ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN PARA CAMBIO DE COMPORTAMIENTO -CCC-

PROGRAMA COMUNITARIO MATERNO INFANTIL DE DIVERSIFICACIÓN ALIMENTARIA -PROCOMIDA-

PROGRAMA COMUNITARIO MATERNO INFANTIL DE DIVERSIFICACIÓN ALIMENTARIA -PROCOMIDA-

ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN PARA CAMBIO DE COMPORTAMIENTO

La realización de esta publicación, fue posible gracias al generoso apoyo del pueblo de los Estados Unidos de América proporcionado a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional -USAID - de acuerdo con los términos del Convenio de Cooperación No. AID-FFP-A-09-00005-03. El contenido aquí expresado es responsabilidad del autor y el mismo no necesariamente refleja las opiniones de la USAID o del Gobierno de los Estados Unidos de América".

" Si lo oigo, lo olvido; si lo veo, lo recuerdo; si lo hago, lo aprendo "

Confucio

PROGRAMA COMUNITARIO MATERNO INFANTIL DE DIVERSIFICACIÓN ALIMENTARIA
-PROCOMIDA-

ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN PARA CAMBIO DE COMPORTAMIENTO -CCC-

Rafael Carranza
Especialista
Comunicación para Cambio de Comportamiento
PROCOMIDA

Jay Jackson
Director
PROCOMIDA

Marcel Janssen
Gerente, Unidad de Soporte Técnico
PROCOMIDA

Raquel Camey
Oficial de Desarrollo Curricular, CCC
PROCOMIDA

Profesor Rubén Alfonso Ramírez
Revisión Editorial

Juan Moncada
Diseño Gráfico y Diagramación
PROCOMIDA

RESUMEN EJECUTIVO

CONTEXTO LOCAL

PROCOMIDA, se desarrolla en un contexto donde el 79% de la población es rural, 93% es indígena; se estima que el 84% es pobre y el 41% es extremadamente pobre. La tasa de analfabetismo es de 65%[1]. *Casi el 60% de los niños menores de 5 años padecen de desnutrición crónica y retraso en el crecimiento, condiciones que son más severas en las áreas rurales y en la población indígena*[2]*. Durante el período 2000 a 2009, la mortalidad materna se mantuvo entre 271 y 191 por cien mil nacidos vivos, siendo esta tasa de mortalidad la más alta en la República de Guatemala, durante el último decenio.*[3] [4]

Es de reconocer que, a pesar de los esfuerzos efectuados por instituciones para modificar el comportamiento y prácticas de la población de Alta Verapaz relacionadas con la salud, la alimentación y nutrición, los efectos de alguna manera no han sido los deseados, posiblemente por falta de entendimiento mutuo entre los agentes y la población.

Al hacer una recolección y revisión del material de información, promoción y capacitación existente, encontramos que una considerable cantidad de los mensajes estaban escritos en español, razón por la cual no eran leídos por gran parte de la audiencia analfabeta.

Asimismo eran presentados en idioma español por lo que no eran comprendidos por gran cantidad de mujeres monolingües, que contenían información técnica que no respondía a la necesidad de una audiencia específica o que era información entregada indistintamente a madres embarazadas, lactantes, con niños enfermos; mujeres adultas, hombres, etc.

Un ejemplo de la falta de entendimiento lo encontramos en la promoción de la lactancia materna: De manera reiterada, se han hecho esfuerzos por hacer comprender sobre el efecto negativo que tiene la introducción temprana de líquidos en el lactante, ya que, además de disminuir la ingesta calórica y favorecer la desnutrición, se convierte en fuente de infección, causante de diarrea y neumonía, principales causas de mortalidad infantil en Alta Verapaz.

No obstante lo anterior, al investigar las incentivaciónes que tenían las madres por continuar con la práctica de introducir agua, café u otros líquidos, las respuestas comunes fueron porque el bebé tenía sed, porque tenía cólico o porque la pacha lo calmaba. El mensaje promocional enviado por los agentes de salud, relacionado con los beneficios de la lactancia materna, no es entendido por la madre o no satisface necesidades de información, por lo que ha sido ignorado y no ha generado cambios de comportamiento.

Camino rural que recorren a pie beneficiarias del programa.

1. Sala Situacional de la Dirección de Área de Salud de Alta Verapaz,2009
2. Estudio de Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional
3. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2005
4. Sala Situacional de la Dirección de Área de Salud de Alta Verapaz, 2009

RESUMEN EJECUTIVO

Mujeres Q'eqchíes monolingües de distintas edades, con traje regional.

Esta reflexión nos hizo orientar la Estrategia de comunicación para cambio de comportamiento de *PROCOMIDA*, por lo que **investigamos mensajes claves, tomando en cuenta las necesidades específicas de información de las beneficiarias.**

Identificamos que esta necesidad de información, de alguna manera se relaciona con su estado fisiológico por estar embarazadas, ser madres lactantes, su sexo, la edad de sus hijos y como parte de un grupo que comparta sus mismas preocupaciones, lo cual puede influir en su motivación de aprendizaje sobre temas específicos. Es por ello, que a nivel de cada comunidad con fines de capacitación se han formado grupos con madres embarazadas, lactantes con niños de 0 a 6 meses de edad, madres de niños de 6 a 24 meses, madres con niñas y niños enfermos; abuelas, cuidadoras, grupos de hombres, etc. Estos funcionan como círculos de análisis y reflexión donde las propias madres beneficiarias son quienes con base en su experiencia, conocimientos y prácticas, aportan opciones y soluciones locales que son reforzadas por la educadora del programa mediante mensajes claves.

IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DE INFORMACIÓN

Reconocer que cada grupo de la población tiene necesidades diferentes de información, nos ha orientado a desarrollar áreas o temas para cada grupo específico, alrededor de lo cual se desarrollan mensajes claves que respondan de manera directa a esas áreas de interés detectadas. En el caso de la lactancia materna, el mensaje ya no será promover las ventajas de la lactancia materna o cualidades de la leche materna, sino que será el desarrollo de un mensaje que responda a la preocupación de la madre: *"La leche materna le quita la sed al bebé", "La leche materna le quita el cólico al bebé", "La leche materna tranquiliza al bebé".* **Mensajes cortos, directos, que abordan una preocupación específica** según se trate de una madre embarazada, madre con niño menor de 6 meses, de 6 meses a 2 años, madre con niña o niño enfermo y/o desnutrido, abuelas, padres, hombres o mujeres jóvenes, etc.

Imagen usada en bolsas de alimentos, cuyo mensaje clave es: "La leche materna le quita la sed al bebé".

RESUMEN EJECUTIVO

METODOLOGÍA DE CAPACITACIÓN

Para responder de manera directa a las necesidades detectadas, optamos por la modalidad de mensajes claves. Estos fueron utilizados como base para diseñar una **lámina con una imagen recreada en contexto local que explica por sí misma sin necesidad de letras el mensaje que se desea transmitir.**

En la práctica, la sesión educativa se desarrolla como círculos de análisis o reflexión con las beneficiarias o población objetivo. Esta consiste en establecer diálogos sobre temas específicos basados en experiencias y prácticas propias de las madres participantes o sobre lo que han visto u oído de su mamá, abuela, suegra, familiares o vecinos. La educadora asume un rol moderador, sin dar conceptos ni definiciones ya que lo que busca es la opinión de las participantes, sin calificar como negativa ninguna de las respuestas; estimulando la mayor participación posible.

Cuando una de las madres asistentes hace algún comentario relacionado con el mensaje clave previamente identificado, la educadora lo enfatiza como positivo y refuerza sus puntos de vista.

El énfasis de las reuniones con las beneficiarias es tratar de generar opinión y reflexión alrededor del tema, haciéndolas llegar con sus mismas reflexiones, a reconocer la importancia del mensaje clave previamente preparado.

SELECCIÓN DE CAPACITADORES

Consideramos que la selección del personal de campo ha sido un factor importante que favorece la disminución de las barreras que pudieran producirse. Desde el principio se determinó que *todo el personal de campo fuera local, que todos hablaran el idioma Q'eqchi' y en las sesiones educativas utilizaran este idioma.*

Las educadoras capacitan a las mujeres y los educadores capacitan a los hombres, de esta manera, además de disminuir barreras de género, culturales y geográficas, creemos que al tener trabajadores locales, las actividades se desarrollan en el marco de entendimiento, cultura y tradiciones lo que nos permite aumentar nuestras posibilidades de incorporar lo aprendido y lograr cambios de actitudes y prácticas de vida.

Es posible que para lograr el cambio de comportamiento, más que tiempo, se requerirá poder formular enfoques y mensajes específicos; que además de identificar e incidir en las barreras que han impedido el acceso de la población a los servicios y a información, también establecer canales adecuados de comunicación que nos permitan promover y fomentar el comportamiento positivo relacionado con la salud, alimentación y la nutrición en nuestras beneficiarias y sus familias.

CAPACITACIÓN EN EDUCACIÓN DE ADULTOS

Todos los educadores han sido capacitados en los principios de la educación de adultos y/o educación popular, como la flexibilidad, horizontalidad y participación. Y han tenido la oportunidad de aplicarlos intensamente. Con su aplicación, han logrado cambiar la dinámica de las sesiones educativas tradicionales a sesiones educativas activas, dinámicas y participativas, en las cuales, las beneficiarias han podido hacer la conexión al conocimiento previo y experiencia de vida que cada una tiene, creando a la vez nuevos conocimientos, a través de compartir anécdotas, historias y experiencias de vida. De esta forma, se incrementan las posibilidades de lograr cambios en el estilo de vida de las beneficiarias del programa.

El presente documento es complementado con la Guía del Educador, la cual describe la implementación en el campo de los conceptos teóricos presentados aqui.

CONTENIDOS

		Página
i-iii	RESUMEN EJECUTIVO	i-iii
1.	INTRODUCCIÓN	1
2.	PROGRAMA COMUNITARIO MATERNO INFANTIL DE DIVERSIFICACIÓN ALIMENTARIA -PROCOMIDA-	2
	2.1 INVESTIGACIÓN OPERACIONAL	3
	2.1.1 Investigación formativa	3
	2.1.2 Investigación longitudinal y transversal	4
	2.1.3 Investigación antropológica	4
	2.2 FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL	5
	2.3 DISTRIBUCIÓN DE RACIONES DE ALIMENTOS	6
	2.4 ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN PARA CAMBIO DE COMPORTAMIENTO -CCC-	6
3.	ASPECTOS QUE INFLUYEN EN EL ESTABLECIMIENTO DE CANALES DE COMUNICACIÓN EN LA POBLACIÓN DE ALTA VERAPAZ	8
	3.1 ACCESO A INFORMACIÓN Y A SERVICIOS DE SALUD	8
	3.1.1 Condicionantes relacionados con la accesibilidad geográfica	9
	3.1.2 Condicionantes relacionados con la accesibilidad cultural	11
	3.1.3 Condicionantes relacionados con la accesibilidad económica	13
	3.1.4 Condicionantes relacionados con la motivación	15
4.	CULTURA ORGANIZACIONAL	17
5.	METODOLOGÍA DE COMUNICACIÓN Y CAPACITACION DE ADULTOS	19
	5.1 Revisión de material educativo	19
	5.2 Identificación de necesidades de información	19
	5.3 Metodología de capacitación	20
	5.4 Los capacitadores	21
	5.5 Ejemplo de material diseñado	22
	5.6 Características del modelo de comunicación para cambio de comportamiento -CCC-	24
6.	LECCIONES APRENDIDAS	25

1. INTRODUCCIÓN

Alta Verapaz tiene una población estimada de 1,046,180 habitantes, de los cuales 79% es población rural, 93% es indígena, especialmente de la etnia Q'eqchi'. La densidad de población es de 173 habitantes por kilómetro cuadrado. El promedio de personas por hogar en el área urbana es de 5 y en el área rural de 6.8.[5]

Alta Verapaz es uno de los departamentos más pobres de la República de Guatemala. Se estima que el 84% de su población es pobre y el 41.2% es extremadamente pobre. La tasa de analfabetismo es de 65%, el porcentaje de escolaridad en la mujer es de 48% y en el hombre de 59%.[6] En 2007 se registraron 27,629 nacimientos, con una tasa de natalidad de 25.33 y de fecundidad de 83.41X1,000, un crecimiento vegetativo de 2.24% y una esperanza de vida de 67 años.[7]

Durante el período 2000 a 2009, la mortalidad materna se ha mantenido entre 271 y 191 por cien mil nacidos vivos, siendo esta tasa de mortalidad la más alta en la República de Guatemala, durante el último decenio.[8] El 31% de las muertes maternas ocurridas en Alta Verapaz en el año 2009, se relacionaron con **la falta de reconocimiento temprano de la madre o de su familia de las señales de peligro previo, durante o después del parto.**

El 22% de las muertes se relacionaron por falta de decisión para el traslado de la madre a un servicio de salud, el 14% por falta de acceso a un servicio de salud y el 32% por falta de atención oportuna y de calidad a su llegada a los servicios de salud. El 51% de las mujeres fallecidas recibió atención por parte de la comadrona, personal empírico o por la familia y el 43% por personal de salud. El 43% de las muertes ocurrieron en el hogar de la madre, el 73% de las fallecidas no tenía ningún grado de escolaridad.

Durante el período 2003 a 2009, la tasa de mortalidad infantil ha tenido un descenso de 26 a 18X1,000nv, aunque la desnutrición (4.5%)y las enfermedades infecciosas como neumonías (54%), diarreas (11%) continúan siendo las causas de muerte más frecuentes. Del total de muertes ocurridas en departamento en 2009, el 4% se produjeron en menores de 28 días, el 12% de 29 días a menores de 1 año y el 13% de 1 año a menores de 10 años.

Casi el 60% de los niños menores de 5 años de Alta Verapaz padecen de desnutrición crónica y retraso en el crecimiento, condiciones que son más severas en las áreas rurales y en la población indígena.[10] Durante el año 2009, en los servicios de salud se reporta que se atendió 2,192 casos por desnutrición, de los cuales el 1.5% fueron menores de 1 mes, el 3% de 1 mes a menores de 2 meses, el 26% de 2 meses a menores de 1 año y el 69.5% de 1 año a menores de 5 años. El 53% de los casos de desnutrición fueron de sexo femenino. En búsqueda activa de desnutrición que efectuaron los Servicios de Salud de Alta Verapaz, durante septiembre a diciembre de 2009, de 1,089 casos detectados, el 59% fueron leves, 23.8% moderados y el 17% padecían desnutrición severa. De estos casos el 12% fue clasificado con marasmo y el 2% con kwashiorkor. El 15% fue hospitalizado y de ellos el 4.8% falleció (letalidad de 4.8X100,000).

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en todos sus servicios de salud - hospitales, centros de salud y centros comunitarios -, brindó en el 2009, alrededor de 1,344,501 consultas o referencias, lo que equivale a 1.28 consulta por habitante por año.

En Alta Verapaz, el 68% de los partos se produce en el hogar.[9]

5. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2005
6. Informe de Desarrollo Humano PNUD 2005
7. Sala Situacional de la Dirección de Area de Salud de Alta Verapaz, 2009
8. Según la Sala Situacional de la Dirección de Area de Salud, 2009, se comprobaron en el departamento 72 muertes maternas.
9. Sala Situacional de la Dirección de Area de Salud de Alta Verapaz, 2009
10. Estudio de Secretaría de Seguridad Alimentaría y Nutricional

2. PROGRAMA COMUNITARIO MATERNO INFANTIL DE DIVERSIFICACIÓN ALIMENTARIA -PROCOMIDA-

En búsqueda de aportes y soluciones a la problemática alimentaría y nutricional de Alta Verapaz, Mercy Corps, con apoyo de la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos -*USAID*-, inició el programa comunitario materno infantil de diversificación alimentaria -*PROCOMIDA*-.

El Programa tiene dos objetivos principales:

1) Mejorar y mantener estable para 2014, el estado de salud y nutrición a mujeres embarazadas, madres lactantes y niños menores de dos años.

2) Atender con mejor calidad en 2014, la atención de calidad de los proveedores de servicios de salud en las comunidades donde se desarrolla el programa.

PROCOMIDA es un **programa preventivo** para mejorar el estado de salud y alimentario nutricional de las mujeres embarazadas, lactantes; niñas y niños menores de dos años que se encuentran vulnerables a la inseguridad alimentaría y nutricional, en aproximadamente 270 comunidades con Centro de Convergencia y más de 410 comunidades satélites de los municipios de Cobán, Carchá, Cahabón, Lanquín y Senahú de Alta Verapaz.

Dado que *PROCOMIDA,* es un programa preventivo de la desnutrición, sus beneficiarios principales son todas las niñas y niños menores de 2 años de edad, quienes, independientemente de su estado nutricional son elegibles, de igual forma son seleccionadas todas las mujeres embarazadas y las madres lactantes con hijos menores de 2 años, quienes, salvo propia voluntad no lo deseen. El programa se desarrolla de acuerdo con los siguientes ejes de trabajo:

Grupo de madres lactantes, con niñas y niños de 0 a 6 meses de edad, participando en sesión educativa.

2.1 INVESTIGACIÓN OPERACIONAL

La investigación se entiende como el establecimiento de un proceso de búsqueda a nivel de la comunidad, para lograr un mejor entendimiento sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres, cuidadoras y esposos que influyen en aspectos relacionados con la salud, alimentación y nutrición.

La investigación operacional, es considerada de importancia para que la **Estrategia de comunicación para cambio de comportamiento -CCC-** sea culturalmente adecuada, accesible y comprensible para la población Q'eqchi'. De igual forma ha sido importante en la búsqueda de oportunidades, capacidades, recursos locales y elementos de importancia que se deben tomar en cuenta durante el desarrollo de las actividades del programa.

2.1.1 INVESTIGACIÓN FORMATIVA[11]

La Investigación formativa de *PROCOMIDA*, tiene tres objetivos principales:

1) Identificar el potencial existente en brindar atención materno-infantil a nivel de los Centros de convergencia de las comunidades donde se desarrolla el programa.

2) Estudiar la contribución potencial y el impacto de productos especiales y fortificados como Suplemento nutricional a base de lípidos (LNS) y Polvo de micronutrientes espolvoreados (MNP), al medir los resultados nutricionales en el contexto de la prevención de la desnutrición.

3) Recopilar información sobre conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con salud, alimentación y nutrición que apoyen el desarrollo de una **Estrategia de comunicación para cambio de comportamiento -CCC-.**

La investigación formativa se efectuó antes del inicio del programa en los municipios de Cobán, Carchá, Cahabón, Senahú y Panzós; en donde *se recopiló información por medio de entrevistas estructuradas, semi estructuradas y grupos focales*, que se efectuaron con madres embarazadas, madres de niños menores de dos años, líderes comunitarios, hombres, personal de salud que atiende los Centros de convergencia, etc. Mediante estas entrevistas se investigaron aspectos relacionados con sus conocimientos, actitudes y prácticas en concordancia con salud, alimentación y nutrición.

También se efectuó un estudio sobre la disponibilidad de alimentos en tiendas, mercados y a nivel del hogar, en la preparación por las madres de recetas tradicionales con alimentos locales y se exploró el desarrollo de recetas no tradicionales o que no son de uso común.

Mujeres de diversas edades que participan en actividades del programa .

11. La investigación formativa se desarrolla en coordinación con International Food Policy Research Institute -IFPRI- y Food and Nutrition Technical Assistance -FANTA-.

2.1.2 INVESTIGACIÓN LONGITUDINAL Y TRANSVERSAL[12]

Con la investigación longitudinal y transversal se busca contribuir a fortalecer y evaluar,en Guatemala, el enfoque para la prevención de la desnutrición en niñas y niños menores de dos años de edad -PM2A-. En este sentido se cuenta con la referencia de un estudio realizado en Haití, entre 2002 y 2006, el cual mostró que, previniendo la desnutrición en niños menores de 24 meses de edad -PM2A- a través de un programa que tiene distribución de alimentos, cambio de comportamiento, y servicios preventivos de salud y nutrición es más eficaz para reducir la prevalencia de crecimiento deficitario, emaciación, y bajo peso que el enfoque tradicional basado en la recuperación nutricional. El diseño del estudio de Haití, fue adaptado aprovechando que *PROCOMIDA*, ofrece una excelente oportunidad para investigar y tener mayor comprensión de los siguientes aspectos:

a. El impacto y eficacia en función de los costos de una intervención para prevenir la desnutrición en niños menores de 2 años.

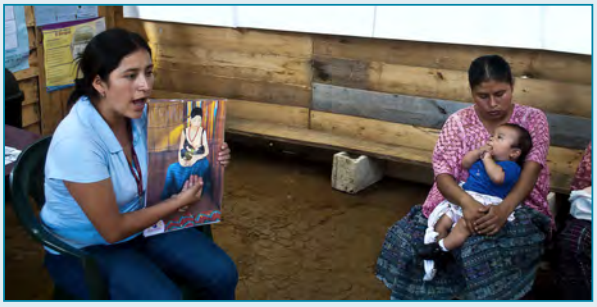
b. Conocer mejor la composición óptima y tamaño de las raciones familiares y conocer el impacto diferencial y absoluto de tamaños y tipos de alimentos que están incorporados en la ración familiar.

Específicamente,investigar el efecto diferencial en tamaños de raciones familiar y el efecto de sustituir la ración individual con productos fortificados con micronutrientes como Suplemento basado en grasa -LNS- y vitaminas y minerales espolvoreados -MNP-.

c. Identificar los obstáculos y soluciones potenciales para mejorar las operaciones del programa.

d. Documentar la utilización y consumo por los beneficiarios directos y el resto de la familia de los alimentos.

e. Conocer mejor el impacto de las intervenciones a nivel del hogar.



Educadora del programa utilizando material gráfico para transmitir mensaje clave

2.1.3 INVESTIGACIÓN ANTROPOLÓGICA[13]

Dada la importancia que se ha dado en **adaptar culturalmente la Estrategia de comunicación para cambio de comportamiento,** se efectuó análisis de las barreras que influyen o han impedido el acceso a la información y a los servicios en la población Q'eqchi' y sobre las variables relacionadas con las costumbres, actitudes y prácticas de la población donde se desarrolla el programa.

De igual forma se dio importancia a investigar los elementos por tomar en cuenta para el diseño, elaboración, presentación como también difusión del material de información, promoción y capacitación, y en identificar los canales de comunicación preferidos o más acordes de acuerdo con las características de la población y contexto de las áreas de trabajo.

12. Las investigaciones longitudinales y transversales se desarrollan en coordinación con International Food Policy Research Institute -IFPRI- y Food and Nutrition Technical Assistance -FANTA -.
13. Durante tres meses se contó con consultoría/apoyo de dos antropólogas, para investigación en las comunidades donde se desarrolla el programa

2.2 FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL

De principio se reconoce que los problemas alimentario-nutricionales son de origen multicausal y que por ende, para lograr un mayor efecto se requieren intervenciones integrales y multisectoriales. En este sentido las actividades de *PROCOMIDA*, serán potencializadas en la medida en que se logre una estrecha coordinación y complementariedad con las acciones desarrolladas por actores del Ministerio de Salud Pública, la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional, otras instituciones de gobierno, las ONG prestadoras de los servicios básicos de salud, los líderes y actores comunitarios, etc.

En este sentido, se tiene contemplado reforzar las acciones que ya se encuentren en curso relacionadas con los siguientes aspectos:

2.2.1 Fortalecimiento de la organización y participación comunitaria, especialmente:

a) Funcionamiento de las comisiones de salud.

b) Formación y funcionamiento de fondos locales de salud.

c) Formación y capacitación mediante sesiones educativas, demostraciones prácticas en preparación de alimentos

2.2.2 Ampliación de cobertura con servicios básicos de salud ya que previo a recibir alimentos, las madres deben haber asistido al servicio de salud para control pre natal y de post parto y el niño a control de crecimiento y desarrollo.

2.2.3 Mejorar los conocimientos y prácticas del personal de las organizaciones prestadores de servicios básicos de salud en:

a) Aplicación de metodologías de capacitación de adultos y/o educación popular.

b) Aspectos técnicos relacionados con la estrategia AIEPI/AINM-C, -énfasis en la identificación temprana de señales de peligro en el embarazo, el parto, el puerperio, en el recién nacido, en el menor de 2 años, en la vigilancia y monitoreo del crecimiento y desarrollo del niño y aspectos relacionados con alimentación y nutrición durante el embarazo y lactancia materna en menores de 2 años -.

2.2.4 Fomentar, mediante círculos de análisis, discusiones y demostraciones :

a) La diversificación de la dieta tradicional de las familias -incorporación de alimentos no consumidos pero disponibles localmente-.

b) El consumo de mezclas de alimentos -introducción de recetas mejoradas con variedad de alimentos locales-.

2.2.5 Apoyar para que a nivel de 270 centros de convergencia, se cuente con:

a) Educadoras-es- para que desarrollen la Estrategia de CCC.

b) Material para información, promoción y capacitación de usuarios-as al servicio de salud, beneficiaras de *PROCOMIDA* y otros grupos de población de la comunidad.

c) El equipo necesario para monitoreo de crecimiento y desarrollo de niños menores de 2 años de edad.

d) Balanzas para toma de peso de la mujer embarazada.

2.3 DISTRIBUCIÓN DE RACIONES DE ALIMENTOS

Como se mencionó anteriormente, *PROCOMIDA* es un programa preventivo para mejorar el estado de salud y nutricional de las madres y las niñas-os- menores de dos años que se encuentran con inseguridad alimentaria y nutricional. Se estima que durante el desarrollo del programa se podrá mejorar el estado nutricional de 227,000 personas vulnerables, en aproximadamente 680 comunidades de los municipios de Cobán, San Pedro Carchá, Cahabón, Lanquín y Senahú, en el departamento de Alta Verapaz.

Como parte de las actividades del programa, se distribuirán *mensualmente* alrededor de 16,500 raciones de 14.85 kilogramos de alimentos a igual número de familias durante 2 ½ años. En la vida del proyecto -4 ½ años- llegarán a ser atendidas más de 33,000 familias con **raciones de harina de maíz y soya enriquecida con vitaminas y minerales, arroz, frijol colorado -pinto- y aceite.**[14]

2.4 ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN PARA CAMBIO DE COMPORTAMIENTO

La **comunicación para el cambio de comportamiento -CCC-,** se identifica como un proceso integral, interactivo y de múltiples niveles que se produce con los beneficiarios, cuya finalidad es formular enfoques y mensajes específicos. Esto implica la percepción de las necesidades y la identificación de las barreras que han impedido en la población su acceso a los servicios y a la información; con base en lo cual establecemos canales de comunicación adecuados para promover y fomentar el comportamiento positivo y mantener el cambio de comportamientos individuales, comunitarios y sociales relacionados con la salud, la alimentación y la nutrición.

Como se indicó con anterioridad, se trata que las actividades que se realicen tomen en cuenta aspectos relacionados con la cultura, las tradiciones y el contexto de la población de las comunidades donde se desarrolla el programa. En este sentido, el diseño y desarrollo de material de información, promoción y capacitación, forma parte de un proceso que conlleva:

a) Investigación de áreas o tópicos de mayor interés.

b) Identificación de mensajes claves, mediante los cuales se puede afectar positivamente el cambio de conocimientos, actitudes y prácticas de las beneficiarias del programa, de sus familias y comunidad.

c) Formular enfoques y mensajes específicos.

d) El establecimiento de canales de comunicación adecuados para promover y fomentar el cambio de comportamientos individuales, comunitarios y sociales, en población adulta, que no habla castellano y no sabe leer ni escribir.

Educador del programa mostrando mensaje clave.

14. Como parte de la Investigación, se tiene contemplado sustituir el CSB, por suplementos nutricionales de alto contenido energético -LNS y MNP- para madres embarazadas, madres lactantes y niños de 6 meses a menores de 2 años, que son beneficiarios del programa, que corresponden al área de influencia de 40 Centros de convergencia.

Se reconoce que **la condición fisiológica de las beneficiarias** por estar embarazadas, por ser madres lactantes, género, la edad de sus hijos y como parte de un grupo que comparta sus mismas preocupaciones, **puede influir en su motivación de aprendizaje sobre temas específicos.** Es por ello que, a nivel de cada comunidad con fines de capacitación se han formado grupos con madres embarazadas, lactantes, con niños de 0 a 6 meses de edad, con niños de 6 a 24 meses, con niñas y niños enfermos, abuelas, cuidadoras, grupos de hombres, etc. Estos funcionan como **círculos de análisis y reflexión** donde las propias madres beneficiarias son quienes, en base a su experiencia, conocimientos y prácticas, **aportan opciones y soluciones locales** que son reforzadas por la educadora del programa mediante mensajes claves previamente investigados y definidos.

Madres beneficiarias que luego de participar en sesión educativa pasan a recibir la ración de alimentos.

3. ASPECTOS QUE INFLUYEN EN EL ESTABLECIMIENTO DE CANALES DE COMUNICACIÓN EN LA POBLACIÓN DE ALTA VERAPAZ

3.1 ACCESO A INFORMACIÓN Y A SERVICIOS DE SALUD

Hemos de reconocer que la sola oferta de información y de servicios de salud, no necesariamente ha permitido para su utilización la toma de decisiones informadas o motivado a la población de Alta Verapaz. Es posible que en algunos casos, la aplicación de conceptos desarrollados en otros lugares con características diferentes a la población Q'eqchi', sea un factor que no favorezca el entendimiento mutuo entre los agentes de las instituciones y la población. Ha sido entonces, frecuente encontrarse con poca aceptación de las iniciativas propuestas y por ende, con poca participación en su desarrollo, lo que ha dificultado incidir positivamente para modificar en la población, algunas de las prácticas relacionadas con la salud, alimentación y la nutrición.

El desarrollo de la **Estrategia de comunicación para el cambio de comportamiento**, reconoce como factores importantes en el desarrollo de las actividades: la toma en cuenta de la etnia, género, religión, nivel socio-económico, tradiciones y costumbres, etc.; ya que en mucho determinan las actitudes, prácticas y preferencias de la población de Alta Verapaz. En este sentido ha sido importante reflexionar alrededor del modelo de comunicación tradicionalmente utilizado en el que se da énfasis a la capacitación magistral, relacionada con aspectos curativos, biologistas, propios de la medicina occidental versus el modelo tradicional, que se practica en las comunidades de Alta Verapaz, donde la población ofrece un alto valor a los aspectos subjetivos, como las costumbres, tradiciones, y a los aspectos holísticos.

Reconocemos que estas situaciones, aunadas a las barreras culturales, geográficas, económicas y motivacionales, serán factores que incidirán negativamente en la recepción de los mensajes y el cambio de comportamiento pretendidos.

Con objeto de lograr un mejor entendimiento entorno a algunos de los aspectos que pueden favorecer o no la toma de decisiones informadas y utilización de los servicios, nos hemos guiado de acuerdo con las siguientes reflexiones:

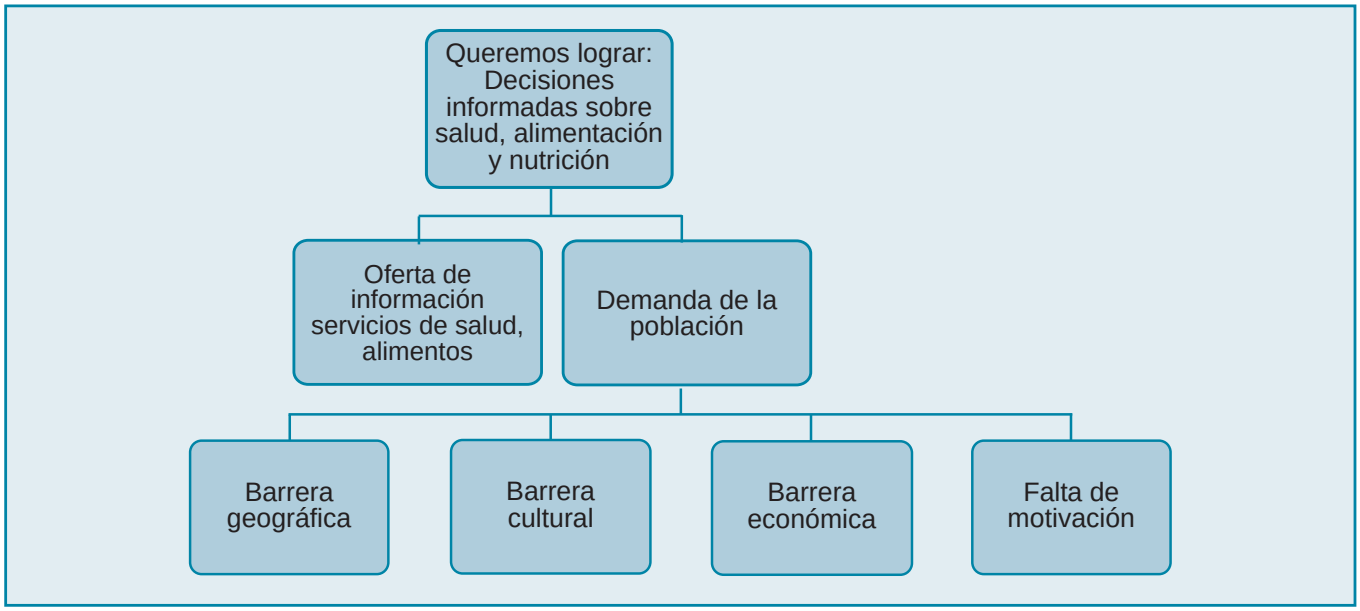


Diagrama 1: Accesibilidad a información, salud, alimentación y nutrición

Llevar los beneficios del programa cerca de la vivienda disminuye las barreras geográficas.

3.1.1 CONDICIONANTES RELACIONADAS CON LA ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

La topografía del departamento de Alta Verapaz es sinuosa y montañosa, muchas de las comunidades están dispersas y alejadas. Esta situación, aunada a las malas condiciones de los caminos, falta de transporte, crecida de los ríos, malas condiciones atmosféricas, necesidad de viajar a otros pueblos para encontrar trabajo, son factores que han dificultado el acceso de la población a los servicios de salud y a la información.

Es de suponer que la población con menos acceso es la que vive en las comunidades más alejadas de la carretera principal, que vive en las comunidades más pequeñas y dispersas que son transitables sólo a pie.
En este contexto, minimizar las barreras geográficas significa movilizar y acercar los recursos y beneficios de *PROCOMIDA* a la comunidad y al hogar; acercarnos y convivir con la gente y su entorno y lograr que mediante esta relación se facilite de nuestra parte, percibir mejor las realidades comunitarias y por parte de los beneficiarios, se reconozca mejor los beneficios del programa.

Será de importancia, entonces, que las actividades se desarrollen tomando en cuenta los siguientes criterios:

a) Tomamos los centros de convergencia como centros de operación, de tal cuenta que las actividades se desarrollan lo más cercano posible a la vivienda de las beneficiarias.

Damos prioridad a la atención, distribución de alimentos, seiones educativas y otros beneficios del programa a las madres que viven más lejos, a las que, por topografía del terreno les llevará más tiempo regresar a su casa; a las que tienen que caminar por falta de transporte, a las que pueden ser más afectadas por las condiciones atmosféricas, como lluvia, crecida de ríos; a las que tienen hijos pequeños, etc.

En este sentido ha sido necesaria la identificación de procedencia de usuarias, programación escalonada de horarios, formación de grupos de mujeres que se reúnan para participar en sesiónes educativas y recibir alimentos en un lugar cercano a su vivienda.

b) Desarrollamos las sesiones educativas y entrega de alimentos considerando las dificultades que, para la madres representa su estado fisiológico. Si bien a todas las beneficiarias debe dar la mejor atención y prioridad, en un día típico de trabajo, la primera sesión educativa y por ende la primera entrega de alimentos es dada a las madres embarazadas, que se supone son quienes tienen los mayores obstáculos para llegar al centro de convergencia y regresar a su vivienda.

El segundo grupo por atender son las madres lactantes con niñas o niños menores de 6 meses, luego las madres con niñas y niños de 6 meses a menos de 2 años. Ha sido importante considerar que el número de madres con niñas y niños enfermos o desnutridos tienen necesidades diferentes y en un número menor, por lo que necesitarán una consejería personalizada.

c) Promovemos que se realicen actividades prácticas y participativas a nivel del hogar, tal el caso de demostraciones o preparación de recetas con alimentos del programa y/o utilizando alimentos locales, disminuyendo la necesidad de su traslado para capacitación o compra de alimentos.

d) Promovemos que estas actividades demostrativas se desarrollen con beneficiarias de una misma comunidad, en la vivienda de una de ellas. Con ello se pretende disminuir la necesidad de viajar, alejarse y dejar por mucho tiempo solos a sus hijos o su vivienda, aspectos que pueden reducir su interés por participar.

e) Se promueve un acercamiento entre el personal del programa y la familia de la beneficiaria, de tal manera que, durante los círculos de reflexión o durante las entregas de alimentos, se detecten casos en riesgo o con necesidades especiales, a los que se les da seguimiento y monitoreo a nivel del hogar.

Entre los aspectos que pueden representar una barrera geográfica y que debemos considerar, se encuentran los siguientes:

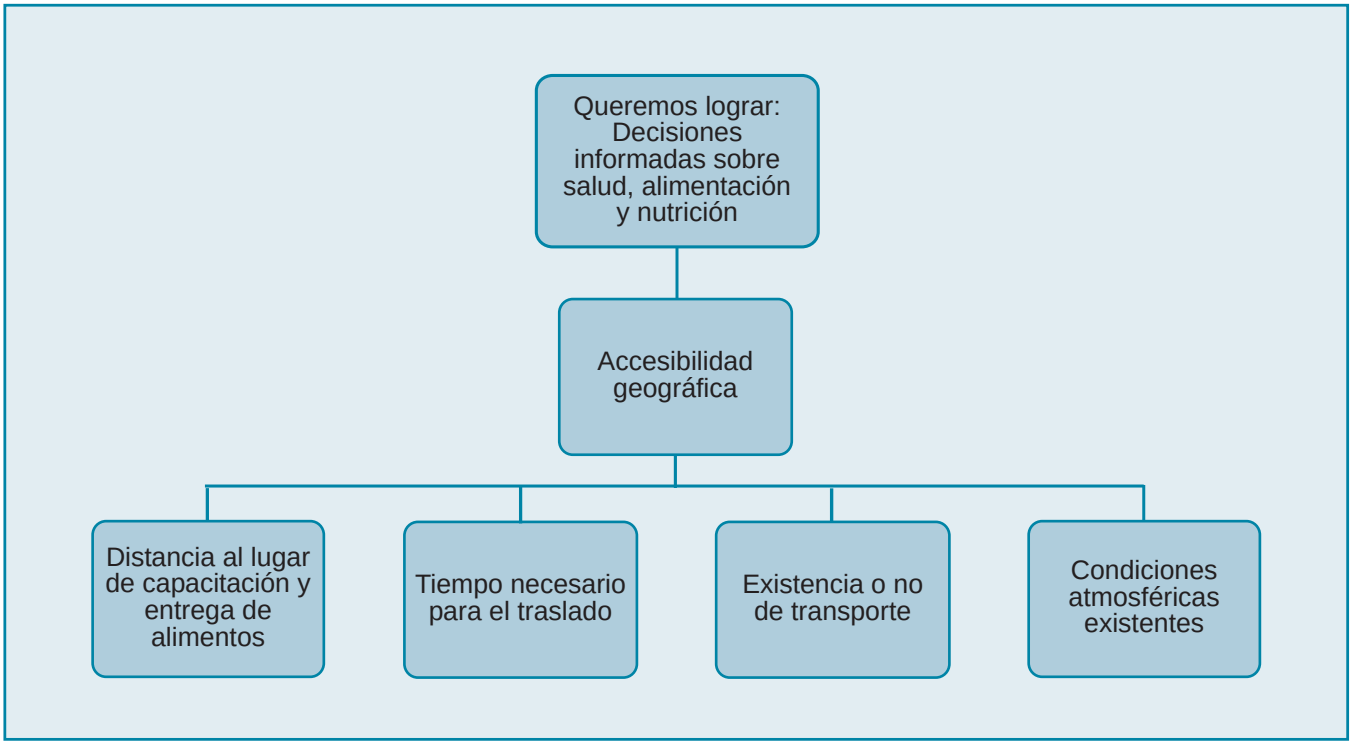


Diagrama 2: Accesibilidad geográfica

En las comunidades rurales, las mujeres desde su nacimiento crecen en desventaja con relación al varón.

3.1.2 CONDICIONANTES RELACIONADAS CON LA ACCESIBILIDAD CULTURAL

Se entiende por accesibilidad cultural al **conjunto de características o atributos que *PROCOMIDA* o los canales de comunicación que emplea tengan y que estén de acuerdo con la cultura y cosmovisión**, *lo que hace que sus actividades sean más aceptables o reconocidas por los beneficiarios como algo propio, ya que esto les genera confianza y se motivan para su utilización.*

En este sentido es importante tener presente que en las áreas rurales donde se desarrolla el programa, se da una sobrevaloración a la figura masculina y predomina el concepto machista, por lo que la mujer desde niña es discriminada en la distribución de recursos familiares y en la distribución de alimentos.[15]

Desde temprana edad las niñas son preparadas y orientadas para realizar actividades del hogar, cuidar la vivienda, procurar el agua para consumo de la familia y prepararse para el matrimonio, por lo que frecuentemente se casan muy jóvenes, lo que las limita aún más, en sus posibilidades de educarse y generar por sí mismas ingresos económicos.

Se debe recordar que en la mayoría de familias, es el papá el guía, la máxima autoridad y es él quien dicta las normas de comportamiento del resto de los miembros de la familia. A nivel de la comunidad es respetada la autoridad de los ancianos, aunque también es respetada la autoridad del consejo comunitario de desarrollo -COCODE-. En este sentido para minimizar las barreras culturales nos hemos orientado por el siguiente análisis:

a) Durante el desarrollo del programa, ha sido importante tener presente que un alto porcentaje de las mujeres son monolingües y no hablan el castellano, tienen un bajo nivel de escolaridad y un gran porcentaje no sabe leer ni escribir. Que a nivel de la comunidad se da valor a las figuras, símbolos, colores, rituales, costumbres, tradiciones y experiencias familiares; aspectos que son importantes en la transmisión de los conocimientos y se relacionan con determinadas actitudes y prácticas.

b) Para minimizar estas barreras culturales, se ha tenido un especial cuidado en que el personal de campo, sea originario de la localidad, lo cual ha facilitado la realización de una cultura holista, donde la beneficiaria y sus realidades comunitarias son reconocidas en un concepto global e integral. Al ser parte de la misma cultura, el personal de campo ha contado con mayores elementos para el establecimiento de canales de comunicación, tomando en cuenta las costumbres, tradiciones, religión, cosmovisión, etc., de cada comunidad.

15. Por las investigaciones antropológicas de campo realizadas, se ha identificado que frecuentemente se privilegia con cuidados y beneficios al niño varón, en detrimento de la mujercita; por lo que a lo largo del desarrollo de la Estrategia de comunicación para cambio de comportamiento, en el lenguaje quese utilice y mensajes que se transmitan será privilegiada la niña.

Este aspecto reviste gran importancia, ya que como se mencionó, una alta cantidad de mujeres de las comunidades rurales no saben leer ni escribir por lo que la comunicación escrita no en el medio preferido. La forma de comunicación que se establece entre el personal técnico del programa y las beneficiarias -población-, es la utilización de metodologías participativas, demostrativas, gráficas, simbólicas, diseñadas para población adulta, analfabeta y rural.

c) Por otra parte, debido a que muchas de las actividades se realizarán con mujeres, madres y abuelas, que son personas adultas; se han privilegiado actividades dinámicas, participativas, demostrativas y prácticas. En este sentido se desarrollan demostraciones para elaboración de recetas con alimentos locales, demostración de técnicas de lactancia materna, sociodramas, etcétera.

d) Hemos tomado en cuenta que para realizar este tipo de actividades, frecuentemente nuestro personal deberá ingresar a la vivienda de la beneficiaria, por lo que se ha cuidado el establecimiento de canales de comunicación de educadora a beneficiaria , por lo que el 50% de las educadoras de campo son de sexo femenino. El rol del educador varón, principalmente es el de la organización comunitaria, organización de la distribución de alimentos, preparar la logística, capacitación de la comisión de salud, capacitación de los esposos, líderes comunitarios, maestros de escuelas, etcetera.

e) Se debe que en el presente caso no hablamos sólo del cumplimiento de metas, entrega de servicios, repartición de alimentos o impartir pláticas de capacitación. En ***PROCOMIDA,*** relacionamos la calidad, en la medida que reconocemos el valor que tiene la adaptación cultural de las actividades que realizamos como parte de la satisfacción de una necesidad de aprendizaje por ellas sentida, o la necesidad de satisfacer una necesidad de una manera culturalmente aceptada por ellas.

Nos apoyamos en el siguiente esquema para la reflexión:

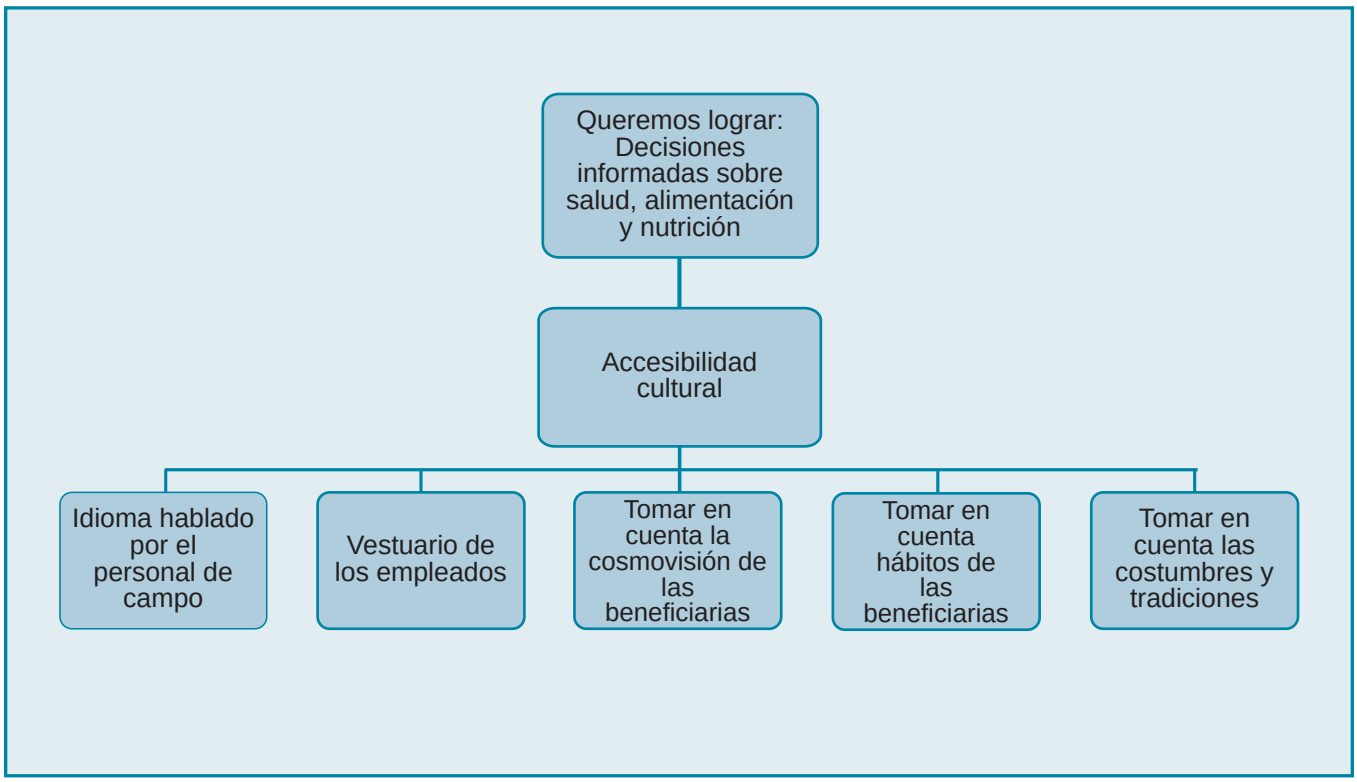


Diagrama 3: Accesibilidad cultural

Las dificultades económicas afectan negativamente la seguridad alimentaria nutricional y la calidad de vida de la población.

3.1.3 CONDICIONANTES RELACIONADAS CON LA ACCESIBILIDAD ECONÓMICA

Si bien a nivel nacional durante los últimos años ha hubo un ligero crecimiento económico, los beneficios de este crecimiento no se han distribuido o llegado de manera equitativa a la mayoría de la población o a las comunidades indígenas y rurales que es la población más pobre. Alrededor del 62% del ingreso nacional, se concentra en el 20% de la gente de mayores ingresos, mientras que el 20% de personas más pobres únicamente tiene acceso al 2.4% del ingreso nacional .[16]

En el caso de los habitantes del departamento de Alta Verapaz, se puede observar que a lo largo de los años ha sido una de las poblaciones que ha presentado los indicadores más bajos de desarrollo, acceso a la salud, educación y medios productivos en la República de Guatemala.[17]**La economía de la mayor parte del pueblo gira alrededor de la agricultura de subsistencia**, con productos como el maíz, frijol, chile y una dieta monótona poco diversificada, insuficiente en cantidad y calidad para garantizar una adecuada alimentación y nutrición.

Como se mencionó con anterioridad, desde su nacimiento las mujeres son creadas en desventaja en relación a los hombres, ya que por su condición, ser indígenas, vivir en comunidades rurales y pobres las han excluido aún más y a tener menos oportunidades de superación y acceso al trabajo. Se espera que una intervención que mejore los conocimientos, las actitudes y prácticas en relación a la salud, alimentación y nutrición, sea un elemento importante para que las mujeres, que son parte de nuestros beneficiarios primarios, cuenten con mayores capacidades para encontrar opciones locales y sin duda, solución a algunos de sus problemas.

16. Informe nacional de desarrollo humano, 2005. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
17. Informe nacional de desarrollo humano, 2005. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo

Además de lo anterior, durante el desarrollo de ***PROCOMIDA,*** es importante franquear barreras económicas y generar iniciativas que minimicen el gasto mediante la utilización de recursos y alimentos locales no tradicionales.

En este sentido se reconoce nuevamente la importancia de llevar los beneficios del programa lo más cerca de la comunidad. En la práctica, esto ha significado:

a) La promoción de recetas con alimentos disponibles localmente o alimentos que por desconocimiento o costumbre no se ingieren en la dieta tradicional.

b) La introducción de planes de manejo de vivienda y lote, mediante los cuales se promociona, además del mejoramiento de la vivienda, el establecimiento y manejo de huertos familiares, árboles frutales, crianza de pequeñas especies, etc.

Es importante resaltar y recordar que estamos trabajando con poblaciones económicamente pobres, que ante la escasez de dinero y si la comunicación no logra cambiar comportamientos, podrá haber casos que, ante la necesidad de aliviar otras necesidades primarias, puedan vender el alimento, que prefieran darlo a los marranos, pollos u otros animales que representan un valor económico para ellos.

En este sentido, es de importancia el seguimiento y asistencia a nivel del hogar que se dé por parte del personal de campo del programa.

Nos apoyamos en el siguiente esquema para la reflexión:

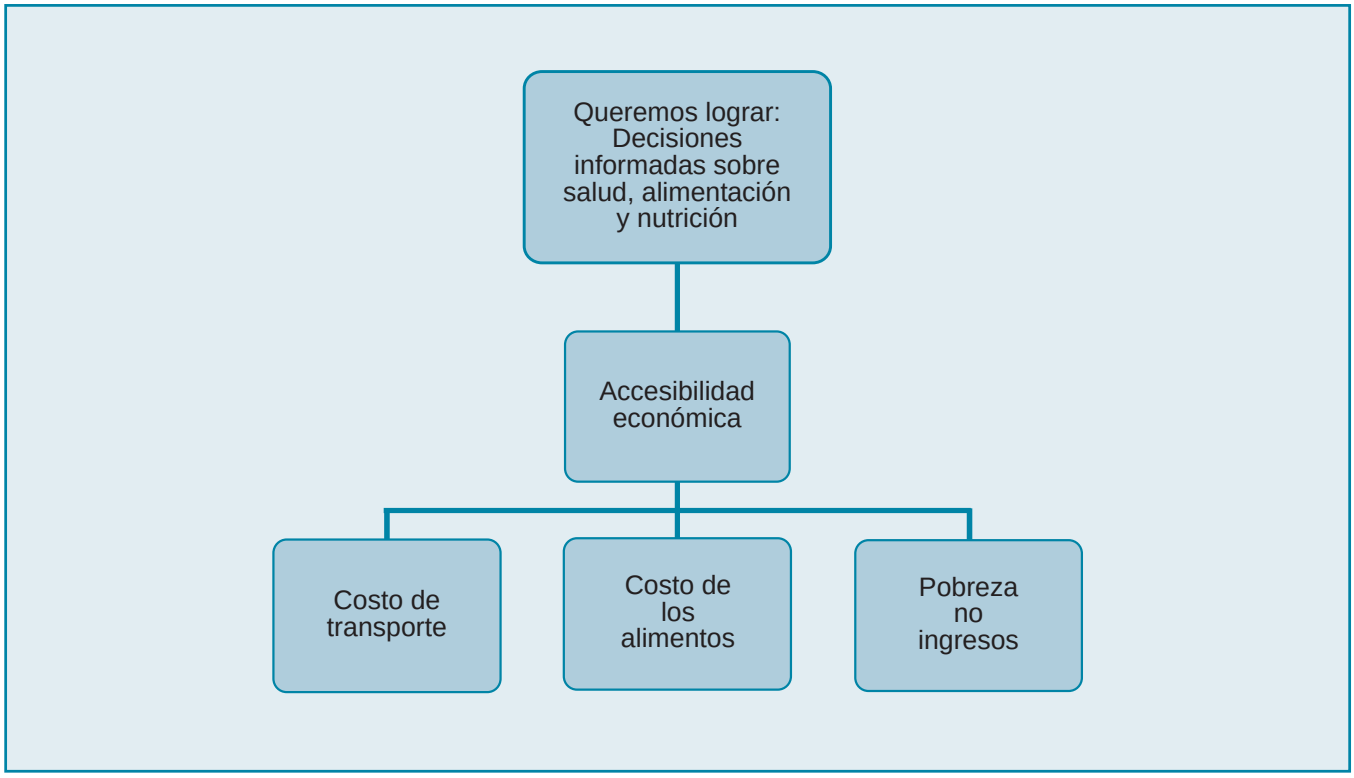


Diagrama 4: Accesibilidad económica

Establecer canales adecuados de comunicación entre el programa y las beneficiarias se traduce en mayor motivación y participación.

3.1.4 CONDICIONANTES RELACIONADAS CON LA MOTIVACIÓN

Entendemos que la motivación es el interés o fuerza que se da por parte de las beneficiarias del programa para tomar una decisión y alcanzar o hacer algo relacionado con su salud, alimentación y nutrición. Por una parte, esto se da por un deseo o necesidad sentida que tenga, y por otra, por el incentivo que mediante nuestras acciones podamos darle para que lo haga.

La valoración que las madres y/o beneficiarios den a nuestras actividades, por un lado, dependerá de minimizar los elementos negativos, las barreras geográficas, culturales, económicas,de género, médicas, etc., y por el otro, por la forma que perciban o no las bondades de ***PROCOMIDA.***

De acuerdo con lo anterior, la **Estrategia de comunicación para cambio de comportamiento constituye una herramienta de motivación para incentivar y favorecer de manera positiva, la participación de las madres, sus familias y la comunidad.**

En este sentido nos podrá ayudar aplicar los siguientes principios:

a) Asegurar que las beneficiarias, los líderes y la población, estén informados y conozcan los beneficios del programa.

b) Asegurar que la promoción del programa y sus actividades, se efectúe por canales de comunicación culturalmente adaptados.

c) Asegurar que no sean las normas institucionales las que constituyan barreras, limiten la participación, uso de los servicios, acceso o recepción de los alimentos.

d) Reconocer que la actitud negativa de nosotros como trabajadores, podrá terminar con la motivación de una mujer que:

- Ha madrugado, para caminar varios kilómetros.
- Ha dejado en la casa solos a sus hijos.
- Por varias horas ha estado en una fila de espera.

En este sentido es importante reconocer el valor de informar y socializar con anticipación el calendario de trabajo con fechas, horas, lugares y asegurar su cumplimiento.

e) Asegurar que no existan prácticas discriminatorias de ningún tipo como raza, religión, estrato social o económico, género, etc., y se planifique en función de prioridades basadas en las necesidades de nuestras beneficiarias.

f) Reconocer que los problemas y las soluciones deben ser identificados y resueltos al momento de detectarse en cada comunidad, con cada grupo y con cada persona. Sólo quedarán pendientes por resolver, los aspectos fuera de nuestra competencia o que requieran decisiones superiores o lejos de nuestro alcance.

Nos apoyamos en el siguiente esquema para la reflexión:

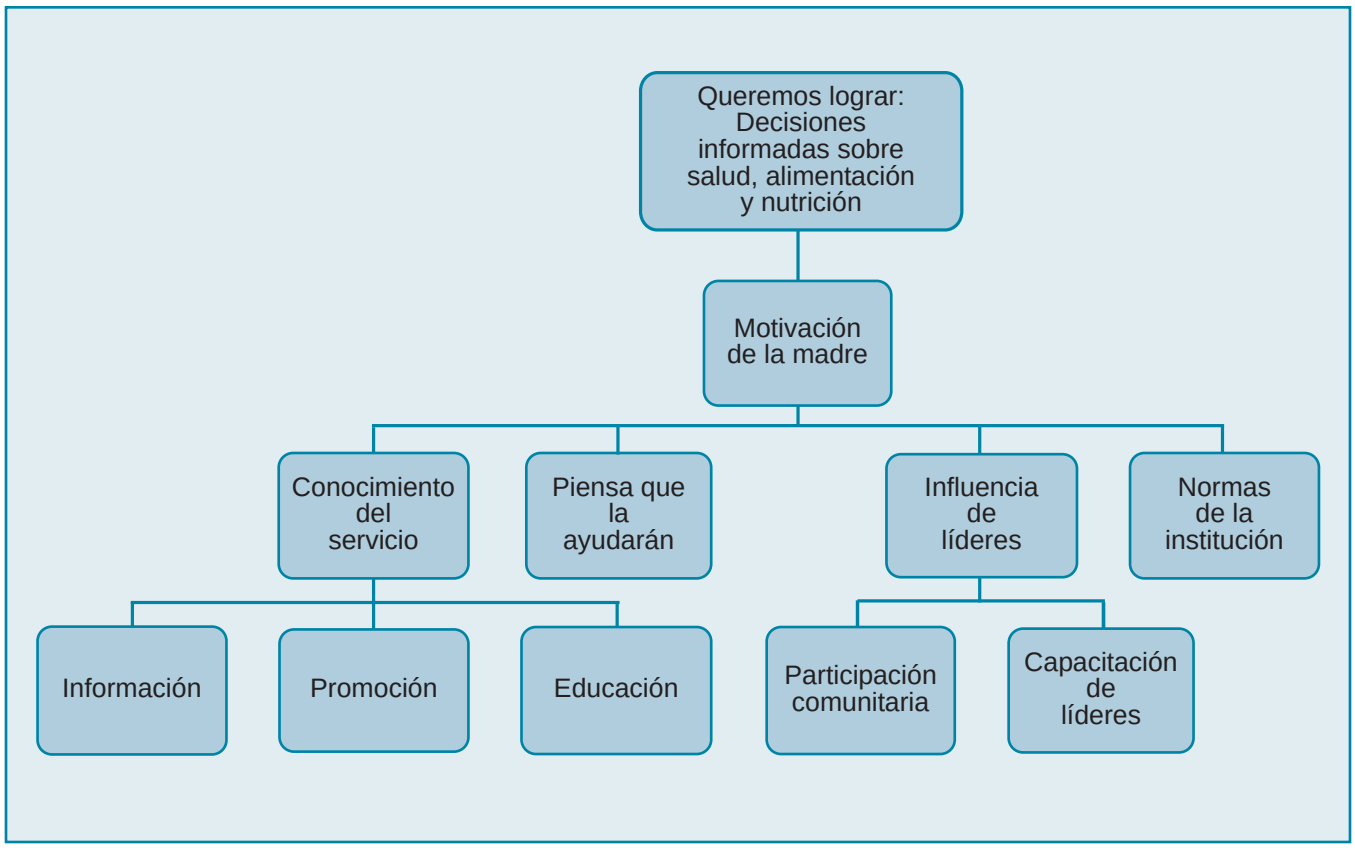


Diagrama 5: Condicionantes relacionados con la motivación

4. CULTURA ORGANIZACIONAL

Entendemos la cultura organizacional, como la suma de valores y normas dictadas por MercyCorps, que son compartidas por el personal de ***PROCOMIDA***, y que de alguna forma regulan la manera como nos interrelacionamos unos con los otros y con el entorno en el cual trabajamos. Los valores, normas, guías y expectativas de la institución, nos orientan en el desarrollo de lograr un comportamiento apropiado como trabajadores, el cual trasciende de nuestro trabajo a nuestra vida personal y familiar.[18 19]

Este concepto se alcanza en la medida en que la misión, la visión y los valores de MercyCorps son aplicados y congruentes con las realidades de la comunidad. El trabajo no será solamente el cumplimiento de actividades, ya que se han incorporado además valores humanos que les permiten una autorrealización personal.

En este sentido, a lo interno de ***PROCOMIDA***, la **Estrategia de CCC, se convierte en elemento para la creación y fortalecimiento de un modelo basado en valores, compromiso de servicio y aptitud para comprender la complejidad y realidad de las comunidades.** La estrategia percibe las necesidades de la población y su realidad tomando en cuenta la cultura, las tradiciones, costumbres, el nivel educativo, etc., en base a lo cual nos reconocemos como entes de cambio en la vida de las personas.

Como parte de nuestro trabajo, en el desarrollo de las actividades efectuamos análisis de necesidades para reconocer las causas de un problema, comprendemos la situación en el contexto de la comunidad y encontramos oportunidades para que las mismas beneficiarias puedan resolver estas necesidades comunitarias. Para lograr esto, es posible que se necesite hacer cambios y romper paradigmas que requieren e implican un compromiso continuo en el trabajo diario, en los roles y en las relaciones establecidas.

Nuestros esfuerzos son válidos en la medida en que se orientan a alcanzar los objetivos institucionales y los recursos son bien utilizados en la medida en que los beneficios llegan a las comunidades.

Entendemos las limitaciones que tiene no saber leer ni escribir.

Nuestra forma de comunicación principal es la lengua local.

18. Hill y Jones, 2001
19. "El nuevo estatus de un ejecutivo es una persona que puede proveer un futuro para la Organización y que inspira a sus colegas a construir juntos ese futuro" Fortune Magazine

En la práctica debemos asegurarnos que el personal de todos los niveles del programa, trabajamos por los mismos objetivos y practicamos la misma cultura organizacional. Que además de estar técnicamente preparados y saber lo que tenemos que hacer, nos reconocemos como actores importantes del cambio. Que hemos tomado conciencia que para llegar a tener los recursos humanos, técnicos, financieros, infraestructura, etc., de ***PROCOMIDA***, se ha necesitado del esfuerzo y cooperación de muchas personas e instituciones y que ahora en gran medida, depende de nosotros que los beneficios lleguen a las personas que más los necesitan.

Como trabajadores de ***PROCOMIDA***, contamos con una serie de cualidades, de potencialidades, que al ponerlas en acción servirán para alcanzar las metas del programa, y al hacerlo también lograremos una satisfacción y realización personal. Intentamos que todo funcione bien por nuestra actitud positiva, creatividad e ideas innovadoras; lo simple lo hacemos relevante, ya que *nosotros somos los que entendemos y adaptamos a la comunidad* y no esperamos a que sea la comunidad las que nos entienda y se nos adapte.

Como parte de nuestro trabajo, por el tipo de población que servimos, reconocemos la importancia de entender cómo aprenden los adultos, que se requiere de condiciones especiales o diferentes para que se dé el aprendizaje y se produzca el cambio de comportamiento.

Sabemos que las personas adultas han tenido muchas experiencias, poseen costumbres, creencias y actitudes que les han permitido sobrevivir a lo largo de los años, las cuales debemos valorar, enriquecer e influir de manera positiva, ya que tendremos éxito en la medida en que logremos conectar estas experiencias pasadas con los nuevos conocimientos y nuevas conductas.
Y nosotros también aprendemos de ellos.

Niña que acompañó a su madre y que también recibió mensajes educativos.

Madre que regresa a su vivienda, llevando la bolsa de alimentos.

Actividad de integración para realizar asamblea comunitaria.

5. METODOLOGÍA PARA CAPACITACIÓN DE ADULTOS

5.1 REVISIÓN DE MATERIAL EDUCATIVO

Al hacer una recolección y revisión del material de información, promoción y capacitación existente y usado en Alta Verapaz, encontramos varios factores que consideramos podrían influir negativamente en la transmisión y recepción efectiva de información. Entre estos factores podemos mencionar los siguientes:

a) Una considerable cantidad del material utilizado estaba escrito, por lo que no podían ser leídos por una gran parte de la audiencia, por ser analfabeta.

b) De igual manera, se presentaba en idioma español, por lo que no era entendido por la gran cantidad de población que no habla el castellano, en especial las mujeres.

c) Los aspectos abordados, se basaban en información técnica, que era presentada de manera genérica, tratando de abarcar la mayor cantidad de audiencia posible, por lo que los mensajes no respondían a una necesidad sentida por una audiencia que por su género, cultura y condición fisiológica no compartían las mismas necesidades de información.

Frecuentemente la información se entregaba por igual a madres embarazadas, lactantes, con niños enfermos, mujeres adultas, hombres, etc., audiencia que tiene necesidades de información y de aprendizaje diferentes, lo que limita la incorporación del mensaje a la vida cotidiana.

5.2 IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DE INFORMACIÓN

El reconocer que **cada grupo de la población tiene necesidades diferentes de información**, nos ha orientado a desarrollar áreas o tópicos para cada grupo específico, alrededor de lo cual se desarrollen mensajes claves que respondan de manera directa a esas áreas de interés detectadas. En el caso de la lactancia materna, por ejemplo, el mensaje ya no será promover las ventajas de la lactancia materna o cualidades de la leche materna, sino que será el desarrollo de un mensaje que responda a la preocupación de la madre:

"La leche materna le quita la sed al bebé", "La leche materna le quita el cólico al bebé", "La leche materna le quita el hambre al bebé".

Mensajes cortos, directos, claros, que abordan una preocupación específica según se trate de una madre embarazada, con niño menor de 6 meses, de 6 meses a 2 años, con niño enfermo y/o desnutrido, abuela, hombre, líderes comunitarios, etc.

Como parte de la estrategia de CCC, estos mensajes claves, previamente identificados, se utilizaron como base para el diseño de diferentes láminas o figuras educativas presentadas en un rotafolio y en las bolsas de alimentos. Tratamos que estas imágenes estuvieran recreadas en un contexto local, que representen escenas de la vida cotidiana y que se puedan explicar por sí mismas sin necesidad de letras.

5.3 METODOLOGÍA DE CAPACITACIÓN

En la práctica, las sesiones o círculos de reflexión con las beneficiarias consisten en establecer un diálogo sobre un tema específico -un dibujo o lámina de rotafolio-, basado en experiencias y prácticas propias de las madres participantes o sobre lo que han visto u oído de su mamá, abuela, suegra, familiares o vecinos.

La educadora del programa, asume un rol moderador y facilitador para generar la discusión y participación por medio de preguntas y respuestas -preguntas generadoras- . No es la persona que más habla, más sabe o que enseña. Como se indicó, su rol principal es facilitar y promover la participación, así como enfatizar, con base en las mismas opiniones de las participantes, los mensajes claves previamente identificados e investigados. Cuando una de las madres asistentes, hace un comentario relacionado con el mensaje clave, la educadora lo enfatiza y refuerza esa opinión remarcando la práctica positiva expresada. Como cierre de la actividad, la educadora resume las buenas prácticas expresadas y que se relacionan con los dos o tres mensajes claves previamente investigados y seleccionados como tema de reflexión de ese día.

El principal método de capacitación usado es el diálogo que se genera alrededor de un dibujo o lámina del rotafolio, es decir, lo que más se utilizan son recursos orales. Un diálogo adaptado a cada contexto y a cada grupo, en el que todas participen de una manera activa siguiendo los siguientes principios:

a) Horizontalidad
No hay una clase magistral por lo que la imagen del docente se cambia por la de una facilitadora o moderadora que mediante el diálogo logra la opinión de las participantes y mediante estas opiniones, llega a la reflexión alrededor de mensajes claves predefinidos. Hay sensación de igualdad.

b) Participación
Se estimula y motiva que las asistentes opinen y expresen su opinión alrededor del tema o tópico abordado. En este sentido el rol de la educadora será lograr mediante preguntas generadoras que la gran mayoria si no todas las asistentes opinen sobre su vida misma, sobre lo que les ha aconsejado su madre, suegra, vecina, etcétera.

c) Dinamismo
Muchas de las personas adultas de la comunidad no han tenido acceso a educación formal y no tienen costumbre de mantener la atención en largas sesiones de capacitación. Además de ello, es conocida la premura de tiempo que tiene la madre por regresar a su casa lo antes posible, ya que ha dejado solos a sus otros hijos, su casa y sus animales o regresar a sus tareas del hogar, etc. Es por ello que se ha diseñado que los círculos de reflexión sean con base en dinámicas, participativas, vivenciales, etc., con una duración máxima de 40-45 minutos desde que principia hasta que finaliza. En la práctica, para disminuir las largas esperas, se ha planteado capacitación y luego distribución de alimentos en horarios escalonados. Las madres son citadas en grupos afines en horarios diferentes: Madres embarazadas, de niñas y niños menores de 6 meses, de niñas y niños de 6 a 24 meses, de niñas y niños enfermos y/o desnutridos, grupos de hombres, comisión de salud, etcétera.

d) Metacognición[20]
Parte importante de la dinámica de capacitación, es la utilización de los conocimientos, experiencias previas y prácticas de las mamás asistentes, quienes de esta forma aportan elementos positivos o errores del pasado, en base a los cuales se llega a abordar mensajes claves que han sido previamente investigados y definidos.

e) Flexibilidad
En todo momento la educadora acepta como buenas todas las opiniones sin calificarlas de positivas o negativas. Cuando una opinión no es afín al mensaje clave que se busca reforzar, aprovecha esta opinión para generar una discusión, de tal manera que sean las mismas participantes quienes con su opinión lleguen al mensaje al que se desea con la lámina o dibujo presentado.

20. Metacognición: Uso de conocimientos y experiencias previas para crear nuevos conocimientos en el proceso de aprendizaje.

5.4 LOS CAPACITADORES

Para minimizar las barreras geográficas, culturales y de género, así como para mejorar nuestras posibilidades de establecer canales adecuados de comunicación, desde el inicio del programa se tuvo especial cuidado en la selección del personal de campo. Los criterios de selección fueron los siguientes:

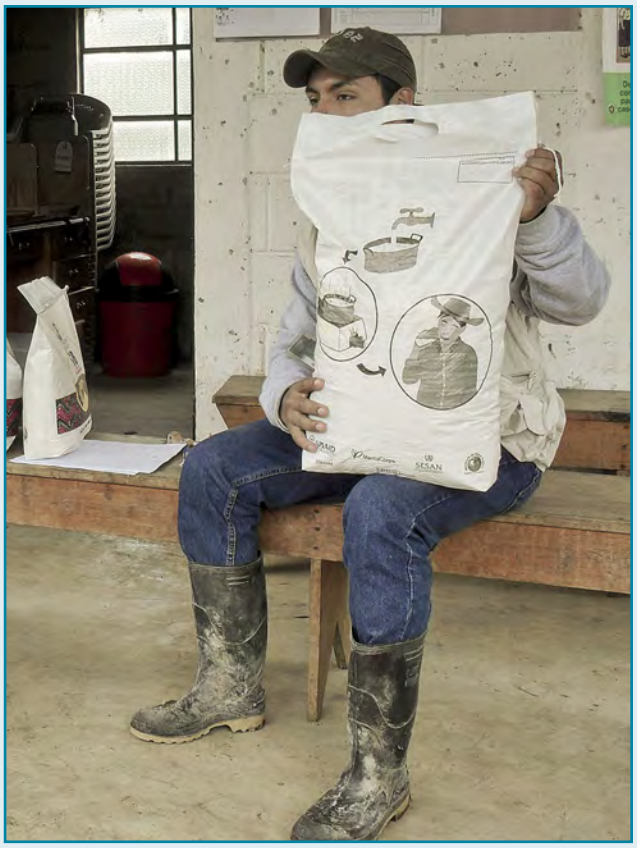
a) Todo el personal de campo es de la localidad.

b) Todos hablan la lengua local además del español.

c) El 50% son educadoras y el 50% son varones. Las educadoras capacitan a las mujeres y los educadores a los hombres, comisión de salud, líderes, etc.

d) Durante todo el desarrollo de las actividades se usa el idioma local. En caso exista alguna madre o asistente que no entienda la lengua local, el educador efectúa una traducción simultánea para esta persona. Si son varias las asistentes que no hablan la lengua local, se forma y capacita en grupo diferente.

e) Todo el personal de campo ha sido capacitado en metodologías andragógicas y de educación popular.



Para disminuir las barreras de género, las educadoras reflexionan con las mujeres y los educadores con los varones.

5.5 EJEMPLO DE MATERIAL DISEÑADO

5.5.1 ROTAFOLIO DE CAPACITACIÓN

LÁMINA CONTEXTUALIZADA

Ilustración y diseño de láminas:
Juan Carlos Barrios Benini y Paola González Cariñés

Madre embarazada que usa el producto y/o suplemento de PROCOMIDA

Madre que alimenta a niña/niño de 6 a 24 meses.

Muestra del alimento que se entrega, para que lo identifique y socializar su utilización

En cada lámina se refleja el mensaje clave

TEXTO GUÍA PARA DESARROLLAR LA LÁMINA

Titulo de la lámina

Tema de la lámina

Objetivo de la lámina

Mensaje clave a transmitir con esta lámina

Procedimiento a llevar a cabo en las sesiones de capacitación

Cierre de la sesión educativa, con énfasis en los mensajes claves.

Rotafolio de Alimentos

2 CSB,Comida, Salud y Bienestar

Objetivo

Platicar que el CSB es una harina de maíz,soya y vitaminas.
Dialogar que el CSB es un alimento especial para mujeres embarazadas y madres que dan de mamar a niños menores de 6 meses.
Clarificar que el CSB es complemento de la alimentación que se da a las niñas y niños de 6 a 24 meses de edad.

Mensaje Clave

El CSB es una harina de maíz,soya y vitaminas.
El CSB quiere decir comida, salud y bienestar.
El CSB es para mujeres embarazadas y madres que dan de mamar a niños menores de 6 meses.
El CSB es complemento de la alimentación que se da a las niñas y niños de 6 a 24 meses de edad.

Genere un Dialogo

Dé a las madres las bolsas con las muestras de CSB para que las observen, toquen y huelan

Pregunte a las madres:
¿Qué creen que es lo que hay en este paquete o a qué se parece? ¿A qué huele?

Permita que las madres expresen lo que observan, sienten y huelen al tocar las muestras. Recuerde no manifestar estar de acuerdo o en desacuerdo con lo que dicen las señoras, sólo escúchelas atentamente. Posteriormente, refuerce las opiniones de las madres que digan que:

•Es harina de maíz (es posible que no conozcan la soya, pero en este momento no amplíe la composición o cualidades del CSB)
•Es harina de maíz tostado

En este caso en particular, será necesario que se dé una explicación indicando que:

•Es una harina especial con vitaminas

•Se llama CSB que significa Comida, Salud y Bienestar
•Es una harina de maíz con soya, muy parecida a la Incaparina

Pregunte a las madres:
Si el CSB es una harina especial que tiene vitaminas, ¿Quiénes la deben consumir?

Genere la participación de las madres. Fortalezca las siguientes opiniones que indiquen que debe ser consumida por:

•Las madres embarazadas
•Las madres que dan de mamar
•Las niñas y niños de 6 a 24 meses
•El CSB no es para el resto de la familia

Para Concluir enfatice:

El CSB es una harina de maíz,soya y vitaminas.
El CSB quiere decir comida, salud y bienestar.
El CSB es para mujeres embarazadas y madres que dan de mamar a niños menores de 6 meses.
El CSB es complemento de la alimentación que se da a las niñas y niños de 6 a 24 meses de edad.

5.5.2 PLAN DE SESIÓN EDUCATIVA

Objetivo

Dialogar sobre la importancia que tiene el consumo de suplementos nutricionales en mujeres embarazadas y madres que dan de mamar a niñas y niños menores de 6 meses de edad
Conversar sobre los beneficios que tiene para las niñas y los niños, que la mujer que está embarazada y dando de mamar, consuma suplementos nutricionales

Inicio

Actividad de inicio: Aplauso, Chasquido
Demuestre usted la secuencia: indique a las madres que primero deben aplaudir y luego chasquear los dedos de la mano derecha y luego chasquear los dedos de la mano izquierda al tiempo que dicen su nombre, nombran a la vecina, dicen una palabra relacionada a la sesión anterior, etc. Quien se equivoque, debe responder la pregunta que le formule la educadora o educador.

Trate de terminar una vuelta completa de la actividad, pero si le está consumiendo mucho tiempo, interrúmpala hasta donde lleguetrate de terminar una vuelta completa de la actividad, pero si le está consumiendo mucho tiempo, interrúmpala hasta donde llegue

Mensajes Clave	Preguntas Generadoras/ Reflexiones	Desarrollo de la sesión /actividades	Comentarios
	¿Qué piensan de las vitaminas para las mujeres embarazadas y madres que dan de mamar? ¿Qué han escuchado de estas vitaminas?	Trate que las madres opinen sobre lo que piensan o han oído acerca de las vitaminas. Recuerde no emitir ningún juicio afirmativo o negativo en rleación con la opinión de las señoras. Al final asegure que quede claro que: • Las vitaminas en las madres embarazadas ayudan a que las niñas y niños se desarrollen bien • El consumo de suplementos nutricionales por la mujer, evita que nazcan niños con defectos en la columna vertebral o en la cabeza • Los suplementos nutricionales ayudan a la madre y al niño que está mamando	Nutri Fuerza es un suplemento nutricional para mujeres embarazadas y madres que están dando de mamar a niñas y niños menores de 6 meses; está hecho en forma de pasta a base de crema de maní por lo que tiene grasa y es de mayor densidad calórica
		Refuerce las opiniones de las madres en relación a lo siguiente: La mayoría de alimentos tienen vitaminas Las frutas y verduras tienen vitaminas Los suplementos nutricionales y las vitaminas pueden encontrar en jarabe, en pastillas o en polvo	
Nutri Fuerza es un suplemento nutricional sólo para el consumo de mujeres embarazadas y madres que están dando de mamar a bebés menores de 6 meses	Muestre a las madres un sobre de Nutri Fuerza y pregúnteles que piensan que es este sobre.	Pídales que lo vean, lo toquen y lo huelan. Con base en la discusión que se efectuó anteriormente, es probable que algunas de ellas digan que son suplementos nutricionales o vitaminas. Luego de haber tomado varias opiniones, mostrando el sobre de Nutri Fuerza, explique: • Este sobre se llama Nutri Fuerza, porque ayuda a que las madres estén sanas y fuertes • Nutri Fuerza es un suplemento nutricional con vitaminas, especial sólo para las mujeres embarazadas y las madres que están dando de mamar a bebés menores de 6 meses • Debe ser usado sólo por las madres embarazadas y lactantes y no ser compartido con otros miembros de la familia. Cada quien con lo suyo • Explique que en la próxima reunión se les proporcionará Nutri Fuerza para que lo prueben y lo consuman	
Se debe consumir un sobre de Nutri Fuerza al día		Nutri Fuerza es un suplemento nutricional sólo para el consumo de mujeres embarazadas y madres que están dando de mamar a bebés menores de 6 meses.	

Final

Zapatón, Aplauso, Chasquido
Demuestre usted la secuencia: indique a las madres que primero deben somatar ambos pies en el suelo, luego aplaudir; después chasquear los dedos de la mano derecha y luego chasquear los dedos de la mano izquierda al tiempo que dicen su nombre, nombran a la vecina, dicen una palabra relacionada con la sesión del día. Quien se equivoque, debe responder la pregunta que le formule la educadora o educador.

No olvide

Asegúrese de tener suficiente Nutri fuerza para que circule entre las madres.

Objetivo: Propósito general de la lámina.

Inicio: Actividad participativa que refuerza los mensajes claves de sesion anterior.

Mensaje clave: Se refuerza con la lámina.

Preguntas generadoras: Con base en las cuales se genera la reflexión/discusión

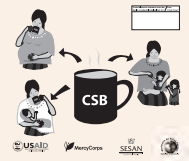
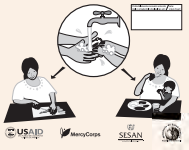
Desarrollo de la sesión educativa: contempla posibles respuestas a reforzar

Comentario: Sugerencias que refuerzan la temática

No olvide: Menciona los recursos y/o materiales necesarios

Final: Actividad participativa de cierre, que refuerza la temática tratada.

5.5.3 DIBUJOS QUE REPRESENTAN MENSAJES PARA BOLSAS DE ALIMENTOS

PROBLEMA A ABORDAR	MENSAJE EN ESPAÑOL Uso del Educador	TRADUCCIÓN AL Q'EQCHÍ' Uso del Educador	BOLSA QUE LO LLEVA	DIBUJO O FIGURA QUE LO EXPLICA	IMAGEN PRESENTADA EN LA BOLSA
Promover consumo de CSB por grupo objetivo	El CSB es una harina vitaminada especial para embarazadas, madres lactantes y para sus hijos de 6 meses a menores de 2 años.	Li uq'un (CSB) a'an jun li k'aj jwal kawresimb'il chi us cho'q reheb' li na'b'ej wankeb' sa' yu'am, yookeb' chi tu'resink jo'ajwi' eb' li xkok'aleb' aj waqib' po ut aj wiib' chihab'	Bolsa de CSB	Una mamá embarazada tomando una taza de CSB; otra mamá embarazada tomando CSB; otra madre dándole CSB a una niña que se lo está tomando.	
Promover lavado de manos	Las enfermedades entran por la suciedad de las manos. Lávalas antes de comer	Eb' li yajel nake'ok sa' qatib'el xb'aan li xtz'ajnil li uq'ej. Ch'aj laawuq' naq ok aawe chi tzekank.	Bolsa de Frijol	Un chorro con agua, manos de adulto lavando las manos de niño. Abajo una madre preparando alimentos y otra comiendo	
Consumo de agua segura	Hierve el agua que vas a dar a tu familia para evitar enfermedades	Tento xwoqxinkil li ja' truk' laajunkab'al re xkolb'aleb' chi ru li yajel.	Bolsa de Arroz	Una olla llenándose con agua del chorro. Luego la misma olla puesta al fuego y se ve que está hirviendo -vapor-. Abajo un hombre adulto bebiendo un vaso de agua.	

5.6 CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE COMUNICACIÓN PARA CAMBIO DE COMPORTAMIENTO -CCC-

Característica del Grupo Objetivo

MODELO TRADICIONAL	MODELO USADO EN PROCOMIDA	CARACTERÍSTICAS DEL USUARIO
Mensaje se basa en letras	Mensaje se basa en figura	65% de la población de Alta Verapaz es analfabeta, el porcentaje de escolaridad en la mujer es de 48%
Mensaje oral en castellano	Mensaje oral en Q'eqchi'	Más del 65% de las mujeres de las comunidades rurales son monolingües.
Figuras contexto genéricas	Figura y contexto adaptado culturalmente	93% es población indígena Q'eqchi'. 79% habita en comunidades rurales. 84% de la población es pobre y 41% extremadamente pobre
Mensaje genérico igual para diferente audiencia	Mensaje clave previamente investigado para audiencia específica	La audiencia toma sólo el mensaje que satisface una necesidad que tiene de información
Diferentes audiencias juntas con diferentes intereses de información que reciben el mismo mensaje	Grupos segmentados por intereses de información -madres embarazadas, lactantes con niños menores de 6 meses, de 6 a 24 meses, con niños enfermos, desnutridos, etc.-	La necesidad de información se relaciona con el estado fisiológico: Embarazo, madre lactante con niño menor de 6 meses, lactante con niño de 6 a 24 meses, con niña o niño enfermo o desnutrido, joven o adulto, hombre o mujer
Proceso pedagógico de enseñanza – aprendizaje -maestro – alumno-, transmisión de información.	Proceso andragógico de capacitación de adultos, educación popular -círculos de análisis, discusión y preguntas generadoras-.	La población usuaria no tiene experiencia previa de educación formal por lo que tiene dificultad de adaptación a ambientes rígidos dogmáticos magistrales
Área temática basada en formación académica, bibliográfica, educación formal	Área temática basada en conocimientos, experiencias de las participantes, sus familiares o sus vecinas	Población sin experiencia previa de educación formal pero con mucho conocimiento empírico. Necesitan de una capacitación dinámica, participativa, que considera importante su experiencia de vida
Maestro que enseña	Educador que facilita y conduce un proceso de análisis y reflexión	Su ambiente y contexto son su principal referencia para formar nuevos conocimientos
No toma en cuenta aspectos de género	Educadora conduce reflexión con mujeres, educador lo hace con hombres	Referencia por las tradiciones y cultura donde la relación por género adquiere especial relevancia
Basado en competencias técnicas	Basado en conocimiento del medio local + competencias técnicas básicas	La transmisión de mensaje es mejor recibido si se toman en cuenta las tradiciones y cultura local
Capacitación en aspectos técnicos	Capacitación en metodología de capacitación de adultos y educación participativa	La audiencia requiere trato especial por ser adultos, analfabetas, monolingües sin mayores experiencias previas en educación formal
Normalmente se desarrolla en instalaciones del Servicio de Salud y/o requiere de infraestructura mínima -pizarrón, mesa, silla, etc-.	Se desarrolla en pequeñas áreas de la comunidad, sólo requiere infraestructura mínima	Existen barreras geográficas por necesidad de traslado al Servicio de Salud o local con infraestructura mínima
Salón de clases	Un pequeño local con bancas	En las comunidades rurales no existe infraestructura formal o no está disponible cuando se requiere

6. Lecciones aprendidas

Algunas de las lecciones aprendidas en este primer año de desarrollo de la Estrategia de comunicación para cambio de comportamiento, han sido las siguientes :[21]

Base de la estrategia / Palabras claves

- Investigación de contexto local y barreras existentes
- Identificación de necesidades de información estratificada por grupo y para población adulta, indígena, rural, monolingüe, analfabeta
- Identificación de áreas temáticas y de mensajes claves.
- Metodología de capacitación de adultos.
- Selección de capacitadores.

Es posible que con anterioridad, en Alta Verapaz no se haya logrado un grado razonable de adaptación cultural de las intervenciones, lo que además de dificultar e incidir positivamente en prácticas relacionadas con la salud, alimentación y la nutrición, pareciera que no favorece un entendimiento entre la población y los agentes institucionales.

Es por ello, que hemos aprendido **la relevancia que tiene la investigación formativa y antropológica en la identificación de las barreras existentes** que no favorecen el establecimiento de canales de comunicación y que a su vez obstaculizan en la utilización o no de la oferta existente de los servicios de salud.

Por los altos índices de población analfabeta, monolingüe, en especial mujeres, identificamos la necesidad de **priorizar el lenguaje oral más que el escrito** y el uso de la lengua local en lugar del español. Además, el material es gráfico y contextualizado por lo que las beneficiarias pueden identificarse con las situaciones representadas en las láminas.

Encontramos relevante que las **áreas temáticas desarrolladas traten temas que cubren necesidades específicas de información para cada grupo**, lo que se convierte en un incentivo ya que satisface esa necesidad particular de información.

Como resultado de la investigación formativa y antropológica, **identificamos las principales áreas de interés para las beneficiarias** y técnicamente más relacionadas con la problemática comunitaria o más acordes con el perfil epidemiológico existente. **Con base en ello se desarrollaron mensajes claves** presentados de manera directa, corta, clara y abordan situaciones específicas, los cuales fueron representados gráficamente en una lámina contextualizada que se usa para establecer un análisis o discusión sobre una problemática específica.

Como se indicó, el **establecimiento de canales de comunicación, se fortalece** por medio del desarrollo de sesiones educativas que se llevan a cabo como círculos de reflexión y análisis con base en preguntas generadoras sobre las imágenes recreadas en las láminas.

21. El desarrollo operativo de la Estrategia de comunicación para cambio de comportamiento de PROCOMIDA, dio inicio en el mes de Junio de 2010.

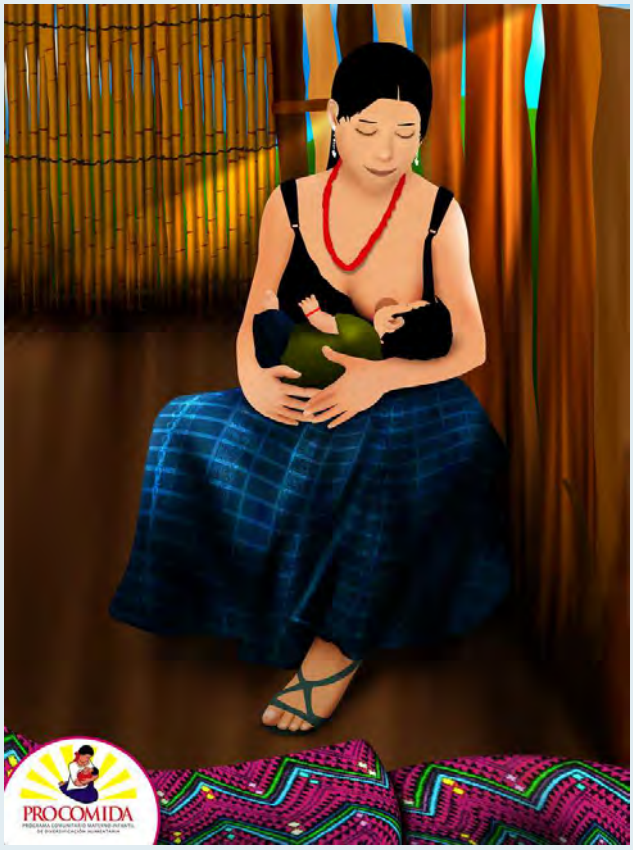
Mediante la aplicación de la metodología de educación de adultos y/o educación popular, se **favorece la participación de las beneficiarias** al compartir sus experiencias de vida o lo que saben o han oído por medio de familiares, vecinas u otras conocidas. Las educadoras únicamente son facilitadoras o mediadoras en el proceso de análisis y reflexión procurando de esta forma la creación de nuevo conocimiento con base en estas experiencias.

La selección de personal local, maya hablante y de uno y otro sexo, han sido factores importantes que nos han permitido disminuir las barreras geográficas, culturales, de género, motivacionales, etc., y nos ha permitido aumentar nuestras posibilidades de establecer canales de comunicación de doble vía.

Luego de estos meses de trabajo, identificamos que a futuro, el reto inmediato para **establecer canales de comunicación más adecuados,** será incidir positivamente en el cambio de comportamiento, que logremos una razonable capacidad para formular enfoques y mensajes culturalmente adaptados a la población donde trabajamos.

"No está realmente alfabetizado quien no sabe leer su propio corazón"

Simón Bolívar



Ejemplo de cómo se llevó a cabo la contextualización de las imágenes utilizadas en los rotafolios.

Foto: Claudia Sánchez

Ilustración y diseño de láminas:
Juan Carlos Barrios Benini y Paola González Cariñés

Fotografías: PROCOMIDA - MercyCorps, Cobán. - Diseño Gráfico: Mario Andrés García V.
PROCOMIDA
EL PROGRAMA
FUNCIONA GRACIAS A
MI ACTITUD POSITIVA
PROCOMIDA
PROGRAMA COMUNITARIO MATERNO-INFANTIL
DE DIVERSIFICACIÓN ALIMENTARIA
USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA
MercyCorps
SESAN
Ministerio de Salud Pública
República de Guatemala
Esta publicación es posible gracias al apoyo del Pueblo de los Estados Unidos a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).
El contenido de este material es responsabilidad exclusiva de PROCOMIDA y el mismo no necesariamente refleja la perspectiva de USAID ni del Gobierno de los Estados Unidos de América.