

Conclusión General

*Patrick Kolsteren, Pierre Lefèvre, Dominique Roberfroid,
& Charles-Édouard de Suremain*

1. Recapitulación

De manera general, el Proyecto ha logrado la mayoría de sus objetivos. En ambos países, la investigación ha permitido la implementación de intervenciones originales en torno a la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño. Éstas integran, cada una a su manera, a actores (poblaciones y profesionales de la salud) y a investigadores en el proceso.

1.1 Principales resultados obtenidos

Numerosos logros ameritan ser mencionados.

Al inicio, el Proyecto se basaba en un enfoque probablemente demasiado tecnocrático del problema de la promoción de la salud del niño. Esta tendencia se expresó en la idea de que había que basarse en un análisis de los riesgos universales que corre el niño, antes de definir estrategias de intervención. Una vez que se constituyeron los equipos y que la investigación fue lanzada, se evidenció rápidamente que este enfoque no iba a responder a las demandas de los actores. Consecuentemente, los equipos se reorientaron hacia la identificación de los riesgos locales reales percibidos en los diferentes contextos, hacia el análisis de las prácticas existentes y hacia la compren-

sión de la demanda de los responsables del niño y del personal de salud.

Se han recogido datos precisos (véanse Capítulos 4 [Rubín de Celis & Pecho *et al.*] y 5 [Suremain]) sobre las representaciones y las prácticas ligadas a la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño entre diferentes grupos de actores (madres, padres, personal de salud, actores del sector no oficial de la salud). Durante la articulación de las fases de investigación y de intervención, el Proyecto ha intentado combinar los puntos de vista de las poblaciones y las soluciones biomédicas. Esto ha sido especialmente el caso del Perú donde las expectativas de los responsables del niño y del personal de salud fueron ampliamente tomados en cuenta (véase Capítulo 10 [Pecho & Rubín de Celis *et al.*]).

Se analizaron las relaciones entre los actores y la manera en que se perciben unos a otros. Estos datos permiten comprender mejor las razones de la utilización (o no utilización) de los servicios de salud. Destacan, además, la debilidad de la comunicación entre los actores durante las consultas y el carácter rutinario de las actividades de seguimiento del crecimiento (véanse Capítulos 6 [Rubín de Celis & Vidal *et al.*], 7 [Lefèvre & Hoérée *et al.*] y 9 [Hoérée & Zambrana *et al.*]).

La investigación-acción ha permitido a las poblaciones y los profesionales de la salud beneficiarse de un nuevo soporte y de capacitaciones (Bolivia) o acceder a la palabra para participar en la concepción de las intervenciones (Perú). En este sentido, los diferentes manuales producidos en los dos países constituyen instrumentos directamente utilizables por los actores involucrados en el Proyecto y que responden a sus expectativas (véanse Capítulos 10 [Pecho & Rubín de Celis *et al.*], 11 [Sejas & Ardúz *et al.*] y 12 [Méjean & Maire *et al.*]).

El proceso de intervención ha permitido reforzar la participación de los responsables del niño en el seguimiento de su crecimiento y desarrollo. En el Perú, la devolución de los resultados de investigación ha favorecido el acercamiento de los puntos de vista y de las prácticas entre diferentes actores, es-

pecialmente en los campos de la alimentación, del estímulo psicomotor y del crecimiento y desarrollo.

Finalmente, y eso es quizás lo esencial, el Proyecto ha mostrado cómo estrategias alternativas de promoción de la salud, del crecimiento y del desarrollo del niño pueden ser consideradas e implementadas en el terreno. Al igual que cualquier otro resultado científico, los resultados presentados en esta publicación tienen sus límites. Tampoco se han cubierto todos los aspectos del tema¹. Los resultados permiten, sin embargo, renovar los debates sobre el complejo tema del crecimiento y el desarrollo del niño a partir de datos concretos,

1.2 Actividades complementarias

Al lado de estos diferentes resultados, un objetivo importante del Proyecto era crear una dinámica de apoyo científico entre los equipos involucrados, especialmente a través de las actividades de capacitación para la investigación y valoración científica de los resultados (comunicaciones y artículos). La idea era igualmente reforzar la posición institucional de los equipos, tanto a nivel local como internacional, en torno al tema de la investigación. Si bien estos objetivos fueron globalmente alcanzados, la manera de conseguirlo adquirió diferentes formas en cada país.

1.2.1 *Apoyo, capacitación, intercambios y valorizaciones científicas*

En Bolivia, la estrategia consistió en integrar a varios estudiantes de sociología en el equipo de investigación en el transcurso de todo el Proyecto (entre 12 y tres, según los años). Desde el inicio, se firmó un convenio entre la Facultad de Medicina y la Facultad de Sociología de la Universidad Mayor de San

1 Es especialmente el caso de los aspectos psicomotrices y psicopatológicos del desarrollo (Engle & Castle *et al.* 1996).

Simón (Cochabamba), el Instituto de Investigación para el Desarrollo (IRD) y el Instituto de Medicina Tropical (IMT).

La idea era que los estudiantes siguieran una capacitación continua para la investigación, a fin de mejorar sus competencias en socioantropología en los siguientes campos: concepción y realización de investigaciones de campo, aprendizaje de técnicas de recolección de datos, codificación y análisis de datos, y redacción de artículos científicos. A más corto plazo, el objetivo de esta capacitación era que los estudiantes sustentaran su diploma de Licenciatura sobre la base de los datos recogidos en el Proyecto².

Los seminarios de capacitación fueron organizados sobre una base mensual y luego trimestral, al retorno del trabajo de campo de los/las estudiantes³. En esta ocasión, se prepararon individualmente informes de actividades que fueron debatidos conjuntamente, como el análisis preliminar de los datos y la preparación de nuevas fases de investigación de campo. Para una buena realización, los/las estudiantes recibieron regularmente viáticos y materiales (principalmente en formato digital).

Adicionalmente, los equipos del Norte ofrecieron capacitaciones más puntuales a los/las estudiantes y a los investigadores. Éstas estaban más específicamente orientadas hacia las técnicas de grupos focales y el modelo causal, pero también hacia la utilización del programa QSR-NUD*IST para la codificación y el análisis de los datos cualitativos.

La estrategia elegida por el equipo peruano consistió en reclutar, sobre una base contractual y para actividades bien definidas, a dos estudiantes en socioantropología de un nivel académico superior al de Bolivia (maestría), quienes propor-

2 Una licenciatura fue defendida en el año 2002. Se esperan otras dos para el 2003.

3 La mayor parte del tiempo, uno de los socioantropólogos del equipo acompañó a los/las estudiantes en el campo. Algunos investigadores del Norte también les brindaron supervisión durante el trabajo con algunos grupos focales.

cionaron informes sobre sus actividades específicas. Las capacitaciones, algunas de las cuales fueron realizadas por los equipos del Norte, se concentraron esencialmente en las técnicas y los métodos de encuestas cualitativas y dirigidas hacia el equipo y el personal de salud que participó directamente en la investigación⁴.

A partir de 1999, al término del primer año del Proyecto, se produjeron comunicaciones (21), seguidas con la publicación de artículos o capítulos (16) a parte de la presente obra. Los resultados de las investigaciones fueron presentados además en el año 2001 en el Coloquio internacional que finalizó el Proyecto⁵.

Los objetivos del Coloquio sobrepasaron los del Proyecto, aunque gran parte de sus resultados fueron expuestos en esta oportunidad. De manera más general, el Coloquio ha permitido profundizar el concepto de crecimiento y desarrollo, aclarar las demandas de los responsables de la salud del niño, intercambiar experiencias en términos de intervención e identificar nuevas pautas de investigación en contextos socioculturales y sanitarios extremadamente variados (Kolsteren & Hoérée *et al.* 2002).

1.2.2 Fortalecimiento institucional y científico de los equipos

Indudablemente, el Proyecto permitió a las contrapartes del Sur fortalecer sus bases institucionales y científicas. Este aspecto puede ser considerado como uno de los logros más duraderos.

De esta manera, en Bolivia, varias actividades, complementarias o como prolongación del Proyecto, pudieron ser realiza-

4 Esta estrategia corresponde a la óptica participativa y constructivista elegida por el equipo peruano (véase Capítulo 10 [Pecho & Rubín de Celis *et al.*]).

5 Bajo el título *Promoting growth and development of under-fives*, el coloquio se llevó a cabo en el IMT (Anveres) los días 28, 29 y 30 de noviembre de 2001. Reunió a 160 participantes de 36 países y produjo 39 comunicaciones.

das en el Chapare, con el apoyo de diversas instituciones internacionales (Cooperación Técnica Belga y FAO): una encuesta nutricional, una investigación sobre la rehabilitación nutricional ambulatoria o un Proyecto sobre la seguridad alimentaria. En el Perú, las relaciones entre la Universidad, el Ministerio de Salud y los Centros de Salud fueron fortalecidas. Asimismo, se recibieron fondos internacionales para continuar la intervención iniciada por el Proyecto⁶.

Finalmente, respecto a estos diferentes resultados, los cuatro equipos contraparte han decidido mantener estrechas relaciones de colaboración. Al final, la idea es movilizarse nuevamente en función de las oportunidades de investigación y del financiamiento. Esta iniciativa podría desembocar en la creación de una red más duradera, integrando instituciones internacionales, organizaciones locales (municipalidades, Organizaciones No Gubernamentales) y centros de investigación en torno al tema de la promoción de la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño.

1.3 Logros metodológicos

Los logros metodológicos fueron importantes y constantes a lo largo del Proyecto. Se refieren a: (i) las herramientas de investigación socioantropológicas y la reflexión sobre su combinación; (ii) la concepción y la implementación de proyectos interdisciplinarios de investigación-acción; y (iii) la organización de la participación de los actores en este tipo de proyectos.

1.3.1 Herramientas de investigación socioantropológicas

El Proyecto permitió combinar herramientas de utilización clásica (observaciones y entrevistas) con herramientas más

6 Este último, titulado "Promoviendo la salud del niño menor de tres años en una zona urbano-marginal de Lima (Ermitaño Alto)", es financiado por el Fondo de las Américas (USAID).

innovadoras (grupos focales y, como soporte, el modelo causal). Estos experimentos proporcionaron a los investigadores la ocasión de profundizar su reflexión sobre las ventajas, los inconvenientes y la complementariedad de las diferentes herramientas, así como sobre las condiciones de su implementación en el marco de proyectos de investigación en nutrición pública (Lefèvre & Suremain 2002b).

Una innovación importante fue la realización de grupos focales con el soporte de un modelo causal (Lefèvre & Suremain *et al.* 2000a). El objetivo de este ejercicio fue sacar a la luz las causas percibidas de la buena salud y de la enfermedad por diferentes categorías de responsables del niño y del personal de salud. Un segundo objetivo fue identificar los riesgos específicos que los niños en entornos distintos confrontan. El ejercicio ha mostrado que el soporte del modelo causal es útil para generar este tipo de datos (Lefèvre & Suremain *et al.* 2000b).

1.3.2 *Concepción e implementación de una investigación-acción interdisciplinaria*

La reflexión sobre la interdisciplinaria constituyó un segundo eje importante. Tal y como ha sido señalado (véase Capítulo 14 [Lefèvre]), al inicio del Proyecto el establecimiento de una dinámica interdisciplinaria planteó algunos problemas y estuvo acompañado de algunas frustraciones para varios investigadores. Sin embargo, estas dificultades se constituyeron en una fuente de aprendizaje. Así, se identificaron las premisas teóricas, pero también las condiciones que permiten implementar y realizar proyectos interdisciplinarios en cooperación. Se trata en particular: (i) de la necesidad de elaborar un marco conceptual común a partir de un diálogo interdisciplinario que empieza durante la concepción de la investigación y continua hasta su conclusión; (ii) de establecer procedimientos continuos y eficaces de comunicación; y (iii) de asegurar la continuidad de la posición de los investigadores en los equipos (*cf.* Rubín de Celis & Lefèvre *et al.* 2000; Lefèvre & Suremain 2002a).

1.3.3 La implicación de los actores

El tercer logro metodológico proviene del enfoque constructivista adoptado por el equipo de investigación peruano para involucrar a los actores. Recordemos que el fundamento de este enfoque es que el establecimiento de un diálogo entre los actores (y el proceso mismo de este diálogo) constituye en sí una forma de intervención, la cual puede conducir progresivamente a modificaciones a nivel de las representaciones, las actitudes y las prácticas de unos y de otros (véase Capítulo 10 [Pecho & Rubín de Celis *et al.*]).

En vista de las dinámicas de intervención generadas en el Perú, se evidencia que este enfoque constituye un marco teórico y metodológico adecuado para estructurar la participación y el diálogo entre los actores en una investigación-acción participativa. Es interesante que los investigadores biomédicos que no compartían necesariamente estas posiciones epistemológicas y políticas, han reconocido estos logros.

2. Logros científicos: del seguimiento del crecimiento a un enfoque centrado en el niño

Desde hace unos treinta años, el seguimiento del crecimiento sigue siendo una de las principales intervenciones orientadas a mejorar el estado nutricional de los niños pequeños. Se inscribe en las actividades ofrecidas por los servicios de salud o en programas verticales, como la iniciativa GOBI⁷, apoyada por UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia). Sin embargo, tal y como se ha explicado en la Introducción General de esta publicación, una de las preguntas fundamen-

7 GOBI: *Growth monitoring, Oral rehydration, Breast-feeding, Immunisation* (Monitoreo del crecimiento, Rehidratación oral, Amamantamiento, Inmunización) (Grant 1982).

tales al inicio del Proyecto fue saber si es necesario continuar con las actividades de seguimiento al crecimiento del niño.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define la promoción y el seguimiento del crecimiento como una intervención basada en el registro del crecimiento físico del niño. Esta información es utilizada para mejorar el crecimiento, aconsejar a los padres y prevenir la desnutrición (Grant 1983; WHO 1986). Por lo tanto, la forma de la curva de crecimiento debe revelar el estado físico de tal manera que se puedan tomar medidas preventivas, sea por parte de los servicios de salud o por los responsables del niño (Henry & Briend *et al.* 1989; Garner & Panpanich *et al.* 2000; Thaver & Husein *et al.* 1993).

A partir de los resultados obtenidos por el Proyecto, de la revisión de la literatura internacional y de discusiones y debates que tuvieron lugar durante el Coloquio de Anvers (véase Acápite 1), no parece deseable continuar con las actividades de seguimiento del crecimiento del niño en su forma actual, atendiendo a las siguientes razones: (i) la herramienta no es una herramienta de detección confiable; (ii) se basa en una concepción equivocada de la comunicación; (iii) es difícil de implementar y produce efectos nocivos; (iv) existe poca demanda por su uso; y (v) tiene un costo elevado.

2.1 Una herramienta de detección poco confiable...

Para comprender la insistencia y la importancia concedida al seguimiento del crecimiento a nivel internacional, es importante recordar que se trata sobre todo de un enfoque o de un medio dirigido a detectar la malnutrición precoz en el niño, mucho antes de la aparición de los signos clínicos usuales (emaciación, edemas, cabello descolorido y resecao). Esta argumentación se basa, por una parte, en la fuerte asociación constatada entre mortalidad y malnutrición (Pelletier 1994) y, por otra, en la hipótesis según la cual un lento aumento o una pérdida de peso revela un problema de salud en el niño y señala una desnutrición. Si se detecta este signo lo suficientemente

temprano, se pueden tomar medidas que corrijan esta situación –de las cuales el acompañamiento a los padres no es la menos importante– antes de que el estado del niño se deteriore. Asociada a la medición regular del peso y a la inscripción de éste en el Carnet, la curva de crecimiento es esencialmente una herramienta de detección para identificar a los niños que no suben lo suficientemente de peso o que pierden peso. Sin embargo, para ser eficaz, esta herramienta debería responder a ciertas características técnicas que manifiestamente no posee (Wilson & Jungner 1968).

En primer lugar, no se conoce el valor de predicción de una medición de peso subóptima o de una pérdida de peso que termina en una malnutrición severa. Sólo cierto porcentaje de los niños moderadamente mal nutridos evoluciona hacia un estado severo. Además, aunque la malnutrición esté asociada a una tasa de mortalidad más elevada, los mecanismos causantes que pone en juego son complejos y dependen del contexto. La malnutrición es, en efecto, la expresión de múltiples factores, los cuales, a su vez, son determinantes de la mortalidad. Rehabilitar a un niño mal nutrido salva una vida, pero no permite solucionar los problemas de inicio.

En segundo lugar, aunque el peso sigue siendo un indicador muy sensible, no es muy específico. La pérdida de apetito, frecuentemente relacionada a un episodio de enfermedad, puede provocar una pérdida de peso temporal. Los “movimientos” de la vejiga y del estómago pueden hacer caer el peso, mientras que una buena comida lo sube significativamente. Consecuentemente, los cambios de peso no son tan fáciles de interpretar. Además, incluso en situaciones nutricionales favorables, el crecimiento tiende a ser regresivo respecto a la media. Con el tiempo, los niños pequeños alcanzan a los grandes y viceversa⁸. También se puede añadir que el retraso en el crecimiento de la talla se manifiesta desde los primeros mo-

8 La experiencia muestra que un niño de cada veinte logra alcanzar los 20 centiles equivalentes al 1,3 de la desviación estandar (Hall 2002).

mentos de vida. Asimismo, dado que el peso evoluciona en función de la talla, muchos niños presentan una curva de peso que se desvía progresivamente de la curva de peso de referencia.

Aparte de la sensibilidad y la especificidad, también se debe tomar en cuenta el valor de predicción de la medición del peso. Para un niño en el que se identifica un riesgo de malnutrición, se nota un gran número de "falsos positivos"⁹, lo que implica mucha inversión inútil por parte de los servicios de salud, independientemente de las consecuencias psicológicas negativas que la situación provoca entre los padres (estrés, sentimiento de angustia y de culpabilidad, *cf.* Garner & Panpanich *et al.* 2000).

La detección de la malnutrición se debería aplicar a todas las personas expuestas a riesgos y sobre una base regular. En términos de cobertura de los servicios de salud, es bien sabido que la tasa de utilización de los servicios decrece mientras que éstos se encuentran alejados a más de 5 km del domicilio de los responsables del niño (Gerein 1988), lo que es frecuentemente el caso. Varias evaluaciones sobre la asistencia a los Programas de seguimiento del crecimiento muestran, además, que el cronograma de la medición del peso sólo se respeta si se ofrecen vacunaciones. Una vez que éstas concluyen, pocos niños vuelven al Centro de Salud sólo para realizar una medición de peso (véase Capítulo 8 [Hoérée & Sejas *et al.*] y Dixon 1991).

Por último, no existe consenso en la literatura científica sobre cuál debería ser el intervalo óptimo entre dos mediciones de peso. Los intervalos cortos mejoran la sensibilidad de la medición, pero están sometidos a la influencia de las variaciones cotidianas de peso y a los errores de medición. De esta manera, las decisiones terapéuticas se postergan por varios meses, ya que es difícil interpretar las variaciones en un corto plazo. Inversamente, intervalos largos entre las mediciones de

9 Se trata de niños en los que se identificó un retraso en el crecimiento, pero quienes, de hecho, no corren un riesgo de morir superior al de otros niños.

peso están acompañados de una pérdida de sensibilidad de la herramienta, y la falta de información detallada hace difícil tomar decisiones terapéuticas.

2.2 ...fundada en una concepción equivocada del rol y la importancia de la comunicación

La clave del tratamiento de las formas precoces de malnutrición es informar a las madres sobre la alimentación que deberían proporcionar a sus hijos. Sin embargo, la literatura es unánime respecto al hecho de que la simple transferencia de información no induce cambios de comportamiento (Suremain, a publicar). Estos últimos están influenciados por un complejo conjunto de factores económicos, socioculturales, individuales y ambientales. Los mensajes deben ser socialmente aceptables por parte de los responsables del niño. No obstante, aunque la madre es generalmente el receptor privilegiado de la educación nutricional, no es necesariamente la única que toma decisiones en este campo. También otros miembros de la familia y del entorno intervienen en la alimentación y los cuidados que recibe el niño (Rabain 1979; Lallemand 1997; Suremain 2000).

2.3 ...difíciles de implementar y pudiendo inducir efectos nocivos

Además de las debilidades de la herramienta, muchas dificultades operacionales merman su utilidad. El personal de salud no siempre es muy preciso en su manera de pesar y de registrar el peso en la curva de crecimiento (véanse Capítulos 7 [Lefèvre & Hoérée *et al.*] y 9 [Hoérée & Zambrana *et al.*]; Gopaldas 1988; George & Latham *et al.* 1992). Además, dado que este trabajo repetitivo es vivido como algo aburrido, se transfiere al personal auxiliar o al personal administrativo, el cual, de hecho, tiene dificultades para comprender los objetivos de la curva de crecimiento (Reid 1984; Hendrata & Rhode 1988).

Asimismo, establecer un diagnóstico médico implica una capacidad de juicio, que los trabajadores de la salud insuficientemente formados no necesariamente tienen. Este personal percibe esta actividad como secundaria dentro del paquete de actividades globales de atención primaria en salud. La medición del peso es percibida como una actividad poco eficaz, de escasa importancia, que conlleva el riesgo de equivocarse y una pérdida de tiempo.

Tampoco se comprende bien la importancia de la interacción y la comunicación con los responsables del niño y la necesidad de adoptar una actitud más centrada en este último.

Por último, la medición del peso en tanto actividad preventiva induce a veces efectos nocivos. De hecho, ya no se realiza necesariamente en el marco de las actividades curativas. Consecuentemente, los niños enfermos no son evaluados en base a su estado nutricional, a pesar de que muchos niños enfermos están –en un grado variable– también mal nutridos. No obstante, en términos terapéuticos, es importante curar al mismo tiempo la enfermedad y remediar la pérdida de peso. El seguimiento de los niños que participan en un Programa de rehabilitación nutricional en Bolivia, muestra que habrían tenido una posibilidad diez veces mayor de ser identificados durante la consulta curativa que mediante la medición regular del peso (Sevilla & Sejas *et al.* 2001; Hoérée & Kolsteren *et al.* 2002).

2.4 ...para la cual existe poca demanda

La medición del peso debe ser aceptable para los padres, lo que, *a priori*, no debería plantear problemas. Sin embargo, varios investigadores han demostrado que la medición del peso no es un acto neutral. En Nepal, por ejemplo, los padres piensan que la malnutrición puede transmitirse por la bolsa en la cual se pesa a los niños (Kolsteren & Lefèvre *et al.* 1997).

Pero sobre todo, en numerosas poblaciones, la malnutrición liviana no es reconocida ni vivida como un problema. Conse-

cuentemente, no se considera necesaria ninguna acción específica. Por un lado, cuando la malnutrición severa (marasmos, kwashiorkors) es reconocida, se busca su causa en la esfera de las relaciones sociales (ruptura de un tabú, desavenencias en la familia, conflictos con los antepasados, *cf.* Mull 1991). Finalmente, incluso cuando la relación entre la alimentación y el estado del niño está bien establecida, las soluciones para remediar el trastorno no se buscan sistemáticamente en este campo (de Garine 1984; Bonnet 2002).

Además, las madres interpretan frecuentemente un mal crecimiento y desarrollo del niño como resultado de una "negligencia" suya. Es a menudo el personal de salud que las acusa de no ocuparse bien de sus hijos quien transmite esta connotación muy negativa.

De manera general, la aceptabilidad de un procedimiento de diagnóstico está fuertemente influenciada por el hecho de si responde o no a una demanda. Sin embargo, los datos presentados en esta publicación muestran que los padres evalúan el crecimiento y el desarrollo de sus hijos, pero que recurren a otros criterios distintos al aumento de peso o a la posición del niño en la curva de crecimiento (Launer & Habicht 1989; Capítulos 5 [Rubín de Celis & Pecho *et al.*] y 6 [Suremain]). A los ojos de los padres, los niños que se benefician de una buena salud y de un crecimiento armonioso, son sociables, tienen un buen aspecto general (corpulencia), no están demasiado agitados y empiezan muy temprano a caminar y a comer como los adultos.

No obstante, estos marcos de referencia no impiden que los responsables del niño deseen comunicar más con los trabajadores de salud sobre el desarrollo del niño. El problema es que raras veces se les da esta oportunidad (véase Capítulo 7 [Lefèvre & Hoérée *et al.*]). Durante las consultas, se pone más énfasis en la medición del peso y su inscripción en el Carnet que en el "desempeño", la salud y el desarrollo global. Saben y sienten que el personal de salud no está motivado a responder a sus expectativas. De esta manera, dado que la apreciación del crecimiento mediante la curva no cabe en sus marcos de

referencia, sigue siendo para ellos una práctica o una especialidad reservada al personal de salud (véase Capítulo 12 [Méjean & Maire *et al.*]).

Por lo tanto, no es sorprendente que el personal de salud y los responsables del niño sientan, cada uno por su lado, cierta frustración en relación con el seguimiento del crecimiento. Como no comprenden el discurso del personal de salud, los padres se sienten maltratados. Inversamente, el personal de salud está desmotivado porque los responsables del niño parecen mostrar poco interés por la medición del peso, el registro, la curva, la información proporcionada y las incitaciones orientadas a hacerles cambiar su comportamiento.

2.5 ...que cuesta caro en tiempo y en personal

Por la carga de trabajo que representa, la medición regular del peso de los niños requiere cuantioso personal. Sin embargo, esta condición no siempre se cumple. Además, es relativamente costosa. Un simple cálculo muestra que con una cobertura teórica de 10.000 personas, un Centro de Salud cuenta con aproximadamente 2.000 niños menores de cinco años en la población. Además, para pesar a los niños seis veces durante su primer año y cuatro veces en el transcurso de los años siguientes, serían necesarias 8.800 mediciones. Si se calcula un promedio de diez minutos por consulta¹⁰, esta actividad representa una carga de trabajo de 1.466 horas por año, es decir, más del equivalente a un trabajo a tiempo completo¹¹. Tampoco se deben subestimar las inversiones en tiempo y en dinero que representa el desplazamiento al Centro de Salud para los responsables del niño.

10 Estos diez minutos son completamente insuficientes para realizar una consulta global centrada en el niño.

11 Además, detectar de manera tan intensa a niños mal nutridos a través de las actividades de seguimiento del crecimiento sólo se justifica si las tasas de malnutrición siguen siendo elevadas, sabiendo que en muchos países la malnutrición tiene tendencia a volverse residual.

3. Perspectivas de investigación y de intervención

Considerando los resultados de la investigación y el actual estado de reflexión respecto a una atención más global de la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño, se pueden deducir ciertas pautas de investigación, pero también perspectivas de intervención que habría que profundizar y verificar. Éstas se articulan en torno a los roles específicos de los diferentes actores involucrados en el problema.

3.1 La importancia de las estructuras y de las situaciones familiares

En materia de salud y, más específicamente, de seguimiento al crecimiento y al desarrollo, el rol de las madres es central e inmediatamente perceptible. Son ellas las que asumen la mayor parte de los cuidados cotidianos impartidos al niño (alimentación, higiene, estimulación, etc.). Las relaciones de género vigentes en muchos países acentúan esta característica. Las madres, a su vez, se apropian ampliamente los roles que les atribuyen (véase Capítulo 5 [Suremain]).

Sin embargo, se sabe que en numerosas ocasiones, otros actores intervienen en la salud del niño (especialmente por motivo de episodios de enfermedad, el destete y el paso a la alimentación adulta). De esta manera, más allá de las apariencias, el niño y su madre no forman una pareja o una díada aislada y totalmente autónoma. Esta relación adquiere su sentido en el marco familiar más amplio en el cual se inscribe. Las madres no dejan de mediatizar y de reinterpretar estas influencias familiares. En la mayoría de las sociedades, deben necesariamente negociar con su entorno¹².

12 Lallemand (1997: 40) emplea la expresión de "entorno maternal" respecto a los cuidados impartidos generalmente al niño. Se puede hablar más específicamente de "entorno nutriente" para el caso de las cuestiones de alimentación (Suremain 2000).

También las reticencias de las madres frente a incitaciones al cambio alimentario están ligadas a los sistemas de actitud locales. Reconocer la malnutrición significa (a veces explícitamente) que la madre ha fallado en su rol que la predispone de forma "natural" a asumir los cuidados del niño (Bonnet 1996). Es la razón por la cual cualquier recomendación está sujeta a una reinterpretación de su parte. Aunque ciertas prácticas están sancionadas por el personal de salud, tienen un sentido en la lógica de las madres y en el juego de las relaciones sociales locales.

En numerosas sociedades, la distribución de los roles y de las responsabilidades están acompañadas de comportamientos a veces muy estrictos para las madres jóvenes (Massard 1978; Katz 1993; Lestage 1999; Suremain, a publicar). Así, éstas sólo cambian el régimen alimenticio de sus hijos si éste corresponde al modelo vigente, regularmente evocado por otros actores. En este contexto, es difícil incitar cualquier cambio en el campo de los hábitos alimentarios, ya que el riesgo de ofender a los actores es particularmente fuerte.

De ahí la importancia de describir de antemano las principales características de la estructura familiar y de comprender el estatus del niño dentro de ella. El estudio de los sistemas de parentesco y especialmente el de las actitudes –focalizadas en los modelos de comportamiento y las apropiaciones de responsabilidad que resultan de ellos con relación al niño– parece indispensable. Permite reconstruir los procesos de toma de decisiones en relación con la salud, la alimentación, el crecimiento y el desarrollo (Suremain 1998; Capítulo 6 [Suremain]).

En la mayoría de los países en vías de desarrollo ha sido demostrada la existencia de "desviaciones positivas" (Berggren 2002). Mientras que algunas familias logran mantener a sus hijos con buena salud y bien nutridos, otras –con condiciones de vida aparentemente similares– tienen hijos frágiles y mal nutridos. El origen de esta situación podría estar relacionado con cuestiones de estructuras y de situaciones familiares.

Los estudios ya citados sobre la rehabilitación nutricional en el Chapare han mostrado que la mayoría de los niños mal nutridos provienen de familias desfavorecidas o desestructuradas (Sevilla & Sejas *et al.* 2001; Hoérée & Kolsteren *et al.* 2002). Las tensiones, los abandonos, los conflictos de diversos orígenes con la suegra o el episodio de depresión que resulta de ellos, contribuyen a explicar las dificultades concretas que tienen las madres al cuidar a sus hijos, como se puso de manifiesto en otros contextos (Gruénais 1985; Bouville 2002). Aunque la malnutrición siempre se caracteriza por un déficit alimentario, los mecanismos que conducen a ella están directamente ligados a situaciones familiares y de precariedad.

3.2 La importancia de los marcos de referencia locales para comprender mejor y dialogar con los responsables del niño

Parece fundamental discernir los marcos de referencia locales en materia de salud, crecimiento y desarrollo del niño. Desde una perspectiva de investigación básica, se trata de realizar encuestas socioantropológicas en un campo de investigación todavía desconocido (Pelto & Pelto 1989; Dettwyler 1991; Dettwyler & Fishman 1992; Pfeiffer & Gloyd *et al.* 2001). Desde una perspectiva de investigación aplicada, estas encuestas proporcionan una especie de "materia prima" de reflexión, cuya consideración es una condición indispensable de la acción.

En ambos casos, el enfoque constructivista parece particularmente apropiado. Como se explicó más arriba (véanse Capítulos 4 [Rubín de Celis & Pecho *et al.*] y 10 [Pecho & Rubín de Celis *et al.*]), se trata de establecer un diálogo entre diferentes categorías de actores, a fin de obtener información y, simultáneamente (a través del diálogo), inducir modificaciones a nivel de las representaciones, actitudes y prácticas de unos y otros.

Este enfoque puede ser realizado de manera aislada con los responsables directos del niño (padres, entorno), con el

personal de salud o, como se hizo en Perú, confrontando directamente a los dos grupos de actores. En todos los casos, los marcos de referencia locales constituyen el punto de partida del debate y se integran plenamente en la dinámica de intervención. En la medida en que estos marcos son valorizados y no considerados como obstáculos o resistencias culturales *a priori*, se puede pensar que el proceso favorece el diálogo y la comprensión entre los actores.

3.3 ¿Cuál es el rol de los servicios de salud?

Considerando lo anterior, los servicios de salud sólo pueden jugar un rol de apoyo complementario. En ningún caso pueden sustituir a la madre y al entorno del niño respecto a la prevención y promoción de la salud. Como ya se mencionó (véase Acápite 2.1), el rol de los servicios de salud en materia de promoción de la salud, del crecimiento y desarrollo del niño tampoco se puede limitar a las actividades actuales (vacunación y medición regular del peso).

Muchos elementos muestran que sería más bien conveniente abandonar la medición del peso como una actividad preventiva si ésta no se inserta en un enfoque más global de la salud, del crecimiento y del desarrollo del niño. Se deberían implementar nuevos enfoques, formas más innovadoras de hacer las cosas y, fundamentalmente, nuevas actitudes. Sin embargo, no se trata de reemplazar un enfoque estandarizado por otro. En este campo, las premisas conceptuales y las consignas deberían más bien ser la flexibilidad y la globalidad.

Los lineamientos de investigación identificados son los siguientes.

(i) Prevenir determinados riesgos específicos

Los niños están confrontados con numerosos riesgos durante los primeros años de su vida. Algunos pueden ser prevenidos por la vacunación; otros por análisis de validez univer-

sal (cadera, ojos, etc.); otros, finalmente, requieren una comunicación regular con los padres (especialmente, cobertura de las necesidades nutricionales, prevención de accidentes).

La evaluación de las necesidades del niño en los periodos más críticos de su desarrollo podría aparecer concretamente en un calendario de contacto que no sea universal, sino adaptado a los diferentes contextos locales, entre la familia y los servicios de salud. Por lo tanto, estos últimos deberían dar seguimiento a los niños respetando el calendario de los riesgos que corre el niño.

(ii) ¿Cuál debe ser el rol de la medición del peso?

Identificar y ayudar a los niños malnutridos en los contextos en los que el problema sigue siendo una prioridad de los servicios y programas de salud. Para este fin, la introducción de la medición del peso en las atenciones curativas podría ser una solución, en la medida en que el estado nutricional y la enfermedad a menudo van de la mano (Kasongo Project 1986; Bern & Zucker *et al.* 1997). Sin embargo, esto implica la capacidad de los servicios de salud de rehabilitar a los niños malnutridos. En realidad, muy pocos servicios de salud ofrecen esta posibilidad, cuentan con procedimientos estandarizados o disponen de un sistema de referencia funcional. En el Hospital, se cura a los niños de su enfermedad y se deja a los padres el cuidado de nutrirlos. En este contexto, el fundamento de la rehabilitación nutricional sigue siendo frecuentemente un régimen con un alto contenido en proteína, del cual, de hecho, se ha demostrado que no constituye la solución más eficaz (WHO 1999). Finalmente, una reducida parte de las recomendaciones de la OMS se aplica en el terreno (Waterlow 1999).

(iii) Un enfoque global centrado en el niño

Uno puede preguntarse si el hecho de haber puesto el énfasis en la malnutrición y el seguimiento del crecimiento en

detrimento de un concepto más amplio y global de la salud, del crecimiento y del desarrollo del niño es la verdadera razón del relativo fracaso de los Programas de seguimiento al crecimiento (Engle & Castle *et al.* 1996; Engle 2002). En este caso, sería necesario un enfoque global centrado en el niño reubicado en su entorno psicosocial y sociosanitario.

El seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño no se puede limitar a la medición del peso. Un crecimiento demasiado lento es la expresión de un problema multicausal arraigado en situaciones familiares, sanitarias y/o socioeconómicas complejas. Consecuentemente, el problema no se resuelve con la ayuda de un procedimiento estandarizado único.

Hasta la actualidad, las intervenciones curativas se han focalizado en los aportes alimenticios. Las actividades preventivas, a su vez, se han dirigido con demasiada frecuencia al control de un riesgo específico. Realizadas por diferentes tipos de personal de salud, las actividades están separadas en el espacio y en el tiempo.

El objetivo de los servicios debería ser el de promover y preservar en la mayor medida posible el potencial de salud del niño. En vez de considerar la influencia del entorno como un obstáculo o una contrariedad para el desarrollo del niño (véase Capítulo 9 [Hoerée & Zambrana *et al.*]), cada contacto con la familia debería ser aprovechado como una oportunidad para aprehender la situación del niño en su totalidad. Se debería establecer un diagnóstico individual que ponga el énfasis en el desempeño global del niño, en colaboración y con la participación activa de la familia del niño (véase Acápite 3.1). Considerando la naturaleza plural de los problemas de crecimiento, habrá diversos diagnósticos. Consecuentemente, se podrían realizar acciones adaptadas (tratamientos, educación, rehabilitación nutricional) y se deben implementar mecanismos de apoyo (asistencia psicosocial).

Los niños cuyo crecimiento y desarrollo parecen problemáticos, expresan en muchos casos una tensión familiar (véase (i), arriba). Los servicios de salud deben comprender la com-

pleja dinámica que existe entre los aportes alimenticios proporcionados al niño y la situación familiar, con el fin, si llega el caso, de apoyar a la familia en sus iniciativas. En este marco se debería pensar en soluciones de acompañamiento, en algunos casos intersectoriales (con la ayuda de los servicios sociales).

Aunque estos hechos están científicamente documentados en los países del Norte (Hall 2002), no es el caso en los países del Sur, donde los problemas de nutrición son con demasiada frecuencia y sistemáticamente atribuidas a causalidades estrictamente económicas (pobreza, déficits en términos de seguridad alimentaria). Es indispensable una investigación de base sobre las relaciones entre las dinámicas familiares y el estado nutricional de los niños¹³.

Sin embargo, la implementación de un enfoque global centrado en el niño plantea importantes desafíos. Una redefinición de las tareas y de la división del trabajo al interior de los servicios de salud, que implica cambios en la práctica de la supervisión de los servicios de salud, constituye una primera etapa (véase Capítulo 9 [Hoérée & Zambrana *et al.*]). La capacitación básica y las capacitaciones para la actualización del personal de salud deben ser revisadas, con el fin de centrarse en el paciente más que en el diagnóstico y los tratamientos curativos. Un enfoque como éste es susceptible de responder mejor a la demanda de los responsables del niño para un apoyo en términos de crecimiento y desarrollo. Para su realización, sería necesario introducir otras actitudes a nivel del personal de salud, particularmente en materia de escuchar, de empatía y de capacidad de comunicar respecto a la salud del niño.

Una reciente investigación realizada en Burkina Faso muestra que los padres aprehenden correctamente el crecimiento y desarrollo de sus hijos, bajo la condición de que se aborde el tema a través de entrevistas profundas. Se ha demostrado que este procedimiento es más efectivo para identificar correcta-

13 Es el sentido de los trabajos de orientación sicosociológica realizados por Engle & Castle *et al.* (1996), Bouville (2002) y Engle (2002).

mente a los niños mal nutridos que la medición regular del peso. Al autorizar al personal de salud a debatir más abiertamente con los responsables del niño, la situación de estos últimos mejora notablemente (François 2002; Tonglet 2002).

3.4 La importancia del contexto socioeconómico y político para definir mejor los roles de las organizaciones comunitarias

En un primer nivel, los actores (y a veces las familias enteras) se integran en redes de sociabilidad que participan en la sociedad local o nacional. En el Perú, las organizaciones comunitarias (Clubs de Madres, Vaso de Leche, etc.) son particularmente estructuradoras. Asimismo, en Bolivia, las afiliaciones religiosas (nuevas iglesias) y políticas (Federación de los Cocaleros) tienen repercusiones concretas en la vida cotidiana e, indirectamente, en la salud del niño.

Por otra parte, en determinados contextos, las contradicciones socioeconómicas (inseguridad alimentaria, situaciones inflacionistas, globalización, guerra civil, etc.) son particularmente fuertes y mantienen a las familias en situaciones de precariedad y de incertidumbre (Delpeuch & Martin-Prével *et al.* 1996; Suremain 1998).

Independientemente de si son de carácter político o civil, las organizaciones comunitarias pueden estar directamente involucradas en los Programas de promoción de la salud y del crecimiento del niño. Potencialmente, su rol se sitúa por lo menos en dos niveles. Pueden en primer lugar apoyar a los padres en su rol, facilitándoles el acceso a diversas actividades y poniendo a su disposición infraestructuras útiles para el desarrollo de los niños (guarderías, parques infantiles, capacitaciones, educación, etc.). Luego, pueden combatir activamente toda una serie de riesgos extremadamente importantes que corren los niños y que escapan al control de los servicios de salud (como, por ejemplo, asegurar el acceso al agua potable, acondicionar los espacios urbanos, etc.).

4. A manera de conclusión

Los datos y los análisis expuestos a lo largo de la presente publicación muestran que el seguimiento del crecimiento tal como es practicado actualmente en diferentes países del Sur, funciona mal y que tiene muy poca utilidad como instrumento de detección precoz de la malnutrición. Los argumentos desarrollados conducen a la conclusión de que la medición del peso, si no se inscribe en un enfoque más amplio de la salud y del desarrollo del niño, se debería finalmente abandonar.

A partir de diferentes estudios presentados en esta obra, resulta claro que las actividades ofertadas por los servicios de salud no responden a las demandas de los responsables del niño. Lo que se ofrece en términos de asesoramiento y consejos se basa efectivamente en un paradigma con demasiada frecuencia lineal, vinculando la adquisición de la información a la adopción casi sistemática de un cambio de comportamiento. Los diferentes textos confirman que este paradigma subestima la complejidad de los determinantes de los comportamientos y que la simple transferencia de información sólo conduce a frustrar a los responsables del niño. Esta estrategia, que atribuye la causa de la malnutrición a una falta de información, ignora la perspectiva y las lógicas de acción de los responsables del niño, quienes luchan a diario para alimentarlos y cuidarlos.

La implementación de un enfoque global e integrado, tal como fue realizado en Bolivia y Perú, con la participación de los servicios de salud, los responsables del niño (padres) y otros actores comunitarios, demuestra que es posible promover la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño de forma diferente. Por lo tanto, la hipótesis según la cual la participación de todos los actores involucrados conduce a incrementar la responsabilidad de unos y de otros, se encuentra ampliamente confirmada. En la medida en que existe una colaboración real entre los actores, es posible la introducción de actividades globales destinadas a preservar la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño.

Referencias bibliográficas

BERGGREN, G.

2002 "Assisting mothers and caretakers to adopt behaviours that promote child growth and development". En: *Promoting growth and development of under fives* (Kolsteren, P. & Hoérée, T. & Perez-Cueto, E. ed.): 282-298. Antwerp: ITGPress.

BERN, C. & ZUCKER, J.R. & PERKINS, B.A.

1997 "Assesment of potential indicators for protein-energy malnutrition in the algorithym for integrated management of childhood illness", *Bulletin of the World Health Organization* 75:87-96.

BONNET, D.

1996 "Présentation. La notion de négligence sociale à propos de la malnutrition de l'enfant", *Sciences Sociales et Santé* 14(1): 5-16.

2002 "Malnutrition: a subject-matter for anthropology?". En: *Promoting growth and development of under fives* (Kolsteren, P. & Hoérée, T. & Perez-Cueto, E. ed.): 39-43. Antwerp: ITGPress.

BOUVILLE, J.-F.

2002 "Current and hypothesized psychological indicators of 'care for nutrition' (caregiving behaviours and interactions that optimize the child's use of food)". En: *Promoting growth and development of under fives* (Kolsteren, P. & Hoérée, T. & Perez-Cueto, E. ed.): 162-169. Antwerp: ITGPress.

DELPEUCH, F. & MARTIN-PRÉVEL, Y. & FOUÉRE, T. & TRAISSAC, P. & MBEMBA, F & LY, C.

1996 "L'alimentation de complément du jeune enfant après la dévaluation du franc CFA: deux études de cas en milieu urbain, au Congo et au Sénégal", *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé* 74(1): 67-75.

DETTWYLER, K.A.

1991 "Growth status of children in rural Mali: implications for nutrition education programs", *American Journal of Human Biology* 3(5): 447-462.

- DETTWYLER, K.A. & FISHMAN, C.
1992 "Infant feeding practice and growth", *Annual Review of Anthropology* 21: 171-204.
- DIXON, R.A.
1991 "Monitoring the growth of the world's children", *Annals of Tropical Paediatrics* 11: 3-9.
- ENGLE, P.L. & CASTLE, S. & MENON, P.
1996 "Child development vulnerability and resilience", *Social Science & Medicine* 43(5): 621-635.
- ENGLE, P.L.
2002 "Early child development: should we have global indicators?". En: *Promoting growth and development of under fives* (Kolsteren, P. & Hoérée, T. & Perez-Cueto, E. ed.): 23-38. Antwerp: ITGPress.
- FRANÇOIS, I.
2002 "A randomized trial for the evaluation of a new model of routine child health care in Ouagadougou, Burkina faso: the effects of changing practices and attitudes of the health staff". En: *Promoting growth and development of under fives* (Kolsteren, P. & Hoérée, T. & Perez-Cueto, E. ed.): 327-340. Antwerp: ITGPress.
- GARINE (de), I.
1984 "De la perception de la malnutrition dans les sociétés traditionnelles", *Information sur les Sciences Sociales* 23(4-5): 731-754.
- GARNER, P. & PANPANICH, R. & LOGAN, S.
2000 "Is routine growth monitoring effective? A systematic review of trials", *Archives of Disease in Childhood* 197-201.
- GEORGE, S. & LATHAM, M.C. & GEREIN, N. & CERVINSAS, J.
1992 "The practice of growth monitoring", *Lancet* 918.
- GEREIN, N.
1988 "Is growth monitoring worthwhile?", *Health Policy and Planning* 3(3): 181-194.
- GOPALDAS, T.
1988 "Field level health worker's skill in detection of growth retardation and faltering in young children", *Indian Journal of Pediatrics* 55: S55-S58.

GRANT, J.-P.

1982 *The state of the world's children, 1982-83*. Oxford: UNICEF/Oxford University Press.

GRANT, J.-P.

1983 "Une révolution au profit du suivi et du développement des enfants", *Carnets de l'Enfant* 61-62: 21-33.

GRUÉNAIS, M.-É.

1985 "Mariages en ville et malnutrition aiguë", *Sciences Sociales et Santé* 3(3-4): 57-83.

HALL, D.M.B.

2002 "Is growth and development monitoring in children really useful?". En: *Promoting growth and development of under fives* (Kolsteren, P. & Hoérée, T. & Perez-Cueto, E. ed.): 111-114. Antwerp: ITGPress.

HENDRATA, L. & ROHDE, J.E.

1988 "Ten pitfalls of growth monitoring", *Indian Journal of Paediatrics* 55: S9-S15.

HENRY, F.J. & BRIEND, A. & COOPER, E.S.

1989 "Targeting nutritional interventions: is there a role for growth monitoring?", *Health Policy and Planning* 4: 295-300.

HOERÉE, T. & KOLSTEREN, P. & ROBERFROID, D.

2002 "La prise en charge de la malnutrition chez les enfants préscolaires: le rôle des services de santé", *Cahiers Santé* 12(1): 94-99.

KASONGO PROJECT

1986 "Growth decelerations among under-5-year-old children in Kasongo (Zaire). II. Relationship with subsequent risk of dying, and operational consequences", *Bulletin of the World Health Organization* 64: 703-709.

KATZ, E.

1992 "Del frío al exceso de calor: dieta alimenticia y salud en la Mixteca". En: *Medicina tradicional, herbolaria y salud comunitaria en Oaxaca* (Sesia, P. ed.): 99-115. Oaxaca: CIESAS.

KOLSTEREN, P. & LEFEVRE, P. & LERUDE, M.-P.

1997 "Nutrition rehabilitation and the importance of the perception of malnutrition in the follow-up of rehabilitated children", *Asian Pacific Journal of Clinical Nutrition* 6: 106-110.

KOLSTEREN, P. & HOERÉE, T. & PEREZ-CUETO, E. (ed.)

2002 *Promoting growth and development of under fives*. Antwerp: ITGPress.

LALLEMAND, S.

1997 "Enfances d'ailleurs, approche anthropologique". En: *Enfances d'ailleurs, d'hier et d'aujourd'hui* (Guidetti, M. & Lallemand, S. & Morel, M.-F. ed.): 7-57. Paris: Armand Colin.

LAUNER, L.J. & HABICHT, J.P.

1989 "Concepts about infant health, growth, and weaning: a comparison between nutritional scientists and maduresse mothers", *Social Science & Medicine* 29: 13-22.

LEFEVRE, P. & SUREMAIN (de), C.-É. & RUBÍN de CELIS, E.

2000a "Investigación socio-antropológica clásica, focus groups y modelo causal. Experiencias y reflexiones sobre algunas combinaciones metodológicas innovadoras desarrolladas en Bolivia y Perú", *Revista Electrónica de Epistemología de Ciencias Sociales* 9: <http://rehue.csociales.uchile.cl/publicaciones/moebio/index.html>.

LEFEVRE, P. & SUREMAIN (de), C.-É. & RUBÍN de CELIS, E. & SEJAS, E.

2000b "Combining techniques: The use of the causal model as a support for focus group discussions in a socioanthropological research on the differing perceptions of caretakers and healthprofessionals on child's health". En: *Proceedings of the Fifth International Conference on Social Science Methodology* CD-ROM.

LEFEVRE, P. & SUREMAIN (de), C.-É.

2002a "De la investigación a la investigación-acción participativa: las lecciones de una experiencia multidisciplinaria sobre el desarrollo y el crecimiento del niño(a) en Bolivia y en Perú", *The Bolivian Research Review* 2: bolivianstudies.org.

2002b "Les contributions de la socio-anthropologie à la nutrition publique : pourquoi, comment et à quelles conditions ?", *Cahiers Santé* 12(1): 77-85.

LESTAGE, F.

1999 *Naissance et petite enfance dans les Andes péruviennes. Pratiques, rites, représentations*. Paris: L'Harmattan.

MASSARD, J.

1978 "Un retour à la simplicité. L'alimentation de la jeune accouchée en Malaisie", *ASEMI (Asie du Sud-Est et Monde Insulindien)* 9(3-4): 141-149.

MULL, D.S.

1991 "Traditional perceptions of marasmus in Pakistan", *Social Science & Medicine* 32: 175-191.

PELLETIER, D.L.

1994 "The relationship between child anthropometry and mortality in developing countries: implications for policy, programs and future research", *Journal of Nutrition* 124: 2047S-2081S.

PELTO, G.H. & PELTO, P.J.

1989 "Small but healthy? An anthropological perspective", *Human Organization* 48: 11-15.

PFEIFFER, J. & GLOYD, S. & LI, L.R.

2001 "Intrahousehold resource allocation and child growth in Mozambique: an ethnographic case-control study", *Social Science & Medicine* 53(1): 83-98.

RABAIN, J.

1979 *L'enfant du lignage. Du sevrage à la classe d'âge*. Paris: Payot.

REID, J.

1984 "The role of maternal and child health clinics in education and prevention: a case study from Papua Guinea", *Social Science & Medicine* 19: 291-303.

RUBÍN de CELIS, E. & LEFEVRE, P. & SUREMAIN (de), C.-É. & KOLSTEREN, P.

2000 "Transdisciplinarity in practice. Lessons from an international action-research and development project". En: *Transdisciplinarity: Joint Problem-Solving among Science, Technology and Society*: 124-128. Zurich: Swiss Federal Institute of Technology.

SEVILLA, R. & SEJAS, E. & ZALLES, L. & BELMONTE, G. & CHEVALIER, P. & PARENT, G.

2003 "Le 'clapsen': une démarche globale pour la réhabilitation nutritionnelle de l'enfant gravement malnourri en Bolivie", *Cahiers Santé* 10: 97-102.

SUREMAIN (de), C.-É.

1998 "De la parcelle à la rue, il n'y a qu'un pas !": vers une approche socioanthropologique de la précarité à Brazzaville (Congo)", *Autrepart* 7: 43-62.

2000 "Dynamiques de l'alimentation et socialisation du jeune enfant à Brazzaville (Congo)", *Autrepart* 15: 73-91.

a/p "Entre convivialité et suspicion: une approche anthropologique de la sociabilité chez les Kukluya". En: *Comportements et innovations alimentaires. Une intervention nutritionnelle auprès de jeunes enfants et son évaluation au Congo (plateau Kukuuya)* (Martin-Prével, Y. & Tchibindat, F. & Suremain (de), C.-É. & Trèche, S. ed.).

THAVER, I.H. & HUSEIN, K. & CARA, N.B.

1993 "The 'P' in GMP: am ajor shift in growth monitoring program of a primary health care project", *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health* 24: 23-27.

TONGLET, R.

2002 "Is formal screening more effective than trusting mother's feeling". En: *Promoting growth and development of under fives* (Kolsteren, P. & Hoérée, T. & Perez-Cueto, E. ed.): 103-110. Antwerp: ITGPress.

WATERLOW, J.

1999 "Treatment of children with malnutrition and diarrhoea", *Lancet* 354: 1142.

WILSON, J.M. & JUNGNER, G.

1968 "Principles and practices of screening for disease", *Public Health Papers* 34:

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)

1986 *Growth chart. A tool for use in infant and child health care.* Geneva: World Health Organization.

1999 *Management of severe malnutrition: a manual for physicians and other senior health workers.* Geneva: World Health Organization.