a prueba.
- Esta debe involucrar a las personas que van a usar los materiales, así como a las personas con quienes se usarán los materiales. Por ejemplo, al probar las láminas de consejería se debe entrevistar a las madres antes y después de haber sido aconsejadas y también se debe entrevistar a los consejeros después que han usado las láminas para aconsejar a las madres.

Además, cuando los artistas o los guionistas están creando el material, es útil que observen al menos alguna de las entrevistas para que puedan oír directamente de los miembros de las audiencias con qué se identifican y qué les gusta y que no.

La validación de los materiales puede realizarse usando un enfoque cualitativo de la investigación como aquel usado para realizar la investigación formativa. Este enfoque se lleva a cabo comúnmente usando uno de los siguientes métodos:

- **Entrevistas individuales.** Los participantes deben satisfacer los requisitos determinados de antemano. Si bien la selección de individuos debe hacerse de la manera más conveniente, debe asegurarse que representen a los miembros característicos de su grupo. Por lo tanto, por ejemplo, es preferible no seleccionar a las madres en un establecimiento de salud porque no necesariamente son características de las madres del niño de una cierta edad.
- **Discusiones grupales (3 a 10 participantes).** Este método muestra rápidamente la reacción a los materiales de un grupo de personas.

La validación también puede realizarse usando un enfoque más cuantitativo, que puede incluir el uso de cuestionarios estandarizados para recopilar la información de una muestra más grande de población. Aunque se usa comúnmente, este método no se recomienda para los materiales complejos como las cuñas de radio o las láminas de consejería.

Validación de Materiales de Salud Infantil en Guatemala

En 1998 el Proyecto BASICS y algunos socios validaron diversos materiales que apoyaban la promoción de comportamientos claves para la salud infantil: un rotafolio para consejería ACS; tres materiales recordatorios que se entregaban a las madres de niños enfermos cuando visitaban el centro de salud; una guía para dramatizados a nivel comunitario; y un manual con recetas sencillas para la alimentación de los menores. Inicialmente, los materiales fueron validados con voluntarios de algunas de las organizaciones privadas, se introdujeron cambios, y luego fueron validados una vez más con madres y voluntarios.

- La población indígena sugirió más cambios que la población mestiza. (Versiones distintas de los materiales fueron preparadas para cada grupo).
- Los cambios sugeridos por las madres eran muy distintos de aquellos sugeridos por los voluntarios y los miembros de los equipos de trabajo. Las madres querían más cambios en los dibujos (mayor tamaño, el mismo tamaño de las figuras en la misma página, todas las figuras y dibujos a color y ninguna figura o dibujo parcial. En virtud de las limitaciones de tiempo y presupuesto solo algunas sugerencias fueron incorporadas al producto final. Las madres también hicieron sugerencias acerca de algunos aspectos culturales (calzado, vestido, muebles, etc.). Se sintieron confundidas por algunos detalles incluidos en los dibujos que mostraban arrugas, sombras, lágrimas, de tal forma que estos detalles fueron eliminados. Los dibujos de las abuelas también perturbaron un tanto a la audiencia, de tal forma que estos dibujos fueron eliminados o modificados con abuelas que lucían más jóvenes y felices. Las madres querían que los dibujos, incluidos aquellos de las madres con bebés enfermos, transmitieran la sensación de felicidad. Tampoco querían incluir a niños que lucieran enfermos. Sin embargo, los dibujos de los niños no fueron eliminados sino modificados para que no lucieran demasiado enfermos.
- Algo que no molestó a las madres, aunque preocupó a los equipos de trabajo, tuvo que ver con asuntos de perspectiva, partes del cuerpo y la precisión con la que se representaban algunas partes del cuerpo.
- Las madres no hicieron sugerencias con relación al contenido del mensaje. Indicaron que los mensajes eran correctos, realizables y útiles. Agregaron que los materiales eran muy buenos y les ayudarían a aprender sobre la salud de los niños. Algunas de estas respuestas pueden indicar amabilidad y gratitud de parte de las madres ante alguien que está haciendo un esfuerzo por ayudarles.
- A pesar del entrenamiento en el uso de los materiales de consejería, los voluntarios no hicieron el trabajo de consejería en forma adecuada. La mayor parte del tiempo las madres recordaron información de carácter muy general y no pudieron señalar los puntos principales de la consejería. La validación mostró la necesidad de fortalecer las actividades de capacitación y monitoreo.

Al hacer la validación de los materiales de capacitación es útil que después de revisarlos con individuos y grupos pequeños, se usen en una o más capacitaciones y se revisen nuevamente sobre la base de esa experiencia de campo.

Es esencial prever los gastos del tiempo necesario para analizar plenamente los resultados de estas pruebas y hacer los ajustes necesarios. Todos los cambios significativos en los materiales deben someterse a una nueva validación con una muestra pequeña de personas apropiadas.

Capacitación

El otro componente incluido en casi toda estrategia es la capacitación. La capacitación puede abordar las habilidades de comunicación (como orientación, uso de materiales del proyecto) o las áreas técnicas (cómo seleccionar y construir las letrinas apropiadas). La

capacitación puede ser parte de un componente del plan de trabajo, como el componente de comunicaciones, o puede tener un plan de trabajo propio.

Considere las siguientes preguntas al planificar la capacitación:

- **¿Quién?**
 - ¿Quién hará la capacitación?
 - ¿Quiénes serán los alumnos?
- **¿Cuándo** será la capacitación?
 - ¿Cuántas capacitaciones se realizarán?
 - ¿Cuál será la secuencia de la capacitación?
 - ¿Cuánto tiempo durará?
- **¿Dónde** será la capacitación?
- **¿Qué** materiales o suministros se necesitan? (Esto incluye los materiales de comunicación que las personas se están capacitando para usar)
- **¿Cuáles** serán los costos?
 - ¿Cuáles son los costos para alquilar el local?
 - ¿Cuáles son costos para los alimentos y el equipo?
 - ¿Cuáles son costos para los viáticos y el transporte de los alumnos?
 - ¿Hay costo de los instructores?

La hoja de trabajo "Planificando la capacitación " incluida al final de esta sección le puede ser útil para planear la capacitación.

Para desarrollar el contenido y los materiales para la capacitación individual, use buenas técnicas de diseño instruccional y los principios de aprendizaje de adultos. Quizá sea útil mantener los siguientes pasos en mente como un apoyo al esfuerzo de desarrollar los materiales:

ADDIE: Analice, Diseñe, Desarrolle, Implemente, Evalúe

Comience por **analizar** las características de los alumnos, incluyendo sus antecedentes educacionales, experiencia previa en llevar a cabo las nuevas tareas que estarán adoptando, etc. Puede ser útil incluir algunos futuros "alumnos" en el diseño de la sesión de capacitación. Piense luego en las **tareas** específicas que deberán realizar luego de la capacitación. El análisis de las tareas incluye todos los pasos de cada tarea, la secuencia de los pasos y el nivel del dominio que los alumnos necesitarán para realizar la tarea. El próximo nivel de análisis es el instruccional. Considere el conocimiento, las actitudes y las habilidades que los alumnos necesitarán, que sería bueno que sepan y que deben saber y la secuencia que tiene mayor sentido para la capacitación.

Luego usted puede empezar a **diseñar** la capacitación, comenzando por definir los objetivos. Desarrolle siempre objetivos cuantificables y observables que usen un verbo de acción. Por ejemplo, comprender un concepto es difícil de medir pero describir o definir un concepto es cuantificable y observable. Cada objetivo debe estar vinculado directa o indirectamente al conocimiento, las aptitudes o las actitudes que el análisis instruccional ha identificado como necesarios para llevar a cabo las tareas específicas para realizarse.

Seleccione las actividades y la secuencia de las actividades al diseñar la capacitación. ¡Mantenga la acción en las actividades (!aprendemos al hacer!), y vincule cada actividad a uno de los objetivos. En otras palabras, cada actividad debe ayudar a los alumnos a que logren al menos uno de los objetivos.

Una vez que el análisis y los pasos de diseño están completos, se puede **desarrollar** la guía de capacitación y actividades. Es útil estructurar las actividades de una manera uniforme en toda la guía de capacitación. Por ejemplo, cada actividad puede comenzar con una introducción y explicación, seguidos de la demostración por parte de los instructores de una nueva habilidad, así como el tiempo de práctica con retroalimentación para los alumnos. Donde sea posible y apropiada, la capacitación debe estructurarse de tal forma que incluya tiempo de práctica en terreno.

Luego puede **implementarse** la capacitación. Durante la misma, los instructores deben seguir el plan de capacitación y tomar nota del progreso de los alumnos. Finalmente, la **evaluación** de la capacitación debe cubrir tanto el proceso (calidad de ejecución, satisfacción de los alumnos y satisfacción de los instructores) como los resultados de la capacitación (nivel de dominio de los alumnos de las nuevas aptitudes).

La capacitación es más eficaz cuando se basa en los principios del aprendizaje de adultos. Los adultos aprenden mejor cuando:

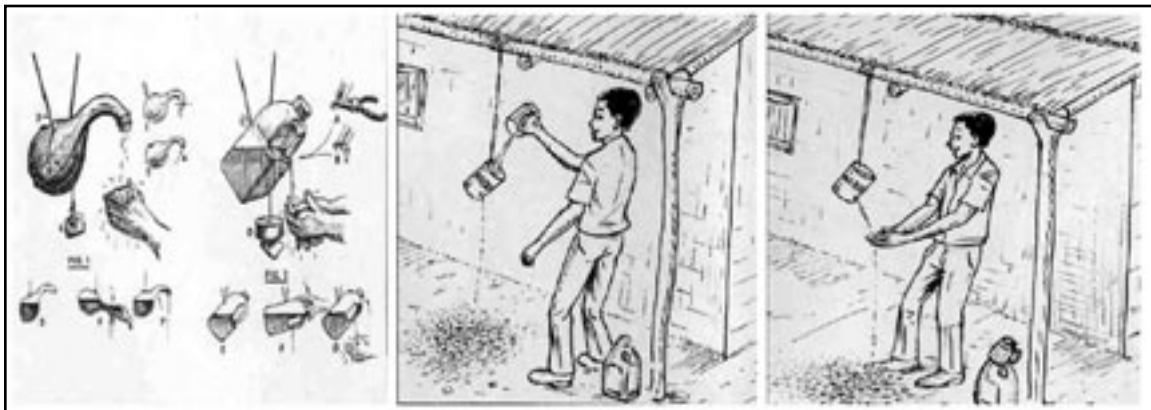
- Son activos en el proceso de aprendizaje.
- El aprendizaje se basa en lo que ya saben y pueden hacer.
- La nueva información y las aptitudes son pertinentes a su trabajo y/o vidas.
- El ambiente de aprendizaje es cómodo.

Debe evitarse incluir demasiado material para el tiempo destinado a la capacitación, centrarse en transferir información en lugar de establecer nuevas habilidades y usar un número limitado de métodos de capacitación. La secuencia de las actividades de la capacitación no necesita basarse en el orden en el cual se cumplirán las tareas. Los instructores pueden ayudar a los alumnos a que desarrollen aptitudes que se relacionan con diferentes tareas al mismo tiempo, y luego guiarlos para que ordenen la secuencia al final de la capacitación. Siempre es importante secuenciar las actividades de capacitación para que cada una se base en las aptitudes ya aprendidas.

Tecnologías o productos

La disponibilidad de una nueva tecnología o producto puede ser esencial para los comportamientos más eficaces relacionados con el mejoramiento de higiene. Por ejemplo:

- Si muchos niños pequeños tienen miedo de usar las letrinas por temor a caer en el hoyo, una solución puede ser promover algún material, ya sea un pedazo de madera, que se ajuste sobre el hoyo en las letrinas ya existentes, o una bacinilla gratis o de bajo costo para los niños.
- El jabón es un producto cuya disponibilidad facilita las mejores prácticas del lavado de manos, sin embargo existen agentes de limpieza alternativos aceptables.
- Una acción necesaria del programa para mejorar las oportunidades de que las heces se eliminen en una letrina, puede ser promover o facilitar el papel higiénico, o aun la recolección de la basura de papel. En la República Dominicana, cuando la investigación mostró que las personas usarían el papel higiénico en sus letrinas si estuviera disponible y accesible, los planificadores del programa trabajaron con grupos locales para establecer un "fondo rotatorio" que diera papel higiénico de bajo costo a la comunidad.
- Los programas pueden también necesitar elaborar y/o distribuir o vender envases para el almacenamiento del agua doméstica, idealmente con una cubierta y grifo y/o los cucharones para sacar el agua de los envases de almacenamiento ya existentes.
- El Tippy Tap, que puede facilitar el lavado de manos en las situaciones donde el agua es escasa, es sencillamente una botella plástica o calabaza colgada en una soga. Puede volcarse para dejar salir una cantidad pequeña de agua a la vez para el lavado de manos. En otro diseño, un hombre echa agua en una lata vacía y entonces se lava las manos en el pequeño chorro que sale por un hueco cerca del fondo. En otro diseño, un hombre echa agua en una lata vacía y entonces se lava las manos en el pequeño chorro que sale por un hueco cerca del fondo.
- El cloro u otros productos de purificación del agua pueden darse o venderse a las familias a un precio accesible.



Tippy Taps: Hecho de una calabaza y botella plástica (Salubritas 9:4) y de una lata vacía (para SANRU [DRC] por M. Pongo)

En todos estos casos, el uso adecuado de la tecnología o el producto es crítico, por lo que tanto la tecnología como la educación/motivación son generalmente necesarios.

Todos los productos relacionados con los comportamientos de higiene están disponibles en las ciudades y los pueblos. Así, el reto es a menudo cómo facilitar su acceso y disponibilidad económica a las familias pobres, que a menudo habitan en zonas rurales. Hay varias estrategias para esto, pero ninguna de carácter universal. Estas incluyen:

- Ayude a establecer y apoye las ventas subsidiadas en las tiendas comunitarias o los comités de salud comunitaria.
- Colabore con las empresas privadas para ampliar la promoción, distribución y promoción de los productos útiles.
- Distribución gratuita a través de trabajadores comunitarios de salud, voluntarios, comités, establecimientos de salud u otros grupos locales.
- Considere la promoción de los productos alternativos no comerciales que no son tan eficaces pero a los cuales las familias tienen acceso más rápido.

Facilitar la disponibilidad del producto implica prestar atención a todos los aspectos de la comercialización: producción, promoción, distribución y fijación de precios.

Abogacía (Advocacy)

La abogacía puede ser necesaria para promover cambios en la política o en el cumplimiento de políticas (esto tiene mayor probabilidad de ser importante para otros comportamientos de salud que para la higiene; por ejemplo, con respecto a los derechos de importación de mosquiteros, o lo que los trabajadores comunitarios de salud de medicina pueden prescribir). La abogacía puede también ser necesaria para apoyar el fortalecimiento institucional o de los programas, por ejemplo para ejercer presiones políticas para recibir recursos suficientes para los programas y organizaciones que apoyan el mejoramiento de la higiene. La abogacía puede considerarse como parte de la comunicación, pero también puede incluir actividades de organización que van más allá de la comunicación. Una buena guía para la abogacía es la “Abogacía para la Inmunización: Cómo generar y mantener el apoyo para los programas de vacunación”. Seattle: Bill y Melinda Gates Children Vaccine Program en PATH, para la ‘Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización’ (disponible en la Internet en http://vaccinealliance.org/ark/pdf/gavi_advocacy_handbook.pdf).

Acciones comunitarias (o colectivas)

Todos los individuos y familias funcionan como miembros de la comunidad. Esto significa que otros pueden tener una participación o algo que decir acerca de los comportamientos íntimos. Por ejemplo, si la única oportunidad que tienen las mujeres para conversar con las amigas y vecinas es el momento en el que todas van al bosque o

al campo para defecar; un cambio hacia 'la defecación' en las letrinas en las casas afectará la maneras en que esas mujeres interactúan, especialmente si sólo alguna de ellas hace el cambio. Acciones colectivas, tal como la construcción de una letrina comunitaria, el establecimiento y manejo de un fondo rotatorio para productos de higiene, o la recolección de dinero para vincular un pueblo o vecindario al abastecimiento de agua nacional pueden ser necesarios para apoyar algunos comportamientos individuales o familiares. Cuando la recomendación del programa implica una acción colectiva alrededor de algún tema de higiene, es necesaria la movilización comunitaria.

El término " movilización comunitaria " tiene varios significados diferentes. Puede implicar que toda la comunidad, o los más afectados por un problema, se reúnan para identificar un problema, decidan cómo resolverlo e implementen una solución. La comunidad puede necesitar ayuda externa para aprender y usar las técnicas participativas para identificar y resolver el problema, pero el proceso es impulsado, conducido, financiado (o al menos parcialmente financiado) y ejecutado por la comunidad. Esto tiende a ser un enfoque lento, pero es quizá también el más sostenible.

En el otro extremo, un programa puede entrar en una comunidad para organizar y decirles a sus miembros qué medidas necesitan tomarse y cómo deben ejecutarse. El financiamiento es externo, o al menos parcialmente comunitario, pero la comunidad tiene poco voto en cómo se gastan los fondos. Esto es a menudo lo que menos tiempo lleva, pero también puede ser el menos eficaz y el menos sostenible.

Entre estos dos enfoques, se puede usar una variedad amplia de métodos para promover la toma de decisiones y la participación por parte de la comunidad. Por ejemplo, en los programas comunitarios de promoción del crecimiento, las madres de los niños pequeños los traen una vez al mes a un lugar de reunión acordado en la comunidad para pesarlos. Varias veces al año, hay reuniones comunitarias en las que los voluntarios del programa proporcionan información sobre el progreso de los niños, analizan las causas generales del problema y planifican soluciones.

En una región de Sudáfrica, algunas familias establecieron conexiones ilegales con el abastecimiento público de agua potable para no pagar por el agua. Otras familias usaban agua que no era potable para no pagar por la conexión. Después de llevarse a cabo la investigación formativa, se elaboró una estrategia para reunir a los líderes comunitarios y explicarles las razones del establecimiento de conexiones legales y del pago del agua. La estrategia incluía el uso de los medios de comunicación de masas y los medios tradicionales para explicar a la comunidad la necesidad de usar y pagar por el agua de la empresa de agua nacional. Esto requirió de acción colectiva por parte de las comunidades que no estaban conectadas al suministro nacional. El método usado parecía ser eficaz para abordar el problema, movilizandolas comunidades inconexas para exigir las evaluaciones para la conexión y las familias para pagar por el agua, pero no fue muy participativo.

Por otro lado, un proyecto de Benin combinó las metas de reducción de enfermedades diarreicas con procesos de apoyo a la descentralización, vinculando los niveles locales de gobierno con la comunidad. El proyecto suministró asistencia externa para capacitar al gobierno y a los miembros de la comunidad para realizar la investigación participativa y ayudar a la comunidad a que identifique los problemas de salud ambiental, analice los problemas, encuentre soluciones y desarrolle microproyectos que involucren la participación colectiva para resolver los problemas. La gente construyó letrinas comunitarias y conexiones con la empresa nacional de agua, y públicamente discutieron y decidieron qué comportamientos de higiene se harían a nivel doméstico para reducir el riesgo de diarrea. El proyecto financió un 85% del costo de los microproyectos, mientras cada comunidad contribuyó con los restantes 15%. Al principio el proceso tomó un año para implementarse pero se fue moviendo más rápidamente según se amplió. Parece ser sostenible, eficaz y sin duda es muy participativo.

Fortalecimiento y coordinación institucional

Las organizaciones que implementan y apoyan la mejora de la higiene pueden necesitar recursos técnicos, financieros y materiales para llevar a cabo sus tareas de manera eficaz. Esto, así como la coordinación con los posibles socios, debe contemplarse al momento de decidir a quien invitar para participar en la formulación e implementación de estrategias. Las asociaciones con empresas del sector privado, particularmente fabricantes y distribuidores de productos de higiene esenciales como el jabón, pueden ser apropiadas, mientras que tales arreglos faciliten realmente el acceso de las familias pobres que más necesitan estos productos.

Hoja de trabajo: Preparándose para la implementación

Componentes de la estrategia: _____

Tipo de actividad (QUÉ)	Pasos (QUÉ)	Fechas aproximadas (CUÁNDO)	Personal necesario (QUIÉN)	Socios (QUIÉN)	Asistencia técnica necesaria (QUIÉN)	Recursos necesarios (CÓMO)

Hoja de trabajo: Preparándose para la implementación

Componentes de la estrategia: ___ Comunicación

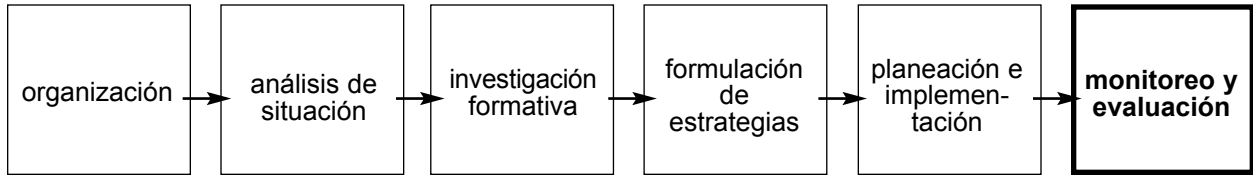
Tipo de actividad (QUÉ)	Pasos (QUÉ)	Fechas aproximadas (CUÁNDO)	Personal necesario (QUIÉN)	Socios (QUIÉN)	Asistencia técnica necesaria (QUIÉN)	Recursos necesarios (CÓMO)
Preparar cuñas de radio para la transmisión	<ol style="list-style-type: none"> 1 Seleccione los temas 2 Esboce un mensaje 3 Identifique y contrate a los actores 4 Grabe 5 Prueba previa 6 Revise 7 Prueba de los nuevos materiales 8 Arreglos y negociación con emisoras de radio (incluido calendario de emisión y pago) 9 Grabe los spots 10 Distribuya las grabaciones a las emisoras de radio 11 Ponga en marcha un mecanismo para controlar cuántas veces se emitió 	Abril- Mayo 2004	<ul style="list-style-type: none"> • Personal de comunicación • Actores/ personalidad de radio • Personal que trabaja en la radio 	Estación de radio UNICEF	Ninguna	<ul style="list-style-type: none"> • Estudio de grabación • Tiempo de aire • Personalidad de la radio
Preparar anuncios de radios para la transmisión	<ol style="list-style-type: none"> 1 Seleccione los temas 2 Esboce un mensaje 3 Grabe 4 Prueba previa 5 Revise 6 Prueba de los nuevos materiales 7 Arreglos negociación con emisoras de radio (incluido calendario de emisión y pago) 8 Grabe 9 Distribuya las grabaciones a las emisoras de radio 10 Ponga en marcha un mecanismo para controlar cuántas veces se emitió 	Abril- Junio 2004	<ul style="list-style-type: none"> • Personal de comunicación • Personal que trabaja en la radio • DJ de la radio 	Estación de radio UNICEF	Ninguna	<ul style="list-style-type: none"> • Estudio de grabación • Tiempo de aire

Hoja de trabajo: Preparándose para la implementación

Componentes de la estrategia: ___ Capacitación

Tipo de actividad (QUÉ)	Pasos (QUÉ)	Fechas aproximadas (CUÁNDO)	Personal necesario (QUIÉN)	Socios (QUIÉN)	Asistencia técnica necesaria (QUIÉN)	Recursos necesarios (CÓMO)
Capacitación de instructores	<ol style="list-style-type: none"> 1. Redacte el programa 2. Agende capacitaciones 3. Invite a los participantes 4. Copie/junte los materiales e insumos 5. Arregle la logística (incluyendo dónde se hará) 	Febrero 2004	<ul style="list-style-type: none"> • 2 capacitadores • Personal administrativo (1) 	Ministerio de Salud	Ninguna	<ul style="list-style-type: none"> • Lugar para la capacitación • Viáticos y transporte • Materiales para la capacitación e insumos
Asesoramiento en habilidades interpersonales/ Uso de material de apoyo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Redacte el programa 2. Agende capacitaciones 3. Invite a los participantes 4. Copie/junte los materiales e insumos 5. Arregle la logística (incluyendo dónde se hará) 	Abril- Mayo 2004	<ul style="list-style-type: none"> • 3 equipos de capacitadores con 2 capacitadores cada uno • Personal administrativo (1 por equipo) 	Ministerio de Salud	Ninguna	<ul style="list-style-type: none"> • Lugar para la capacitación • Viáticos y transporte • Materiales para la capacitación e insumos
Dramatización en la comunidad (diseño y uso)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Redacte el programa 2. Agende capacitaciones 3. Invite a los participantes 4. Copie/junte los materiales e insumos 5. Arregle la logística (incluyendo dónde se hará) 	Mayo-Junio 2004	<ul style="list-style-type: none"> • 2 equipos de capacitadores con 2 capacitadores cada uno • Personal administrativo (1) 	UNICEF	Ninguna	<ul style="list-style-type: none"> • Lugar para la capacitación • Viáticos y transporte • Materiales para la capacitación e insumos

9. Monitoreo y Evaluación



El monitoreo y la evaluación están diseñados para obtener retroalimentación de las acciones y los efectos del programa.

- El monitoreo es la recolección e interpretación de información durante el curso del proyecto. El monitoreo es necesario para identificar si:
 - Aportes específicos (inversiones, actividades, decisiones) están ocurriendo como se había planeado; y
 - Aportes específicos están conduciendo a los resultados esperados (casas con jabón, construcción de letrinas, personas expuestas a educación en higiene)
- El monitoreo permite hacer correcciones durante el proceso para alcanzar los resultados previstos.
- La evaluación permite un análisis más sistemático sobre si los objetivos del programa están siendo alcanzados en el largo plazo. Busca medir en qué medida se han alcanzado los resultados esperados. Por ejemplo, si algunas barreras han sido superadas, si se han generado cambios de comportamiento, y finalmente si la prevalencia de las enfermedades diarreicas ha disminuido. Debido a que la evaluación es una herramienta importante para generar confianza en el programa es preferible que la realicen personas externas al proyecto a fin de generar mayor credibilidad en los resultados.

¿Por qué monitorear y evaluar?

Claramente, monitorear y evaluar lleva tiempo y es costoso. Sin embargo, esta inversión vale la pena si los resultados se utilizan para mejorar el programa o los programas subsecuentes. Puede parecer obvio, sin embargo es frecuente que los gerentes de programas no utilicen los datos obtenidos del monitoreo y evaluación para mejorar sus programas. Es por esto que deben planearse y llevarse a cabo de manera regular reuniones entre el personal clave y los socios para revisar los resultados y hacer los cambios necesarios.

¿Qué deben monitorear y evaluar los programas?

A nivel programático es esencial monitorear el progreso y evaluar los resultados claves (cambio de comportamiento y, en forma ideal, salud) para asegurarse que las inversiones están siendo beneficiosas. Sin embargo, a veces es difícil demostrar mejoras en la salud, sobre todo a corto plazo. En cambio, es más práctico medir la cobertura de los servicios, el uso de las facilidades y los comportamientos de higiene, específicamente aquellos que han mostrado un impacto en la salud a lo largo del tiempo.

Usos del monitoreo y la evaluación

	Monitoreo	Evaluación
Planeamiento, desarrollo y diseño del programa	Incluir tiempo y recursos necesarios en el plan del proyecto	Establecer una línea basal (recolección de datos cuantitativos)
Implementación del programa	Averiguar si el programa marcha sobre ruedas, si presta los servicios de acuerdo a las normas y si se está dirigiendo a la gente adecuada (establecer un sistema de monitoreo de rutina) Motivar a las comunidades a resolver problemas (dándoles retroalimentación individual sobre sus progresos) Garantía de calidad (a través de supervisión y auto evaluación)	Verificar si la implementación se ha producido tal como había sido planeada y si progresa hacia los objetivos del programa (pueden hacerse revisiones periódicas para implementar correcciones) Resolver problemas técnicos o programáticos (a través de la investigación de las operaciones)
Evaluación de impacto	Monitorear qué funciona, por qué, quién se beneficia más, y relacionar esta información cuantitativa con el impacto del programa	Comprobar si los proyectos condujeron al impacto y resultados deseados (evaluaciones finales con datos cuali y cuantitativos)

Monitoreo

El foco en el monitoreo es consistente con los principios de PBC en que los programas exitosos requieren de la colaboración entre el staff del programa y los individuos, las familias y las comunidades. No solo es importante saber cómo van las cosas y qué problemas deben ser corregidos, sino también determinar cómo cambian los comportamientos a lo largo del tiempo y, en consecuencia, qué cambios son necesarios en términos de información, mensajes y acciones.

¿Cómo funciona el programa? Para responder a esto debe llevarse a cabo un monitoreo de manera regular a lo largo de la implementación del programa. El monitoreo debe

informar al personal del programa si las actividades están sucediendo según lo previsto y si el comportamiento tiende a moverse en la dirección deseada. El monitoreo puede responder a preguntas específicas como: ¿Se distribuyeron materiales entre los usuarios? ¿Se realizó la capacitación en orientación según estaba previsto? ¿Están los trabajadores de salud usando los materiales, los usan correctamente? ¿Cómo se siente la audiencia con respecto a las actividades que se están implementando? ¿Comprenden las personas los mensajes de comunicación? ¿Hay alguna reacción adversa a los mensajes, materiales o actividades? ¿Han comenzado a seguir los consejos? ¿Hasta qué punto se ha convertido la nueva práctica en una actividad de rutina para ellos?

Como se menciona en la sección sobre movilización comunitaria del capítulo 8, la recolección de información clave en cada comunidad, incluyendo la que se obtiene al monitorear el programa y su presentación, puede ser un poderoso estímulo para motivar el análisis, el planeamiento y la acción comunitaria.

El personal del programa puede realizar viajes cortos para monitorear algunas comunidades, centros de salud o lugares donde se implementan los programas. Deberían incorporar actividades de monitoreo dentro de las actividades ya existentes. Los voluntarios comunitarios pueden ser responsables de algunos de los aspectos del monitoreo, incluyendo la recolección de datos, la auto evaluación y la observación de los efectos de los medios y otras actividades (observación de los miembros comunitarios escuchando la radio a determinadas horas, observando cómo los alumnos se lavan las manos en la escuela).

Una buena planificación, que incluya la presencia de fondos necesarios, es fundamental para el monitoreo. Los recursos humanos, de tiempo, y el presupuesto, deben identificarse durante la planificación antes de que empiecen las intervenciones del programa.

Monitoreo de rutina

Algún monitoreo existe como parte del desarrollo natural del programa resultado de la supervisión rutinaria del personal y las actividades, uso de la información existente del proyecto, visitas a las comunidades del proyecto y encuentros con el personal del programa, colaboradores y socios. Los gerentes deberían monitorear de manera específica algunos puntos clave del proyecto tales como el número de sesiones de capacitación, los materiales recibidos y enviados al campo, etc. El personal de salud y de ser posible los voluntarios, deberían preparar y enviar reportes mensuales que forman parte del proceso habitual de monitoreo.

Donde se usa radio, alguien tiene que monitorear que los comerciales se emitan de la manera prevista. Esto requiere encender la radio a tiempos determinados y llevar un registro de la programación, claridad de la recepción y otras observaciones. El personal del proyecto puede cumplir esta tarea pero en general se contrata gente que hace esto como un trabajo específico.

Los tres proyectos piloto descritos en esta guía usan un monitoreo intensivo y regular: los voluntarios monitorean los comportamientos y el compromiso al cambio de cada familia mensualmente a nivel comunitario y de proyecto. Los voluntarios hacen visitas a los lugares y hacen pequeñas encuestas de hogares usando cuestionarios que focalizan en unos pocos comportamientos cada vez. Se cambian los contenidos de las preguntas de manera regular para cubrir todos las acciones y comportamientos esenciales. En los encuentros mensuales entre el equipo del proyecto y los promotores comunitarios se revisan los registros de las visitas domiciliarias (puede encontrarse el formato para esto en el CD en español que acompaña esta guía).

Los instrumentos para el monitoreo de rutina pueden incluir:

- Reportes mensuales
- Reportes de las sesiones periódicas entre el personal del programa y los voluntarios
- Checklist de las sesiones de capacitación hechas por observadores
- Checklist de la orientación a la comunidad por parte de los trabajadores comunitarios hecho por observadores
- Control de los puntos de distribución de los productos
- Control de los puntos de distribución de los materiales
- Control de registros de los materiales del programa en la radio
- Notas de las reuniones entre los participantes para escuchar sus opiniones (ver discusiones de grupo capítulo 5 y 6).

Un monitoreo importante de rutina que brinde retroalimentación sistemática puede reducir la frecuencia e intensidad de los esfuerzos de monitoreo posteriores.

Monitoreo periódico

Aparte del monitoreo de rutina a través de actividades de supervisión y sistemas de información, debe realizarse la revisión periódica de las actividades del proyecto y de sus resultados. Existen dos abordajes básicos para este monitoreo periódico: las pequeñas encuestas (cuantitativo) y las estimaciones rápidas (cualitativo).

Las pequeñas encuestas (a veces llamadas estudios de seguimiento) de los agentes de cambio y los familiares deberían hacerse a intervalos fijos, aproximadamente cada seis meses. Estas encuestas brindan al gerente del programa medidas *cuantitativas* de la evolución de las actividades del proyecto y de los cambios en las barreras, comportamientos y creencias del impacto en salud. Si bien este monitoreo puede brindar información útil, puede ser costoso y difícil de realizar. En los proyectos grandes se necesita una muestra importante y en los proyectos chicos, con muestras chicas la formulación de la misma pregunta a lo largo del tiempo puede llevar a un sesgo. Un enfoque alternativo incluye evaluaciones regulares, rápidas y cualitativas cuyo foco puede cambiar a medida que evoluciona el programa.

- El primero tendría que hacerse unos pocos meses después del inicio del programa. Debería focalizarse en las actividades del mismo: si la capacitación ocurrió como se esperaba, si se produjeron materiales y ya están en el terreno, si se están usando como había sido planeado, si las visitas domiciliarias están ocurriendo como se había previsto.
- El segundo monitoreo debería hacerse 6-12 meses después. Debería focalizarse en los agentes de cambio, sus motivaciones, habilidades, facilidad con sus tareas y problemas, así como experiencias de las familias con las actividades y mensajes del programa.
- Monitoreos adicionales llevados a cabo cada 6-12 meses pueden repetir algunas de las preguntas y también buscar evidencias de cambio en las prácticas de higiene.

Si bien tienen mucho potencial para obtener retroalimentación y hacer cambios al programa, estos monitoreos requieren de menos de una semana de trabajo de campo e incluyen solo una pequeña porción de las comunidades influidas por el programa. 50-100 familias son suficientes.

En República Dominicana se usa el *monitoreo participativo*, una combinación de datos cuali-cuantitativos. En este monitoreo, el personal del programa debe contactar a las personas clave a todos los niveles del sistema dentro del cual está operando su programa midiendo algunos comportamientos “centinelas” claves seleccionados, en lugar de medir cada sub-comportamiento. Las visitas iniciales deben focalizarse en los principales agentes de cambio que trabajan con las familias. Si aparecen problemas a ese nivel deben ser evaluados antes de continuar con el monitoreo. Durante el proceso, deben evaluarse también las percepciones de las madres y sus hijos.

Resultados del monitoreo del proyecto de higiene de República Dominicana

En diciembre de 2001 y en mayo de 2002 se realizaron encuestas como parte de un proyecto de cambio de comportamientos de higiene en 9 comunidades de la región Este de República Dominicana. Estas encuestas se hicieron para informar a los gerentes del programa de las ONGs sobre cambios en la prevalencia de diarrea y en los comportamientos de higiene antes y después de incorporar cambios en el agua y la higiene (a través de orientación en los hogares por parte de voluntarios). Estas encuestas fueron vistas como un monitoreo participativo y no como una evaluación científica rigurosa.

De los 165 chicos menores de 5 años incluidos en la encuesta de base, 27% había tenido diarrea 2 semanas previas a la encuesta. A las 5 semanas, esto cayó a 11% de los 209 chicos incluidos en la encuesta de evaluación. Si bien la disminución era estadísticamente significativa, pudo haberse debido a cambios estacionales.

La mayoría de los 41 subcomportamientos mostraron mejorías significativas. El aumento del lavado de manos luego de ir al baño mejoró en un 12% para los encargados del cuidado de los niños y en un 16% para los niños pequeños. El aumento de lavado de manos antes de comer para el niño más pequeño fue de 15% a 31%. El uso de jabón mejoró de 59% a 79%. También parece existir una mejoría en la técnica del lavado de manos. Las demostraciones mostraron un aumento en la cantidad de personas (47% a 77%) que se refregaban las manos más de 3 veces. El número de familias con un área para lavado de manos aumentó de 17 a 30%. Hubo pocos cambios en los sitios de eliminación de excretas pero hubo cambios positivos en higiene sanitaria y en educar a los niños sobre el uso de los sanitarios.

No se detectaron cambios en los encargados del cuidado de los niños en el lavado de manos previo a la preparación de alimentos, antes de comer, luego de limpiar a un niño que defecó ni antes de dar de mamar.

Adaptado de Kolesar et al.

Evaluación

Se necesitan encuestas de evaluación antes de y después de un periodo sustancial de la puesta en práctica del programa para proporcionar una medida cuantitativa de la repercusión del mismo. Junto con los estudios de monitoreo, la evaluación final debe explicar en que medida el proyecto llevó a cabo las actividades según lo previsto y cómo repercutieron esas actividades en las prácticas evaluadas y en la salud.

Una evaluación puede mostrar:

- El grado de éxito en la realización de las metas del proyecto
- Resultados inesperados
- La magnitud de la repercusión
- El éxito relativo de las diferentes intervenciones
- El éxito relativo entre los diferentes grupos de población

Los resultados de la encuesta son más significativos si estas se realizan tanto en las áreas del programa como en las zonas donde el proyecto no trabajó (zonas testigo), es decir áreas que tienen características socioeconómicas, prácticas de higiene y recursos similares a los estudios de base. Esto permite comparar y comprender si las conductas y otros cambios fueron debidos al proyecto o a otros factores. Tener un grupo testigo hace que la evaluación sea más costosa y complicada y puede no tener sentido para proyectos pequeños con escaso presupuesto.

Para obtener una medida exacta de los cambios en las prácticas de higiene relacionadas con la enfermedad diarreica, es a menudo necesario llevar a cabo ambas encuestas durante el mismo periodo del año (por ejemplo, precisamente antes, durante o después de la estación de lluvias) ya que la diarrea varía ampliamente según el momento del año.

Las encuestas de hogares deben incluir una medición de:

- Los comportamientos claves que el programa está promoviendo
- Las barreras más importantes que el programa se propone abordar (por ejemplo, actitudes o creencias negativas, falta de recursos, etc.)
- La incidencia de diarrea (de ser posible, siempre medido en la misma estación).

Así mismo, sin contar con un grupo control, las mediciones pueden compararse a las personas que más y menos recibieron las actividades del programa dentro del área del proyecto. Por ejemplo, si las actividades no llegaron a un 20% de personas en los grupos participantes, debe reconocerse esto; sin embargo, también es importante informar sobre los resultados entre las personas que sí participaron.

La programación basada en el comportamiento recomienda que la línea de base se realice después de elaborar la estrategia programática pero antes de iniciar el programa. Esto asegura que el punto de comparación mida los comportamientos y factores determinantes específicos de los comportamientos que la estrategia ha enfocado para el cambio.

¿Cuándo hacer una encuesta de base?	
<i>Antes de la investigación formativa</i>	<i>Después de la investigación formativa y la formulación de estrategias</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Evite que la investigación formativa contamine las respuestas de base, potencial problema especialmente en los proyectos pequeños. • Si la línea de base toma más tiempo de lo previsto no retrasa la implementación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Permita que la línea de base focalice y cuantifique las prácticas específicas y los mayores apoyos y barreras en los que se va a focalizar el programa, de manera que los resultados de la evaluación reflejen mejor los resultados del programa. • Permita a los grupos participantes tener más input sobre los temas, conceptos y expresiones usados en la encuesta.

La primera encuesta de evaluación debe conducirse uno a tres años después de la fecha de la primera encuesta. Si un programa se mantiene con el transcurso de los años, se deben planificar encuestas periódicas (por ejemplo, cada tres años) para ayudar a guiar la dirección general del programa. Los resultados de la evaluación deben mostrar el

impacto del proyecto en los comportamientos, sus determinantes y el estado de salud. Idealmente la evaluación debe indicar qué acciones o qué elementos de la comunicación tuvieron mayor impacto. Debería dar ideas para diseñar o modificar el programa existente o para diseñar un mejor seguimiento al programa.

Las encuestas de hogares son estandarizadas y se aplican a todos los grupos de población alcanzados por el programa. En general no puede adaptarse para capturar pequeñas diferencias culturales y étnicas. Para llegar a una información válida y de confianza, es fundamental hacer un muestreo cuidadoso de quién se va a entrevistar. Los diseños de encuestas que se aplican también al mejoramiento de la higiene incluyen estos tres tipos de muestreo:

- Muestreo por agrupamiento (cluster sampling): incluye un muestreo sistemático que es rápido y menos costoso que el verdadero muestreo al azar pero que brinda estimaciones un poco menos precisas y generalmente para el programa en su totalidad. La aplicación típica incluye hogares a nivel distrital o nacional. El tamaño de los cuestionarios varía. Generalmente es llevado a cabo por grupos externos al personal del proyecto.
- Muestreo de Aseguramiento de Calidad (Lot Quality Assurance Sampling - LQAS) toma pequeños muestreos de diferentes comunidades u otras pequeñas unidades de muestreo y brinda estimaciones locales o amplias. Generalmente usa cuestionarios cortos y se lleva a cabo por personal del programa.
- Selección selectiva: puede ser usada por trabajadores comunitarios o supervisores para realizar visitas en el lugar a unos pocos hogares. No involucra un muestreo al azar y no puede determinar de manera científica ningún cambio o progreso pero da una idea general de cómo funcionan las cosas.

Esta guía no incluye información sobre diseño e implementación de encuestas tales como muestreo, supervisión, logística, presupuesto, validación de cuestionarios, capacitación de supervisores, análisis de datos o testeo del agua. Sin embargo, existen excelentes materiales de referencia para diseñar y llevar a cabo encuestas de hogares usando las dos primeras metodologías (KPC 2000+ y LQAS de Red de ONGs para la salud). Estas están disponibles en el CD que acompaña esta guía.

Estos materiales de referencia brindan a aquellos que estarán planeando e implementando una encuesta de hogar con estimados sobre la muestra adecuada en función del tipo de muestreo elegido. El tamaño de la muestra determina la precisión de cada indicador. La típica encuesta por agrupamiento (cluster) incluye 210 hogares por distrito, 30 grupos con 7 hogares por grupo o unidades mayores y brinda una precisión de +/- 5%. Las encuestas LQA pueden incluir solo 100 hogares o varios cientos dependiendo del número de unidades de muestreo. Generalmente las comunidades tienen 20 hogares por unidad de muestreo y la LQA brinda una precisión de +/- 5% o mejor. Si se necesita comparar diferentes subgrupos de población la muestra debe ser mayor en los dos tipos de muestreos.

A menudo son personas ajenas al proyecto las que realizan las encuestas de evaluación para aumentar la credibilidad de los resultados. Es más, como las encuestas son intensas y lentas, pueden distraer al personal del programa de la gestión y la implementación. El personal del programa puede participar sólo si se asegura que haya una auditoría externa. Esto permite mejorar la comprensión del proyecto y el compromiso del personal y brinda al equipo a cargo de la evaluación con percepciones del proyecto basadas en la perspectiva del gerente del programa.

A los planificadores del programa les puede resultar útil el uso de la hoja de trabajo de “Monitoreo y evaluación”, que se encuentra más abajo, para ayudar a organizar su planificación.

Indicadores para monitoreo y evaluación

Cuando se diseñan los indicadores, es útil pensar en los indicadores: “EMARL”, o aquellos que son:

- Específicos
- Medibles
- Alcanzables
- Relevantes
- Limitados en el tiempo

Los indicadores deben ser lo más específicos posibles y reflejar las cosas que el proyecto se propone cambiar, ser cuantificables y no ambiguos (independientemente de quién está recopilando los datos), alcanzables (realizables por el proyecto), pertinentes (factibles para el proyecto considerando el costo para recopilar datos usando esos indicadores) y limitados en el tiempo, significando que el momento en que un cambio se espera debe estar incluido en el indicador (Sphere Project www.sphereproject.org).

Varios indicadores ya existen y han sido testeados y aplicados por diferentes programas, mostrando su confianza y validez. Los lectores deberían comenzar usando estos indicadores en lugar de crear nuevos. La guía “Assessing Hygiene Improvement” publicada por USAID/EHP (Kleinau et. al.) trata de ayudar a los planificadores de programas a diseñar, implementar, monitorear y evaluar fuentes de agua, saneamiento e intervenciones de higiene. Cubren varios de los comportamientos y sub-comportamientos que se presentan en esta guía. Esas guías brindan acceso rápido a información actualizada sobre los indicadores apropiados y los instrumentos apropiados para monitorear y evaluar las fuentes de agua, saneamiento e intervenciones de higiene. La recolección de datos cualitativos sobre el mejoramiento de la higiene es un paso importante para entender mejor la información, por ejemplo, para desarrollar una estrategia de los programas de mejoramiento de la higiene y planes de trabajo, diseño de participación comunitaria y movilización y preparación de planes de monitoreo y

evaluación. Estas guías son parte de una serie de publicaciones que desean fortalecer el planeamiento, implementación, monitoreo y evaluación de las intervenciones del mejoramiento de la higiene e incluyen el documento de Marco de Mejoramiento de la Higiene para la Abogacía (Proyecto de Salud Ambiental).

Las guías describen 57 indicadores e incluyen cientos de modelos de preguntas para cuestionarios para medir de manera completa el mejoramiento de la higiene a nivel de hogar o de la comunidad. La mayoría de los indicadores miden comportamientos, sub-comportamientos y tecnologías del hogar que facilitan los comportamientos de higiene. Los indicadores y preguntas están basados en el mejor conocimiento disponible de varias encuestas incluyendo las encuestas demográficas y de salud, instrumentos que se enfocan en suplemento de agua, saneamiento e higiene, usados por el Proyecto de Salud Ambiental y la Escuela Londinense de Salud Pública y Medicina Tropical.

El indicador de impacto de salud mide la prevalencia de enfermedad diarreica, el resultado en salud que todas las intervenciones de promoción de la higiene quieren mejorar. Los indicadores de prácticas familiares esenciales miden cambios en esos comportamientos clave que contribuyen a un mayor impacto en salud. No todos los programas incluyen los cuatro comportamientos familiares básicos que se enumeran abajo. Sin embargo sería bueno medirlos ya que en su conjunto, dan una mejor información sobre el estado del comportamiento de higiene al mismo tiempo que identifican importantes fallas en esos comportamientos. Las cuatro prácticas familiares básicas son:

- Lavado de manos con jabón (o una alternativa local) en momentos críticos (incluye la disponibilidad de materiales esenciales para el lavado de manos, especialmente jabón).
- Desecho seguro de heces especialmente de los niños pequeños que no usan el inodoro.
- Consumo de agua potable en el hogar (incluye el uso de una fuente de agua potable, almacenamiento seguro del agua y tratamiento del agua antes de su uso).
- Limpieza adecuada de la comida en el hogar.

Algunos indicadores de comportamientos y de conocimiento están separados en categorías en función del marco de promoción de la higiene del capítulo 1. Estos incluyen:

Acceso a equipos	
	Indicador principal: % de hogares que usan facilidades sanitarias mejoradas.
	Saneamiento y desechos sólidos.
	<ul style="list-style-type: none"> • % de hogares que tienen facilidades de desechos adecuadas para los niños • % de hogares que tienen un sistema de desecho de materiales higiénico.
	Tecnología en los hogares.
	<ul style="list-style-type: none"> • % de hogares donde hay jabón. • % de hogares donde reciben agua potable. • % de hogares que usan un método seguro para transferir agua potable de un contenedor. • % de hogares que tienen contenedores de agua con tapa.
Promoción de higiene	
	Indicador principal; % de encargados del cuidado de los niños que dicen haber usado jabón para lavarse las manos en al menos 2 momentos críticos durante las últimas 24 hrs.
	Actitudes y conocimientos
	<ul style="list-style-type: none"> • % de encargados del cuidado de los niños que conocen al menos dos maneras de prevenir la diarrea. • % de encargados del cuidado de los niños que conocen al menos dos signos clínicos de peligro de diarrea. • % de encargados del cuidado de los niños en edad escolar que conocen al menos dos maneras de prevenir la diarrea. • % de encargados del cuidado de los niños que saben cómo tratar el agua para beber. • % de encargados del cuidado de los niños que conocen al menos dos razones por lo cual es importante lavarse las manos con jabón. • % de encargados del cuidado de los niños que dicen que la comunidad toda junta puede hacer algo para prevenir la diarrea.
	Comportamientos
	<ul style="list-style-type: none"> • % de encargados del cuidado de los niños que conocen los momentos críticos para lavarse las manos. • % de encargados del cuidado de los niños que usan sanitarios debidamente limpios. • % de encargados del cuidado de los niños que limpian los contenedores de agua al menos una vez por semana. • % de encargados del cuidado de los niños que estuvieron en contacto con expertos en salud hablando de agua, sanidad o higiene.
	Comunicación
	<ul style="list-style-type: none"> • % de encargados del cuidado de los niños que participaron en actividades de promoción de la higiene. • % de encargados del cuidado de los niños que dicen que los mensajes son comprensibles y útiles.
Entorno facilitador (indicadores prioritarios)	
	<ul style="list-style-type: none"> • % de hogares que saben a quién contactar para el tema higiene. • % de hogares que saben del comité que se reúne para tratar la higiene. • % de hogares que participan en el comité. • % de hogares involucrados en la identificación de problemas del agua, saneamiento e higiene y en ejercicios de resolución de problemas.

Los indicadores de resultado pueden incluir también roles individuales y grupales, responsabilidades y capacidades, particularmente si el cambio de estas es un objetivo importante del programa aparte de los objetivos de mejora de higiene y disminución de la diarrea. Al final se incluyen varios ejemplos de indicadores.

El monitoreo de la prevalencia de ciertas prácticas puede ser una tarea difícil si las mismas no son fácilmente observables. Es útil pensar en cada paso del comportamiento y en donde existe un problema y encontrar un indicador que sea observable. Por ejemplo, si la práctica es el lavado adecuado de manos puede que la observación de esto no siempre sea posible pero podría observarse la presencia de una fuente de agua, de jabón y de lugares para limpiar cerca del baño y de donde se cocina.

Además de los indicadores mencionados, los indicadores de proceso pueden ser usados para medir si las actividades se llevan a cabo, si los recursos están disponibles y se desarrollan materiales y productos. Por ejemplo:

“Dos trabajadores de salud en cada uno de los 10 centros de salud que operan en el distrito han sido capacitados para una mejor comunicación interpersonal”.

“El papel higiénico está disponible regularmente en la tienda de la comunidad”.

“Cada voluntario comunitario ha recibido un conjunto de tarjetas para realizar la consulta”.

La selección de indicadores y las preguntas es solo un paso de un proceso más largo que se resume más abajo. Algunos de estos pasos son importantes para asegurarse que se han recolectado todos los datos necesarios para los indicadores relevantes al programa al mismo tiempo que se asegura que el cuestionario no se ve sobrecargado por preguntas innecesarias. Si bien los pasos involucrados en planear y llevar a cabo una encuesta son similares, el proceso para un análisis de situación inicial es menos complicado que para una encuesta de hogar.

1. Seleccionar indicadores claves basados en los objetivos y los resultados esperados del programa.
2. Determinar que datos son necesarios para medir esos indicadores y la información requerida para seleccionar la muestra.
3. Desarrollar el diseño general de la encuesta incluyendo el foco geográfico, el método de recolección de datos, el muestreo, la necesidad de personal, el presupuesto indicando fechas límites y responsabilidades. Considerar el propósito de la encuesta, los niveles de precisión y la información y recursos disponibles.
4. Desarrollar el instrumento para la encuesta basado en un modelo de preguntas según cada indicador.
5. Clarificar las limitaciones de los indicadores seleccionados, de las preguntas y de los métodos de recolección de datos.
6. Desarrollar una guía de evaluación, incluyendo el instrumento y material de capacitación.

7. Completar la selección del muestreo de ser posible con la información ya disponible.
8. Desarrollar un plan para ingreso y análisis de datos.
9. Traducir y re-traducir el instrumento de medición para asegurarse que el mismo sea correcto.
10. Capacitar al equipo que va a hacer las encuestas incluyendo enumeradores, entrevistadores, supervisores, coordinadores de campo y data entry, así como personal administrativo (choferes, secretarias).
11. Hacer un estudio piloto del instrumento de medición y las correcciones finales al mismo.
12. Hacer la encuesta.
13. Ingresar datos y hacer el análisis de acuerdo al plan y preparar un reporte y una presentación.
14. Presentar los resultados, discutir la experiencia incluyendo las lecciones aprendidas. Diseminar resultados.
15. Planear las encuestas sucesivas teniendo en cuenta las lecciones aprendidas y asegurando que las encuestas realizadas en diferentes momentos y en diferentes lugares puedan ser comparadas.

Hoja de trabajo: Indicadores de monitoreo y evaluación

EVALUACIÓN		MONITOREO (COMPONENTE DE COMUNICACIONES) *	
RESULTADOS DE SALUD (si el proyecto va a medirlos, tomar de los documentos del proyecto)	INDICADORES	PRÁCTICAS POSIBLES (si se observa alguna o si no es monitoreada de manera regular)	INDICADORES
PRÁCTICAS POSIBLES (derivadas del marco de la estrategia)	INDICADORES	RESULTADOS ESPERADOS (del plan de trabajo: materiales distribuidos, usados, etc)	INDICADORES
BARRERAS Y SOPORTES PRINCIPALES (derivadas del marco de la estrategia)	INDICADORES		

* crear indicadores de monitoreo para cada componente de la estrategia

Hoja de trabajo: Plan de monitoreo y evaluación

INDICADORES	Requerimiento de datos	Fuente	Frecuencia	Persona responsable
Resultados de salud				
Prácticas				
Barreras y soportes principales				

Hoja de trabajo: Plan de monitoreo y evaluación

INDICADORES	Requerimiento de datos	Fuente	Frecuencia	Persona responsable
Resultados de salud				
% de reducción de la diarrea en los niños menores de 5 años	# niños menores de 5 años con diarrea durante las últimas 2 semanas # total de niños menores de 5 años	Encuesta	De base y final	Unidad de Monitoreo y evaluación (M&E)
Prácticas				
% de encargados del cuidado de los niños que se lavan las manos antes de preparar los alimentos y alimentar a los niños, después de defecar y después de asistir a un niño que ha defecado	# encargados del cuidado de los niños que se lavan las manos en los momentos clave / # total de encargados del cuidado de los niños menores de 5 años	Encuesta	De base y final	Unidad de Monitoreo y evaluación (M&E)
% de encargados del cuidado de los niños que tiran las heces de los niños de menos de 36 meses en las letrinas	# encargados del cuidado de los niños que tiran las heces de los niños menores de 36 meses en las letrinas / # encargados del cuidado de los niños de niños menores de 36 meses	Encuesta	De base y final	Unidad de Monitoreo y evaluación (M&E)
% de niños 3 a 9 años que usan un inodoro para defecar	# niños de 3 a 9 años que defecan en los inodoros / # total de niños 3 a 9 años	Encuesta	De base y final	Unidad de Monitoreo y evaluación (M&E)
% de hogares sin acceso al agua corriente que desinfectan el agua potable mediante la cloración, el hervor o el sol	# hogares sin acceso al agua corriente que tratan el agua potable / # total de hogares sin acceso al agua corriente	Encuesta	De base y final	Unidad de Monitoreo y evaluación (M&E)
Barreras y soportes principales				
% de hogares con un lugar especial para el lavado de manos	# hogares en el área del proyecto con un lugar especial para el lavado de manos / # hogares	Observación de encuestas (en la lista de chequeo de los trabajadores comunitarios)	De base y final Cuatrimestral	Unidad de M&E Gerente del Proyecto

INDICADORES	Requerimiento de datos	Fuente	Frecuencia	Persona responsable
% de hogares con un lugar especial para el lavado de manos que tiene jabón	# de los hogares con jabón en el lugar donde se lavan las manos / % de los hogares con un lugar especial para el lavado de manos	Observación de encuestas (en el Checklist de los trabajadores comunitarios)	De base y final Cuatrimestral	Unidad de M&E Gerente del Proyecto
% de hogares con acceso a un inodoro	# hogares en el área del proyecto con inodoros que funcionen / # hogares	Observación de encuestas (en el Checklist de los trabajadores comunitarios)	De base y final Cuatrimestral	Unidad de M&E Gerente del Proyecto
% de hogares que tienen acceso a fuentes de agua potable	# hogares en el área del proyecto que extraen el agua de un caño o de un pozo cubierto / # hogares	Observación de encuestas (en el Checklist de los trabajadores comunitarios)	De base y final Cuatrimestral	Unidad de M&E Gerente del Proyecto
% de encargados del cuidado de los niños que lavan regularmente sus envases de almacenamiento de agua	# encargados del cuidado de los niños que lavaron sus envases de almacenamiento de agua en los 3 últimos días / # encargados del cuidado de los niños	Encuesta	De base y final	Unidad de M&E
% de encargados del cuidado de los niños que conocen los momentos críticos cuando deben lavarse las manos	# encargados del cuidado de los niños que pueden nombrar cuatro momentos críticos cuando deben lavarse las manos / # encargados del cuidado de los niños	Encuesta	De base y final	Unidad de M&E
% de encargados del cuidado de los niños que saben cómo almacenar el agua adecuadamente	# de los encargados del cuidado de los niños que pueden explicar cómo se almacena adecuadamente el agua / # encargados del cuidado de los niños	Encuesta	De base y final	Unidad de M&E
Indicadores de proceso importantes				
% de hogares visitados regularmente por voluntarios comunitarios	% de hogares que fueron visitados por voluntarios al menos X veces desde (ej: que comenzó la lluvia)/# de hogares	Encuesta	De base y final	Unidad de M&E
% de comunidades involucradas en acciones colectivas	# de comunidades trabajando en conjunto para mejorar la higiene/# de comunidades	Encuesta	De base y final	Unidad de M&E

Referencias

Appleton, B., and C. Van Wijk. 2003. Hygiene promotion: Thematic overview paper. Delft, the Netherlands: IRC International Water and Sanitation Centre.

Centers for Disease Control and Prevention. CDCynergy 2001 Micronutrient Edition (CD-ROM), Phase 1, Step 1.3; Phase 2, Step 8; CDC Safe Water Systems. Atlanta, Ga.; Centers for Disease Control and Prevention.

CHANGE Project, Project HOPE, and BASICS II. May 2004. Helping Families Save Sick Children. Guidelines for Developing Home-Based Reminder Materials. Washington, D.C.

Churchill, A. et al. 1985. Rural water supply & sanitation: Time for a change. Washington, D.C.: The World Bank.

Daane, J., M. Lamb, and E.A. Perez, July 1997. Evaluation of the Jamaica urban environmental program for on-site sanitation. EHP Activity Report No. 35. Arlington, Va.: Environmental Health Project.

Debus, M. 1988. A Handbook for excellence in focus group research. Washington, D.C.: Academy for Educational Development.

Dickin, K., M. Griffiths, and E. Piwoz. Designing by Dialogue: A Program Planners Guide to Consultative Research for Improving Young Child Feeding. Washington, DC: SARA Project, HHRAA Project, USAID, 1996.

Environmental Health Project. December 2003. The Hygiene improvement framework. A comprehensive approach for preventing childhood diarrhea. Draft. Arlington, Va.; Environmental Health Project.

Favin, M., and M. Griffiths. 1999. Communication for behavior change in nutrition projects: A guide for World Bank task managers. Washington, D.C.: The World Bank.

Ferron, S., J. Morgan, and M. O'Reilly. CARE hygiene promotion manual. Care International. Available in Spanish and Portuguese at www.careinternational.org.uk/resource_centre.

Jenkins, M.W. 1999. Ph.D. thesis, U.C. Davis, Civil Engineering.

Kleinau, E. et al. May 2004. Assessing hygiene improvement: Guidelines for household and community levels. EHP Strategic Report 8. Arlington, Va.: Environmental Health Project.

Krieger, L., and S. Yallou. December 2002. End of project report. Environmental Health Project CESH Benin activity, Gestion Communautaire de Sante Environnementale II (GESCOME II). Activity Report 113, Arlington, Va.: Environmental Health Project.

Mintz, E., J. Bartram, P. Lochery, and M. Wegelin. October 2001. Not just a drop in the bucket: Expanding access and point-of-use water treatment systems. *American Journal of Public Health* (91-10).

Murray, C., and A.D. Lopez. 1996. *Global Health Statistics*. WHO, Harvard School of Public Health, and The World Bank.

Sherburne, L. Draft 2003. Formative research for school health and nutrition (SHN) programs: Experience from the Save the Children/Malawi SHN program. The Manoff Group for Save the Children.

The Sphere Project, January 2004, Training Module 3. The Project Cycle. Session 5. Monitoring and Evaluation. www.sphereproject.org

Torres, M.P., and D.B. Bendahmane. 2002. Achieving household and community-level behavior change. USAID/Dominican Republic Reconstruction Activity, EHP Activity Report. April 2000 to May 2002. Arlington, Va.: Environmental Health Project.

Whiteford, L., C. Laspina, and M. Torres. October 1996. Monitoring the effect of behavior change activities on cholera: A review in Chimborazo and Cotopaxi, Ecuador. EHP Activity Report No. 25. Arlington, Va.: Environmental Health Project.

World Health Organization (1997). *Health and environment in sustainable development: Five years after the Earth Summit*. WHO/Geneva (WHO/EHG/97.8). World Health Organization.