

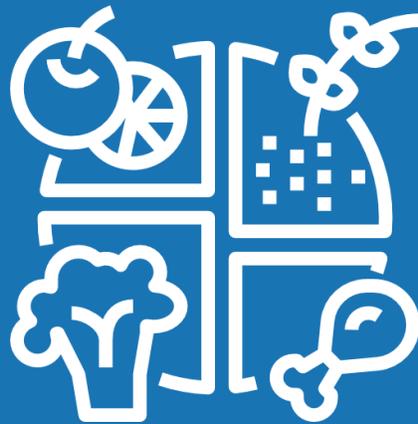
NUTRICIÓN



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA



VOLUMEN 1: NUTRICIÓN



María Elena Figueroa, PhD
Sandra Sáenz de Tejada, PhD
Carmen Cronin, MPH

Johns Hopkins University Center for Communication Programs
111 Market Place, suite 310
Baltimore, MD 21202, USA



TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	5
CUADRO 1: Lactancia materna exclusiva	6
CUADRO 2: Alimentación complementaria (AC)	20
CUADRO 3: Reposo y apoyo durante el embarazo y puerperio	51
CUADRO 4: Dieta durante el embarazo y lactancia	61
CUADRO 5: Suplementos nutricionales para madres	73
CUADRO 6: Suplementos y alimentos nutricionales para niños	81

Figueroa, M. E., Saenz de Tejada, S., & Cronin, C. (2021). Revisión de literatura sobre nutrición, planificación familiar, búsqueda de servicios, higiene, y violencia. Johns Hopkins Center for Communication Programs.

This study is made possible by the generous support of the American people through the United States Agency for International Development (USAID). The contents are the responsibility of Breakthrough ACTION and do not necessarily reflect the views of USAID or the United States Government.

© Johns Hopkins University. All rights Reserved.



INTRODUCCIÓN

Este volumen contiene los resultados de la revisión de literatura sobre los 6 comportamientos vinculados a la nutrición de madres y niños:

1. Lactancia materna exclusiva (0-6 meses)
2. Alimentación complementaria del bebé (6-24 meses)
3. Reposo y apoyo para las mujeres durante el embarazo y puerperio
4. Dieta nutritiva para mujeres embarazadas y lactantes
5. Suplementos nutricionales para mujeres
6. Suplementos y alimentos nutricionales para niños

Estos se han organizado en forma de cuadros que contienen para cada determinante del modelo socio ecológico (MSE), el detalle de la información identificada. Cada cuadro representa un comportamiento específico y la información se organiza en dos columnas: la primera presenta los factores determinantes para cada nivel del MSE y la segunda columna presenta la información encontrada para cada uno de estos factores. Cada uno de estos textos representan **extractos** de los documentos originales que han sido **editados para facilitar la lectura y comprensión**. Algunos de estos extractos pueden referirse a más de un determinante y se asignaron al determinante considerado más pertinente. Al final de cada cuadro, se incluye información sobre i) intervenciones enfocadas al mejoramiento de la práctica en cuestión, y en algunos casos, las lecciones aprendidas, ii) datos sobre la conducta correspondiente u otra información relevante a dicha conducta, y iii) brechas de información. En algunos casos se incluyen citas notables y referencias a cuadros que ofrecen mas detalle. Las filas en blanco significan que no hay información disponible para ese determinante. Una explicación del MSE, sus niveles y determinantes a cada nivel se puede encontrar en el Resumen General de la revisión de la literatura.

El nivel de detalle que se presenta en cada cuadro es copioso y se recomienda la lectura completa para conocer a profundidad los resultados de la revisión realizada y utilizar los hallazgos para definir o afinar estrategias de comunicación u otro tipo de intervenciones que reduzcan las barreras encontradas y aprovechen o magnifiquen los aciertos.



CUADRO 1: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

INDIVIDUAL: COGNITIVO

- Conocimientos

- La lactancia materna exclusiva (LME) resulta problemática en el país dada la introducción precoz de agua y otros líquidos. La consejería ha afianzado la valoración que ha tenido ancestralmente la alimentación al seno y probablemente ha incidido en la utilización del calostro y la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida. En la Aldea Patachaj, San Cristóbal Totonicapán, por ejemplo, las madres de adolescentes dijeron que con sus primeros hijos (circa 2000) se extrajeron y botaron el calostro siguiendo el consejo de madres y suegras. A partir de las capacitaciones que recibieron alrededor del año 2010, aprendieron de la importancia del calostro, por lo que sus hijos más pequeños sí lo recibieron. Una promotora de salud de la Aldea Ical, Colotenango, refirió que las madres jóvenes están interesadas en aprender, pero muchas veces se ven obligadas a continuar con malas prácticas tradicionales por influencia de las suegras, dado el patrón de asentamiento patrilocal. Por último, la consejería recibida por las madres jóvenes en la Aldea Vásquez, Totonicapán reforzó la valoración que ya se tenía sobre la lactancia materna, pero a decir de las señoras, no aprendieron nada nuevo ni cambiaron sus prácticas (Ramírez et al., 2016).
- En general la población en San Juan Ostuncalco (n=142) tuvo buen conocimiento sobre la lactancia materna: el 68% sabía la duración de la LME, el 48% conocía a qué edad hay que empezar la alimentación complementaria, y el 26% sabía que la lactancia materna debe iniciarse antes de la primera hora desde el nacimiento. La paridad no estuvo asociada al conocimiento o prácticas de las madres, a excepción de la LME, practicada por menor tiempo por las primigestas (Hernández Monzón, 2018).
- Muchas madres en Huehuetenango dieron razones basadas en el conocimiento para dormir junto a sus bebés (60%) y cerca de la mitad dieron este tipo de razones para llevar a los bebés a la espalda (45%) y responder inmediatamente a las señales de los bebés (47%). Hubo una correlación positiva entre la puntuación de conocimiento de lactancia materna y la puntuación de conocimiento de otras prácticas tradicionales. Mientras que casi todas las madres dijeron estar de acuerdo en que se debe practicar la lactancia materna, solo alrededor de la mitad dieron razones basadas en el conocimiento sobre por qué se debe practicarse (Little et al., 2019).
- Un estudio encontró que las madres que recibieron información sobre la lactancia materna por parte de un proveedor de salud tenían más probabilidades de iniciarla inmediatamente, pero otros estudios no encontraron esta asociación entre el intercambio de conocimientos y las prácticas de lactancia materna (Deeney y Harris 2019).
- En la evaluación de línea intermedia, PROCOMIDA en Alta Verapaz logró un aumento mínimo de la LME, a pesar de haber mejorado el conocimiento (Deeney & Harris-Fry, 2020).
- En Sololá no se encontró evidencia de que lactancia materna esté asociada con el modo de aprendizaje cultural, ajustando por todos los demás predictores. Los hijos de mujeres

que aprendieron sobre la alimentación infantil de fuentes culturalmente conservadoras y de alta fidelidad [familia, amigos, parteras] tenían más probabilidades de tener una LME más breve que los hijos de mujeres que aprendieron de fuentes de menor fidelidad [por ejemplo, proveedores de salud o autoaprendizaje]. Los datos sugieren que la duración de la LME varía por las fuentes de conocimiento cultural sobre la alimentación infantil y que las madres que aprendieron de fuentes de menor fidelidad (por ejemplo, el aprendizaje de prueba y error) tienen más probabilidades de practicar LME de más de seis meses. No encontramos evidencia de que la LME esté asociada con nuestro indicador de modernización económica y demográfica. Se encontró que el modo de aprendizaje cultural es el único predictor significativo de variación en la duración de la LME (ajustando por todos los demás predictores): las madres que aprendieron sobre la alimentación infantil de fuentes de baja fidelidad introdujeron líquidos o sólidos complementarios ligeramente más tarde que las madres que aprendieron de fuentes de alta fidelidad (McKerracher et al., 2020).

➤ En Chiquimula se detectó que muchas madres desconocen el significado de la expresión “lactancia materna exclusiva”, así como del calostro y la desnutrición. Una encuesta de UNICEF que midió comportamientos y conocimientos sobre la lactancia en ocho municipios encontró que los conocimientos sobre prácticas óptimas y sobre beneficios de la lactancia exclusiva son muy bajos, aunque el 60% conocía la duración recomendada (Saenz de Tejada, 2013).

➤ A nivel popular, el concepto de lactancia exclusiva suele ser equívoco, pues si bien muchas madres aseguran dar “sólo pecho”, a mayor indagación resulta que también ofrecen otros líquidos, como agua azucarada o infusión de una amplia variedad de hierbas. Cuando muchas madres aseguran que dan “solo pecho”, más que lactancia materna exclusiva practican la lactancia materna predominante (Saenz de Tejada, 2013).

➤ La lactancia materna de cualquier tipo está más fuertemente asociada con la puntuación Mod que la LME, mientras que ésta está más asociada con el modo de aprendizaje cultural que cualquier otro tipo de lactancia materna. [La puntuación mod fue ideada para caracterizar la medida en que cada mujer y su familia habían sido influenciadas por una mayor integración del mercado] (McKerracher et al., 2020).

➤ Las prácticas de iniciación de la LME variaron según las creencias sobre el calostro. En general, el 65% de las madres de las comunidades estudiadas en la región kaqchikel de Sololá creía que el calostro (“primera leche”) era bueno para el bebé, y entre ellas, el 98% dijo haber iniciado inmediatamente (Atyeo et al., 2017).

➤ En Sololá, algunas madres citaron justificaciones para amamantar relacionadas con la salud, afirmando que la leche materna proporcionaba “vitaminas” para el bebé o limpiaba su estómago. Otras señalaron que recibieron consejos sobre la importancia del calostro (Atyeo et al., 2017).

➤ En San Marcos, la razón más común para introducir otros líquidos fue para hidratar al bebé mientras se esperaba el inicio de la lactancia. Si bien la mayoría de las madres iniciaron la lactancia el mismo día del nacimiento, alrededor de un tercio introdujo otros líquidos dentro de los primeros tres días de vida. Muchas mujeres nos dijeron que no tenían “nada” en sus senos, lo que sugiere que tal vez no hayan reconocido su producción de calostro ni entiendan sus beneficios para la salud del bebé. Otra razón frecuente para ofrecer otros líquidos fue calmar a un niño enfermo o irritado. Más de un tercio de las encuestadas dijeron haber ofrecido agua de anís en algún momento dentro de los primeros tres meses del niño por estas

u otras razones. Otras les dieron atoles de varios tipos, agua caliente, infusiones de hierbas o café. Estas bebidas se ofrecían típicamente con azúcar, fuera en biberón o con una cuchara (Stachel & Dean, 2006).

➤ Una mujer explicó: *“comencé a amamantar después de dos días, pero antes le di agua caliente con una taza y una cuchara. Lavé bien la cuchara con agua caliente y luego le di la cucharada de agua al bebé”*. Algunas mujeres eran conscientes de la necesidad de hervir el agua, pero posiblemente de manera inadecuada. Otras dijeron haber calentado el agua durante dos o tres minutos. Solo dos dijeron que hirvieron el biberón durante unos diez minutos. No se mencionó la esterilización de los utensilios usados para dar agua a los bebés (Stachel & Dean, 2006).

➤ En una revisión sobre prácticas de alimentación infantil en el norte de Centroamérica se encontró puntos de vista dicotomizados sobre el calostro: algunas madres creían que “limpia el estómago”, mientras que otras lo veían dañino. Las madres que no creían que la leche materna pudiera transmitir emociones negativas y enfermedades a los niños tenían mayores probabilidades de establecer un inicio temprano de lactancia (Deeney & Harris-Fry, 2020).

➤ Las creencias maternas sobre la alimentación determinaron el momento y los tipos de alimentación complementaria, pues las creencias en torno a las propiedades frío/caliente de los alimentos perduran. Por ejemplo, se creía que dar aceite o agua azucarada “enfriaba al bebé del proceso de nacimiento” y preparaba al niño para la leche materna (Deeney & Harris-Fry, 2020).

➤ Se ha encontrado que los cambios demográficos y económicos, como los que afectan a la población en Sololá, están asociados con cambios en la duración de la lactancia materna en varias poblaciones indígenas. La literatura sobre este tema destaca que los pueblos indígenas están experimentando rápidos cambios en sus entornos nutricionales, de salud y de políticas, en su acceso y actitudes hacia la atención biomédica y en sus actitudes hacia el trabajo, la crianza de los hijos y los roles de género. Más importante aún, estos estudios muestran que cada uno de estos tipos de cambios afecta la capacidad y el deseo de amamantar (McKerracher et al., 2020).

➤ La creencia predominante es que la lactancia materna debe suspenderse ante un nuevo embarazo, pues *“cuando estamos embarazadas, la leche materna enferma a los niños”*. Esto implica que en muchos casos se suspende la lactancia antes del segundo año del niño (Stachel & Dean, 2006).

➤ A nivel popular se piensa que las actividades de la madre pueden alterar la calidad de la leche materna. Por un lado, la leche puede *resfriarse* cuando la mujer ingiere alimentos fríos, lo cual produce vómitos, dolor de estómago o diarrea. En forma similar, la leche también puede *calentarse* y también enfermar al niño, pues las emociones fuertes como los “sustos” o “cóleras” también pueden alterar la calidad y cantidad de la leche y no es inusual que después de un episodio de leche agitada se destete. No obstante estos cambios, en San Marcos, la mayoría de las mujeres dijeron que no había ninguna enfermedad que obligara a suspender la lactancia (Hernández Monzón, 2018; Saenz de Tejada, 2013).

➤ Los líquidos se introducen de forma precoz por dos razones: como alimentación preláctea (la cual puede sustituir o complementar el calostro) y por razones terapéuticas (desde el punto de vista de la madre). En algunos lugares es frecuente el uso de laxantes (aceite de chicoreo, olivo o ricino), los cuales se utilizan principalmente para limpiar el estómago del recién nacido,

pero no está bien documentado su uso. Como sustituto del calostro se ofrece té de anís y agua azucarada, dado que se piensa que el calostro es una leche rala e inmadura que resulta insuficiente para las necesidades del niño. Aunque las madres tienden a pensar que la leche materna es el mejor alimento para los bebés, también consideran que es necesario introducir agua para saciar la sed (la creencia usual es que la leche materna alimenta, pero no calma la sed) y, más comúnmente, agüitas para curar o prevenir una variedad de males digestivos, como cólicos y empachos. Además, algunas madres consideran necesario proporcionar líquidos para regular la temperatura interna o restablecer el balance frío-caliente (Saenz de Tejada, 2013).

➤ La plasticidad en la lactancia materna de cualquier tipo parece, al menos en la muestra de Sololá, estar mediada por diferentes mecanismos. La LME puede estar bajo el control cultural de alta fidelidad, y la lactancia materna en general puede responder al contexto socio ecológico individual. Esta diferencia implica que los diferentes eventos en el proceso de destete, aunque a menudo se interpretan como indicadores vinculados a las negociaciones materno-infantiles sobre la inversión materna, en realidad pueden estar sujetos a presiones y/o restricciones de selección muy diferentes. Tratar estos dos eventos, junto con otros hitos en el proceso de destete, como eventos independientes, podrían ofrecer nuevos conocimientos sobre cómo estos hitos dan forma y son moldeados por la fisiología y estrategias de aprendizaje (cultural) (McKerracher et al., 2020).

➤ Entre las participantes en este estudio en Sololá, la variación en cualquier tipo de lactancia materna no pareció estar directamente influenciada por las normas culturales o por el modo de aprendizaje cultural, a excepción de la LME (McKerracher et al., 2020).

➤ La introducción de atoles y otras leches obedece a otra lógica cultural: las madres sienten que a medida que el niño crece su propia producción de leche resulta insuficiente y necesitan “ayudarse” para lograr que el niño satisfaga su apetito y crezca como es debido. La percepción que los atoles “preparan” al estómago para que pueda más fácilmente digerir los alimentos que se les estarán ofreciendo en un futuro cercano es muy difundida. Estos se ofrecen una o dos veces al día; los más comunes son de masa, maicena, Incaparina y avena. Los atoles tienden a estar muy diluidos y son de baja densidad energética (Olney et al., 2012; Saenz de Tejada, 2013).

- Valores

- Percepción de riesgo

- Percepción de gravedad

- Percepción de las normas

- Autoimagen

- Locus de control

INDIVIDUAL: EMOCIONAL

- Respuesta emocional

- Empatía

- Autoeficacia

INDIVIDUAL: SOCIAL

- Apoyo social

- Abogacía personal

HOGAR

- Madre, cuidadora

- Padre, pareja

➤ El conocimiento sobre lactancia materna tuvo como factores influyentes haber recibido información previa, tener esposo como jefe del hogar y una edad materna de 20 a 34 años. En San Juan Ostuncalco, el jefe de hogar fue un factor influyente en el conocimiento. Se encontró que la presencia del esposo estaba relacionado a un mejor conocimiento. Las señoras comentaban que cuando el esposo no era el jefe del hogar, ellas debían dedicar más tiempo al trabajo del campo o a “hacer mandados importantes”, por lo que no iban al puesto de salud con frecuencia o no se encontraban al momento de las visitas familiares, mientras que cuando el esposo es el jefe del hogar, podían dedicar más tiempo a sus hijos. Es por ello que un hogar donde el jefe es el esposo puede permitir que la madre tenga más acceso a la información brindada por el servicio de salud (Hernández Monzón, 2018)

- Suegra, abuelas

➤ Encontramos un predominio de estudios sobre las creencias y percepciones de las madres sobre los alimentos y la leche materna, la influencia de los familiares (especialmente las abuelas paternas) y la falta de recursos de las madres en las prácticas de lactancia materna y alimentación infantil (Deeney & Harris-Fry, 2020).

- Comunicación familiar

- Toma de decisiones

- Distribución de tareas

➤ Los estudios encontraron consistentemente que el trabajo de las madres dentro o fuera del hogar restringió su tiempo para la lactancia materna y su empleo disminuyó la exclusividad y la duración de ésta (Deeney & Harris-Fry, 2020).

➤ Las revisiones internacionales han encontrado que las transferencias de efectivo o en especie (alimentos) mejoran la diversidad dietética, pero los efectos sobre los indicadores de lactancia materna son dispares. Esto puede deberse a que la relación entre riqueza y lactancia materna es más compleja, ya que la pobreza se asocia con lactancia prolongada y los costos de la lactancia materna se manifiestan más en términos de tiempo y energía materna que en el presupuesto del hogar (Deeney & Harris-Fry, 2020).

- Normas sociales

➤ Durante las discusiones con los participantes y personal del proyecto se exploró el apoyo de PAISANO a la LME y las razones por los logros limitados alcanzados. El análisis de barreras señala la práctica común de dar infusiones para aliviar cólicos o fiebre y la influencia de los abuelos y las suegras en mantener estas prácticas. El personal y los voluntarios citaron los esfuerzos de PAISANO para involucrar a las madres y otros miembros de la familia en el cambio de estas normas, pero señalaron que tales prácticas están profundamente arraigadas, lo que sugiere que se requieren estrategias programáticas adicionales (ICF Macro, 2019).

- Violencia

- Apoyo y recursos

➤ La mayoría de padres y abuelas entrevistadas expresaron su apoyo a la LME hasta los 6 meses para promover la salud, la fuerza y el crecimiento de los niños (Olney et al., 2012).

- Estimación de costos

- Servicios de WASH

COMUNIDAD

- Líderes

- Participación comunitaria

➤ En Huehuetenango se analizó si las madres de comunidades con un programa de salud comunitaria habían aumentado su conocimiento sobre la lactancia materna en comparación con las madres en comunidades estos programas. Nuestros resultados muestran que la exposición a estos programas predijo una mayor probabilidad de reportar motivaciones basadas en el conocimiento para la lactancia materna, proporcionando evidencia de que la información se ha difundido en todas estas comunidades (Little et al., 2019).

➤ Se encontró que el conocimiento sobre la lactancia materna fue un predictor de la LME, el uso de la planificación familiar y la consulta prenatal. Sin embargo, al agregar en el modelo la exposición al programa de salud comunitaria, encontramos que esas asociaciones fueron significativas solo para la planificación familiar. Esto indica que el conocimiento de la lactancia materna estaba sirviendo como un indicador de la exposición a la salud comunitaria: las mujeres que estuvieron expuestas al programa tenían un mayor conocimiento de la lactancia materna y tenían más probabilidades de seguir la planificación familiar (Little et al., 2019).

➤ La participación en el programa de salud comunitaria fue un predictor del puntaje de conocimiento sobre lactancia materna. El estar directamente involucrada en un programa de salud, así como simplemente provenir de una comunidad con este programa, predijeron un puntaje más alto. Vivir en una comunidad con este tipo de programas se asoció con un aumento de 3,23 en el conocimiento de la lactancia materna (Little et al., 2019).

➤ Este resultado sugiere que las asociaciones entre el conocimiento de la lactancia materna y la LME y la atención prenatal se atribuyen a estar en una comunidad con un programa de salud y no a al conocimiento de la lactancia materna que se podría adquirir de forma independiente. También encontramos que, en todos los casos, tanto estar en una comunidad con un programa de salud como haber participado personalmente en las actividades del programa fueron fuertes predictivos de los tres comportamientos (Little et al., 2019).

- Organizaciones

- Capital social

➤ La educación por sí misma, y las combinaciones de educación, capacitación e intervenciones de apoyo social, tuvieron efectos mixtos sobre la lactancia materna. Los estudios más recientes no fueron consistentemente más efectivos. Los grupos de apoyo de madre a madre no tuvieron efecto sobre el inicio temprano o la LME (Deeney & Harris-Fry, 2020).

➤ Entre las madres de cuatro comunidades en El Progreso se encontró factores adicionales al nivel materno y comunitario, no necesariamente relacionados con la escolarización, tales como la paridad, edad, comunidad y ocupación, que tienen una influencia significativa en las prácticas de alimentación infantil en las zonas rurales de Guatemala, donde los bajos niveles de escolaridad son la norma. Específicamente, observamos que las madres multíparas y aquellas entre 23 y 27 años tenían más probabilidades de iniciar la LME. Entre las multíparas puede haber una mayor consulta prenatal y de atención médica, mayor experiencia con la lactancia materna y puede que participen más en redes de apoyo a las madres en comparación con las primíparas, adolescentes o madres mayores. Por lo tanto, las multíparas podrían estar menos inclinadas a dar la alimentación preláctea tradicional (Webb et al., 2009).

- Acceso a recursos

- Normas sociales

➤ Los hallazgos sobre la LME son consistentes con la hipótesis de que ésta (según la reportan las madres) se maneja por las normas culturales en lugar de a través de la interacción individuales madre-hijo a las condiciones socio ecológicas a nivel del hogar (McKerracher et al., 2020).

- Violencia

- Eficacia colectiva

SERVICIOS

- Proveedores

➤ Se halló una asociación entre las madres que hablaban mam y dar el pecho en la primera hora, pero no entre hablar mam y conocimientos sobre lactancia. Se buscó la razón de por qué este grupo tenía mejor apego a la práctica y se encontró que tenían una mayor frecuencia quienes hablaban mam y daban a luz con la una comadrona (Hernández Monzón, 2018).

➤ Un estudio reciente sobre las creencias sobre lactancia de las comadronas de Concepción Chiquirichapa señala que, si bien consideran que el calostro es necesario por ser “la primera vacuna”, ellas también recomiendan el uso de una variedad de agüitas “para calentar el estómago”, del agua para calmar la sed desde el momento del nacimiento y el uso de atoles a partir de los cuatro meses porque “es bueno para su estomaguito” (Saenz de Tejada, 2013).

- Suministros

➤ Las participantes en los grupos focales sabían que la LME era promovida por SEGAMIL y ninguna quería admitir que no la había seguido. Los promotores de salud afirmaron que la introducción de con agua y otros líquidos es una práctica cultural arraigada que ha sido muy difícil de cambiar. También señalaron que las madres a veces dan tés medicinales a los bebés cuando están enfermos porque los medicamentos no siempre están disponibles en

- Acceso

Comunicación interpersonal

- Destrezas técnicas

- Calidad

- Productos, tecnologías

las clínicas del MSPAS (ICF Macro, 2019).

➤ Las actividades de los hospitales amigos de los niños que incluyen demostraciones de la extracción de leche, alargaron la LME en una institución, pero no en otras (Deeney & Harris-Fry, 2020).

➤ Las enfermeras y los facilitadores enfatizaron la importancia de la higiene personal y doméstica. Una de facilitadoras también mencionó dar consejos sobre la importancia del calostro para la prevención de enfermedades y las enfermeras discutieron más a fondo la importancia de las vacunas para prevenir enfermedades (Olney et al., 2012).

➤ La capacitación de proveedores de salud y la introducción de un sistema de gestión de la información aumentaron el porcentaje de niños amamantados dentro de los primeros 30 minutos (del 57% al 70%) (Deeney & Harris-Fry, 2020).

➤ Más del 85% de los proveedores de salud declararon que los bebés deben ser puestos en el pecho dentro de la primera hora de vida y que se les debe dar calostro. Cuando se les preguntó si los niños menores de 6 meses de edad podrían recibir agua u otros líquidos, el 85% respondió que no se les debe dar agua, y el 71% dijo que no se les deben dar otros líquidos. Si bien un alto porcentaje del personal de salud (89%) declaró que sabía por qué la LME era importante, había un número sustancial de personal de salud (29%) que pensaba que los niños podrían recibir agua u otros líquidos antes de los 6 meses de edad. Esto indica que es posible que no entiendan claramente la definición de LME (Richter et al., 2011).

➤ En general, los proveedores de salud tenían un buen conocimiento de las recomendaciones sobre el inicio de la lactancia materna, la duración de la LME, la edad para la introducción de alimentos complementarios y la prevención y el tratamiento de la diarrea (Olney et al., 2012).

➤ Existen preocupaciones teóricas sobre la asociación entre el uso de la píldora oral combinada durante las primeras 3 semanas después del parto y el riesgo de trombosis de la madre. Además, en los primeros 6 meses después del parto, el uso de métodos orales combinados puede disminuir la producción de leche, afectando la duración de la lactancia (Kestler et al., 2011).

ESTRUCTURAL

- Pobreza

- Transporte

- Empleo

- Geografía

- Educación, edad

➤ Una menor riqueza no estuvo siempre asociada a malas prácticas de alimentación; un estudio señaló que las mujeres más pobres tenían un mayor uso del calostro porque ellas no podían pagar alimentos alternativos para el recién nacido (Deeney & Harris-Fry, 2020).

➤ Los resultados de la línea de base en Baja Verapaz señalan que las madres embarazadas y las madres mayores tienen menos probabilidades de seguir la LME. Específicamente, la probabilidad de amamantar exclusivamente durante los primeros seis meses de vida disminuye alrededor de un 55% para madres embarazadas y un 6% por cada 10 años de edad de la madre. En general, las madres que trabajan y aquellas que tienen un mayor

nivel de educación son menos propensas a dar LME durante los primeros seis meses en comparación con las que no trabajan y con aquellas que poseen educación primaria incompleta. No hay resultados significativos en términos de ingreso del hogar, pero las madres en hogares más pobre presentan una menor probabilidad de dar LME durante los primeros seis meses de vida (Gonzalez Acero et al., 2019).

➤ La edad de la madre está relacionada con un mejor conocimiento sobre la lactancia materna, siendo mayor el conocimiento en las madres de 20 a 34 años, que las madres muy jóvenes (menores de 20 años) y las madres añosas (35 o más años) (Hernández Monzón, 2018).

➤ Los efectos de la escolarización materna no se comprenden bien. En entornos más prósperos, una mayor educación materna se correlaciona con una mayor iniciación y duración de la lactancia materna y una duración mayor de la LME. Sin embargo, en los países en desarrollo, donde la escuela primaria para las mujeres puede no ser universal, los efectos de la escolarización en la iniciación y duración óptimas de la lactancia materna son equívocos (Webb et al., 2009).

➤ Utilizando una serie de pruebas de rendimiento académico validadas y confiables para cuantificar las habilidades académicas, observamos que los puntajes más altos en estas pruebas no se asociaron a una mayor iniciación de la LME o a la introducción oportuna de la alimentación complementaria, después de tener en cuenta la escolaridad y trabajo maternos y el nivel socio económico del hogar (Webb et al., 2009).

➤ Las madres con > 3 a ≤ 6 años de escolaridad tenían casi 4 veces más probabilidades de iniciar la LME comparado con las madres con < 1 año de escolaridad, independientemente de las características maternas e infantiles, el trabajo materno, las habilidades académicas y el nivel socio económico del hogar (Webb et al., 2009)

- Etnicidad

- Normas sociales

- Medios masivos

- Infraestructura de WASH

- Migración

- Seguridad

➤ Sospechamos que la LME no está estadísticamente asociada a la Modscore debido al contexto local (una historia reciente de guerra civil y alta mortalidad infantil), el cual generalmente ha requerido una estricta adherencia a las normas de la LME para amortiguar a los bebés contra estos riesgos extremos (McKerracher et al., 2020).

- Agricultura

- Seguridad alimentaria

- Sistemas de salud

- Gobernanza

INTERVENCIONES

- Enfoque

- El proyecto en Huehuetenango enfatizó la estrategia de utilizar grupos de apoyo para madres lactantes (Círculos de madres lactantes) y Voluntarios de Grupos de Cuidado para monitorear y alentar este comportamiento a nivel del hogar (Perry et al., 2016).
- El proyecto PROCOMIDA preparó un módulo sobre LME, el cual incluyó ocho lecciones sobre su importancia, la iniciación inmediata, el uso de calostro, la higiene adecuada para las madres lactantes y los beneficios de la lactancia materna para la madre lactante y el niño (Heckert et al., 2018).
- En Guatemala, el conocimiento de la LME aumentó entre las madres que recibieron mensajes SMS dos veces por semana sobre la lactancia materna. Además, dos estudios evaluaron la viabilidad de los recordatorios por SMS para mejorar la cobertura de inmunización. En Guatemala, no se encontraron diferencias significativas en la cobertura entre los grupos de intervención y control, pero las participantes valoraron el servicio de recordatorio, con más miembros del grupo de intervención expresando su disposición a pagar por él (Mildon & Sellen, 2019).
- En contraste con las intervenciones diseñadas para estudios de investigación, que generalmente se centran en un número muy limitado de resultados, las aplicaciones programáticas de la mensajería directa generalmente abarcan múltiples temas de salud materno infantil. Este tipo de servicios se ha lanzado a gran escala a través de asociaciones público-privadas en varios países de Asia y África. Este tipo de asociaciones son esenciales para lograr una implementación sostenida a escala, pero difíciles de construir y mantener, ya que no es fácil alinear los objetivos y perspectivas de las diversas partes interesadas. Estos programas a gran escala entregan mensajes SMS a teléfonos personales, con contenido adaptado a la etapa de embarazo o edad del hijo del suscriptor. El alto número de suscriptores indica aceptabilidad y demanda de los servicios, pero hasta la fecha hay evidencia limitada de su efectividad para mejorar las prácticas de salud (Mildon & Sellen, 2019).

- Resultados

- Los resultados del análisis de determinantes del conocimiento sugieren que la educación, la riqueza y las mejores habilidades blandas [empoderamiento, perseverancia y autoestima] están altamente correlacionadas con un mayor nivel de conocimiento, pero estas características no se traducen necesariamente en mejores prácticas, en particular para la LME. Las mujeres embarazadas son quienes que tienen menos probabilidades de practicarla (Gonzalez Acero et al., 2019).
- Los suplementos de alta energía (vs baja energía) ofrecidos a las madres aumentaron la LME a las 20 semanas después del parto (96% vs. 84%) (Deeney & Harris-Fry, 2020).
- El inicio inmediato de la lactancia materna fue reportado por el 69% de las madres en las comunidades con programas de salud comunitarios y por el 71% de las madres de comunidades en las que no lo tenían (Little et al., 2019).
- Aproximadamente la mitad de las madres (52%) dieron una razón basada en el conocimiento para amamantar a sus hijos, mientras que el 24% dio una razón basada en el contexto y el 24% no estuvo de acuerdo. Al preguntar si las madres deben amamantar a sus bebés cuando éste lo desee, el 48% ofreció una motivación basada en el conocimiento, el 28% dio una razón basada en el contexto y el 25% no estuvieron de acuerdo. Al preguntar respecto a si las madres deben amamantar si el niño está intranquilo, el 33% dio una razón

basada en el conocimiento, el 30% dio una razón basada en el contexto y el 36% no estuvo de acuerdo. Para la pregunta sobre si las madres deben amamantar exclusivamente a sus bebés, el 30% de las madres dieron una razón basada en el conocimiento, el 34% respondió con una razón basada en el contexto y el 36% no estuvo de acuerdo (Little et al., 2019).

➤ La LME fue practicada por el 80% de las madres en las comunidades del programa de salud comunitaria, en comparación con el 38% del grupo control. No hubo diferencias en la iniciación inmediata entre madres provenientes de comunidades con programas de salud con las que no lo tenían (69% vs. 71%; (Little et al., 2019).

➤ Las mayores disminuciones detectadas por los “censos” antropométricos en retardo del crecimiento y bajo peso fueron en los niños de 0 a 5 meses en el Área de Fase 1: el retraso en el crecimiento disminuyó de 26.9% en junio de 2013 a 14.6% en noviembre de 2014 y el bajo peso disminuyó de 12.3% a 3.0%. Estos cambios coincidieron con un aumento en el porcentaje de niños de 0 a 5 meses de edad que fueron amamantados exclusivamente durante 6 meses completos. El monitoreo cercano de la LME de las mujeres participantes en los Grupos de Cuidado (Comunicadoras) y Facilitadores Comunitarios mostró que en el municipio de San Sebastián Coatlán el porcentaje de niños que recibieron LME durante sus primeros 6 meses de vida aumentó de 16% en mayo de 2013 a 48% en noviembre de 2014 y en el municipio de Santa Eulalia, del 35% en mayo de 2013 al 60% en abril de 2014 (Perry et al., 2016).

➤ FANTA colaboró con el Proyecto de Políticas de Salud y Educación (HEPP, por sus siglas en inglés) financiado por USAID para adaptar el curso de educación a distancia de nutrición para líderes de la sociedad civil. FANTA centró este curso en las acciones esenciales de nutrición y lo que la sociedad civil puede hacer para abogar por estas acciones en los servicios de salud. En julio de 2015, 69 participantes de la sociedad civil de 30 municipios del Altiplano completaron con éxito el curso de 6 meses. Los participantes mejoraron su conocimiento de la nutrición materno infantil y su importancia para la salud en 24 puntos porcentuales. Los participantes dijeron que no solo habían adquirido conocimientos, sino que también obtuvieron nuevas ideas sobre cómo ser catalizadores del cambio en sus comunidades, por ejemplo, monitoreando la prestación de servicios de nutrición durante las auditorías sociales y presentando sus hallazgos a los tomadores de decisiones locales para que la nutrición materna e infantil siga siendo una prioridad política (Richter et al., 2011).

➤ A pesar del alto porcentaje de mujeres que ya conocían estas buenas prácticas, PROCOMIDA tuvo un impacto positivo en el conocimiento de las prácticas óptimas de lactancia materna temprana. El programa impactó significativamente el porcentaje de madres que mencionaron la amenorrea de la lactancia como un beneficio de la LME (Heckert et al., 2018).

➤ La LME disminuyó con el tiempo a niveles subóptimos a los 4 y 6 meses de edad. En la encuesta de 6 meses, fue observada solo por el 41% de los niños. Este porcentaje disminuyó en todos los brazos del estudio de 1 a 6 meses, pero disminuyó a un ritmo más lento en los brazos de tratamiento en comparación con el brazo de control, y hubo un impacto del programa en el mantener la LME en las encuestas a los 4 y 6 meses (Heckert et al., 2018).

➤ A pesar de la promoción de PAISANO de la LME, ésta no cambió. Al final, el 67% de los niños menores de 6 meses la observaron, por debajo del objetivo del 74%. La falta de mejoría en la prevalencia de bajo peso en niños menores de 6 meses puede estar relacionada con la falta de progreso de la LME, pero no fue posible determinar una correlación debido a los pequeños tamaños de la muestra (ICF Macro, 2019).

- Para abordar el persistente problema de la desnutrición infantil en el Altiplano se recomienda explorar la lenta mejora de la LME, las enfermedades diarreicas frecuentes, la infraestructura deficiente de agua y saneamiento y la disponibilidad de una atención de la salud culturalmente aceptable y de calidad que facilite la búsqueda de atención médica. Para la alimentación infantil en particular, el progreso significativo en la alimentación complementaria contrasta con la incapacidad de mejorar las tasas de LME, lo que señala la necesidad de comprender más profundamente las limitaciones y oportunidades que enfrentan en estos dos temas que justifican diferentes enfoques para apoyar los cambios en el comportamiento (ICF Macro, 2019).
- Las intervenciones de consejería sobre lactancia materna podrían ser más efectivas al abordar las capacidades, oportunidades y motivaciones identificadas en nuestra revisión. Por ejemplo, discutir las recomendaciones de lactancia materna, los beneficios del calostro, cómo saber que la producción de leche materna es suficiente, cómo amamantar durante la enfermedad y cómo continuar amamantando mientras se trabaja (Deeney & Harris-Fry, 2020).
- Se debe seguir apoyando los cursos modulares integrales, como el curso de educación a distancia de nutrición materno infantil (Richter et al., 2011).

DATOS, COMPORTAMIENTOS

- Los estudios de la década de 1990 tenían como objetivo determinar la duración óptima de la LME y comprender su efecto en la aceptación de la alimentación complementaria. La promoción de la LME durante los primeros 4 meses, seguida del suministro de alimentos complementarios (en comparación con una duración de la LME de 6 meses), se asoció con las mismas o menores frecuencias de lactancia materna y la disminución de la duración de la lactancia materna y la ingesta de leche materna a las 26 semanas. La LME a los 6 meses no afectó la aceptación de alimentos a los 9 o 12 meses (Deeney & Harris-Fry, 2020).
- La práctica usual en todo el país es amamantar sobre demanda, de día y de noche y de ambos pechos. La costumbre es ofrecer el pecho cada vez que el niño llora o lo solicita, por todo el tiempo que éste quiera succionar, con frecuencia cada dos o tres horas. En los departamentos del noroccidente se encontró que la media era dar de mamar siete veces al día (Saenz de Tejada, 2013).
- El 62% de las madres dijo haber iniciado la lactancia inmediatamente. De las 38 mujeres encuestadas con un hijo menor de 6 meses, el 75% dijo dar LME (Hernández Monzón, 2018).
- El 39% de las mujeres en esta muestra en Sololá fueron más propensas a reportar la introducción de líquidos y sólidos complementarios, poniendo fin a la LME a los 6 meses de edad (McKerracher et al., 2020).
- Aunque el inicio de la lactancia materna fue universal y el inicio de la LME y la lactancia predominante fue alto, 86% y 93%, respectivamente, la mediana de duración en esta muestra de mujeres fue de 8 y 141 días, respectivamente. Entre las madres que iniciaron con lactancia predominante (n = 259), el 46% inició la alimentación complementaria de manera oportuna, el 33% la inició antes de los 3,5 meses (temprano) y el 21% después de los 6,5 meses. Un año después del parto, el 87% de las mujeres dijeron seguir amamantando a sus bebés (Webb et al., 2009).

➤ La mitad de las puérperas tempranas del área urbana dijeron que sus bebés estaban bebiendo otros líquidos además de la leche materna, especialmente agua hervida, agua azucarada, infusión de anís y fórmula infantil. En área rural, solo una madre había ofrecido otros líquidos (fórmula para bebés; (García & Solomons, 2011).

➤ La lactancia materna se practicaba universalmente y bajo libre demanda. Los bebés generalmente se llevan en la espalda de la madre y se pueden mover fácilmente a una posición adecuada para la lactancia. Los bebés duermen con sus madres por la noche y reciben alimentación adicional. Casi un tercio de las participantes indicaron una intención de amamantar durante 18 meses. Se les preguntó a las madres si ofrecían a sus bebés algo más que leche materna durante sus primeros tres meses de vida. Inicialmente, todas indicaron que solo daban leche materna, pero al profundizar casi todas las participantes admitieron dar otros líquidos (Stachel & Dean, 2006).

➤ Según los resultados de la encuesta, la prevalencia de la LME hasta los 6 meses de edad entre los niños de 6 a 23 meses de edad fue de alrededor del 54%; cifra que incluye a unos pocos niños (10 por ciento) que continuaron con la LME después de los 6 meses de edad (Olney et al., 2012).

➤ A pesar de los esfuerzos actuales para promover la lactancia materna en todo el mundo, el destete temprano sigue siendo común y pocos niños reciben LME hasta los 6 meses. Una revisión reciente encontró que el apoyo a la lactancia materna es complejo e involucra factores individuales, estructurales y ambientales (Pimentel et al., 2020).

➤ No hubo cambios significativos en la proporción de niños menores de 6 meses que recibieron LME: 61% al inicio y 64% en la línea final (ICF Macro, 2019).

➤ En términos generales, la LME es poco observada y, según datos de la ENSMI 2008-9, el 72% de los niños indígenas de tres a cinco meses reciben otros líquidos (a nivel nacional la proporción es 56%). Un estudio en Quetzaltenango subraya la introducción temprana de agüitas: la mitad de los niños de la muestra las recibían antes de las nueve semanas (Saenz de Tejada, 2013).

INVESTIGACIÓN

- Brechas

➤ La LME no mejoró y parece estar disminuyendo en Guatemala. Esto requerirá más investigación y análisis, así como desarrollo de proyectos estratégicos (ICF Macro, 2019).

- Cuadros de interés

➤ Apéndice 2. Porcentaje de madres que respondieron correctamente a las preguntas de la encuesta de conocimiento (Gonzalez Acero et al., 2019).

➤ Cuadro 5.4. Prácticas prometedoras de lactancia materna (Olney et al., 2012).



REFERENCIAS

- Atyeo, N. N., Frank, T. D., Vail, E. F., Sperduto, W. A. L., & Boyd, D. L. (2017). Early Initiation of Breastfeeding among Maya Mothers in the Western Highlands of Guatemala: Practices and Beliefs. *Journal of Human Lactation*, 33(4), 781–789. <https://doi.org/10.1177/0890334416682729>
- Deeney, M., & Harris-Fry, H. (2020). What influences child feeding in the Northern Triangle? A mixed-methods systematic review. *Maternal and Child Nutrition*, 16(4), 1–25. <https://doi.org/10.1111/mcn.13018>
- García, R., & Solomons, N. W. (2011). *The “Cuarentena” Perceptions and practices of maternal care during early postpartum period among Mayan women from the Guatemalan Western Highlands.*
- Gonzalez Acero, C., Martinez, S., Winters, S., & Pérez-Expósito, A. (2019). *SPOON : Programa continuo para mejorar la nutrición : SPOON : Programa continuo para mejorar la nutrición :*
- Heckert, J., Leroy, J., Bliznashka, L., Olney, D., & Richter, S. (2018). *Strengthening and evaluating the preventing malnutrition in children under 2 years of age approach: Guatemala follow-up report.*
- Hernández Monzón, J. R. (2018). *Conocimientos y prácticas sobre lactancia materna en madres de niños menores de 2 años.* Universidad de Rafael Landívar.
- ICF Macro. (2019). *Final Performance Evaluation of the Food for Peace PAISANO Development Food Assistance Project in Guatemala. Final Evaluation Report.*
- Kestler, E., Del Rosario Orozco, M., Palma, S., & Flores, R. (2011). Initiation of effective postpartum contraceptive use in public hospitals in Guatemala. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 29(2), 103–107. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892011000200005>
- Little, E. E., Polanco, M. A., Baldizon, S. R., Wagner, P., & Shakya, H. (2019). Breastfeeding knowledge and health behavior among Mayan women in rural Guatemala. *Social Science and Medicine*, 242(August), 112565. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112565>
- McKerracher, L. J., Nepomnaschy, P., Altman, R. M. K., Sellen, D., & Collard, M. (2020). Breastfeeding Duration and the Social Learning of Infant Feeding Knowledge in Two Maya Communities. *Human Nature*, 31(1), 43–67. <https://doi.org/10.1007/s12110-019-09358-0>
- Mildon, A., & Sellen, D. (2019). Use of mobile phones for behavior change communication to improve maternal, newborn and child health: A scoping review. *Journal of Global Health*, 9(2). <https://doi.org/10.7189/jogh.09.020425>
- Olney, D., Arriola, M., Carranza, R., Leroy, J., Richter, S., Harris, J., Ruel, M., & Becher, E. (2012). *Report of formative research conducted in Alta Verapaz, Guatemala, to help Inform the health-strengthening activities and the social and behavior change communication strategy that will be implemented through the Mercy Corps PM2A Program – PROCOMIDA.*
- Perry, H. B., Valdez, M., Stollak, I., & Llanque, R. (2016). *Focused Strategic Assessment: USAID Child Survival and Health Grants Program: “Community-based, impact-oriented child survival in Huehuetenango, Guatemala.”*
- Pimentel, J., Ansari, U., Omer, K., Gidado, Y., Baba, M. C., Andersson, N., & Cockcroft, A. (2020). Factors associated with short birth interval in low- And middle-income countries: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2852-z>
- Ramírez, M., Mazariegos, L. M., & Sáenz de Tejada, S. (2016). *Estudio de Casos: Reducción de la desnutrición crónica en Totonicapán y Huehuetenango.*
- Richter, S., Harris, J., Leroy, J., Olney, D., & Ruel, M. (2011). *Strengthening and evaluating the “Preventing malnutrition in children under two years of age approach” (PM2A) in Guatemala: Cross-Sectional Baseline Report.*
- Saenz de Tejada, S. (2013). *Análisis de la situación: Revisión bibliográfica de 18 comportamientos prioritarios.*
- Stachel, L., & Dean, R. (2006). *Factors contributing to the nutritional status of mothers and young children in rural Guatemala* (Issue January).
- Webb, A. L., Sellen, D. W., Ramakrishnan, U., & Martorell, R. (2009). Maternal years of schooling but not academic skills is independently associated with infant-feeding practices in a cohort of rural Guatemalan women. *Journal of Human Lactation*, 25(3), 297–306. <https://doi.org/10.1177/0890334408330449>



CUADRO 2: ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (AC)

INDIVIDUAL: COGNITIVO

- Conocimientos

- La pobreza, el mal acceso a la tierra, la falta de PF, las inclemencias del tiempo, las crisis financieras y la delincuencia dan como resultado un acceso reducido o inestable a los alimentos. Sin minimizar su importancia, estos factores no son los únicos en la continuidad de la desnutrición y la inseguridad alimentaria. El desconocimiento salud y nutrición y “no saber cómo usar sus recursos” fue citada por los profesionales, casi unánimemente, como la razón principal citada para su persistencia, lo cual subraya el papel importante del conocimiento inadecuado sobre la alimentación (Fenton, 2013).
- La dieta de los bebés, hasta los 6 a 8 meses, consiste predominante en leche materna; la AC temprana es poco practicada; en Alta Verapaz, por ejemplo, un bajo porcentaje (13%) la inició antes de los 6 meses. Después se comienza a introducir una variedad de alimentos, principalmente papilla de maíz, puré de verduras y papilla de Incaparina. Cerca del 15% de las madres dijeron que había que introducir frijoles, huevos y caldo de pollo durante el segundo semestre de vida. Más del 90% sabía que a los 9 meses deberían consumir alimentos sólidos o semisólidos, pero este conocimiento no tuvo un impacto consistente (Heckert et al., 2018; McKerracher et al., 2020; Olney et al., 2012; Stachel & Dean, 2006).
- Menos de un tercio de las madres sabían que un niño enfermo debía ser amamantado más de lo normal y la gran mayoría no sabía que los niños enfermos mayores de 6 meses deberían recibir más alimentos y líquidos de lo habitual (Heckert et al., 2018).
- Las frutas y verduras se saben “nutritivas” o “llenas de vitaminas”, pero su consumo es de apenas dos porciones al día. Es más, cuando se presentó un escenario hipotético, esta cifra casi no varió. Es decir, incluso cuando el dinero no es un problema y la salud se plantea como el objetivo principal, la mayoría no posee el conocimiento adecuado (Fenton, 2013).
- Según el análisis de regresión, las madres que aprendieron de fuentes de menor fidelidad (por ejemplo, el aprendizaje de prueba y error) tendían a reportar una LME mayor a los 6 meses recomendados. No se encontró evidencia de que la duración de la LME esté asociada con nuestro indicador de modernización económica y demográfica (McKerracher et al., 2020).
- Las madres guatemaltecas aseguran que sus hijos, a partir de los ocho o nueve meses, comen con la misma frecuencia que los adultos, tres veces al día. Algunas madres ofrecen pequeñas meriendas: usualmente algún líquido ralo y endulzado (usualmente café, atol o refresco), a veces pan dulce, fruta (banano o naranja) y “galguerías” (en una encuesta señaló que el 30% de niños de 6-24 meses había consumido dulces el día anterior) (Saenz de Tejada, 2013).

EFFECTOS DE LAS CAPACITACIONES/IEC SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LA AC

- Gracias a las capacitaciones de varios programas, los pobladores de las comunidades

de estudio han aprendido sobre las bondades de una mejor alimentación, tanto durante el embarazo como en los primeros años de vida, pero permanecen barreras formidables para lograr una dieta más diversificada. Con frecuencia hay una falta de conciencia de que los niños desnutridos requieren más alimentos. Nuestra revisión encontró que el conocimiento y las creencias de las madres guían las prácticas de la AC, lo que indica que la educación y la capacitación son relevantes (Deeney & Harris-Fry, 2020; Saenz de Tejada & Figueroa, 2017).

➤ La mayoría de las madres sabe cuándo debe iniciar la AC, pues así lo han escuchado en los servicios de salud. También conocen el tipo de alimentos recomendados, pero en las comunidades más pobres y lejanas no tienen acceso a estos alimentos. “Puras frutas dicen, ¿de dónde vamos a traer si no hay?” (Ramírez et al., 2016).

➤ Como se ofrece la IEC también es de interés. La educación nutricional general impartida a las madres logra cambios modestos, pero la educación individualizada sobre AC, incluidas visitas domiciliarias por promotores y metas establecidas por la madre, mejoró marcadamente la diversidad dietética y la dieta mínima aceptable (Deeney & Harris-Fry, 2020).

➤ El Plan del Pacto Hambre Cero lanzó una estrategia de comunicación utilizando sociodramas, loterías comunitarias de nutrición, programas de televisión y radio, para reducir la desnutrición. Su evaluación mostró que el conocimiento había mejorado más que las prácticas. De forma similar, PROCOMIDA obtuvo mejoras mínimas en las prácticas de LME o diversidad dietética, a pesar de mejorar el conocimiento (Deeney & Harris-Fry, 2020).

➤ Los participantes consideraron que la combinación de la educación nutricional con los servicios de extensión agrícola dirigidos a la producción de productos de alimentos nutritivos era uno de los aspectos más valiosos del proyecto PAISANO. La mayoría dijo que condujo a mejoras notables en la nutrición de sus hijos (ICF Macro, 2019).

PERCEPCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN

➤ A pesar de los esfuerzos para visibilizar la desnutrición crónica, persiste la confusión y muchos no parecen comprender que el período crucial son los primeros mil días y que es necesario poner atención a la talla. En el imaginario de las madres, e incluso de algunos promotores de salud, la imagen del niño desnutrido es uno delgado y demacrado, síntomas de desnutrición aguda severa. Por eso, cuando se les pregunta si en sus comunidades hay niños desnutridos, la respuesta usual es negar que los haya (Brown et al., 2016; Matías et al., 2011; Ramírez et al., 2016).

➤ En Cunén la preocupación principal de madres es que el niño esté sano; aunque tuviera bajo peso o retardo en talla, si se viera sano y activo no suscitaría mayor ansiedad. Saben que en sus comunidades hay muchos niños desnutridos, pero aseguran que la gente raramente habla de la desnutrición y, si lo hace, se refieren a de la desnutrición de otros niños, no de los propios. (Saenz de Tejada & Figueroa, 2017). En Suchitepéquez se encontró que se pensaba que la desnutrición era un problema en otras zonas del país, aunque algunas madres pensaban que también se daba en su comunidad (Brown et al., 2016; Matías et al., 2011).

➤ En los grupos focales y entrevistas se identificaron otros factores que contribuyen a la desnutrición infantil, incluida la falta de conocimiento sobre la desnutrición, las prácticas subóptimas, las malas prácticas de higiene, falta de atención a la nutrición y el estado de salud del niño. Las madres consideraban necesario darles a los niños desnutridos alimentos más nutritivos (leche, productos de cereales, Incaparina, frutas y verduras) y en mayor cantidad, así como suplementos de micronutrientes. Sin embargo, al profundizar, estas estrategias se dirigían casi exclusivamente a casos de desnutrición aguda (Brown et al., 2016).

- La desnutrición infantil se atribuye a la mala alimentación durante el embarazo, a la falta de comida higiénica y al consumo de alimentos chatarra. Se considera que los niños con buena talla son altos, listos, “son más pilas” y les va mejor en la escuela (Saenz de Tejada & Figueroa, 2017).
- En La Pista se insistió en que la desnutrición se debía a una mala alimentación de la embarazada, quien por no poder o no querer mejorar su alimentación, tenía hijos que nacían desnutridos. De todos los grupos, sólo una madre ofreció la “explicación genética”, aunque matizada por la mala alimentación recibida (Saenz de Tejada & Figueroa, 2017).
- Los estudios sobre consumo de alimentos que ha conducido el INCAP durante los últimos 60 años han demostrado que la dieta de la familia guatemalteca promedio es poco variada debido, en mucho, por problemas de acceso y disponibilidad. Las madres raramente preparan alimentos únicamente para sus bebés y tienden solo a cambiar la textura de los alimentos de la olla familiar. Las madres prefieren los alimentos más suaves y fáciles de machacar, como arroz, papa, güisquil y güicoy, los cuales se cree que son de más fácil digestión. Se piensa que los caldos contienen “toda la sustancia” del alimento, y que la carne o los vegetales son sólo “bagazo”. Una papilla básica es la “sopa de tortilla deshecha”, a base de algún caldo en el cual se desmenuzan tortillas (o tamalitos) y en ocasiones verduras o papas (Brown et al., 2016; Saenz de Tejada, 2013).
- En el área rural guatemalteca la AC empieza entre los seis y los nueve meses. Más que guiarse por la edad, las madres esperan a que sean los niños quienes indiquen que ya están listos para comer. Varios estudios han señalado que una idea transversal durante toda la AC es la del estómago como un órgano inteligente que sabe lo que necesita, cuándo lo necesita y en qué cantidad precisa lo necesita. La iniciación tardía de la AC tiende deberse a la creencia que el estómago todavía no puede digerir los alimentos y que darlos antes de tiempo haría enfermar al niño. La creencia se ve reforzada por los mensajes que escuchan en los servicios de salud sobre las bondades de la lactancia materna, la cual a veces es reinterpretada como un “superalimento” que suple por sí misma todas las necesidades nutricionales del primer año de vida (Chary et al., 2011; Saenz de Tejada, 2013; Stachel & Dean, 2006).
- La disponibilidad de alimentos de la población rural, de por sí precaria, puede verse más restringida por algunas creencias, como la percepción de que los alimentos “fríos” (como muchas frutas y verduras) afectan la digestión y pueden enfermar. Además, aunque haya carne o pollo en la olla familiar, no siempre se les da a los niños sino hasta después de los 18 meses, por temor a que “se atraganten”, pues se cree que aún no pueden masticar bien. Hay también temor que algunos alimentos se puedan “pegar en el estómago”, razón por la que posponen su introducción (Deeney & Harris-Fry, 2020; Saenz de Tejada, 2013).
- En una encuesta en el Altiplano se analizó el consumo de alimentos y cómo varían según la edad. Por ejemplo, pocos niños de 6-8 meses reciben verduras, pero la proporción casi se duplica pasado los nueve meses; igual sucede con el huevo. En otros grupos de alimentos, como carnes, frutas y lácteos, la proporción de niños que los consumen después del primer año de vida aumenta dramáticamente. Más que disponibilidad, esta distribución parecería reflejar las preferencias de las madres en la introducción de alimentos (Saenz de Tejada, 2013).
- A menudo se sirven cantidades insuficientes de alimento por miedo a que mucha comida pueda hacer enfermar. Esta práctica fue inicialmente reportada por Solien y Béhar en 1966 y que continúa hasta la fecha, como ha sido descrita en Alta Verapaz. Además de ser insuficiente, la densidad energética es inadecuada: los atoles tienden a ser malos, el consumo de caldos no incluye las verduras ni la carne y, a los niños menores de 12 meses,

raramente se les ofrece hierbas y frijoles en grano, porque se piensa que aún no los pueden digerir. Por lo general, las madres prefieren alimentos ralos para niños menores de 12 meses y empiezan a darlos más espesos después de esta edad (Olney et al., 2012; Saenz de Tejada, 2013).

➤ Hay dos razones principales para el destete: la creencia que la leche materna ya está vieja y, con mucha frecuencia, ante la presencia de un nuevo embarazo, pues se cree que la leche materna “ya no le pertenece” y le puede hacer daño. Algunas madres, no obstante, continúan amamantando hasta finales de su nuevo embarazo, pues dicen sentir “lástima” por su hijo. También se desteta por problemas de salud, tanto de la madre como del niño (Brown et al., 2016; Deeney & Harris-Fry, 2020; Saenz de Tejada, 2013).

➤ Cuando los niños rechazan un alimento nuevo, muchas madres concluyen que a su hijo no le gusta, en lugar de considerar que el niño podría necesitar un estímulo para probar el alimento un par de veces y así desarrollar su gusto (Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA), 2016).

➤ La alimentación durante la enfermedad ha sido bien estudiada. Además de la inapetencia de los niños, algunas madres piensan que deben comer menos. Durante la diarrea hay diversidad de opinión: algunas creen que una papilla espesa “les tapa el intestino”, en tanto otras creen que una más rala les ayuda a reponer el líquido perdido (Deeney & Harris-Fry, 2020).

➤ Dos estudios han analizado las creencias sobre la distribución de alimentos dentro del hogar y en ambos se encontró un sesgo a favor de los hombres. En uno de ellos, algunas madres consideraron que los mejores alimentos deberían reservarse para quienes generaban ingresos y se les ofrecía a los niños en cantidades mayores que a las niñas. En el otro, la percepción que los niños eran más hambrientos que las niñas llevaron a que recibieran una alimentación más frecuente y a una AC más temprana (Deeney & Harris-Fry, 2020).

- Valores

➤ Al plantearles un escenario hipotético ninguno cambiaría su consumo de granos en una cantidad significativa, lo que no sorprende dada la importancia cultural del maíz (Fenton, 2013)

➤ La duración de la LME sigue los preceptos culturales más que a las interacciones individuales entre madre e hijo, pero la lactancia continuada tiende a variar por el grado de modernización. Es decir, la duración total de la lactancia entre los niños de hogares más modernizados es más corta que entre aquellos de hogares más tradicionales. Además, la duración de la lactancia materna tiende a prolongarse a medida que aumenta la edad materna y el orden de nacimiento del niño (McKerracher et al., 2020).

➤ Las madres dijeron iniciar la AC al notar que sus hijos todavía tenían hambre después de amamantar. Las madres también eran conscientes de la asociación entre las enfermedades agudas y el inicio de los alimentos sólidos (Brown et al., 2016).

- Percepción de riesgo

➤ Las madres también expresaron su preocupación de que ciertos alimentos, como huevos y frijoles, podían provocar una reacción en los niños. Además, algunas madres sentían que el tamaño de las porciones y la cantidad total de alimentos que se recomienda era demasiado para los niños pequeños (Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA), 2016).

➤ Las madres creen que el peso y la talla están determinados por la herencia y que la calidad de la dieta es ahora menor porque los alimentos tienen “químicos” y ya no son naturales. En Tonicapán, por ejemplo, se dijo que la calidad decayó al dejar de usar fertilizantes y pesticidas naturales. “Ahora hay mucho desorden, y la desnutrición viene por

el desorden de la comida, porque no se come a tiempo, o no se prepara bien y como todo es químico.” Algunas madres también piensan que ante los niños eran más sanos, culpando a las tiendas por el consumo de golosinas y alimentos procesados (Ramírez et al., 2016).

- Percepción de gravedad

- Percepción de normas

➤ Los diferentes eventos en el proceso de destete, aunque a menudo se interpretan como indicadores vinculados de las negociaciones materno-infantiles sobre la inversión materna, en realidad pueden estar sujetos a presiones o restricciones muy diferentes. Tratar estos dos eventos, junto con otros hitos en el proceso de destete, como independientes entre sí podría ofrecer nuevos conocimientos sobre cómo estos hitos dan forma y son moldeados por la fisiología y las estrategias de aprendizaje (McKerracher et al., 2020).

- Autoimagen

- Locus de control

➤ Las familias hablaban sobre la desnutrición u hospitalización de maneras que sugieren una lucha por mantener el control mientras enfrentan circunstancias más allá de sus posibilidades. A las mujeres se les dice que son responsables de la salud y supervivencia de sus hijos, pero viven en condiciones en las que no pueden satisfacer las necesidades básicas de sus hijos (Gillespie, 2018).

INDIVIDUAL: EMOCIONAL

- Respuesta emocional

- Empatía

- Autoeficacia

INDIVIDUAL: SOCIAL

- Apoyo social

➤ Los hijos de mujeres que aprendieron sobre la AC de fuentes culturalmente conservadoras y de alta fidelidad [sus familiares y amigas] tenían más probabilidades de tener una LME más cortas que los hijos de quienes aprendieron de otras fuentes (McKerracher et al., 2020).

- Abogacía personal

HOGAR

- Madre, cuidadora

➤ Comparando las tasas de iniciación y estimulación entre los niños con talla normal y con retardo en talla, los resultados indican que: a) el número de veces que se le ofreció comida al niño es ligeramente mayor entre los niños con talla normal (1.14) que entre los niños con retardo (1.02), aunque la tasa de amamantamiento es muy similar entre ambos grupos. B) La diferencia más sobresaliente es la tasa de estimulación que el niño recibe al comer, la

- Padre,
pareja

cual es tres veces mayor entre los niños con talla normal (0.39) que entre niños con retardo en talla (0.13). Es decir, la diferencia más grande está relacionada a las conductas maternas (usualmente), durante la alimentación del niño (Saenz de Tejada & Figueroa, 2017).

➤ Es importante tener en cuenta que el retardo en el crecimiento comienza muy temprano. En el área de intervención de PAISANO, antes de los 6 meses, casi la mitad de los niños (44%) ya tenían desnutrición crónica, lo que sugiere que la salud y el estado nutricional de la madre, así como la LME son factores críticos. La baja talla materna, que afecta a casi la mitad de las guatemaltecas, es un factor de riesgo de desnutrición de sus hijos. Otros factores de riesgo son los bajos niveles educativos de madres y padres, la mala infraestructura de agua y saneamiento y el tamaño y la composición del hogar (ICF Macro, 2019).

➤ Tradicionalmente, la participación de los padres en la dieta de sus hijos se ha limitado a proveer los recursos para poder alimentarlos. Al seno del hogar, los padres manifiestan sus preferencias culinarias, y dado que todos comen de la misma olla, sus gustos influyen en lo que se come, pero su involucramiento en la alimentación diaria ha sido limitado. La alimentación de los hijos continúa siendo parte de la esfera doméstica, territorio femenino en el cual los hombres pueden opinar, pero raramente actuar. En los proyectos los padres han aprendido qué alimentos son nutritivos y cuáles deben evitar parecen trasladar este conocimiento a sus esposas. Los padres tienen opiniones sobre lo que sus hijos deben comer (una mezcla de percepciones tradicionales y de las capacitaciones recibidas), pero al parecer su involucramiento con la alimentación cotidiana es mínimo (Fenton, 2013; Saenz de Tejada & Figueroa, 2017).

➤ Los estudios antropológicos señalan que a menudo son los hombres los que controlan lo que se come en el hogar. Esto indicaría que, si su riqueza aumentara, la dieta de toda la familia sufriría. El efecto puede ser similar en las áreas urbanas y rurales, lo que apoyaría el hallazgo de que la doble carga de la malnutrición no está estadísticamente relacionada con la urbanización sino con el desarrollo económico (Fenton, 2013).

➤ Los padres de los niños con retardo en talla tienden a tener ocupaciones menos remuneradas que los padres de niños de talla normal (Saenz de Tejada & Figueroa, 2017).

➤ Los participantes coincidieron en que las madres son las responsables de ir al mercado y hacer las compras semanales, pero hubo discrepancias entre hombres y mujeres con respecto al poder de decisión. Algunos hombres sintieron que ellos desempeñaban un papel en la compra de alimentos al educar a sus esposas sobre cómo tomar buenas decisiones; otros dijeron que estas era decisiones conjuntas. Aunque una minoría de hombres sentía que no participaba en las decisiones de compra de alimentos, casi todos se percibían como actores, haciendo referencia a puntos de vista igualitarios y de toma de decisiones compartidas, o un sentido de responsabilidad para guiar a sus esposas a tomar decisiones saludables (Wehr et al., 2014).

- Suegra,
abuelas

➤ Las abuelas fomentan la introducción temprana de otros líquidos y dominan las decisiones de alimentación de los niños (Deeney & Harris-Fry, 2020).

➤ Cuando se vive con los suegros, la joven esposa tiene poco poder de decisión: ella ha de integrarse al estilo de vida de su nueva familia y debe seguir las directrices de su suegra, pues ellas son quienes deciden qué se cocina y giran instrucciones a la nuera para que ella lo prepare. La suegra queda a cargo de la joven y es ella quien le brinda orientación. Se aconseja sobre todo a la primigesta, pues para cuando se tiene al segundo hijo las abuelas consideran que la madre ya sabe lo necesario y no necesita que se lo estén recordando. Se dice que el apoyo que brinda la abuela ha cambiado y que ahora se preocupan más en la alimentación de los nietos. Las abuelas consideran que las prácticas de AC han cambiado debido en parte a la mejor educación de las nueras y las capacitaciones que reciben (Saenz de Tejada & Figueroa, 2017).

- Comunicación familiar

➤ Las abuelas dicen que la AC debe empezar entre los seis y los siete meses, que es cuando los niños muestran interés en comer, lo que parecería indicar la influencia de las recomendaciones de los servicios de salud. La excepción fue en Cunén, donde predomina el sentido tradicional de la ablactación: varias abuelas dijeron que había que hacerlo a los nueve o diez meses para evitar que la comida les hiciera daño. Las abuelas piensan que las madres de sus nietos tienen más escolaridad y mayor capacidad para seguir las recomendaciones que dan los servicios de salud. Piensan que ahora hay un mejor acceso a una dieta más variada y se cuenta ahora con mejores conocimientos, pero desapruaban el consumo ubicuo de sopas ramen y otras “galguerías” y les preocupa que el maíz y frijol, por haber sido cultivados con “tantos químicos”, sea menos nutritivo. (Saenz de Tejada & Figueroa, 2017).

- Toma de decisiones

➤ Para promover la compra de alimentos nutritivos adaptados a las diferentes necesidades de los niños, PAISANO introdujo el uso de una lista de la compra que agrupaba los alimentos en categorías simplificadas. Esto ayudó a comprender qué alimentos eran necesarios para lograr una nutrición adecuada según la edad de sus hijos. El programa utilizó la misma lista de compras para alentar a las parejas a discutir y hacer un plan conjunto, conocer los precios (para que pudieran negociar mejor con los vendedores) y verificar que se compraran alimentos apropiados (Save the Children, 2019).

➤ El poder de decisión de la madre depende, en primera instancia, del patrón de residencia: si es patrilocal (la nueva pareja vive en la casa de los padres del esposo) o neolocal (la pareja vive de manera independiente). En el primer caso, lo usual es que se le entregue “el gasto” a la madre del esposo, aunque éste guarda cierta cantidad (la mitad, se dijo con frecuencia) para sí mismo, para cubrir deseos o necesidades de su esposa e hijos. En otros casos, el dinero se entrega al suegro (el páter familias), quien a su vez le entrega parte a su esposa, para que ella disponga cómo usarlo. El control que las abuelas tienen sobre los ingresos de los hijos varía: algunas dicen recibir muy poco, “una nada”; otras tienen un control casi absoluto (Deeney & Harris-Fry, 2020; Saenz de Tejada & Figueroa, 2017; Wehr et al., 2014).

➤ Hay decisiones que exacerban la poca disponibilidad de alimentos, como es la adquisición de caramelos, tortrix y bebidas carbonatadas. Además, las madres cuentan que cuando sus maridos están desempleados tienden a gastar su magro ingreso en cerveza y otras bebidas alcohólicas. Según datos de la ENCOVI, alrededor del 10% del presupuesto de alimentación se utiliza en bebidas alcohólicas en todos los quintiles y alrededor del 6% se gasta en aguas gaseosas. En Santa María Chiquimula, uno de los municipios con mayores prevalencias de desnutrición crónica, se encontró que la mitad de las familias acostumbraban a consumir gaseosas al menos una vez por semana (Saenz de Tejada, 2013).

- Distribución de tareas

➤ Las mujeres tienen una excesiva carga de tareas domésticas. El personal del proyecto, consciente de las limitaciones de tiempo de las mujeres, trató de simplificar las actividades y adaptarse a su tiempo. Aun así, aprender a preparar los nuevos alimentos y recetas requiere tiempo, principalmente de las madres. Aunque el personal ayudaba en ocasiones a las sobrecargadas mujeres durante las visitas domiciliarias, reconocieron las limitaciones de tiempo como la razón principal por la que algunas mujeres se negaron a participar (ICF Macro, 2019).

➤ PAISANO empleó una estrategia de género que integraba los mensajes de género en todas las actividades de proyecto, aunque había desafíos por las arraigadas normas sociales sobre los roles de género. El personal describió el currículo de género, “Trabajando juntos”, como centrado en la colaboración para mejorar la situación de la familia, incluyendo solicitar el compromiso de los hombres para asumir tareas adicionales. Hubo una baja cobertura de hombres participando en actividades de género, pero quienes lo hacían, a menudo eran receptivos y dijeron ayudar más en el hogar. En grupos focales separados, las mujeres notaron que después de participar, sus parejas asumieron nuevas tareas domésticas (por

- Normas sociales

ejemplo, llevar agua, cocinar, cuidar a los niños o a ella si estaba enferma) y estaban más dispuestos a escucharlas sobre qué alimentos comprar (ICF Macro, 2019).

➤ La duración de la lactancia materna se asoció negativamente con niveles más altos de ayuda con la alimentación y el cuidado infantil de otras personas y la participación laboral de la madre fuera del hogar. Esta asociación negativa entre la duración de la lactancia materna y la cantidad de ayuda con la alimentación infantil y el ingreso materno concuerdan con la teoría y una evidencia empírica creciente (McKerracher et al., 2020).

➤ La encuesta reveló la importancia de los cuidadores secundarios: 44% de los niños en una comunidad y 30% en la otra tenían otras cuidadoras además de su madre, usualmente la abuela o alguna tía. Las entrevistas también destacaron la importancia de estas cuidadoras secundarias y de la familia extendida en las prácticas de alimentación infantil (Brown et al., 2016). La importancia de estas cuidadoras también fue resaltada en el estudio de observación de hogares (Saenz de Tejada & Figueroa, 2017).

➤ Los programas dirigen mensajes de cambio de comportamiento a las madres, pero su poder de decisión es limitado, pues carecen de las condiciones materiales y, a menudo, de la autonomía para llevar a cabo estos cambios de comportamiento (Fenton, 2013; Gillespie, 2018).

➤ Hay normas de género rígidas que definieron claramente los roles de las mujeres en el hogar, su participación económica y toma de decisiones. Las mujeres tienen una excesiva carga de tareas domésticas: recolección de agua y de leña, trabajo agrícola, además de ser responsables de cocinar, limpiar y cuidar a los niños (ICF Macro, 2019).

➤ A los padres se les preguntó si en su comunidad habría padres que les dieran de comer a sus hijos en la boca. Casi todos dijeron que era una práctica conocida y varios aseguraron que ellos mismos la hacían, como una manera de “ayudar a la esposa”. No queda claro qué tan privada sea la práctica: varios padres dijeron que las abuelas, al igual que otras personas, critican al hombre que ayuda a la mujer con los oficios domésticos, a quienes se les tilda de ser “mangoneados” por sus esposas (Saenz de Tejada & Figueroa, 2017).

➤ El consumo regular de carne no es factible no solo por su alto costo, sino también por las normas culturales en torno a la comida (si hay carne, debe ser compartida entre todos; no puede ofrecerse a una sola persona) (Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA), 2016).

➤ En las comunidades mayas existe una marcada división del trabajo por género. El papel de las mujeres es cuidar de los niños y el hogar, mientras que los hombres ocupan los espacios públicos y proveen económicamente para sus familias. Dentro de este arreglo, las mujeres son valoradas como la encarnación de los elementos tradicionales de su cultura, pero también están sujetas a control y disciplina de parte de hombres y mujeres mayores. Por lo tanto, un enfoque exclusivo en las madres para la programación nutricional es problemático, porque resta importancia al papel normativo que otras personas, como los ancianos del hogar, tienen sobre las prácticas de alimentación de bebés. La situación coloca a las madres indígenas en un dilema, ya que serían vistas como “malas madres” por no tener la autonomía que les exigen los proyectos, al mismo tiempo que podrían ser criticadas en sus comunidades o familias extendidas si llegan a violar las estructuras tradicionales de autoridad (Wehr et al., 2014).

➤ Los dos obstáculos mencionados para continuar amamantando fueron el trabajo fuera de casa (lo que no era común en esta muestra) y tener embarazos muy seguidos (Olney et al., 2012).

- Violencia

➤ Las pruebas de factibilidad señalaron los desafíos que enfrentan las mujeres para acceder, preparar y consumir los alimentos recomendados. Estos desafíos se relacionaron principalmente con: a) falta de acceso económico a los alimentos recomendados o a los mercados donde se venden; b) limitaciones domésticas como la falta de tiempo para ir a los mercados y los recursos para preservar los alimentos; c) producción inadecuada de alimentos recomendados en el hogar; d) barreras culturales relacionadas con el apoyo familiar o el permiso para comprar y preparar ciertos alimentos recomendados, particularmente de abuelas, esposos y suegras (Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA), 2016). Estos desafíos también han sido mencionados en otras partes del país incluyeron la falta de propiedad de la tierra y el acceso al riego para la producción de alimentos (Brown et al., 2016; Olney et al., 2012).

➤ Por entorno favorable se entiende un ambiente en el que se encuentran al menos dos de las siguientes tres condiciones: i) se protege al niño de contacto con la suciedad, ii) se le ofrece una dieta un tanto diversa (muchas veces incluyendo alimentos de origen animal) y iii) hay madres atentas a los movimientos del niño. En los entornos poco favorables hay solo una de estas condiciones o ninguna de ellas (Saenz de Tejada & Figueroa, 2017).

➤ En ambas comunidades, los alimentos comerciales preenvasados y los alimentos 'chatarra' fueron un tema frecuente de conversación. En encuestas estructuradas, la mayoría de las cuidadoras reportaron consumo regular de estos alimentos [entre 81% y 68%]. Al estratificar estas compras para diferenciar entre alimentos 'chatarra' y otros alimentos comerciales empacados (sopa instantánea, mezclas de fideos o cereales) se observó que las dos comunidades consumieron cantidades similares de alimentos comerciales: cerca de cuatro porciones por semana (Brown et al., 2016). Los alimentos chatarra, al ser ubicuos y baratos, dificultan la adopción de prácticas adecuadas de alimentación infantil (Perry et al., 2016).

➤ En los tres estudios, el acceso a los alimentos, basado en el costo y la estacionalidad influyó en qué alimentos se ofrecieron a los niños, pero tuvo menor efecto en las prácticas de lactancia materna. Las intervenciones que proporcionan recursos tienden a mejorar las dietas de los niños y ésta es más susceptible a los efectos negativos por la pobreza y la inseguridad alimentaria, pero tienen menos efectos sobre la lactancia materna. Las intervenciones que dieron a las madres alimentos o suplementos también tendieron a mejorar la diversidad dietética más que las prácticas de lactancia. Las revisiones internacionales también encuentran que los alimentos o las transferencias de efectivo mejoran la diversidad dietética, pero los efectos sobre los indicadores de lactancia materna son mixtos. Esto puede deberse a que la relación entre recursos y lactancia materna es más compleja, ya que la pobreza se asocia con la lactancia prolongada y los costos de ésta se reflejan más en términos de tiempo y energía de las madres que en el presupuesto del hogar (Deeney & Harris-Fry, 2020).

➤ Los participantes de PAISANO mostraron una fuerte preferencia por las transferencias de efectivo en lugar de la asistencia alimentaria directa, considerando que éstas facilitan el acceso a la dieta diversificada promovida por PAISANO. Además, las huertas de frutas y hortalizas y la crianza de cabras, conejos y aves de corral del proyecto mejoraron directamente la nutrición de los hogares a través de un mayor consumo. En particular, los animales distribuidos por el proyecto representaron valiosos activos productivos a largo plazo para los hogares (ICF Macro, 2019; Save the Children, 2019).

➤ Dos estudios en esta revisión señalan que la exposición a animales y a sus heces podría aumentar el riesgo a la enteropatía ambiental, un deterioro de la función intestinal evidente en muchos niños pequeños en entornos de bajos recursos que conduce al bajo crecimiento y al deterioro cognitivo. En Etiopía y Bangladesh, los niños de los hogares que mantenían aves de corral fuera del hogar tenían una talla para edad significativamente mejor que aquellos con aves dentro del hogar (Penakalapati et al., 2017; Reid et al., 2018).

➤ La tasa de diarrea en niños fue mayor en el grupo con corrales (2.79 episodios anuales por niño) que en el grupo sin ellos (2.07), lo que sugiere que encorralar las aves pudo haber aumentado el riesgo de diarrea relacionada con *Campylobacter* en niños que interactuaban con las aves en los corrales, tal vez alentados la proximidad de éstos al hogar (Penakalapati et al., 2017).

➤ En las zonas rurales de Bangladesh se encontró menos juguetes contaminados con *E. coli* en hogares cuyas comunidades contaban con mejor infraestructura de saneamiento. La infra-estructura de WASH en los hogares también desempeñó un papel en reducir la contaminación fecal, pero la ausencia de animales también fue crucial (Penakalapati et al., 2017).

COMUNIDAD

- Líderes

➤ Algunos líderes comunitarios señalaron que sería importante tener en cuenta sus opiniones al diseñar los proyectos para que se incluyan sus necesidades, aunque esto podría entrar en conflicto con los objetivos del proyecto. Se debe dedicar suficiente tiempo y esfuerzo con los líderes y sus comunidades para sensibilizarlas sobre la seguridad alimentaria y la desnutrición crónica y lograr que su participación en el proyecto sea más efectiva (ICF Macro, 2019).

➤ Tras la exitosa experiencia de capacitación con miembros de la sociedad civil, USAID/Guatemala solicitó que FANTA continuara con estas capacitaciones en apoyo de la nutrición materna e infantil. Se diseñó un curso para fortalecer la capacidad de los líderes de la sociedad civil para abogar por planes, acciones y decisiones como participantes en el CONASAN. FANTA centró el curso en las acciones esenciales de nutrición y lo que la sociedad civil puede hacer para abogar por ellas en los servicios de salud. El curso, de seis meses, fue completado por 69 participantes de la sociedad civil de 30 municipios del Altiplano (Richter et al., 2011).

➤ FANTA trabajó también con el proyecto Nexos Locales para fortalecer las capacidades en nutrición de 17 coordinadores de los recién formados Departamentos Municipales de la Mujer (DMM) en los municipios priorizados por USAID / WHIP (Richter et al., 2011).

- Participación comunitaria

➤ Los estudios han demostrado que los guatemaltecos sin escolaridad, especialmente las mujeres mayas, están aislados en sus hogares y socializan solo al participar en grupos religiosos, hallazgo confirmado en nuestro trabajo de campo (Fenton, 2013).

➤ El éxito de la participación en los grupos de cuidado depende de fortalecer algunos facilitadores, como el liderazgo comunitario y reducir ciertas barreras, particularmente la resistencia de los esposos, permitir que las mujeres se desentiendan un momento de sus tareas domésticas y facilitar el transporte. También se necesita apoyar el aprendizaje en un mayor uso de ayudas gráficas a los participantes en todos los niveles. También se debe abordar a más mujeres a través de visitas domiciliarias, especialmente aquellas que no llegan a las reuniones para garantizar que se llegue a las mujeres más marginadas (Perry et al., 2016).

➤ Varias participantes dijeron haber aprendido con Segamil sobre la alimentación activa, dedicando más tiempo y esfuerzo a alimentar a sus bebés. En general, las participantes sabían a qué edad introducir purés y alimentos más sólidos, añadiendo que las demostraciones de alimentos les habían ayudado a aprender nuevas preparaciones que incluían diferentes

alimentos, especialmente hierbas y verduras, en las dietas de sus hijos (ICF Macro, 2019).

- Organizaciones

➤ PAISANO pudo disponer de una serie de estrategias para promover la diversidad dietética, de modo que los hogares pudieran participar en las intervenciones según sus recursos y limitaciones. Aunque PAISANO originalmente se propuso introducir todas las intervenciones en todas las comunidades del proyecto, los mejores resultados se lograron al adaptar las intervenciones a las realidades agroecológicas y culturales del área (ICF Macro, 2019).

➤ Algunos afirmaron que la presencia de los facilitadores comunitarios ayuda a motivar a los padres, ya que están en contacto regular con los padres y verifican el crecimiento de los niños y (Olney et al., 2012).

➤ Los mejores indicadores de AC en las comunidades de estudio pueden ser el resultado de intervenciones efectivas de cambio de comportamiento, ya que ambas comunidades tienen una fuerte presencia de ONG de nutrición (Brown et al., 2016).

➤ La mayoría de los vendedores de pequeñas tiendas tenían un stock regular de alimentos fortificados para niños y algunas frutas y verduras. Sin embargo, estimaron que cerca del 65% de todas las ventas de alimentos para niños fueron para alimentos chatarra (Brown et al., 2016).

- Capital social

➤ No hay costumbre de compartir las cosechas de las familias rurales con las urbanas pues, como muchos explicaron: “no cultivamos lo suficiente para compartir”. Por lo tanto, pocos sololaticos lograron algún beneficio económico de familiares viviendo en otras ciudades y pocos migrantes al área urbana conservaron vínculos familiares que les intercambiaran alimentos. El poco intercambio familiar no es sorprendente ya que, históricamente, la unidad familiar nunca ha sido tan importante como el tradicional sentido de comunidad y los fuertes lazos agrarios basados en la tenencia comunal de la tierra. La poca participación en organizaciones comunitarias o en el intercambio de cosechas con vecinos es una prueba de la pérdida de esta forma de capital social. Esto pudo haber ocurrido como resultado de la disolución de las tierras comunales desde la década de 1880, la cristianización de los mayas y el “individualismo feroz promovido por el capitalismo globalizador” (Fenton, 2013).

➤ Las mujeres dijeron que el éxito de los grupos de autoayuda se debió al liderazgo comunitario, que avisaba a las mujeres el momento y de lugar de las reuniones; al mayor capital social de las participantes facilitando su relación con el liderazgo comunitario y el aumento del capital social entre las participantes (Perry et al., 2016).

- Acceso a recursos

- Normas sociales

➤ Existe una gran variación en la duración de lactancia materna, incluso dentro de una misma familia, aparentemente poco apegada a las normas culturales de la comunidad (McKerracher et al., 2020).

➤ Al decir de los promotores, en la comunidad se sabe que la desnutrición se debe a una mala alimentación y a tener más hijos que los que se pueden mantener. No obstante, un niño bajito no preocupa a nadie, en tanto el niño esté sano y activo (Saenz de Tejada & Figueroa, 2017).

- Violencia

- Eficacia colectiva

- Proveedores

➤ Las enfermeras de los servicios de salud siempre han dado charlas a las madres que están en la sala de espera mientras las atienden; lo novedoso fue que empezaron a ofrecer también consejería individual en el momento de atención al niño, especialmente en temas relacionados con el crecimiento, desnutrición y PF. Previo a MIFAPRO, el Centro de Salud de Tectitán había aplicado satisfactoriamente el sistema de consejería individual enviando equipos de trabajadores de la salud a atender a las familias rurales en sus casas. La intimidad proporcionada por el entorno familiar permitía a las mujeres hacer consultas personales y privadas sobre temas considerados tabú, como la salud sexual y reproductiva (Ramírez et al., 2016).

➤ Desde la perspectiva de la teoría de autoeficacia, un enfoque educativo individualizado puede involucrar mejor a la madre en la resolución de problemas y la utilización creativa de recursos, lo que lleva a un cambio de comportamiento más efectivo y mejores prácticas de alimentación (Martínez et al., 2018).

➤ El estudio comprueba que los promotores de salud en un entorno de bajos recursos pueden ofrecer una intervención de educación nutricional compleja e individualizada a las madres, lo que resulta en mejoras significativas en la calidad de la dieta de sus hijos (Martínez et al., 2018).

- Suministros

- Acceso

- Comunicación interpersonal

➤ Se observó que, aunque el inicio de la AC fue en la edad apropiada, la cantidad que el niño comía era mínima. Entre los beneficios percibidos de la lactancia materna y el fuerte mensaje de las ONG que la promueven como el alimento incuestionablemente más saludable, las madres continuaron amamantando y se mostraron reacias a alentar a sus hijos a la transición a patrones de alimentación apropiados para su edad (Davis et al., 2014).

➤ Producto de la consejería, algunas madres refieren que con su segundo hijo aplicaron los conocimientos aprendidos en el centro de salud que antes no tenían (Ramírez et al., 2016).

➤ Es necesario subrayar que tanto la escolaridad como el idioma de las madres son factores que potencializan o restringen el efecto de las charlas y la consejería individual, dado que éstas no siempre se ofrecen en el idioma local. En la Aldea Bella Vista, Colotenango, por ejemplo, la mayoría de las madres entrevistadas eran monolingües maya hablantes y analfabetas, las madres contaron que unos ladinos llegaron a darles charlas y consejería en español, posiblemente como parte del PEC (Ramírez et al., 2016). Una situación similar se ha encontrado en otras partes del país (Fenton, 2013).

- Destrezas técnicas

➤ En general, los trabajadores de la salud tenían un buen conocimiento sobre las recomendaciones sobre el inicio de la lactancia materna, la duración de la LME y la edad de la introducción de la AC. La edad promedio indicada por el personal de salud para la AC fue de 6.8 meses, casi un mes más tarde de lo recomendado, y solo el 17% dijo que los alimentos semisólidos deben introducirse después de que el niño tenga 6 meses de edad. Hubo menos confusión sobre la AC en niños de 12 a 23 meses y la mayoría del personal entrevistado dijo que deberían comer de la olla familiar. Los conocimientos sobre la prevención de la anemia fueron más limitados (Olney et al., 2012; Richter et al., 2011).

➤ La efectividad de los programas se ve aún más afectada por el hecho de que parte del

personal que provee educación nutricional no tienen la formación necesaria. Este pobre capital humano es endémico del gobierno de Guatemala y se ve agravado por un sistema corrupto de nombramientos políticos en el que los nuevos funcionarios rara vez están adecuadamente calificados para sus puestos (Fenton, 2013).

➤ FANTA, junto con el INCAP y la URL de Quetzaltenango, adaptaron el curso de nutrición materno-infantil a distancia para docentes universitarios. Cincuenta y dos profesores de medicina, nutrición, enfermería y trabajo social completaron con éxito el curso y elaboraron planes para fortalecer las actividades de nutrición materno-infantil en sus instituciones (Richter et al., 2011).

➤ Las intervenciones en educación nutricional dependen en gran medida de la formación recibida por los profesionales. La literatura apunta al e-learning como una estrategia válida para mejorar el conocimiento y la confianza de los profesionales en el abordaje de temas de nutrición (Rivero Jiménez et al., 2021).

➤ La formación en salud en determinados contextos no es suficiente y se ha propuesto un curso electrónico basado en las directrices y recomendaciones de la OMS para el manejo de la desnutrición aguda severa (DAS). En varios países ha habido una mejora significativa tanto en el diagnóstico de la DA como en la calidad de la atención prestada. El e-learning tiene un gran potencial, siempre y cuando sea interactivo y de alta calidad (Rivero Jiménez et al., 2021).

- Calidad

- Productos,
tecnologías

ESTRUCTURAL

- Pobreza

➤ Varios estudios, publicados entre 1979 y 2017, han señalado la falta de oportunidades, la pobreza, la falta de control de las mujeres sobre la economía doméstica, el acceso a los alimentos y el uso de su tiempo. Varios estudios recientes identificaron la pobreza como una causa de la demora en la introducción de la AC y de la baja cantidad y calidad de ésta. Sin embargo, los bajos ingresos no están siempre asociados con prácticas de alimentación más pobres; un estudio, por ejemplo, señaló que las mujeres más pobres hacían un mayor uso del calostro por no poder pagar alimentos alternativos para el niño (Deeney & Harris-Fry, 2020).

➤ En el 2018, el Índice de Pobreza Multidimensional estimó que el 62% de la población guatemalteca era pobre y en 2019 el PMA estimó que el 40% de la población gastó más del 65% de sus ingresos únicamente para comprar alimentos. Otros factores políticos, sociales, culturales, demográficos y ambientales definen un contexto interno de inseguridad alimentaria, provocando una prevalencia del 49% de desnutrición crónica infantil (Rivero Jiménez et al., 2021).

➤ Los participantes de PAISANO dijeron que los activos obtenidos del proyecto eran valiosos, pero que producían pocos ingresos y de manera ocasional, situación que no sorprende dado que gran parte de la producción agrícola fue para el consumo doméstico y, por otro lado, la gran importancia de las remesas en la zona del proyecto. Los hallazgos de campo, sin embargo, reflejan la idea generalmente aceptada sobre el papel del desarrollo agrícola como un motor del desarrollo económico y la reducción de la pobreza, a menudo el impulsor clave en las economías basadas en la agricultura (ICF Macro, 2019).

- Transporte

➤ A pesar de su terreno accidentado y los frecuentes deslizamientos de tierra, Guatemala tiene una red de transporte informal y generalmente confiable. La red vial es bastante densa, casi la mitad es de terracería y muchas se vuelven intransitables en la época de lluvias. El transporte público es relativamente barato, pero conlleva riesgos de asaltos (Fenton, 2013).

- Empleo

- Geografía

➤ A pesar de la creciente urbanización de la población indígena, los indígenas siguen siendo más rurales que urbanos. Los mayores niveles de prevalencia de desnutrición en las zonas rurales se explican principalmente por los mayores niveles de pobreza, el acceso limitado al agua y saneamiento y limitados servicios de salud. Quienes viven en áreas aisladas enfrentan un acceso limitado a alimentos de calidad en términos de inocuidad y variedad. Además, los indígenas presentan tasas de infección mucho más altas que los ladinos y es probable que estas infecciones sean más graves (Gatica-Domínguez et al., 2019).

- Educación,
edad

➤ La escolaridad materna se asoció con las prácticas de alimentación infantil de diferentes maneras. Las madres con un nivel intermedio de escolaridad (de 3 a 6 años) tenían mayores probabilidades de iniciar la LME que aquellas sin escolaridad. Las madres que tenían al menos la primaria completa tenían mayores probabilidades de introducción temprana de la AC, mientras que una baja escolaridad (1 a 3 años) se asoció con la introducción tardía (Webb et al., 2009).

➤ Una diferencia notable en la pequeña muestra del estudio de observación fue que las madres de los tres niños con retardo en talla carecían de escolaridad (Saenz de Tejada & Figueroa, 2017).

➤ El currículo escolar de Guatemala está lleno de sesgos urbanos y ladinos. El país tiene una buena cobertura a nivel de la escuela primaria, y aunque el 60% de su población en edad escolar es rural, sólo el 24% de las escuelas secundarias se encuentran en zonas rurales. Además, la educación impartida está orientada principalmente a empleos urbanos. Al no generar más oportunidades inducen a que muchos piensen que la educación es una “pérdida de tiempo” (Fenton, 2013).

- Etnicidad

➤ En América Latina la etnicidad está fuertemente asociada con el estatus socioeconómico, por lo que puede considerarse como uno de los determinantes de la desnutrición crónica y de la transmisión intergeneracional de la mala nutrición y la pobreza. En Guatemala los mapas de pobreza extrema e inseguridad alimentaria coinciden con los territorios indígenas. Es decir, las inequidades de los grupos étnicos se superponen a las desigualdades socioeconómicas en la determinación de la desnutrición crónica. Los niños indígenas están 20 años por detrás de los niños ladinos y los niños indígenas pobres y rurales siguen siendo el grupo más vulnerable (Gatica-Domínguez et al., 2019).

- Normas
sociales

- Medios
masivos

➤ El conocimiento sobre nutrición es insuficiente y se perpetúa dada la baja educación formal. La publicidad por parte de las empresas de alimentos y bebidas, sin embargo, ofrece un tipo diferente de reeducación. Interesadas en las ganancias en lugar de la salud y la nutrición, estas actividades presentan un conjunto diferente de desafíos para la seguridad alimentaria de Guatemala (Fenton, 2013).

- Infraestructura
de WASH

- Migración

➤ En Sololá la mayoría de los residentes urbanos se aferran a la tierra familiar y mantienen algunas siembras incluso en sus hogares urbanos. Otros buscan oportunidades ya sea en las ciudades de Guatemala o en los Estados Unidos, una estrategia con posibles efectos favorables en la seguridad alimentaria a través de los flujos de remesas. Como se ha

encontrado en otros países, estos cambios son impulsados por la inseguridad derivada de la alta desigualdad en el acceso a la tierra y la disminución de la productividad agrícola que hace inviable la agricultura de subsistencia y el trabajo asalariado agrícola como estrategias de seguridad alimentaria en Guatemala (Fenton, 2013).

➤ Los sololatecos urbanos tienen muchas más probabilidades de tener familiares migrantes que los sololatecos rurales. Parecería que el primer movimiento es llegar al espacio urbano de Sololá y posteriormente buscar oportunidades en otras ciudades guatemaltecas y eventualmente a los Estados Unidos (Fenton, 2013).

➤ La migración de los padres puede tener un efecto negativo en el crecimiento de los niños, aunque los resultados de los estudios no son concluyentes. Según la ENCOVI 2000, la migración internacional se asoció a una mayor desnutrición. Según otro análisis, el efecto de la migración fue tan grande como ser de origen maya, casi cuatro veces mayor que vivir en una zona rural, y mayor que el efecto de pasar del percentil 75 al 25 de la riqueza del hogar (Rivero Jiménez et al., 2021).

- Seguridad

➤ Guatemala tiene una larga historia de violencia. Los Acuerdos de Paz de 1996 fueron diseñados para traer paz y estabilidad, pero el país sigue dominado por el crimen interno endémico y violencia. El crimen opera en un ambiente general de impunidad como resultado de un estado ineficiente, un gobierno y un servicio policial corruptos y sistemas legales y de justicia ineficaces (Fenton, 2013).

- Agricultura

➤ Una de las claves para llegar a la firma de los Acuerdos de Paz de 1996 fue establecer un programa de distribución de tierras. FRONTIERRAS, promulgado por el Banco Mundial y el FMI, lejos de corregir la situación, ha visto una mayor concentración de la propiedad. En 2001, el 96% de los productores de subsistencia cultivaban el 20% de la tierra en tanto el 0,2% de las élites controlaban el 70%. Estas desigualdades son la raíz de la persistente inseguridad alimentaria y desnutrición las que, a su vez, impulsan la diversificación de los medios de vida rurales y urbanos (Fenton, 2013).

➤ Aunque el 80% de los encuestados rurales y urbanos poseían tierras, ninguno poseía la extensión (50-80 cuerdas) estimada para la subsistencia familiar. Su producción resultaba insuficiente y debían comprar gran parte de sus productos en el mercado, como lo hace la mayoría de los hogares agrícolas guatemaltecos. (Fenton, 2013).

➤ Sololá está densamente poblada, con 470 personas/km². Dado el gran tamaño de las familias, la herencia se ha ido reducido en cada generación, ejerciendo grandes presiones sobre la tierra y la seguridad alimentaria. Esta situación ha fomentado la diversificación de los medios de vida como estrategia de supervivencia (Fenton, 2013).

➤ Una gran preocupación de los líderes comunitarios es el uso creciente de “químicos” en la agricultura. El fertilizante altera el equilibrio ecológico al destruir las microbacterias y las fuentes naturales de nutrientes, mientras que la creciente resistencia a las plagas hace que los pesticidas sean ineficaces. Como resultado, se requieren mayores aplicaciones de ambos cada año para alcanzar los mismos niveles de producción (Fenton, 2013).

➤ El mercado de Sololá ha cambiado y los vendedores, más que productores, son principalmente intermediarios. En lugar de ver a los intermediarios como inherentemente explotadores y diseñar políticas para eliminarlos, se necesita comprender mejor su papel en el desarrollo de espacios urbanos y en la conexión de sistemas de mercado. En Sololá están haciendo el papel de conexión. La disponibilidad continua de productos frescos y baratos en el mercado de Sololá se debe a la persistencia y el arduo trabajo de vendedores, comerciantes y transportistas, quienes enfrentan la deficiente infraestructura vial y los riesgos de robo. Esto lleva a miles de clientes de diferentes departamentos dirigirse a Sololá

- Seguridad alimentaria

a pesar de la distancia, porque la mayoría encuentra mayor variedad y precios más baratos que en sus mercados locales (Fenton, 2013).

➤ Hay varias razones diversificar los medios de vida lejos de la agricultura de subsistencia en Guatemala. El primero está relacionado con la productividad de la tierra y los caprichos del clima. Las tormentas han llevado a pérdidas significativas de cosecha, infraestructura y vidas. Los precios del maíz se han duplicado, poniendo en peligro el último recurso de revertir a una dieta basada únicamente en maíz (Fenton, 2013).

➤ El acceso y la disponibilidad de alimentos son factores cruciales en el combate de la desnutrición. En algunas comunidades la productividad de la tierra ha permitido diversificar cultivos y disponer de alimentos variados. En otras, el factor más determinante ha sido el acceso a fuentes de ingreso no agrícolas, específicamente las remesas. Como señalan las madres de Bellavista, Colotenango, la consejería no tiene mayor impacto en la reducción de desnutrición si las familias no tienen acceso a alimentos que provean una dieta variada (Ramírez et al., 2016).

➤ La diversidad dietética y las frecuencias de la alimentación fueron deficientes y, como señaló el estudio de FANTA, la dieta basada en alimentos locales no podría satisfacer los requisitos de micronutrientes sin la adición de suplementos. Los datos de los grupos focales señalaron que el alto costo de los alimentos era una barrera para mejorar la calidad de la dieta, y que la inseguridad alimentaria subjetiva y el racionamiento de alimentos eran comunes (Brown et al., 2016).

➤ El crecimiento de las empresas de alimentos y bebidas procesadas contribuye a la inversión extranjera directa, el PIB, los impuestos y la creación de empleo. Sin embargo, la mayor variedad de alimentos procesados ha llevado a una reducción sustancial en la diversidad de la dieta, especialmente en el consumo de alimentos ricos en nutrientes y una pérdida permanente de algunos alimentos tradicionales de las dietas de los pueblos indígenas. El consumo de estos productos contribuye a la doble carga de desnutrición. En Sololá el 64% de los niños tiene desnutrición crónica, el 47% de las mujeres tiene sobrepeso u obesidad y el 70% de los adultos del departamento tiene síntomas de diabetes (Fenton, 2013).

➤ En el Cuadro 13 se resumen los factores que la población percibe que explican los cambios en las prevalencias. Sin embargo, en cada comunidad el conjunto de factores actuó de manera diferente, cada uno con ponderación diferenciada según el contexto y circunstancias locales. A pesar de ello, en varias comunidades no se encontraron elementos distintivos para identificar los factores asociados a una mejoría (Oxlajuj) o al deterioro o estancamiento (Patachaj, Chipuac y Palemop). De las diez comunidades visitadas, en tres aumentó la desnutrición crónica: Palemop, San Francisco El Alto, Bellavista, Colotenango y Xejuyup, Santa Lucía La Reforma. Las últimas dos son comunidades muy vulnerables que no han podido soportar las crisis ambientales y económicas. Bellavista no cuenta con servicios de salud y las charlas de salud preventiva de parte de Mi Familia Progresas fueron en español, idioma poco comprendido. Los habitantes de Palemop en San Francisco El Alto tampoco tienen acceso a servicios de salud locales, ni reportaron maquilas que generaran fuentes de trabajo, por lo que los ingresos familiares son más limitados que en Paxixil. En dos (Bellavista y Xejuyup) de las tres comunidades existe menor disponibilidad y acceso de alimentos debido a poca producción agrícola y reducidos ingresos. En Palemop, los pobladores reconocen que existe más variedad en la disponibilidad de alimentos, sin embargo, manifiestan el consumo cada vez más generalizado de comida que no es saludable, como el pollo frito o sopas instantáneas. Dos de las comunidades donde las prevalencias variaron poco (menos de cinco puntos porcentuales), Patachaj y Chipuac, no parecen haber sufrido cambios muy diferentes con respecto a las aldeas cercanas estudiadas donde sí hubo una reducción sensible. No obstante, algunas personas refieren, por ejemplo, más rechazo hacia los programas de PF y un elevado consumo de comida “chatarra”. En esas dos

comunidades tampoco se identificaron factores que puedan explicar este estancamiento (Ramírez et al., 2016).

➤ Los desafíos para proporcionar servicios de nutrición de calidad a escala nacional han incluido la falta de integración, coordinación y supervisión por parte del gobierno (Richter et al., 2011).

➤ La reconstrucción histórica de las comunidades incluye la implementación de tres programas de alcance nacional: Creciendo Bien, Mi Familia Progresa (MIFAPRO) y Pacto Hambre Cero. Durante el período de tiempo estudiado se conformó la SESAN y el Programa para la Reducción de la Desnutrición Crónica. Las intervenciones nacionales y regionales tuvieron un fuerte impacto en la prestación de los servicios de salud; aquí se describe cómo fueron percibidos en las comunidades de estudio. En los últimos 15 años los servicios de salud se han expandido: la cobertura era escasa, con un centro de salud en la cabecera municipal y pocos puestos de salud en el área rural. Sin embargo, el PEC, institucionalizado en 1997, marcó una diferencia. Los centros de salud con horario restringido de 8 a 16 horas se convirtieron en Centros de Atención Permanente (CAP) con horarios de atención durante 24/7. Las ONG a cargo del PEC habilitaron puestos de salud y centros de convergencia y, al momento del estudio, todas las poblaciones visitadas cuentan con algún servicio de salud pública su comunidad (Ramírez et al., 2016).

➤ MIFAPRO operó por medio de transferencias monetarias condicionadas y se ejecutó a través del Consejo de Cohesión Social. El programa benefició a familias con hijos menores de 15 años, otorgando un bono de Q150 a cada familia que enviaba a la escuela a sus niños de 6 a 15 años y Q150 a las familias que llevaban periódicamente a sus hijos de 0 a 5 años a control de salud; los montos eran entregados cada dos meses directamente a las madres. Para el funcionamiento de MIFAPRO, el gobierno fortaleció el PEC en el primer nivel y los servicios de salud recibieron equipo, suministros y medicinas, incluyendo Vitacereal. MIFAPRO tuvo presencia en todas las comunidades visitadas. Al igual que en el resto del país, la selección de familias se realizó por medio de un censo, pero en casi todas las comunidades hubo quejas, señalando que algunas veces se favoreció a familias con suficientes recursos dejando fuera a familias muy necesitadas. La percepción general es que el programa arrancó bien, pero pronto fue politizado; al finalizar el periodo presidencial la entrega de los bonos se volvió menos regular (Ramírez et al., 2016).

➤ El Pacto Hambre Cero (2012 – 2015) continuó con las acciones de MIFAPRO, agregando capacitación a familias para la implementación de huertos familiares y dando énfasis a la Ventana de los Mil Días. Durante este periodo se entregó el Bono Seguro el cual se subdividía en bono de salud, bono de educación, bono de discapacidad y bono por estado de calamidad (Ramírez et al., 2016).

➤ El PEC fortaleció y amplió la prestación de servicios de salud y nutrición, pero estuvo plagado de fallas que impactaron su efectividad. A pesar de la presencia de clínicas y hospitales de fácil acceso que ofrecen servicios de diagnóstico gratuitos, no hubo disposiciones para la medicación gratuita, lo que supuso un desgaste de la confianza en los servicios de salud pública, incluyendo los programas de educación que los promotores de salud trataban de implementar (Fenton, 2013).

➤ Los encuestados señalaron la mala calidad de los proyectos actuales y pasados del MSPAS, agregando que su mala calidad es emblemática de su incapacidad para instituir programas de buena calidad a gran escala. (Perry et al., 2016).

➤ Una enfermera del centro de salud dijo que para la gran mayoría “es demasiado tarde” y que reducir la desnutrición es “muy complicado”. Su colega agregó que se debería tratarse de abordar la PF una vez que las niñas son fértiles, y preguntó en voz alta, frustrada: “¿Pero cómo podemos llegar a todas las adolescentes, si ni siquiera podemos llegar a todas las

- Gobernanza

madres?”, sugiriendo que esto estaba más allá de la capacidad actual del sistema de salud (Gillespie, 2018).

➤ A pesar de la evidencia sobre el efecto positivo que la educación podría tener sobre la malnutrición, la mayor parte de la respuesta nacional e internacional se centra en los esfuerzos curativos de los programas de ayuda alimentaria, nutrición materna, suplementación nutricional y transferencia monetaria condicionada. En Sololá, los directores de estos proyectos del sector público expresaron gran frustración por el hecho de que no solo carecen de efectividad, sino que son insostenibles y paternalistas, con el efecto negativo de crear dependencia del programa (Fenton, 2013).

➤ El énfasis en mejorar la educación nutricional y el enfoque en la familia para resolver el problema de la desnutrición facilita que los funcionarios eludan los problemas de la desigualdad, la pobreza y el funcionamiento inadecuado del Estado (Gillespie, 2018).

➤ De los 97 programas implementados entre 2011 y 2016 por el Gobierno de Guatemala relacionados con algunas de las diferentes dimensiones de la SAN, el 63% no duró más de dos años, mientras que los que habían durado más de seis solo representaron el 16% de la inversión, períodos claramente insuficientes para una intervención adecuada. Además, en la mayoría de los programas no se logró la ejecución completa de los recursos (Rivero Jiménez et al., 2021).

➤ En los últimos 20 años se han tomado medidas en todos los campos tradicionales del discurso gubernamental, pero la evidencia muestra que la retórica de las intervenciones ha superado con creces los cambios sustantivos: hay más narrativa de las medidas llevadas a cabo que de los objetivos cumplidos (Rivero Jiménez et al., 2021).

➤ El ejercicio de cálculo de costos está ayudando a crear conciencia entre las partes interesadas clave del gobierno sobre las consecuencias de una inversión inadecuada en nutrición para Guatemala, la necesidad de aumentar la inversión en nutrición y la necesidad de apoyar la planificación y el presupuesto del gobierno para la nutrición para garantizar una asignación adecuada de recursos (Richter et al., 2011).

➤ Las políticas comerciales han tenido un impacto significativo en la dieta y la nutrición del país. La liberalización generalizada después de los Acuerdos de Paz de 1996 y la participación posterior del país en una serie de acuerdos de libre comercio han convertido a Guatemala en el mayor país importador de alimentos de América Latina. La situación ha facilitado una rápida expansión de los supermercados, la de venta de comida rápida y la industria de alimentos y bebidas procesados, dominada por empresas extranjeras (Fenton, 2013).

➤ A diferencia de todos los demás niveles de gobierno, ninguno de los representantes de COCODE, por ejemplo, obtiene un salario estatal, pero están obligados a servir a su comunidad por dos años (Fenton, 2013).

➤ Aunque Guatemala ha estado experimentando esfuerzos de descentralización para fortalecer los vínculos rurales-urbanos en la prestación de servicios durante un cuarto de siglo, ha inspirado un sistema de “desconcentración” en oposición a la descentralización, ya que se ha producido poca difusión real en términos de recursos o poder. La verdadera descentralización es aquella que redistribuye no sólo la capacidad administrativa, sino también los recursos y el poder y esto no ha ocurrido en Guatemala (Fenton, 2013).

➤ Los vínculos ineficientes y de mala calidad de los servicios públicos han tenido un impacto negativo significativo en la seguridad alimentaria de los guatemaltecos. Estas ineficiencias son bastante costosas para un país con muy poca capacidad de aumentar los ingresos nacionales, lo cual deja escasos los fondos para proyectos comunitarios. Con un 10% del PIB, Guatemala tiene una de las cargas fiscales más bajas de América Latina

y la reforma tributaria ha sido bloqueada por intereses poderosos. Menos del 4% de lo recaudado se gasta en salud y educación y la corrupción endémica, la malversación de fondos públicos y la captura de proyectos por parte de la élite diluye aún más los recursos, que ya se redujeron a la mitad como resultado de la crisis financiera mundial de 2007/8 (Fenton, 2013).

➤ Dentro de este escenario de ausencia y debilidad del Estado para atender las necesidades socioeconómicas y de salud, principalmente en zonas rurales y aisladas, la cooperación internacional y las ONG han adquirido gran importancia. Como resultado, las intervenciones centradas en aspectos específicos del problema nutricional se han multiplicado en diversos territorios con metodologías dispares y con poca coordinación entre ellas (Rivero Jiménez et al., 2021).

INTERVENCIONES

- Enfoque

➤ El objetivo principal de PROCOMIDAS fue mejorar la salud y el estado nutricional de las mujeres embarazadas y lactantes y los niños menores de 2 años a través de tres componentes básicos del programa: la distribución de raciones de alimentos; comunicación de cambio de comportamiento (BCC) centrada en la salud, la higiene y la nutrición; y el fortalecimiento y la promoción del uso de los servicios de atención de la salud (Heckert et al., 2018).

➤ Para mejorar su comprensión y práctica, FANTA patrocinó 23 eventos de capacitación sobre las recomendaciones basadas en alimentos, su aplicación y los vínculos entre la agricultura y la nutrición, que llegaron a 720 personas de una amplia gama de instituciones (Richter et al., 2011).

➤ PAISANO fue diseñado para abordar problemas críticos de inseguridad alimentaria, pobreza y malnutrición y aumentar la resiliencia de las comunidades en áreas específicas en el Altiplano. Las intervenciones clave incluyen la promoción de un cambio de comportamiento positivo en nutrición, salud, higiene, saneamiento y agricultura; la participación de las mujeres en las actividades de los proyectos e intervenciones para diversificar los medios de vida a través de la ganadería y las actividades de ahorro y préstamo (ICF Macro, 2019).

➤ El objetivo principal de esta revisión fue examinar lo que se sabe sobre los impactos en la salud humana de la exposición a heces animales mal manejadas, transmitidas a través de vías relacionadas con WASH en países de ingresos bajos. Modificamos el tradicional “diagrama F” para centrarnos en la exposición a las heces animales en hogares y crianza de animales a pequeña escala, en hogares con mascotas y en comunidades con roedores sinantrópicos [ratas y ratones] (Penakalapati et al., 2017).

➤ El objetivo a corto plazo del programa SPOON es mejorar el conocimiento de las madres sobre las prácticas recomendadas de alimentación infantil y aumentar el porcentaje de madres que siguen las recomendaciones. A largo plazo, el objetivo es lograr un crecimiento óptimo de los niños mediante la reducción del riesgo de retardo en talla, sobrepeso/obesidad y anemia entre los niños inscritos en el programa. El programa espera lograr estos objetivos a través de una estrategia innovadora de cambio de comportamiento dirigida a madres y cuidadores y la distribución de suplementos nutricionales a base de lípidos (LNS, por sus siglas en inglés) a niños de 6 a 24 meses de edad (González Acero et al., 2020).

- Resultados

➤ La disminución significativa en el retardo en talla y bajo peso en niños de 0-5 meses puede deberse a una mayor duración de la LME y la metodología de capacitación. La desnutrición crónica se redujo del 74% al 39% en el transcurso del proyecto, posiblemente por el uso de la intervención Desviación Positiva/Hearth, la cual confirmó que había

alimentos nutritivos disponibles localmente y asequibles, sugiriendo que los costosos programas de suplementación de alimentos podrían no ser necesarios. No hubo efecto en la prevalencia de bajo peso (Perry et al., 2016).

➤ Las transferencias monetarias condicionadas requerían la asistencia puntual de los niños a la escuela y el monitoreo de crecimiento en los servicios de salud, lo cual se cumplía debido al temor de las madres de perder este beneficio. El impacto del programa en las comunidades de estudio es difícil de estimar. Algunas familias utilizaron el dinero para la compra de alimentos, útiles y ropa de sus hijos, tal como se había recomendado, pero hubo mención que en los días de entrega del bono los hombres acompañaban a las señoras para quitarles el dinero y utilizarlo en la compra de licor, por lo que en algunas comunidades se hablaba de establecimientos llamados “Mi Cantina Progresas”. También se dijo que los bonos sirvieron para subvencionar la agricultura de sobrevivencia, la tejeduría y la compra de animales domésticos para crianza y venta y que el programa tuvo mayor impacto entre las familias más pobres (Ramírez et al., 2016).

➤ No se encontró un efecto estadísticamente significativo entre las preferencias de AC y la duración de la lactancia materna, lo cual es sorprendente dada la evidencia que sugiere que los bebés destetados pueden consumir dietas más ricas en proteínas que los bebés que reciben lactancia continuada de la misma edad. Podría ser que, en la población de estudio, otros factores sean más importantes que el uso de alimentos nutritivos para determinar la duración de la lactancia materna. Los datos sugieren que el orden de nacimiento del niño y la ayuda de otras cuidadoras podrían ser factores clave. También es posible que la falta de evidencia de un efecto de calidad de la dieta pueda atribuirse al enfoque burdo utilizado para estimar el contenido proteico de las dietas de los lactantes (McKerracher et al., 2020).

➤ Una posible razón de la falta de efectos en la salud es la poca adherencia del programa, el cual que no ofreció cobertura universal. Otra explicación es que debido a que las intervenciones de saneamiento se han centrado principalmente en la contención de excrementos humanos, la falta de evidencia de efectos sobre la salud en grandes intervenciones podría deberse a la exposición persistente a patógenos fecales de origen animal entre las poblaciones de estudio (Penakalapati et al., 2017).

➤ PROCOMIDAS aumentó el porcentaje de madres que sabían el momento óptimo para introducir líquidos distintos de la leche materna en 4-5 puntos porcentuales, pero no hubo cambios en las prácticas de AC. PROCOMIDA tuvo un impacto pequeño pero inconsistente en el aumento de la diversidad de la dieta materna y algunos impactos positivos en la diversidad de la dieta infantil, la ingesta de alimentos ricos en hierro y la calidad de la dieta. No obstante, el porcentaje de niños con la diversidad mínima fue pequeño y en gran parte debido al CSB [mezcla de maíz y soya, por sus siglas en inglés] (Heckert et al., 2018).

➤ En la revisión de literatura encontramos un predominio de estudios sobre las creencias y percepciones de las madres sobre la alimentación y la leche materna, la influencia de los familiares (especialmente las abuelas paternas) y la falta de recursos de las madres sobre las prácticas de lactancia materna y alimentación infantil (Deeney & Harris-Fry, 2020).

➤ La nueva evidencia presentada por Cesar Victora y sus colegas muestra que, si no se presta atención a la nutrición materna, los resultados de la nutrición infantil continuarán rezagados. Hay también una amplia gama de evidencia sobre nutrición, salud, sistemas alimentarios, protección social e intervenciones de WASH y concluyen que una mejoría duradera seguirá siendo difícil de alcanzar sin una acción concertada en los sectores de salud, protección social y agricultura (Shekar et al., 2021).

➤ Un estudio de caso realizado en una comunidad rural maya se encontró una prevalencia de desnutrición crónica del 52% y 22% de los niños con desnutrición severa. Se implementó un modelo de nutrición integral dirigido a trabajar tanto en la prevención como en el tratamiento de la desnutrición infantil con varias intervenciones centradas en la educación

nutricional y la seguridad alimentaria. Después de dos años, la prevalencia general de desnutrición crónica disminuyó en un 20%, y la prevalencia de desnutrición crónica severa disminuyó en un 35% (Rivero Jiménez et al., 2021).

➤ Se ha vinculado la vacunación incompleta con una mayor prevalencia de bajo peso, tanto en niños como en niñas (Rivero Jiménez et al., 2021).

➤ PAISANO promovió la producción de cabras, conejos, aves de corral y pequeños huertos. El programa reportó un buen nivel de adopción con un 46% de hogares produciendo cabras y conejos; el 54% tenían aves y el 61% cultivaban en huertos familiares. Hubo una mejoría significativa en el Puntaje de Diversidad Dietética y los hogares reportaron haber consumido 7 de los 12 grupos de alimentos en las últimas cuatro semanas antes de la encuesta, en comparación con 6 al inicio del estudio. También hubo un mayor consumo de alimentos ricos en proteínas. La diversidad dietética de las mujeres aumentó significativamente, de 3.8 a 4.8 grupos, así como en la dieta mínima aceptable en niños de 6-23 meses, la cual pasó del 22% al inicio del estudio al 48% en la línea final. Se lograron avances impresionantes en los indicadores de AC en todos los grupos de edad y en la mayoría de los indicadores. Hubo una disminución de cinco puntos porcentuales en la prevalencia de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años, debajo de los 10 puntos esperados. No hubo cambios en la prevalencia de bajo peso o emaciación (ICF Macro, 2019; Save the Children, 2019).

➤ Las actividades de PAISANO que los participantes encontraron más útiles para mejorar las dietas de sus hijos fueron: a) Demostraciones de recetas utilizando nuevos alimentos, en especial leche de cabra, huevo, carne de conejo; b) transferencias de efectivo que permitió diversificar la dieta; c) apoyo técnico y semillas para los huertos; y d) los corrales para aves (para evitar la pérdida de huevos y la diarrea, dijeron) (ICF Macro, 2019).

➤ PAISANO siguió un enfoque práctico para enseñar cómo mejorar la AC. Las demostraciones de recetas fueron oportunidades para que padres e hijos probaran nuevas recetas y practicasen su preparación, en tanto las transferencias en efectivo (o la producción en el hogar) facilitó el acceso al alimento. El programa dio seguimiento se dio por medio de visitas domiciliarias u otras actividades. Varios de los materiales IEC de PAISANO fueron particularmente útiles y prácticos, como el rotafolio de recetas y las tarjetas. Además, el enfoque de cambio social y de comportamiento, basado en actividades prácticas y un seguimiento estrecho, parece haber sido efectivo para apoyar el cambio de comportamiento, particularmente para la diversidad dietética y WASH (ICF Macro, 2019).

➤ PAISANO contribuyó a mejorar de la seguridad alimentaria y a la diversidad de la dieta, en especial por la inclusión de alimentos nutritivos que fueron promovidos para mejorar la dieta. Se mejoraron los indicadores de la AC por medio de la introducción de nuevas prácticas y alimentos. Se logró una disminución significativa en la desnutrición crónica, aunque por debajo de la meta del proyecto, pero no hubo ningún progreso en la reducción de la emaciación. La altísima prevalencia de la desnutrición crónica requiere abordar los factores contribuyentes en salud y nutrición durante un período intergeneracional a largo plazo (ICF Macro, 2019).

➤ Los resultados indican que las transferencias de efectivo se asocian marginalmente con una menor prevalencia de retardo en talla y que las transferencias monetarias fueron efectivas para lograr una mayor proporción de niños con una dieta mínima aceptable. El análisis multivariado encontró que los mayores gastos de consumo fueron un factor clave para reducir las probabilidades de la desnutrición crónica (ICF Macro, 2019).

➤ La asistencia en efectivo apoyó una mayor diversidad dietética y se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre los hogares que recibieron una transferencia de efectivo y una menor prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años, así como una mejor prevalencia de una dieta mínima aceptable. Se integró una

lente de género en los tres objetivos estratégicos, pero las actividades específicas de género tuvieron un alcance limitado, aunque fueron bien recibidas por las personas expuestas a las actividades (ICF Macro, 2019).

➤ En general, la implementación de PAISANO fue eficaz, pero en una escala algo limitada, especialmente para la producción de leche de cabra y las actividades de la cadena de valor, para las que la gran mayoría de los participantes no estaban calificados. Las transferencias de animales pequeños parecen a contribuir más mejorar la nutrición y la economía de la población pobre que las transferencias de animales más grandes (ICF Macro, 2019).

➤ La producción de leche de cabra fue muy popular, tanto entre los participantes de PAISANO como con el personal del proyecto. Sin embargo, el alto valor de cada cabra y las complicaciones asociadas a los requisitos de transferencia de crías dificultaron la extensión de la actividad, lo que limitó el rápido aumento de las cabras durante la vida del proyecto (ICF Macro, 2019).

➤ El primer objetivo estratégico de PAISANO (acceso a los alimentos) fue diseñado según las mejores prácticas y la implementación fue generalmente efectiva. La distribución de animales pequeños y semillas mejoradas, junto con el apoyo técnico adecuado, permitió a un número significativo de participantes aumentar la cantidad de alimentos nutritivos disponibles para sus familias y proporcionar aumentos ocasionales y modestos sus ingresos. A pesar de las dificultades con la disponibilidad de agua y la falta de semillas de hortalizas mejoradas, es probable que los huertos se mantengan debido a la buena actitud de los participantes. La distribución de cabras podría resultar menos sostenible que la de los animales pequeños (aves de corral y conejos), dado el valor de cada animal y la complejidad relativa de su manejo (ICF Macro, 2019).

➤ FANTA utilizó los resultados del estudio de costos para desarrollar un video para crear conciencia entre funcionarios gubernamentales, líderes municipales y la sociedad civil sobre las consecuencias negativas de la desnutrición crónica en Guatemala (Richter et al., 2011).

➤ Los participantes aprendieron sobre la magnitud y las consecuencias del retardo en talla en el Altiplano y sobre nutrición básica basada en la evidencia. Los participantes comentaron que no solo adquirieron conocimientos, sino que también salieron del curso con nuevas ideas sobre cómo ser catalizadores del cambio en sus comunidades (Richter et al., 2011).

➤ En el estudio en **Kenya** sólo se observaron mejoras en talla en los grupos que recibieron la intervención nutricional (consejería sobre alimentación materna e infantil y distribución de LNS). Nuestros resultados sugieren que los programas integrados de WASH y nutrición no son más efectivos que los programas de nutrición para reducir la diarrea o mejorar la talla, y que las intervenciones nutricionales que incluyen consejería y LNS pueden reducir modestamente la desnutrición crónica, sin eliminarla, incluso cuando la adherencia al LNS sea alta. Dado el gran tamaño de muestra y mediciones antropométricas de alta calidad, este ensayo tuvo poder para detectar efectos pequeños en la prevalencia de diarrea y la puntuación Z de talla para edad de haber estado presentes (Null et al., 2018).

➤ La desnutrición crónica es un ultraje que exige una respuesta acorde con el daño que está haciendo a los niños y a las naciones. Se debe crear una “nueva normalidad” para los determinantes de la desnutrición crónica: una nueva normalidad de alimentación infantil que incluye su calidad, cantidad e inocuidad. Una nueva normalidad para la vida de las mujeres, que incluya su buena nutrición y con el derecho a tomar sus propias decisiones. Y, por último, una nueva normalidad en la higiene y saneamiento de los hogares, incluyendo acceso a agua segura, saneamiento, acceso a jabón y a letrinas funcionales. Es crucial que las estrategias nacionales den prioridad a los niños más vulnerables (Aguayo & Menon,

2016).

➤ La desnutrición es multifactorial y los paquetes de intervención deben ser multifacéticos para abordar sus muchas causas. Lograr resultados óptimos en materia de salud y desarrollo requiere un enfoque múltiple, con intervenciones específicas y sensibles a la nutrición que cubran factores como infecciones y enfermedades, prácticas de salud reproductiva, acceso y utilización de servicios de salud, WASH y conocimientos y prácticas relacionados con una serie de temas de salud y nutrición (Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA), 2018).

➤ La consejería sobre la AC podría discutir las creencias alimentos fríos y calientes, resaltar los beneficios de las dietas variadas y de los suplementos y explicar cuánto alimentar al niño sano y durante la enfermedad. Las creencias culturales y la familia tienen mucha influencia, pero pocas intervenciones abordan estos factores. Las intervenciones de consejería podrían tener como objetivo cambiar las normas y oportunidades sociales al involucrar a familiares, especialmente abuelas paternas (Deeney & Harris-Fry, 2020).

➤ Una recomendación clave es examinar cuidadosamente los recursos dentro de las comunidades que podrían servir como base para programas de nutrición antes de la implementación, ya que podrían afectar las necesidades y los resultados locales (Brown et al., 2016).

➤ La diversidad de la dieta y la frecuencia de las comidas fue muy pobre. Estas deficiencias se podrían abordar redirigiendo parte de la producción agrícola comercial hacia el consumo doméstico, visibilizando la desnutrición crónica a nivel comunitario a través de modelos de desviación positiva, fomentando la participación de varios hogares en la compra de alimentos y cambiando el consumo de alimentos procesados de baja calidad por alimentos fortificados. Dentro de una iniciativa de BCC, el gasto en comida chatarra es un “recurso oculto” en el hogar que podría reorientarse hacia alimentos fortificados, frutas o verduras (Brown et al., 2016).

➤ Para mejorar el acceso a los alimentos de origen animal, potencialmente a través del MAGA, WHIP/USAID, los socios implementadores y el sector privado se debe: a) alentar los servicios de extensión para apoyar la producción local de huevos y otros alimentos de origen animal, así como frutas, verduras y otros alimentos nutritivos; b) aumentar la producción de huevos y pollo para mejorar el acceso y disponibilidad local, tanto por parte de los hogares como de pequeñas empresas rurales; c) apoyar a los mercados locales para que puedan vender una variedad de alimentos de origen animal a precios accesibles y promover los mercados móviles semanales en comunidades remotas; d) desarrollar tecnología apropiada para el almacenamiento de alimentos altamente perecederos; e) crear oportunidades para que las mujeres produzcan y vendan especies menores; f) ampliar las oportunidades de empleo y mejorar los salarios; g) ofrecer educación nutricional para mejorar la calidad y diversidad de la dieta;) implementar campañas de comunicación social para promover el consumo de alimentos de origen animal mínimamente procesados (Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA), 2016).

➤ Se sugiere abordar otros elementos que contribuyan a la malnutrición, aparte del componente de disponibilidad, y considerar la posibilidad de integrar intervenciones o buscar colaboración con otros actores para promover y mejorar el consumo y el aprovechamiento biológico de los alimentos (FAO, 2017).

➤ Se pudo observar que a implementación de un mismo programa varía en cada lugar y usualmente se presta menos atención en los lugares más lejanos. Los programas no priorizan las regiones más rurales: se asume la misma intervención, con la misma intensidad y duración. Las regiones más rurales necesitan una atención diferenciada, con mayor acompañamiento, dado que allí la pobreza es más alta, la escolaridad más baja y la

emancipación de las mujeres apenas incipiente. Además, la población más vulnerable tiende a evitar riesgos, y cualquier tipo de cambio (especialmente en términos de producción o generación de ingresos) tiende a ser evitado. En municipios como Santa Lucía La Reforma y Colotenango se necesitan intervenciones de mayor duración, realmente integrales y que incluyan generación de ingresos y el empoderamiento de las mujeres. Por las dificultades que se encuentran en estos lugares se requiere personal muy bien capacitado y altamente motivado y empático y hablante de su mismo idioma (Ramírez et al., 2016).

➤ En el contexto de dietas marginales e infecciones recurrentes, la enfermedad entérica ambiental (EED) probablemente explique una parte significativa del retardo en talla. Las intervenciones destinadas a prevenirla y reducirla, en particular las centradas en Baby WASH, pueden ser fundamentales. El lavado de manos es necesario, pero no suficiente, para reducir los niveles de daño subclínico de la mucosa intestinal, fuertemente asociados con la desnutrición crónica (Mbuya et al., 2015; World Bank, 2018).

➤ Hay evidencia sólida que la distribución de LNS junto con la promoción de una mejor AC puede reducir el bajo crecimiento, aunque no elimina el problema. Las intervenciones deberán abordar el complejo conjunto de determinantes subyacentes de la desnutrición, incluyendo los factores prenatales (Null et al., 2018).

➤ Es importante señalar que el personal entrevistado de Curamericas /Guatemala tuvo muy pocas críticas hacia la metodología del proyecto (CBIO + Care Group). Mostraron una muy buena comprensión teórica de sus principios y procedimientos y se adueñaron de ella. Sus preocupaciones se centraron en los desafíos que supone trabajar en un contexto como Huehuetenango: (1) movilizarse en terrenos difíciles; (2) comunicarse y coordinar con el equipo para implementar el sistema integrado de salud; (3) generar confianza en un entorno aún marcado por las atrocidades de la guerra civil; y (4) superar la dominación machista que impide la participación de las mujeres en edad reproductiva, figuras fundamentales para el éxito del Proyecto. Las recomendaciones del personal se centraron en estos puntos, sin mayores recomendaciones para mejorar la metodología (Perry et al., 2016).

➤ El MSPAS necesita asistencia técnica continua para ampliar e implementar plenamente los servicios de nutrición de calidad e incorporar plenamente la nutrición en sus modelos de atención de salud. La estrategia gubernamental para la Prevención de la Desnutrición Crónica debe servir como guía central tanto para el Gobierno como para todos sus socios y debe ir acompañada de un plan de acción detallado (Richter et al., 2011).

➤ Se debe realizar un trabajo adicional para continuar apoyando a los líderes de la sociedad civil en su papel de campeones y defensores de la nutrición y realizar un trabajo adicional con líderes y redes municipales como la Asociación Nacional de Municipalidades de la Republica de Guatemala (ANAM), como parte de un programa formal para proporcionar el apoyo técnico, administrativo y legal necesario para que los líderes municipales sean actores activos en la prevención del retraso en el crecimiento a nivel municipal. El curso de educación a distancia de nutrición materno infantil, deben seguir siendo apoyados (Richter et al., 2011).

➤ Un enfoque eficaz es incluir una serie de intervenciones que apoyen y mejoren la diversidad de la dieta. Estas intervenciones deben ser actividades prácticas, no teóricas, de cambio de comportamiento, combinadas con la producción y acceso a los alimentos comprados, teniendo en cuenta las oportunidades y limitaciones relacionadas con los factores agroecológicos y culturales. En el Altiplano las transferencias en efectivo son preferibles a la asistencia alimentaria, siempre que el uso de los fondos pueda apoyarse y supervisarse adecuadamente. Debe considerarse con cautela el cobro por servicios para subsidiar las actividades de voluntariado debido a las posibles fluctuaciones y, sobre todo, porque solo duran la vida del proyecto y tienen implicaciones para la sostenibilidad. El empoderamiento y el crecimiento personal reportados por los voluntarios son temas que

merecen ser mejor documentados y apoyados para aprender estos importantes resultados y maximizar sus beneficios (ICF Macro, 2019).

➤ Hay lecciones aprendidas de las experiencias de intervención de género de PAISANO, en especial la estrategia y los materiales para trabajar con grupos de hombres, los grupos de ahorros y préstamos y las transferencias monetarias. Se recomienda aplicar todas las actividades de género desde el inicio del proyecto, lo cual incluye evaluaciones de género y capacitación del personal sobre cómo introducir actividades inclusivas en la ejecución de proyectos. Los proyectos futuros también deben abordar a las suegras y abuelas, quienes fueron identificadas como influyentes en la toma de decisiones de las mujeres (ICF Macro, 2019).

➤ Las actividades de las cadenas de valor de PAISANO fueron exitosas, pero a una escala necesariamente pequeña, dado que la mayoría de los participantes no tienen los recursos económicos mínimos para lograrlo. Se debe considerar si las poblaciones objetivo de los DFAP [Proyectos de Asistencia Alimentaria para el Desarrollo] ameritan incluirse en iniciativas de las cadenas de valor. Las transferencias monetarias podrían ser más eficiente en lugar de promover prematuramente niveles más altos de participación en el mercado (ICF Macro, 2019).

DATOS, COMPORTAMIENTOS

➤ Un niño con desnutrición crónica a los tres años permanece atrofiado en la edad adulta, incluso si comienza a recibir una buena nutrición después de los tres años. La sobrealimentación de niños desnutridos después de los tres años aumenta el riesgo de sobrepeso y obesidad, pero no resulta en una mayor talla. Hay firme evidencia que las intervenciones nutricionales efectivas en niños antes de los tres años tienen impactos positivos duraderos en una serie de indicadores (World Bank, 2018).

➤ Las tasas persistentemente altas de desnutrición crónica en Guatemala indican la ausencia del tipo más básico de capital humano, la buena salud, debida en parte por la falta de acceso a los servicios básicos. El alcance y persistencia de la desnutrición en Guatemala, y sus efectos en otros indicadores, prioriza la solución de esta afrenta. El nivel de desnutrición crónica de Guatemala se acerca más al de los países más pobres del África que a los niveles de sus vecinos. La desnutrición representa un costo sustancial, limitando las oportunidades de participar en la economía y contribuir al desarrollo social y económico del país. El costo de la malnutrición para la economía también es alto porque socava las inversiones en servicios públicos, particularmente en salud, y priva al mercado laboral de trabajadores productivos (World Bank, 2018).

➤ Ha habido pocos avances en la reducción de las tasas de desnutrición crónica, cuyos determinantes van desde tener acceso a agua potable, saneamiento seguro y seguridad alimentaria hasta tener acceso a atención primaria de salud y cuidado infantil adecuado. Aunque la brecha urbano-rural se cerró del 17% en 2008 al 11% en 2014, esto se debió principalmente a un aumento en las tasas de desnutrición en las áreas urbanas. Además, hubo un aumento de la desnutrición entre los niños que viven en el quintil de riqueza superior y en los hogares con padres de más escolaridad. Las tasas de desnutrición han aumentado en varios departamentos. En El Progreso y Jalapa aumentó en un 15 y 9 por ciento, respectivamente. Sin embargo, la gravedad de la situación de desnutrición se ilustra mejor por el hecho de que incluso en el departamento con la prevalencia más baja (Guatemala), tres de cada diez niños sufren de desnutrición crónica. En términos absolutos, el número de niños desnutridos ha aumentado un 10% desde 2008, un aumento de casi 100.000 niños (World Bank, 2018).

- En algunas regiones indígenas, la tasa de desnutrición es del 70%. Al mismo tiempo, el 5% de los niños menores de 5 años tienen sobrepeso. La prevalencia de anemia en niños de esta edad es de 32%, y en los niños menores de 2 años es aún mayor: 70% entre los niños menores de 18 meses y 40% entre aquellos entre 18 y 24 meses (González Acero et al., 2020).
- Las prácticas óptimas de alimentación infantil son particularmente cruciales cuando los niños están enfermos o convalecientes, ya que el estado nutricional de los niños puede deteriorarse rápidamente si no se cumplen los requisitos adicionales de nutrientes asociados con la enfermedad y los nutrientes se desvían del crecimiento hacia la respuesta inmune. Pero las prácticas de AC durante la enfermedad están lejos de ser óptimas. La mayoría de los niños continúa siendo amamantados cuando están enfermos, pero pocos son amamantados con más frecuencia, como se recomienda. Además, el consumo de alimentos es menor debido a la anorexia infantil (percibida o real), la falta de conciencia sobre las necesidades de alimentación de los niños enfermos, las creencias tradicionales y la consejería y apoyo subóptimos por parte de los trabajadores de la salud (Aguayo & Menon, 2016).
- En 2011, el 26% de niños menores de 5 años en todo el mundo tenía desnutrición crónica. Dado que mucha de la desnutrición no puede explicarse por una dieta deficiente o por diarrea, ni puede revertirse completamente con una dieta optimizada y menor incidencia de diarrea, ha llevado a la hipótesis de que una causa subyacente de importancia es la enfermedad intestinal subclínica. Esencialmente, los patógenos ingeridos dan como resultado una superficie de absorción reducida y la pérdida de enzimas digestivas, lo cual resulta en una mala digestión y malabsorción de nutrientes muy necesarios (Mbuya et al., 2015). Las heces de animales pueden desempeñar un papel importante en esta transmisión. En el Global Burden of Disease 2015 se estima que cerca de un tercio de las muertes por diarrea entre niños menores de cinco años se atribuyen a patógenos que se encuentran en heces animales (Penakalapati et al., 2017).
- En San Juan Ostuncalco, la media de edad a la que las madres destetaban fue a los 17 meses. Entre las razones que dieron fue que “ya no crecía” o “se enfermaba mucho” y “no quería comer”. Las madres comentaron que les era difícil que sus hijos comieran si le daban pecho, por lo que si no les daban de mamar los niños sí pedían comida. La cuarta parte de las encuestadas sabían que la lactancia debía iniciar inmediatamente después del nacimiento (Hernández Monzón, 2018).
- La duración promedio de la lactancia materna para los niños cuyas madres están alcanzando el fin de su vida reproductiva es de 34 meses, mientras que para los niños madres más jóvenes es de 27 meses (McKerracher et al., 2020).
- Casi la cuarta parte (27%) de los niños en las aldeas de Sololá fueron destetados cuando tenían alrededor de los 24 meses, aunque un 19% continuó amamantando hasta casi los 36 meses, y un 11% adicional continuó después del tercer cumpleaños (McKerracher et al., 2020).
- El 46% de las madres empezó la AC de manera oportuna, el 33% la introdujo antes de los 3,5 meses y el 21% la introdujo después de los 6.5. Un año después del parto, el 87% de las mujeres seguían amamantando (Webb et al., 2009).
- Aun cuando este análisis es muy general en cuanto a la diversidad de la dieta, los resultados sugieren que: 1) los alimentos ricos en vitamina A y los de origen animal fueron ligeramente más frecuentes en los hogares de niños con talla normal y tienden ser menos frecuentes en la dieta de los niños con retardo en talla; 2) la lactancia materna es mayor entre los niños de talla normal, lo cual podría estar relacionado a su edad (los niños con

retardo en talla tenían unos 5 meses más). Además, se observó que los niños con talla normal reciben una mejor atención de parte de sus madres, en especial para terminar de comer (Saenz de Tejada & Figueroa, 2017).

➤ Hubo una diferencia significativa en la distribución de los primeros líquidos entre las dos comunidades. En Xejuyu', el 87% (45 de 52) de los niños recibió atol, mientras que en K'exel el 57% (26 de 46) recibió una bebida más pobre en nutrientes (agua, café o té). En la encuesta, el 8% y el 16% de las madres en las dos aldeas dijeron haber comprado alimentos específicamente para sus hijos. Los alimentos mencionados incluyeron sopa instantánea, frijoles fritos, fideos, leche, huevos y avena (Brown et al., 2016).

➤ En términos de prácticas óptimas, la LME hasta los 6 meses, la lactancia materna hasta el segundo año de vida y la introducción oportuna de AC fueron comunes, aunque muchos de los primeros alimentos fueron de mala calidad y baja densidad de nutrientes. El 90% de los niños de la muestra estaban amamantando en el segundo año de vida (en comparación con el 46% a nivel regional) y el 90% de los niños recibió LME por seis meses (56% a nivel regional). La edad promedio al destete fue 20.5 meses en una comunidad y 17.5 en la otra (Brown et al., 2016).

➤ Muchos factores contribuyen a la desnutrición crónica en Guatemala, incluidas las prácticas subóptimas de alimentación de lactantes y niños pequeños, la baja diversidad dietética, la inseguridad alimentaria, WASH deficiente y el mal acceso a los servicios de salud. Además, tanto la cantidad como la variedad de la AC es inadecuada (Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA), 2016).

➤ La relación entre WASH y el aumento de la talla para la edad se debe a que unas mejores condiciones de WASH previenen la diarrea y la EED, lo cual aumenta la permeabilidad del intestino delgado y reduce la absorción de nutrientes (Gizaw & Worku, 2019).

➤ En San Lorenzo, además de la habitual tortilla o tamalito, en el almuerzo y cena se sirve otro carbohidrato. La cena tendía a ser la comida más chica. Según dijeron las madres, solo otros dos productos se consumen con la misma frecuencia que el maíz: ¡el café y el azúcar! Este se bebe en cada comida, diluido y muy dulce y se ofrece a todos los miembros de la familia, incluidos los bebés. La AC empieza a los 4-6 meses y no más tarde de un año. Los alimentos iniciales son el café y atol de maíz, avena o Incaparina. Al menos cinco madres dijeron haber dado refrescos carbonatados a sus bebés; todas negaron haberles ofrecido leche de vaca, en cualquiera de sus presentaciones. La AC tiende a ser alta en carbohidratos, baja en proteínas, con pocas verduras y frutas. Los niños casi siempre comen con la misma frecuencia que el resto de la familia, aunque a la mayoría también recibía una merienda por la mañana (usualmente atol de algún cereal) (Stachel & Dean, 2006).

➤ Las deficiencias persistentes en hierro, zinc, folato y vitamina B12 sugieren que los esfuerzos de distribución actuales no han llegado a las mujeres y los niños de manera consistente para prevenir las deficiencias (Richter et al., 2011).

➤ Según las estimaciones de Guatemala PROFILES 2017, si no mejora la nutrición para 2026, 30,542 bebés morirán por causas relacionadas con el bajo peso al nacer, 38.019 niños menores de 5 años morirán por afecciones relacionadas a la desnutrición crónica, 70.935 niños menores de 2 años morirán relacionados con prácticas de lactancia materna subóptimas; 674 madres y 5.549 bebés morirán alrededor del momento del nacimiento por la anemia materna. Se perderá el equivalente a 33 millones de años escolares relacionados con la desnutrición crónica y se darán US\$19.4 billones en pérdidas económicas relacionadas con la productividad relacionadas con la desnutrición crónica en niños menores de 5 años (Richter et al., 2011).

- La lactancia materna hasta al menos los 2 años es la norma en Alta Verapaz. A los 6 meses, solo el 55.0% de los niños recibía AC, pero a los 9 meses casi todos los niños la recibían (Heckert et al., 2018; Olney et al., 2012).
- La proteína animal de mayor consumo son indudablemente los huevos, los cuales se ofrecen con tanta frecuencia como las madres puedan. Varias encuestas muestran un alto consumo de huevos en niños de 6-24 meses. Lo que las encuestas no muestran es que con frecuencia un solo huevo es compartido hasta por tres niños. El consumo de carne es más restringido. Si bien muchas familias consumen carne o pollo una vez a la semana (usualmente se prepara en caldo, con algunas verduras y papas), a los niños menores de un año raramente se les ofrece la carne. Las madres dicen que la carne les puede caer mal porque su estómago todavía no está listo para digerirla y que no la pueden masticar y temen a que “se atoren”. Hay evidencia que en situaciones en que se da un aumento de proteína en la olla familiar, no siempre se traduce en un aumento proporcional en los niños menores de 24 meses. Por otro lado, el consumo de carnes procesadas es alto. En Totonicapán, por ejemplo, se encontró que la salchicha es el segundo tipo de carne más consumido (55% de las familias las consumieron por lo menos una vez a la semana) (Saenz de Tejada, 2013).
- El 68% de los niños de la muestra tenían desnutrición crónica y el 32% tenía desnutrición crónica severa y el 15% por ciento tenían bajo peso, y a mayor edad, mayor porcentaje de niños con retardo en talla. Los resultados fueron similares en San Marcos, Huehuetenango y Quiché, pero fueron mucho más altos en Totonicapán (World Bank, 2018).
- No hubo cambios significativos en la proporción de niños menores de 6 meses recibiendo LME, la cual fue del 61% al inicio del estudio y del 64% en la línea final. Un subconjunto de madres continúa suplementando la leche materna con agua y otros líquidos no lácteos antes de los 6 meses y el 15 por ciento de los niños de 4 a 5 meses de edad reciben AC (ICF Macro, 2019).

INVESTIGACIÓN

- Brechas

- Nuestra revisión muestra que la relación entre la evidencia publicada y las intervenciones realizadas en Guatemala es muy baja. La proporción de estudios que analizan intervenciones o prueban nuevos enfoques es notablemente baja y no hay cambios en las tendencias (Rivero Jiménez et al., 2021).
- Las mejores prácticas para optimizar los resultados de nutrición en el sector agrícola y los sistemas alimentarios es otra área en la que la base de evidencia ha crecido lentamente y aún no se ha traducido en impacto a escala (Shekar et al., 2021).
- Se necesita urgentemente más investigación para comprender mejor los efectos de la intoxicación por aflatoxinas en un sistema digestivo ya comprometido. Los esfuerzos deben estar respaldados por un enfoque multisectorial consolidado para las intervenciones orientadas a mejorar la salud y la higiene (World Bank, 2018).
- Una línea de investigación particularmente interesante sería evaluar el equilibrio entre los beneficios nutricionales de la crianza de animales con los riesgos para la salud asociados a su contacto, especialmente en los niños. Al tener más información se pueden desarrollar y evaluar rigurosamente las intervenciones culturalmente apropiadas (Penakalapati et al., 2017).
- Para las intervenciones nutricionales impartidas a través del sector de la salud, una

pregunta importante es cómo maximizar la cobertura y minimizar los costos de entrega mediante el uso de los mecanismos existentes en los servicios de salud (Shekar et al., 2021).

- En la pandemia de COVID-19, ante el aumento de precios, el consumo de alimentos más baratos y menos saludables está exacerbando el aumento del sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición. Ahora más que nunca se necesita evidencia sobre cómo ofrecer mejores resultados nutricionales en todo el sistema alimentario (Shekar et al., 2021).
- Apéndice 2. Porcentaje de madres que respondieron correctamente a las preguntas de la encuesta de conocimiento (González Acero et al., 2020).
- Tabla 2 Ejemplos de prácticas, barreras y facilitadores de mejoras deseadas para la AC utilizados para diseñar la estrategia de cambio de comportamiento (González Acero et al., 2020).
- Tabla 4. Indicadores de alimentación para niños de 6 a 23 meses (Brown et al., 2016).
- Tabla 1. Desafíos para la implementación de las recomendaciones (Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA), 2016).
- La Figura 1 muestra la variedad de alimentos consumidos de origen animal. Las únicas carnes consumidas por los niños fueron cantidades muy pequeñas de pollo y salchichas. Aunque el consumo de huevos y lácteos fue más común que la carne, aún fue bajo (Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA), 2016).
- Tabla 5.4. Prácticas prometedoras de lactancia materna (Olney et al., 2012).
- Tabla 5.6. Prácticas prometedoras de alimentación complementaria (Olney et al., 2012).
- Tabla 5.11. Prácticas para promover a través de la estrategia SBCC de Mercy Corps (Olney et al., 2012).
- Figura B5.1.1: Aflatoxinas y clima en Guatemala, por departamento, 2012 (World Bank, 2018).
- Gráfico 5.2: Tasas de retraso en el crecimiento entre los niños de 3 a 59 meses, por quintil de etnicidad y riqueza, 2008 y 2014 (World Bank, 2018).
- Gráfico 5.3: Tasas de retraso en el crecimiento entre los niños de 3 a 59 meses, por Departamento, 2008 y 2014 (World Bank, 2018).
- Figura 4. Diagrama F modificado incluyendo intervenciones que pueden bloquear la exposición humana a las heces de animales (Penakalapati et al., 2017).
- Figura 3. Diagrama F modificado que muestra las rutas de transmisión de las heces de animales a los humanos.



REFERENCIAS

- Aguayo, V. M., & Menon, P. (2016). Stop stunting: Improving child feeding, women's nutrition and household sanitation in South Asia. *Maternal and Child Nutrition*, 12, 3–11. <https://doi.org/10.1111/mcn.12283>
- Brown, K., Henretty, N., Chary, A., Webb, M. F., Wehr, H., Moore, J., Baird, C., Díaz, A. K., & Rohloff, P. (2016). Mixed-methods study identifies key strategies for improving infant and young child feeding practices in a highly stunted rural indigenous population in Guatemala. *Maternal and Child Nutrition*, 12(2), 262–277. <https://doi.org/10.1111/mcn.12141>
- Chary, A. N., Messmer, S. E., & Rohloff, P. J. (2011). Male influence on infant feeding in rural Guatemala and implications for child nutrition interventions. *Breastfeeding Medicine*, 6(4), 227–231. <https://doi.org/10.1089/bfm.2011.0015>
- Davis, T. O. M., Fischer, E., Rohloff, P., & Heimbürger, D. (2014). Chronic malnutrition, breastfeeding, and ready to use supplementary food in a Guatemalan Maya town. *Human Organization*, 73(1), 72–81. <https://doi.org/10.17730/humo.73.1.y4h5512h801p5vj0>
- Deeney, M., & Harris-Fry, H. (2020). What influences child feeding in the Northern Triangle? A mixed-methods systematic review. *Maternal and Child Nutrition*, 16(4), 1–25. <https://doi.org/10.1111/mcn.13018>
- FAO. (2017). *Evaluación del Programa País Guatemala 2013-2016*.
- Fenton, I. (2013). *Problematizing the effect of rural-urban linkages on food security and malnutrition in Guatemala's Western Highlands*.
- Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA). (2016). *Improving dietary diversity to enhance women's and children's nutritional status in Guatemala's Western Highlands: Recommendations for the Guatemalan agriculture sector*. <https://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/Guatemala-Ag-Nut-Brief-Oct2016-eng.pdf>
- Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA). (2018). *Strengthening the evidence base for nutrition interventions during the "1,000 days": FANTA research explores how to optimize the prevention of malnutrition*.
- Gatica-Domínguez, G., Victora, C., & Barros, A. J. D. (2019). Ethnic inequalities and trends in stunting prevalence among Guatemalan children: an analysis using national health surveys 1995-2014. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 110. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1016-0>
- Gillespie, B. (2018). Sprinkles and spacing: Mothers' reactions to nutrition programmes in Guatemala's dry corridor. *Anthropology in Action*, 25(2), 24–35. <https://doi.org/10.3167/aia.2018.250204>
- Gizaw, Z., & Worku, A. (2019). Effects of single and combined water, sanitation and hygiene (WASH) interventions on nutritional status of children: A systematic review and meta-analysis. *Italian Journal of Pediatrics*, 45(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s13052-019-0666-2>
- González Acero, C., Martínez, S., Pérez-Expósito, A., & Winters, S. (2020). Effect of an innovative behavioural change strategy and small-quantity lipid-based nutrient supplements on stunting and obesity in children in Baja Verapaz, Guatemala: Protocol for a randomised control trial. *BMJ Open*, 10(7), 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035528>
- Heckert, J., Leroy, J., Bliznashka, L., Olney, D., & Richter, S. (2018). *Strengthening and evaluating the preventing malnutrition in children under 2 years of age approach: Guatemala follow-up report*.
- Hernández Monzón, J. R. (2018). *Conocimientos y prácticas sobre lactancia materna en madres de niños menores de 2 años*. Universidad de Rafael Landívar.
- ICF Macro. (2019). *Final Performance Evaluation of the Food for Peace PAISANO Development Food Assistance Project in Guatemala. Final Evaluation Report*.
- Martínez, B., Ixen, E. C., Hall-Clifford, R., Juárez, M., Miller, A. C., Francis, A., Valderrama, C. E., Stroux, L., Clifford, G. D., & Rohloff, P. (2018). mHealth intervention to improve the continuum of maternal and perinatal care in rural Guatemala: A pragmatic, randomized controlled feasibility trial. *Reproductive Health*, 15(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0554-z>
- Matías, S. L., Chaparro, C. M., Pérez-Exposito, A. B., Peerson, J. M., & Dewey, K. G. (2011). *Acceptability of a Lipid-Based Nutrient Supplement among Guatemalan Infants and Young Children*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3473.9047>

- Mbuya, M. N. N., Tavengwa, N. V., Stoltzfus, R. J., Curtis, V., Pelto, G. H., Ntozini, R., Kambarami, R. A., Fundira, D., Malaba, T. R., Maunze, D., Morgan, P., Mangwadu, G., & Humphrey, J. H. (2015). Design of an intervention to minimize ingestion of fecal microbes by young children in rural Zimbabwe. *Clinical Infectious Diseases*, 61(Suppl 7), S703–S709. <https://doi.org/10.1093/cid/civ845>
- McKerracher, L. J., Nepomnaschy, P., Altman, R. M. K., Sellen, D., & Collard, M. (2020). Breastfeeding Duration and the Social Learning of Infant Feeding Knowledge in Two Maya Communities. *Human Nature*, 31(1), 43–67. <https://doi.org/10.1007/s12110-019-09358-0>
- Null, C., Stewart, C. P., Pickering, A. J., Dentz, H. N., Arnold, B. F., Arnold, C. D., Benjamin-Chung, J., Clasen, T., Dewey, K. G., Fernald, L. C. H., Hubbard, A. E., Kariger, P., Lin, A., Luby, S. P., Mertens, A., Njenga, S. M., Nyambane, G., Ram, P. K., & Colford, J. M. (2018). Effects of water quality, sanitation, handwashing, and nutritional interventions on diarrhoea and child growth in rural Kenya: A cluster-randomised controlled trial. *The Lancet Global Health*, 6(3), e316–e329. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30005-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30005-6)
- Olney, D., Arriola, M., Carranza, R., Leroy, J., Richter, S., Harris, J., Ruel, M., & Becher, E. (2012). *Report of formative research conducted in Alta Verapaz, Guatemala, to help inform the health-strengthening activities and the social and behavior change communication strategy that will be implemented through the Mercy Corps PM2A Program – PROCOMIDA.*
- Penakalapati, G., Swarthout, J., Delahoy, M. J., McAliley, L., Wodnik, B., Levy, K., & Freeman, M. C. (2017). Exposure to Animal Feces and Human Health: A Systematic Review and Proposed Research Priorities. *Environmental Science and Technology*, 51(20), 11537–11552. <https://doi.org/10.1021/acs.est.7b02811>
- Perry, H. B., Valdez, M., Stollak, I., & Llanque, R. (2016). Focused Strategic Assessment: *USAID Child Survival and Health Grants Program: “Community-based, impact-oriented child survival in Huehuetenango, Guatemala.”*
- Ramírez, M., Mazariegos, L. M., & Sáenz de Tejada, S. (2016). *Estudio de Casos: Reducción de la desnutrición crónica en Totonicapán y Huehuetenango.*
- Reid, B., Seu, R., Orgle, J., Roy, K., Pongolani, C., Chileshe, M., Fundira, D., & Stoltzfus, R. (2018). A community-designed play-yard intervention to prevent microbial ingestion: A baby water, sanitation, and hygiene Pilot study in Rural Zambia. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 99(2), 513–525. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.17-0780>
- Richter, S., Harris, J., Leroy, J., Olney, D., & Ruel, M. (2011). *Strengthening and evaluating the “Preventing malnutrition in children under two years of age approach” (PM2A) in Guatemala: Cross-Sectional Baseline Report.*
- Rivero Jiménez, B., Conde Caballero, D., Pedret Massanet, C., López-Lago Ortiz, L., García Arias, M. A., & Mariano Juárez, L. (2021). Malnutrition, stunting, development and evidence generation in Guatemala: a systematic review. *Journal of Development Effectiveness*, 00(00), 1–18. <https://doi.org/10.1080/19439342.2021.1953567>
- Saenz de Tejada, S. (2013). *Análisis de la situación: Revisión bibliográfica de 18 comportamientos prioritarios.*
- Saenz de Tejada, S., & Figueroa, M. E. (2017). *“Abriendo la mentalidad”: Investigación formativa sobre aspiraciones y dinámica familiar en relación a la higiene y nutrición.*
- Save the Children, G. (2019). *Western Highlands program of integrated food security and food actions (PAISANO): Lessons learned/Final report.*
- Shekar, M., Condo, J., Pate, M. A., & Nishtar, S. (2021). Maternal and child undernutrition: progress hinges on supporting women and more implementation research. *The Lancet*, 397(10282), 1329–1331. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00577-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00577-8)
- Stachel, L., & Dean, R. (2006). *Factors contributing to the nutritional status of mothers and young children in rural Guatemala* (Issue January).
- Webb, A. L., Sellen, D. W., Ramakrishnan, U., & Martorell, R. (2009). Maternal years of schooling but not academic skills is independently associated with infant-feeding practices in a cohort of rural Guatemalan women. *Journal of Human Lactation*, 25(3), 297–306. <https://doi.org/10.1177/0890334408330449>
- Wehr, H., Chary, A., Farley Webb, M., & Rohloff, P. (2014). Implications of gender and household roles in Indigenous Maya communities in Guatemala for child nutrition interventions. *International Journal of Indigenous Health*, 10(1), 100–113. <https://doi.org/10.18357/ijih.101201513196>
- World Bank. (2018). *Guatemala’s water supply, sanitation, and hygiene poverty diagnostic: Challenges and opportunities.*



CUADRO 3: REPOSO Y APOYO DURANTE EL EMBARAZO Y PUERPERIO

INDIVIDUAL: COGNITIVO

- Conocimientos

➤ Para las madres urbanas mam, la cuarentena es el tiempo que tienen para recuperarse del parto y para invertir tiempo en ellas y sus recién nacidos: se descansa, ayudando a los bebés a adaptarse a su nuevo entorno y a la lactancia materna, pues el descanso permite “la relajación de la leche”. Se valora la oportunidad de compartir tiempo con el recién nacido y se piensa que la cuarentena evita futuras complicaciones o el envejecimiento prematuro para la madre. En el área rural mencionaron que debe evitarse el trabajo pesado y “hacer fuerzas”, para impedir cambios anatómicos y fisiológicos (Dennis et al., 2007; García & Solomons, 2011).

➤ La duración de la cuarentena depende del tipo de nacimiento. En caso de cesárea deben levantarse de la cama a los ocho días y estar en movimiento, para acelerar la cicatrización. Si hubo parto, el descanso debe durar al menos quince días. En el área rural, por el contrario, el reposo después de una cesárea es más largo que después de un parto (García & Solomons, 2011).

- Actitudes, creencias

➤ El período de la *dieta* es la única ocasión en que las mujeres deliberadamente descansan, consumen más alimentos y alcohol, cuyo consumo es frecuente y sugiere que los recién nacidos están expuestos al alcohol durante su primer mes de vida (Stachel & Dean, 2006).

➤ Para el área rural, los conceptos de “frío” y “calor” juegan un papel crucial durante “la dieta”. La estrategia principal para mantener el equilibrio térmico es el uso frecuente chuj o temascal, usual en las viviendas rurales. En las zonas urbanas, las madres reciben baños calientes como parte del proceso de recuperación, dado que pocas tienen acceso al chuj. Se cree que bañarse en agua fría causa fiebre, infección y disminución de la producción de leche, y que bañarse demasiado pronto causa prolapsos del útero. Se evita el frío también para resguardar la calidad de la leche materna. El uso de infusiones calientes también es común y se acostumbra las infusiones de plantas medicinales para aliviar el dolor (Dennis et al., 2007; García & Solomons, 2011).

➤ Los q’eqchi’ creen que hay lugares y situaciones de índole mágico que pueden afectar la salud durante el embarazo, tales como los cerros por la noche, lugares oscuros ocupados por ánimas, cruzar ríos. No se debe dormir sola, para no ser tocada por espíritus malignos, lo cual puede llevar a perder la razón. Para no dormir sola en la cocina, una señora explicaba que su esposo prepara una hamaca para dormir cerca de ella. Su familia le había advertido que no podía estar sola, para evitar asustarse (Yat Coy de Morales et al., 2012).

➤ Cometer alguna falta durante el embarazo puede significar un *awas*, con efectos negativos para el feto. Para las q’eqchi, el orden y mesura garantiza tranquilidad, el abuso e imprudencia atrae castigos, el buen vivir depende del buen actuar y del uso prudente de las cosas (Yat Coy de Morales et al., 2012).

➤ La actividad sexual se evita durante un período de tiempo variable, que oscila entre 20 y 100 días. A menudo, esta práctica es alentada no solo por la tradición, sino también por los médicos, para fomentar la recuperación adecuada después del parto. En Guatemala, la abstinencia sexual dura al menos siete semanas y la pareja duerme separada (Dennis et al., 2007; Yat Coy de Morales et al., 2012).

- Valores

➤ Se tiende a pensar que las prácticas posparto tienen un efecto protector para futuras enfermedades. La idea persiste, en parte porque es fácil desmentir estas creencias. Quienes dijeron no haber seguido esta tradición por escepticismo, después se arrepintieron al sufrir eventualmente enfermedades como la artritis o el dolor de espalda (Dennis et al., 2007).

- Percepción de riesgo

➤ A las embarazadas se dice que no deben levantar objetos pesados ni hacer “grandes lavadas” para evitar abortar, tener dificultades durante el parto o que se debilite el útero, con complicaciones imprevisibles a largo plazo. Si esta recomendación viene de los servicios de salud, las abuelas tienden a interpretar que el embarazo está en riesgo o que “de plano el cuerpo de ella es muy frágil por eso tiene que estar en reposo”. Muchas piensan que el cuerpo de las mujeres actuales es inherentemente más débil, pues la recomendación tradicional era trabajar con ahínco durante todo el embarazo para tener un parto más fácil (Saenz de Tejada & Figueroa, 2017; Yat Coy de Morales et al., 2012).

➤ Para evitar riesgos, las q’eqchi’ embarazada deben evitar los múltiples awas y no exponerse a peligros mágicos. También debe evitar pasar sobre pitas, amarres o bejucos, pues el niño tendrá problemas al nacer y traerá enredado el cordón umbilical. Tampoco se debe barrer los alrededores retirados de la vivienda para evitar problemas durante el parto (Yat Coy de Morales et al., 2012).

➤ Los 21 días posparto son especialmente críticos y se debe seguir un reposo estricto por las temperaturas altas a la que se expuso la puérpera. El reposo consiste en permanecer recostada en la cama, no realizar trabajos domésticos y mantener una temperatura cálida tanto en la habitación como en el cuerpo. Por el desgaste físico y emocional se considera que la puérpera está en un estado de vulnerabilidad y que debe reposar (Yat Coy de Morales et al., 2012).

➤ Las mujeres saben que estando embarazadas no deben realizar tareas pesadas por el temor a que “se les venga el niño”. Las precauciones que toman para asegurarse un buen embarazo es evitar enojarse, no usar la ropa apretada, evitar la comida con grasa, comer sal si tienen una impresión fuerte. En la práctica, pocas mujeres parecen lograr evitar esfuerzos físicos y es común verlas llevar grandes cargas de ropa o un niño de 25-30 lb a la espalda (Saenz de Tejada, 2013).

- Percepción de gravedad

- Percepción de las normas

- Autoimagen

- Locus de control

INDIVIDUAL: EMOCIONAL

- Respuesta emocional

- Empatía

- Autoeficacia

INDIVIDUAL: SOCIAL

- Apoyo social

- Abogacía personal

HOGAR

- Madre, cuidadora

- Padre, pareja

➤ El esposo decide en qué parte de la casa se va a atender el parto, por lo general en la cocina o cerca de la misma; debe ser un lugar amplio, ya que en una esquina se colocará la cama, cerca del poyo o fogón. Si no hubiese espacio en la cocina, se construye una pequeña habitación de madera para el nacimiento: cerrada, sin ventanas al exterior y la única ventilación que existe es la que ingresa en las rejillas entre las tablas (Yat Coy de Morales et al., 2012).

➤ El esposo construye una especie de camilla de varillas, que él mismo recoge del campo, que servirá para el parto; luego ayuda a la comadrona a sostener a la señora para que pueda dar a luz. Está disponible para cualquier requerimiento de la comadrona y de la esposa. Prepara también el fuego cerca de la camilla su esposa para caldear ambiente, colocando un recipiente con brasas debajo de la cama para evitar que haya coágulos en la matriz y otras complicaciones. Si hay dificultades, se auxilian de lazo que colocan entre vigas del techo y del cual se sostiene la señora. Se cree que la presencia del esposo es una protección extraordinaria contra las cosas malas que no se ven (Yat Coy de Morales et al., 2012).

➤ Por cuestiones de orgullo, algunas embarazadas tienden a no pedir ayuda y si los proveedores de salud le recomiendan que evite cansarse, piden ayuda primero a su esposo. Este decide si le pide ayuda a su madre o si contrata a alguien para asistirle; no se mencionó que los hombres se hicieran cargo de los oficios pesados (Saenz de Tejada & Figueroa, 2017).

➤ En el área achi', el esposo es el encargado de enterrar la matriz (Mosquera Saravia, 2002).

➤ Tanto esposos como suegras saben que la embarazada debe tener una dieta variada y sustanciosa, pero parecen poco proactivos, a excepción de La Pista, donde los esposos fueron muy enfáticos asegurando que era su responsabilidad que sus esposas estuvieran bien alimentadas (Saenz de Tejada & Figueroa, 2017).

- Suegra, abuelas

➤ Con las suegras se consultó la posibilidad que la embarazadas consumieran una merienda adicional. No se opusieron a la idea y consideraron que la mejor opción eran los atoles; la fruta se considera una merienda ideal, pero poco factible (Saenz de Tejada & Figueroa, 2017).

➤ La madre cuando vive cerca, ayuda en darle consejos, calentar al bebe, preparar

alimentos y a hacer el fuego, calienta el cuerpo de su hija y la soba, le sirve agua con esencia maravillosa para que caliente el cuerpo, entre otras (Yat Coy de Morales et al., 2012).

➤ La gestante puede evitar las labores más pesadas únicamente si tiene quién la sustituya: si vive con sus suegros, la llamada a cubrirla es la suegra, “si se llevan bien”. Algunas abuelas dijeron que ellas se hacen cargo de todos los oficios domésticos, pero esto ocurre únicamente en presencia de señales de peligro o cuando la gestación está muy avanzada. En La Pista (Nebaj) y Cunén negaron que las suegras fueran tan solícitas. Las suegras, dicen, no ofrecen ayuda y, por un sentido de honor y orgullo ellas tampoco la piden: *“una tiene que ponerse de pie, aunque ya esté para caerse el mundo, pero hay que hacer oficio”* (Saenz de Tejada & Figueroa, 2017).

➤ La suegra se encarga de preparar la comida, junto con otras nueras; le lleva la comida a nuera y cuida a los otros niños, vigila que el ambiente esté caldeado para el cuidado del nieto. La suegra baña al bebe, da compañía a la madre y ora por ella. Recibe a las visitas, proporciona información y toma decisiones, incluyendo cuanto tiempo debe hacer reposo la nuera. Está pendiente de la alimentación de la nuera; durante la labor le hace una infusión de pimienta para “calentar el cuerpo” y ayudar que sea rápido prepara el caldo de gallina o de huevo, ambos con bastante ajo y chile y se la ofrece unas tres horas después del parto (Yat Coy de Morales et al., 2012).

➤ El suegro es quien pide a Dios para que todo salga bien (Yat Coy de Morales et al., 2012).

➤ Para muchas embarazadas pedir ayuda tiende a interpretarse como una admisión de debilidad y ser tildada de inútil o haragana acaba con la reputación de cualquiera. Varias dijeron que, si el esposo no podía ayudarlas, preferían contratar a una “moza” antes de solicitar ayuda de sus suegras. En Cunén afirmaron que si la mujer no cuenta con el apoyo de su esposo está realmente sola: no puede esperar mayor ayuda de su suegra y, muchas veces, tampoco de su propia familia. En estas circunstancias, la única opción que tiene la embarazada es generar algún ingreso y ella misma costearse sus necesidades (Saenz de Tejada & Figueroa, 2017).

➤ A los padres se les planteó una situación en la que una comadrona recomienda a una embarazada que pida ayuda en la realización de los oficios domésticos, pues ya les resultaban cansados. Dijeron que a quien debían pedirle ayuda era, primero, al esposo, luego la suegra; si se tienen los medios, varios mencionaron contratar a alguien (Saenz de Tejada & Figueroa, 2017).

➤ La norma cultural dicta que la dieta sea por 40 días de duración, los cuales no siempre se observan (la “dieta mínima” es de unas dos semanas), algunas veces por razones prácticas (no hay quien la sustituya con el trabajo doméstico), otras por falta de apego a la tradición. Se les permite descansar (usualmente, entre la población indígena el ocio en la mujer es muy mal visto y las normas culturales exigen que la mujer esté ocupada todo el tiempo) y se les relega de toda responsabilidad doméstica. Para muchas mujeres, la dieta representa una de las pocas ocasiones en que son mimadas y se les permite una alimentación especial. En muchos lugares, la suegra “le hace la dieta” a la nuera durante todo o parte de este período. La lógica cultural dicta que, si la matriz de la mujer está herida, la relación sexual impediría que ésta cicatrice, por lo que la dieta incluye también abstinencia sexual. En ocasiones, la familia paga a “una moza” para que ayude, para evitar que la falta de reposo incida en que la matriz “se pudra” o que “después venga el cáncer”. Las restricciones durante la dieta son más estrictas entre los chortí, donde se recluye a la mujer por dos semanas “para que no agarre aire” y evitar que el polvo se quede pegado a su cuerpo. Las proscripciones alimentarias tienden a ser más drásticas y en los primeros días sólo se le

- Comunicación familiar

- Toma de decisiones

- Distribución de tareas

- Normas sociales

permite comer tortillas tostadas (secas) y caldo de gallina (Saenz de Tejada, 2013).

➤ Las normas locales que inducen a las mujeres a trabajar, a menudo hasta el final del embarazo, podrían tener graves consecuencias para su salud, incluido un parto prematuro. Si bien se esperaba que los hombres apoyaran a las mujeres durante el embarazo, fuera en sus tareas domésticas, en la búsqueda de atención durante el embarazo o en el cuidado de los niños, las narrativas sobre este apoyo en Etiopía, Bangladesh y Malí fueron diversas. Mientras que algunos participantes explicaron que los hombres proporcionaban diversas formas de apoyo a las embarazadas, otros declararon que no lo hacían. Si los hombres ayudaban, esta ayuda tendía a estar influenciada por las normas de género que reforzaban los roles de los hombres como proveedores. Con frecuencia, los hombres proporcionan recursos financieros o materiales, en lugar de desempeñar funciones consideradas “trabajo de mujeres”. (Johns Hopkins Center for Communication Programs, 2020).

- Violencia

- Apoyo y recursos

➤ Durante la dieta, llamada el reposo en San Marcos, se espera que las mujeres se abstengan de todo trabajo y mantengan un estado de calor para ellas y su bebé. La familia extendida (suegra o cuñada) o las vecinas se hacen cargo de las tareas, ya sea viviendo con la nueva madre o visitándola todos los días. Las mujeres tienden a permanecer cerca del fuego de la cocina durante el día. Se meten una o dos veces al día al temascal (de 30 a 60 minutos) en las primeras semanas posparto, y al salir beben un “remedio” a base de infusión de hierbas y alcohol. Este sirve para mejorar la lactancia y disminuir los dolores después del parto y se consume regularmente durante la dieta; al parecer, la única vez que se permite el consumo del alcohol durante los años fértiles. La dieta de la nueva madre depende de lo que las otras mujeres le ofrezcan. Aunque el marido esté en casa, por lo general no se espera que él prepare o sirva comida en los momentos en que no están disponibles las otras mujeres (Stachel & Dean, 2006).

➤ Las mujeres más jóvenes y urbanas tienden a tener menos apoyo y hacen un descanso más corto (Dennis et al., 2007; García & Solomons, 2011).

➤ Cuando las mujeres q'eqchi' dan a luz en su casa sienten que reciben una mejor atención: se les brindan todo lo necesario como agua, alimentos, acompañamiento cuando ellas lo piden. Están con su familia, un aspecto valorado es que están al lado de sus esposos y los demás hombres de la familia. Su presencia las hace sentir seguras y saben que si se diera cualquier complicación relacionada al parto cuentan con su apoyo (Yat Coy de Morales et al., 2012).

➤ Entre los achi' de Rabinal en el momento del parto siempre hay familiares, principalmente el marido, la suegra o la madre, quienes colaboran dándole agua a la parturienta y a veces la sostienen (Mosquera Saravia, 2002).

- Estimación de costos

- Servicios de WASH

COMUNIDAD

- Líderes

➤ En algunos casos, las que son evangélicas, esperarían que para el momento del parto estuviera presente el pastor de su congregación para que rezara por ella (Yat Coy de Morales et al., 2012).

- Participación comunitaria

- Organizaciones

- Capital social

➤ La red de apoyo es fundamental para la recuperación de la puérpera y determina la duración de la cuarentena. La red de las mujeres rurales tiende a ser mayor que las del área urbana. En esta última, la red incluye a los esposos y a los proveedores de salud, en tanto en el área rural el apoyo proviene de comadronas y las mujeres de la familia, quienes aconsejan y ayudan (Dennis et al., 2007; García & Solomons, 2011).

- Acceso a recursos

- Normas sociales

➤ Durante un período muy corto y estrechamente circunscrito, las madres son cuidadas con el fin de valorar y proteger su capacidad futura de maternidad (Dennis et al., 2007).

- Violencia

- Eficacia colectiva

SERVICIOS

- Proveedores

➤ Tradicionalmente los servicios de una comadrona comenzarán con las sobadas para verificar la posición del feto, técnica muy extendida en todo el país. Eventualmente se encargará de la atención del parto; después del nacimiento, la comadrona continuará visitando diariamente a la madre por una o dos semanas para lavar la ropa y para bañar a la madre y al hijo. En algunas regiones el baño a la madre es dentro del temascal (Chaudhry et al., 2018; Mosquera Saravia, 2002; Yat Coy de Morales et al., 2012).

➤ Entre los achi', la comadrona recibe al niño y utiliza diversos instrumentos para cortar el cordón umbilical; puede utilizar tijeras previamente "cocidas y hervidas" o una hoja de afeitar nueva. Al terminar el parto la comadrona limpia al niño y después de que ya ha sido expulsada la matriz, también limpia a la parturienta (Mosquera Saravia, 2002).

➤ Al siguiente día del parto, la comadrona regresará con la parturienta para lavar la ropa y dar el almuerzo: *"lo único que se les da es un su caldo de gallina, bien caliente, con eso se baja la leche."* Continuará llegando diariamente por unos 8-15 días para lavar la ropa, bañar a la madre y al hijo y fajar a la madre, para ayudar a que sus órganos regresen a su lugar y forma que tenía antes del embarazo. La comadrona revisa cómo está el ombligo del recién nacido, si ya le ha bajado la leche a la madre, de no ser así ella realizará algunas sobadas (Mosquera Saravia, 2002). Yat y colaboradores (2012) encontraron un proceso muy similar entre las q'eqchi'.

➤ Entre los achi' el baño está asociado con la pureza. Las comadronas son las encargadas de bañar al niño y a la madre después del parto, usando agua a la que se ha agregado una variedad de hierbas. Esa significación de pureza del baño y del agua se concentra en la comadrona, quien también debe lavar la ropa de la parturienta en el río. El baño cumple con una eficacia simbólica, tanto por su asociación a la pureza como por las plantas medicinales que usa la comadrona para proteger al bebé: *“es un remedio natural, porque esos montes que se echan en el agua son como Dios lo tiene bendecido. Es medicina para preparar al niño o para amacizar al niño, para que crezca sano y no le agarre enfermedad, calor, porque está bien desinfectada el agua, el monte es bueno, es puro”* (Mosquera Saravia, 2002).

➤ La comadrona advierte sobre el período de abstinencia sexual durante la duración de la *dieta*, en especial cuando una pareja tiene su primer bebé. Las comadronas valoran mucho esa recomendación y piensan que en eso se basa el éxito de recuperación (Mosquera Saravia, 2002).

➤ Cuando hay un mortinato, la comadrona se encarga de bañarlo y vestirlo para su entierro. Se considera que la presencia de los familiares en el parto es indispensable, para que observen todo el proceso y en caso de que el niño muera ellos puedan afrontar esa situación. Entre los achi', la muerte de un niño recién nacido no se percibe en forma caótica (Mosquera Saravia, 2002).

➤ De las 18 mujeres entrevistadas en **Malí** que tuvieron un parto en los últimos dos años, solo siete fueron aconsejadas durante la consulta prenatal que no debía hacer trabajo físico, específicamente ir a buscar agua o leña y levantar objetos pesados. Esto sugiere que se debe desarrollar la capacidad de los proveedores de APN para difundir mensajes de prevención más temprano en el embarazo y alentar a las mujeres y sus parejas a realizar ajustes más sustanciales en la carga de trabajo para proteger la salud tanto de la madre como del feto. (Johns Hopkins Center for Communication Programs, 2020).

- Suministros

- Acceso

- Comunicación interpersonal

- Destrezas técnicas

- Calidad

- Productos, tecnologías

ESTRUCTURAL

- Pobreza

- Transporte

- Empleo

- Geografía

- Educación, edad

- Etnicidad

- Normas sociales
- Medios masivos
- Infraestructura de WASH
- Migración
- Seguridad
- Agricultura
- Seguridad alimentaria
- Sistemas de salud
- Gobernanza

INTERVENCIONES

- Enfoque
- Resultados
- Recomendaciones

- Las prácticas tradicionales durante el postparto tienen implicaciones importantes para la prestación de atención con pertinencia cultural, pues si los proveedores conocen estas prácticas pueden evitar causar angustia innecesaria. Por ejemplo, las nuevas madres pueden desear la compañía de parte de su familia para recibir su apoyo durante su estadía en el hospital. Pueden sentirse incómodas con el personal masculino por creencias con respecto a la modestia, o por beber agua fría, ducharse u seguir otras prácticas hospitalarias rutinarias (Dennis et al., 2007).
- Los proveedores de salud deben abrir un diálogo con sus pacientes sobre sus deseos con respecto a las prácticas posparto y negociar un plan de atención aceptable para ambos, el cual podría extenderse más allá de la estadía en el hospital. Dependiendo de la preferencia de la paciente, esto puede incluir la participación de miembros de la familia, quienes ya tienen cierta autoridad o roles prescritos en el cuidado durante el posparto (Dennis et al., 2007).
- La carga de trabajo excesiva en el último trimestre puede ser alta. Se necesitan enfoques de cambio social y de comportamiento para mejorar el apoyo, instrumental o emocional, para las embarazadas, ya sea por parte de su esposo o de su familia extendida. Las intervenciones que involucran a los hombres deben adoptar enfoques transformadores de género para abordar su ayuda doméstica durante el embarazo de sus parejas (Johns Hopkins Center for Communication Programs, 2020).
- Las mujeres explicaron que su inclinación a continuar trabajando durante su embarazo fue una forma de demostrar que no eran perezosas, o que eran fuertes, para demostrar que contribuyen al sostén de su familia. Los programas podrían utilizar un enfoque transformador de género para reconsiderar o replantear el concepto de una “mujer fuerte” y las expectativas y riesgos durante el embarazo en relación con la carga de trabajo excesiva (Johns Hopkins Center for Communication Programs, 2020).

- Las mujeres puérperas en de Momostenango y Cabricán no le brindan algún nombre específico al periodo después del parto y descansan 30 días, algo más corto que el período tradicional de 40 días (Chaclán Veliz, 2018).
- Las mujeres continúan con todas sus actividades domésticas hasta el final del embarazo (Stachel & Dean, 2006).
- Desde una perspectiva biomédica, algunos rituales pueden tener efectos beneficiosos para la salud, como garantizar un descanso adecuado, apoyo, nutrición adecuada. Sin embargo, no hay evidencia que vincule estas prácticas con las enfermedades en el futuro. Las prácticas posparto pueden cumplir múltiples funciones. Facilitan la transición de roles para la nueva madre y los miembros de la familia extendida, a menudo recompensando el estado de la nueva madre. Las prácticas también pueden verse como un signo de respeto por ciertas religiones o tradiciones, y en algunos casos, como un símbolo de estatus (Dennis et al., 2007).
- En comunidades rurales q'eqchi', el 17% prefiere que su parto sea atendido por el esposo o la progenitora y el 46% prefieren atención por parte de comadronas. Es decir, el 63% prefieren que su parto sea atendido de manera tradicional (Yat Coy de Morales et al., 2012).
- El período de cuarentena en el área urbana dura entre 30 a 90 días (mediana = 45 días). Su duración está asociada a las percepciones del proceso de recuperación; para las participantes rurales, el período varía de 21 a 60 días (mediana = 30 días), aunque para algunas puede ser de hasta tres meses (García & Solomons, 2011).
- En comparación con una carga típica de trabajo, el 21% de las mujeres en **Bangladesh**, el 33% en **Etiopía** y el 33% de las mujeres en **Malí** dijeron haber tenido una alta carga de trabajo pesado durante su embarazo más reciente. (Johns Hopkins Center for Communication Programs, 2020).
- Más de la mitad (59%) de las mujeres en **Bangladesh** afirmaron que su carga de trabajo durante el embarazo fue menor. Solo el 49% de las mujeres en **Etiopía** y el 32% en Malí dijeron lo mismo. (Johns Hopkins Center for Communication Programs, 2021).
- El 85% de las mujeres en **Bangladesh** y el 81% en Etiopía dijeron haber recibido ayuda durante el embarazo, comparado con el 55% en Malí. Hubo grandes diferencias entre las perspectivas de mujeres y hombres sobre el apoyo de los cónyuges durante el embarazo. En los tres países, un mayor porcentaje de hombres que mujeres dijeron haber ayudado. En **Bangladesh**, el 60% de las mujeres y el 81% de los hombres dijeron haberlo hecho, en tanto en **Etiopía**, la relación fue del 60% de las mujeres y el 92% de los hombres y en Malí fue el 6% de las mujeres y el 65% de los hombres. (Johns Hopkins Center for Communication Programs, 2021).
- En **Bangladesh**, el 46% de las mujeres dijeron que sus suegras eran fuentes clave de ayuda, en comparación con solo el 3% en **Etiopía** y el 6% en **Malí**. Los niños también fueron fuentes importantes de ayuda, según lo dijeron las mujeres en Etiopía (40%) y Malí (22%). Los hermanos también se mencionaron en el 7-13% en los tres entornos; (Johns Hopkins Center for Communication Programs, 2021).



REFERENCIAS

- Chaclán Veliz, I. Y. (2018). Conocimientos, actitudes, y prácticas alimentarias de las mujeres durante el puerperio que asisten a los centros de atención integral materno infantil (CAIMI). Universidad de Rafael Landívar.
- Chaudhry, S., Oliveira, J., & Shirazian, T. (2018). The emerging role of the Comadrona as a broker between ancient cultural beliefs and modern biomedicalization to improve maternal health care in Guatemala. In D. A. Schwartz (Ed.), *Maternal death and pregnancy-related morbidity among indigenous women of Mexico and Central America: An anthropological, epidemiological, and biomedical approach* (pp. 599–616). Springer International.
- Dennis, C. L., Fung, K., Grigoriadis, S., Robinson, G. E., Romans, S., & Ross, L. (2007). Traditional postpartum practices and rituals: A qualitative systematic review. *Women's Health, 3*(4), 487–502. <https://doi.org/10.2217/17455057.3.4.487>
- García, R., & Solomons, N. W. (2011). The “Cuarentena” Perceptions and practices of maternal care during early postpartum period among Mayan women from the Guatemalan Western Highlands.
- Johns Hopkins Center for Communication Programs. (2020). A qualitative study of preterm birth in Bangladesh, Ethiopia, and Mali: Exploring the contextual factors that influence risk factors for (Johns Hopkins Center for Communication Programs, 2021).and experiences of preterm birth in three settings.
- Johns Hopkins Center for Communication Programs. (2021). A mixed methods study of preterm births in Bangladesh, Ethiopia, and Mali: An investigation of individual, household, and community-level factors that influence risk factors for and experiences of preterm birth in three settings.
- Mosquera Saravia, M. T. de J. (2002). La articulación de saberes populares y bio-médicos entre las comadronas de Rabinal, Baja Verapaz, Guatemala. *Universitata Rovira i Virgili*.
- Saenz de Tejada, S. (2013). Análisis de la situación: Revisión bibliográfica de 18 comportamientos prioritarios.
- Saenz de Tejada, S., & Figueroa, M. E. (2017). “Abriendo la mentalidad”: Investigación formativa sobre aspiraciones y dinámica familiar en relación a la higiene y nutrición.
- Stachel, L., & Dean, R. (2006). Factors contributing to the nutritional status of mothers and young children in rural Guatemala (Issue January).
- Yat Coy de Morales, B. I., Juárez Cabnal, E. S., & Rojas, J. Á. (2012). Implicaciones culturales en el embarazo parto y post parto Q'Eqchi'. <http://digi.usac.edu.gt/bvirtual/informes/informes2012/INF-2012-32.pdf>



CUADRO 4: DIETA DURANTE EL EMBARAZO Y LACTANCIA

INDIVIDUAL: COGNITIVO

- Conocimientos

- En Totonicapán y Quetzaltenango tomar agua durante el puerperio se asocia con la purificación y limpieza del organismo. El consumo de alcohol durante este período se considera dañino, tanto para las madres como para los lactantes (Chaclán Veliz, 2018).
- Gracias a las capacitaciones de varios programas, los pobladores de las comunidades de estudio en Totonicapán y Quiché han aprendido sobre las bondades de una mejor alimentación, tanto durante el embarazo como en los primeros años de vida, pero permanecen barreras formidables para lograr una dieta más diversificada (Saenz de Tejada & Figueroa, 2017).
- Las mujeres tienen poco conocimiento sobre una dieta nutritiva durante el embarazo, aunque el tema es de su interés. Los proveedores de salud les han recomendado tomar Incaparina, pero pocas pueden costearla (Olney et al., 2012; Stachel & Dean, 2006).

- Actitudes, creencias

- En Momostenango y Cabricán las mujeres modifican su alimentación durante el puerperio: sienten más hambre, pero evitan alimentos que contengan grasa. Durante este periodo se considera importante consumir caldos porque ayudan a mantener la temperatura corporal y de la leche materna, evitando cólicos al recién nacido. Los tés medicinales ejercen la misma función. Se dice que los atoles son galactogogos, además de ayudar a recuperar rápidamente la fuerza física perdida durante el parto. En Momostenango consumen el Vitacereal proporcionado en los servicios de salud, en tanto en Cabricán las mujeres se inclinan por el atol de masa. En Cabricán se observó un alto consumo de verduras, ya que el municipio es productor de hortalizas, lo que facilita el acceso a estos alimentos (Chaclán Veliz, 2018).
- Casi todas las mujeres entrevistadas en Quetzaltenango negaron que se debiera cambiar la dieta durante el embarazo, algunas señalando que no tenían los medios para adquirir alimentos más nutritivos. No se reportó que ningún alimento fuera especialmente necesario (García & Solomons, 2011).
- En Quetzaltenango se cree que los alimentos procesados son dañinos. Se piensa que “los aditivos” irritan a la madre y amenazan la buena salud de los lactantes. El licor también debe ser evitado. El consumo de “agüitas” (infusiones de hierbas) es recomendado para asegurar una buena producción de leche, especialmente las de alucema (*Lavandula angustifolia*), pericón (*Asclepias curassavica*), anís (*Pimpinella anisum*) e ixbut (*Euphorbia lancifolia*). Además, las agüitas ayudan a que la leche tenga una temperatura óptima. Las puérperas se cuidan para asegurar una buena cantidad y calidad de leche: no se exponen al frío ni consumen comidas frías. Se restringe el consumo de frutas “frías” (frijoles negros, aguacate, arroz, nabo y otros) pues producen cólicos e irritabilidad en los lactantes (García & Solomons, 2011).
- Durante *la cuarentena* la alimentación se basa en los efectos positivos que se les atribuye a algunos alimentos, tanto para la salud de la madre como para la calidad de la leche materna. Si la madre tuvo cesárea, se restringe el consumo de caldos de pollo o res;

si tuvo parto, los caldos se ofrecen hasta que la madre pueda tenerse en pie. En el área rural también se restringe el consumo de alimentos con grasa después de una cesárea, recomendándose el consumo de vegetales hervidos y atoles. Las madres consideran que una dieta variada ayuda a fortalecerlas durante el postparto. Algunas dicen que se debe comer “de todo”, aunque la variedad de la dieta depende de la disponibilidad y acceso (García & Solomons, 2011).

➤ En Alta Verapaz las madres dicen que durante el embarazo y lactancia deben comer lo que puedan, haciendo hincapié en la diversidad de la dieta. Algunas dijeron que debe evitarse los alimentos procesados que venden en las tiendas y los caramelos, así como los alimentos “fríos”, tales como el frijol, cerdo, algunas bebidas y los helados, pues pueden hacer enfermar al lactante. Otras madres mencionaron que también hay que evitar el pollo congelado, el tomate y el ichintal. Algunas de estas creencias pueden ser una barrera para cambiar la dieta, especialmente si los alimentos proscritos están disponibles en el hogar y la embarazada/lactante decide no consumirlos. Además, los caldos son considerados una excelente opción durante el puerperio, aunque tienen un contenido nutricional más bien pobre (Olney et al., 2012).

➤ En Sta Apolonia el embarazo es visto como un proceso normal, aunque se reconoce que también produce malestar: *“es normal tener hijos, pero también es una enfermedad porque durante ese tiempo la mujer se debilita [...]. Tampoco puede realizar el trabajo que normalmente hace”*. Todas las mujeres reconocen que es necesario tener cuidados especiales durante el embarazo como tomar vitaminas prenatales, tener una buena alimentación, evitar hacer ejercicio, actividades físicas pesadas, levantar objetos, las caídas y los actos violentos. Destacan además ciertos comportamientos de la madre para proteger al feto: *“se deben bañar en el temascal, no deben tocar el agua fría ni salir cuando hay cambios de luna o cuando hay arcoiris; si la madre sale, debe usar ganchos de ropa para cuidar al bebé y caminar por la orilla y no a la mitad del camino”* (Instituto Multidisciplinario para la Salud (IMSALUD), 2011).

➤ Las mujeres valoran el consumo de hierbas, argumentando que mejoran el embarazo y fortalecen a las madres al momento del parto. Atribuyen las dificultades que se tienen durante el parto a que ya no se alimentan con hierbas, como lo hacían antes (Instituto Multidisciplinario para la Salud (IMSALUD), 2011).

➤ Los atoles considerados nutritivos son los de Incaparina, Vitacereal y los de avena, en especial si se les agrega leche (aunque lo hacen en cantidades mínimas). La aceptación del alimento fortificado para embarazadas y lactantes es alta; las barreas para su consumo es el precio de la Incaparina y la distribución irregular del Vitacereal en los servicios de salud. Este último, además, se consume por toda la familia (Saenz de Tejada & Figueroa, 2017).

➤ La crianza de aves genera un ingreso con el potencial de aumentar la diversidad de la dieta. No obstante, no se encontró evidencia que se aumentara el consumo de carne y los participantes prefieren venderlos. Dijo uno: *“nos gusta el pollo, es rico. Pero si lo matamos, comemos un día. Si lo vendemos, podemos comprar maíz para toda la semana”* (de la Torre et al., 2018).

➤ Algunas mujeres estaban motivadas para probar la dieta recomendada porque percibían un beneficio para su propio bienestar y para el de sus hijos (Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA), 2015a, 2016).

- Valores

- Percepción de riesgo

- Percepción de gravedad

- Percepción de las normas
- Autoimagen
- Locus de control

INDIVIDUAL: EMOCIONAL

- Respuesta emocional
- Empatía
- Autoeficacia

INDIVIDUAL: SOCIAL

- Apoyo social
- Abogacía personal

HOGAR

- Madre, cuidadora
- Padre, pareja

➤ En Alta Verapaz las madres dijeron que durante el embarazo comían todo lo que podían, así como fruta para satisfacer antojos. No podían comer todo lo que deseaban, por falta de dinero. Sus esposos dijeron que, en efecto, las dietas de sus esposas no variaban durante el embarazo. Sabían que debiera cambiar, que deberían consumir comida especial, pero decían que el acceso a estos alimentos era muy difícil pues no se encontraban en sus comunidades, de modo que la dieta durante el embarazo consistía principalmente de tortillas (Olney et al., 2012).

➤ Los padres en La Pista mostraron una actitud mucho más proactiva que en las demás comunidades: todos dijeron de manera muy enfática que es responsabilidad de los esposos asegurar la buena alimentación durante el embarazo (Saenz de Tejada & Figueroa, 2017).

➤ En San Juan Bullaj, San Marcos, los promotores (todos hombres) dijeron que tradicionalmente no ha habido un interés en mejorar la dieta de la embarazada y que es hasta recientemente, y solo las personas que participan en el programa, que han sido instruidas en la importancia de mejorar la variedad de la dieta durante el embarazo. Independientemente de la actitud de la embarazada, todos los promotores mencionaron

- Suegra,
abuelas

casos de pobreza extrema e irresponsabilidad paterna, lo cual resulta en barreras de acceso insalvables (Saenz de Tejada & Figueroa, 2017).

➤ Todos los padres dijeron que las embarazadas deben consumir más frutas y verduras. No hubo ninguna oposición a mejorar su dieta, pero varios padres dijeron no era siempre posible hacerlo, sea por falta de acceso o disponibilidad. Varios dijeron que las mujeres tienden a perder el apetito durante el embarazo y que “no se les puede obligar a comer” (Saenz de Tejada & Figueroa, 2017).

➤ Las opiniones de las abuelas y las necesidades que ellas creen que tienen los recién nacidos explican en mucho la dieta de la puérpera, pero las redes de apoyo varían entre el área urbana y rural de Quetzaltenango. En la primera quienes deciden son todas mujeres, incluyendo a la comadrona, en tanto en el área urbana, también se escucha la opinión de los esposos y proveedores de salud (García & Solomons, 2011).

➤ Durante los primeros días después del parto, la dieta de las puérperas depende de lo que le ofrezcan su suegra y las otras mujeres de la familia afín (Chaclán Veliz, 2018).

➤ Con las abuelas se consultó la posibilidad de que las embarazadas pudiesen consumir una merienda nutritiva, pues la merienda usual consiste en una taza de atol de baja densidad y poco nutritivo. Las abuelas de Cunén favorecían el atol de masa, porque les quita el hambre y las ayuda a llegar hasta la próxima comida; además, se considera un buen galactogogo. Aunque no hubo mención directa, el tono de la discusión era que sí era posible que la embarazada tomara un atol, pero únicamente el que se preparaba para toda la familia, del cual ella podría consumir más, si así lo deseaba (Saenz de Tejada & Figueroa, 2017).

- Comunicación
familiar

- Toma de
decisiones

- Distribución
de tareas

- Normas
sociales

➤ La *dieta* es un período de reposo, durante el primer mes postparto. Las mujeres deben descansar y mantenerse abrigadas, manteniendo el calor para ellas y sus hijos. La familia del esposo es la encargada de realizar las tareas domésticas que ella no puede realizar. En el área mam las mujeres se mantienen cerca del fogón y toman uno o dos baños diarios dentro del temascal, seguido de alguna bebida caliente, incluyendo alcohol. Lo hacen, dicen, para mejorar la lactancia y disminuir el dolor después del parto. El consumo de alcohol es regular y es el único período en que las mujeres pueden hacerlo libremente. La puérpera come lo que le prepara la familia, lo cual varía grandemente según el caso. Se evitan los alimentos fríos, tales como el aguacate y algunas hierbas (Stachel & Dean, 2006).

➤ Implícito en la discusión de la alimentación de las mujeres está el imaginario social de lo que supone una buena mujer y sobre todo una buena esposa: reservada y sumisa (Saenz de Tejada & Figueroa, 2017).

➤ LO QUE COME UNA, COMEN TODOS. Las promotoras mencionaron que, aunque se hiciera un esfuerzo por mejorar la dieta, cualquier mejora era necesariamente diluida al compartirse con toda la familia. Resulta una afrenta al sentido de comensalidad pretender cocinar para una sola persona: toda la comida debe ser compartida, se esté embarazada o no. Para las embarazadas, decían, era imposible pedir privilegios debido a su estado. Quien podía pedir los privilegios para ella era su esposo, pero en su ausencia no cabía esperar apoyo de la suegra, pues ella “tiene la comida contada” (Saenz de Tejada & Figueroa, 2017).

- Violencia

- Apoyo
y recursos

➤ Las pruebas de viabilidad mostraron las dificultades para acceder a la dieta recomendada. Estas incluyen i) falta de acceso y de disponibilidad, ii) restricciones de tiempo para movilizarse hacia los mercados, iii) inadecuada producción doméstica de los alimentos recomendados y iv) falta de apoyo de la familia, en particular de la suegra y del esposo, para comprar los alimentos recomendados (Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA), 2015b, 2015a, 2016).

➤ Los alimentos recomendados para embarazadas y madres lactantes tenían buena aceptabilidad, pero con poca factibilidad de llevarlas a cabo en la frecuencia y cantidad recomendada. Muchas mujeres dijeron que los alimentos tenían que ser comprados para toda la familia, y dado el tamaño de las mismas, el costo se volvía prohibitivo (Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA), 2015a).

➤ Para las adolescentes, el temor ante la reacción familiar, así como la posibilidad de rechazo y abandono del padre, provoca que escondan el embarazo. Por estas circunstancias, reciben atención prenatal tardía y llevan un régimen alimentario deficiente que las conduce a la anemia y desnutrición tanto para ellas como para sus hijos (FLASCO Guatemala, 2016).

- Estimación
de costos

- Servicios
de WASH

COMUNIDAD

- Líderes

- Participación
comunitaria

- Organizacio-
nes

- Capital
social

- Acceso a
recursos

- Normas
sociales

➤ Según los promotores de salud, aunque se hiciera un esfuerzo por mejorar la dieta de la embarazada, cualquier mejora sería necesariamente diluida al compartirse con toda la familia. Dentro de la cultura, dijeron, resulta una afrenta cocinar para una sola persona, embarazada o no (Saenz de Tejada & Figueroa, 2017).

- Violencia

- Eficacia
colectiva

SERVICIOS

- Proveedores

➤ Las enfermeras hicieron hincapié en el consumo de los cuatro grupos básicos de alimentos (lácteos, carnes, frutas y verduras y granos), en tanto las educadoras, las comadronas y los facilitadores comunitarios hablar de la importancia de las frutas y de beber mucha agua, y de la importancia de los caldos y de los atoles. Los proveedores más consultados sobre dieta durante la lactancia fueron los facilitadores, las educadoras y las enfermeras (Olney et al., 2012).

➤ Se observó que personal de salud le brindó consejería únicamente a un número reducido de mujeres (Chaclán Veliz, 2018).

➤ La consejería en cuatro temas básicos de nutrición prenatal fue universal. La consejería posnatal se hizo en cuatro de los cinco temas en casi todos los servicios de salud (Heckert et al., 2018).

- Suministros

- Acceso

- Comunicación interpersonal

➤ La enfermera tomó el bebé de los brazos de Celestina y le dijo: *“Ud no se cuidó durante el embarazo. Mire a su hijo desnutrido. ¿Por qué no comió cuando estaba embarazada?”* Celestina no le dijo que su esposo no ha tenido empleo en el último año, que la familia estaba embargada en deudas y que usualmente solo comía tortillas con sal (Chary, 2010).

- Destrezas técnicas

➤ Las enfermeras pidieron capacitación adicional sobre atención de emergencias obstétricas, dieta durante el embarazo y otros temas (Olney et al., 2012).

- Calidad

- Productos, tecnologías

ESTRUCTURAL

- Pobreza

➤ La dieta de las madres no cambia durante la lactancia y aunque su deseo es consumir más alimentos, esto dependía de su disponibilidad. Consideraban necesaria una dieta nutritiva para producir suficiente leche y que sus hijos crezcan, pero decían tener los medios para adquirirla: no podían comprar carnes, frutas, verduras e Incaparina (Olney et al., 2012).

➤ La dieta de las madres durante la lactancia es deficiente en calorías, proteína y micronutrientes. Las madres decían que el atol con leche mejoraba la producción de leche materna, pero que la mayoría de las familias no podía permitírsela. En el área mam, algunas participantes pensaban que los alimentos que consideraban nutritivos (leche en polvo, huevos, fruta) eran los más caros y para ellas inaccesibles (Stachel & Dean, 2006).

➤ Una vez terminó la transferencia de comida se dio una disminución en la participación de las cajas de ahorro, el monitoreo de crecimiento y la diversidad de la dieta. Las participantes dijeron que consumían pocas frutas y verduras porque no se lo permitía su presupuesto (de la Torre et al., 2018).

- Transporte	
- Empleo	
- Geografía	
- Educación, edad	
- Etnicidad	
- Normas sociales	
- Medios masivos	
- Infraestructura de WASH	
- Migración	
- Seguridad	
- Agricultura	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Las mejores prácticas en el sector agrícola para optimizar la nutrición cuenta con una creciente base de evidencia que aún no se ha traducido en un impacto a escala (Shekar et al., 2021). ➤ Otro desafío fue la limitada tenencia de la tierra y acceso a riego para producir alimentos (Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA, 2015a).
- Seguridad alimentaria	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La desaparición de alimentos locales, frutas y verduras que antes podían ser recolectados, así como los peces en los ríos limita incluso más la diversidad de la dieta. (FANTA, 2015a).
- Sistemas de salud	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Para las intervenciones desde el sector salud, una pregunta crucial es cómo maximizar la cobertura y minimizar los costos de distribución de la atención en salud. La baja cobertura de las intervenciones en nutrición, comparada con la cobertura de salud, sugiere que cerrar esta brecha podría ser una forma de acelerar resultados (Shekar et al., 2021).
- Gobernanza	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estos documentos hacen hincapié que el crecimiento económico es imperativo, sobre todo para generar ingresos que puedan invertirse en políticas y programas sociales. Es igualmente imperativo hacer los cambios necesarios para acelerar los logros en mejorar la alimentación infantil, la nutrición de las mujeres y el saneamiento en los hogares (Aguayo & Menon, 2016). ➤ Los desafíos en la provisión de servicios de nutrición de buena calidad en el país han incluido la falta de integración, coordinación y supervisión de parte del gobierno (Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA), 2017). ➤ Los resultados del ejercicio de costeo mostraron que en Guatemala la nutrición está muy mal financiada. Por ejemplo, en el 2013 solo se invirtió la tercera parte de lo requerido. Si el gobierno continúa incrementando el presupuesto en nutrición en un 5% anual, la brecha llegará a los US\$380M en el año 2021 (Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA), 2017).

INTERVENCIONES

- Enfoque

- Las recomendaciones se desarrollaron específicamente para llenar las brechas de nutrientes entre mujeres y niños en Huehuetenango and Quiché. Para optimizar su factibilidad, FANTA se asoció con el INCAP para que condujera el estudio de identificación y evaluación de las recomendaciones. El software Optifood permitió determinar qué combinaciones de alimentos locales podría proporcionar la mejor dieta, tomando en cuenta su costo y disponibilidad, así como las preferencias locales (Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA), 2015a, 2016).
- En la segunda fase del estudio Optifood se recolectó datos en Quiché y Huehuetenango; las pruebas se hicieron con 19 mujeres embarazadas y madres lactantes, a quienes se les entrevistó tres veces para determinar su opinión de las recomendaciones (Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA), 2015a).
- La meta de Procomida fue mejorar la salud y nutrición de embarazadas y lactantes y niños menores de dos años, así como mejorar la calidad de la atención en salud. El programa incluyó la distribución de raciones de alimentos (Heckert et al., 2018; Richter et al., 2011).
- La ración familiar de Procomida en Alta Verapaz consistió en 4 kg de frijol, 6 kg de arroz y 1.85 kg de aceite. Además, se daba una ración individual, para embarazadas, madres de niños menores de 6 meses y niños de 6-23 meses (Heckert et al., 2018).

- Resultados

- El impacto de Procomida en el aumento de la diversidad de la dieta materna fue bajo e inconsistente. Al excluir el CSB [mezcla de maíz y soya, por sus siglas en inglés], las madres consumían alrededor de cuatro (de ocho) grupos de alimentos, lo cual no cambió en el transcurso del proyecto. Las raciones de alimento, no obstante, incentivaron la participación en el programa (Heckert et al., 2018).
- Durante la vida del programa, Paisano promovió la crianza de cabras, conejos aves y la producción en huertos. Hubo una adopción del 46% de los hogares produciendo cabras y conejos, 54% produciendo aves y 61% produciendo huertos. Al finalizar el programa se evidenció una mejoría en el Índice de diversidad dietética (HDDS, por sus siglas en inglés) con un aumento en el consumo de 7 de 12 grupos en las últimas cuatro semanas, en comparación con 6 en la línea de base. Hubo también una mejora significativa en el consumo de proteína animal (carnes, aves, lácteos). Es importante señalar que el HDDS de las mujeres subió de 3.8 a 4.8 (Save the Children, 2019).
- La transferencia de alimentos y en particular el sistema de vales [vouchers] contribuyó de manera importante a la diversidad de la dieta y estado nutricional. Las participantes dijeron que habían podido adquirir una variedad de alimentos, incluyendo frutas y verduras. La inclusión de huevos en los vales facilitó el consumo de proteína animal, de otra forma inaccesible para mujeres y niños. No obstante, los participantes dijeron que preferían vender los huevos que producían sus gallinas, antes de consumirlos (de la Torre et al., 2018).
- FANTA promovió una serie de capacitaciones en el país. Una de ellas fue la capacitación en el uso de la metodología para desarrollar recomendaciones, para la cual organizó 23 eventos con participantes de un amplio número de sectores. Además, trabajó en forma conjunta con el INCAP y la URL para adaptar un curso a distancia sobre nutrición materno-infantil. De la mano con el proyecto HEEPP de la USAID, se adaptó este curso a distancia para líderes de la sociedad civil, enfocándose en acciones esenciales de la nutrición. El curso, con una duración de seis meses, incluyó cómo la sociedad civil puede hacer abogacía para

- Recomendaciones

lograr estas acciones esenciales en los servicios de salud. También las ofreció a personal de salud, de la SESAN, de las municipalidades, incluyendo Cocodes y las Comusan y al proyecto Nexos Locales en los municipios priorizados del USAID/WHIP (Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA), 2017).

➤ FANTA desarrolló un modelo para estimar los costos de servicios integrales de nutrición para madres y niños, haciendo énfasis en las consecuencias de no mejorar durante la próxima década, así como la preparación de un plan de abogacía para promover la inversión e implementación de intervenciones para prevenir la desnutrición crónica a nivel nacional y local (Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA), 2017).

➤ FANTA usó los resultados del estudio de costeo para realizar un video para sensibilizar a los funcionarios públicos, municipales y a la sociedad civil sobre las consecuencias de la desnutrición crónica, a modo de lograr que la desnutrición de madres y niños sea una prioridad política (Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA), 2017).

➤ La desnutrición es multifactorial y las intervenciones también deben serlo para abordar las múltiples causas de la desnutrición, teniendo en cuenta los numerosos factores causales. La investigación de FANTA puso en relieve estas causas, mostrando una fuerte asociación entre la infección y el estrés maternos, por un lado, y la desnutrición, por el otro. Esta investigación confirmó que la desnutrición debe abordarse mediante intervenciones específicas y sensibles a la nutrición que abarquen factores como la infección y la enfermedad, las prácticas de salud reproductiva, el acceso y uso de los servicios de salud física y mental, el agua, el saneamiento e higiene y los conocimientos y prácticas relacionados con una serie de temas de salud y nutrición (Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA), 2018).

➤ No hay una “receta” única para prevenir la desnutrición: se debe seleccionar intervenciones para el impacto esperado y considerar disyuntiva potencial que podrían tener. En Guatemala, la ración familiar tuvo el impacto más grande en el retardo en talla, pero tuvo un efecto negativo no anticipado en el peso de la madre. En Guatemala, el 51% de las mujeres tienen sobrepeso u obesidad y ese tipo de intervenciones resultan poco deseables, a pesar de su impacto en la desnutrición crónica (Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA), 2018).

➤ El sector agrícola debe continuar fortaleciendo políticas y estrategias para mejorar el sistema de alimentos y apoyar las metas de la Estrategia nacional para la prevención de la desnutrición. Es crítico mejorar los vínculos entre agricultura y nutrición. El gobierno de Guatemala y sus socios técnicos también deben incrementar el financiamiento e implementación del programa nacional de agricultura familiar, incluyendo i) mejoras generales en la producción de cultivos y ganadería; ii) acceso a tierras para la producción agrícola para los que no tienen acceso; iii) intervenciones para mejorar la producción y postcosecha, iv) asegurar que las mujeres tengan acceso a los recursos productivos, incluyendo servicios de extensión (Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA), 2015a, 2016).

➤ La forma de consumo usual de los alimentos locales no es suficiente para llenar las brechas de nutrientes y lograr una dieta adecuada. El gobierno de Guatemala y sus socios técnicos deben considerar estrategias para ampliar el acceso a los alimentos fortificados o a la suplementación con micronutrientes, especialmente del zinc. Es crucial mejorar el acceso a productos de origen animal, así como el de frutas y verduras a través de mercados locales y producción familiar. Deben también explorar opciones para mejorar el almacenamiento de productos perecederos y mejorar ingresos e incluso subsidiar el costo de algunos alimentos. Es necesario promover mejores prácticas de alimentación infantil, especialmente su frecuencia, prácticas de higiene y cantidad, calidad y variedad de la dieta. Se puede también explorar opciones para mejorar el acceso a mercados locales,

especialmente los más remotos, ya sea a través de iniciativas de transporte o incentivos para los productores y distribuidores locales para aumentar las entregas de alimentos a comunidades remotas (Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA), 2015a, 2017).

➤ Es imperativo que el gobierno continúe fomentando la coordinación multisectorial para superar las barreras a la implementación efectiva de las intervenciones de nutrición. Es necesario fortalecer las funciones y responsabilidades de otros sectores, además del MSPAS y del MAGA, como agua y el saneamiento, educación, desarrollo económico y social, así como la gobernanza local, a fin de prevenir y reducir eficazmente la desnutrición crónica. Se debe identificar campeones en cada sector tanto a nivel nacional como local, y expertos con capacidades complementarias para crear sinergias y lograr prevenir la desnutrición crónica. En este proceso se debe incluir a los líderes municipales, brindándoles el apoyo técnico y administrativo que necesiten (Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA), 2017).

➤ La Estrategia nacional para la prevención de la desnutrición debe ser la guía, tanto para el gobierno como para sus socios técnicos, en el abordaje de la desnutrición. La Estrategia debe incluir un plan de acción detallado. La El MSPAS requiere de asistencia técnica para llevar a escala intervenciones nutricionales de alta calidad e incorporarlas en sus modelos de atención (Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA), 2017).

➤ Es esencial combinar intervenciones directas de nutrición con estrategias que empoderen a las mujeres. Se puede utilizar estratégicamente programas de una variedad de sectores, salud, educación, agricultura, empleo, microfinanzas, etc. para mejorar el acceso de las mujeres a los alimentos y servicios de salud, así como sus conocimientos y destreza en el cuidado de sus hijos (Aguayo & Menon, 2016).

➤ Es necesario conocer la epidemia y conocer la respuesta. Se debe contar con una buena comprensión de los factores que conllevan a la mala nutrición de madres y niños, incluyendo las prácticas de higiene y saneamiento en los hogares, y así poder para generar una respuesta que conduzca a una disminución significativa de la desnutrición crónica. Es crucial que las estrategias nacionales den prioridad a los niños más vulnerables (Aguayo & Menon, 2016).

➤ Se debe crear una “nueva normalidad” para los determinantes de la desnutrición crónica: una nueva normalidad de alimentación infantil que incluye su calidad, cantidad e inocuidad. Una nueva normalidad para la vida de las mujeres, que incluye su buena nutrición, sin anemia y con el derecho a tomar sus propias decisiones. Y por último, una nueva normalidad en la higiene y saneamiento de los hogares, incluyendo acceso a agua segura, saneamiento, acceso a jabón y a letrinas funcionales (Aguayo & Menon, 2016).

DATOS, COMPORTAMIENTOS

➤ El estado nutricional y de salud materno antes y durante el embarazo influye en el crecimiento fetal. En un estudio de 200 países mostró que la talla más baja en los últimos cien años era de las mujeres guatemaltecas (Gatica-Domínguez et al., 2019).

➤ En Momostenango y Cabricán las puérperas consumen a diario alimentos que conforman el grupo de granos, raíces y tubérculos y tienen un consumo bajo verduras de hojas verdes. En Comitancillo también se observó el bajo consumo de frutas y verduras y los únicos tres alimentos de consumo diarios fueron tortillas, café y azúcar. El consumo de otros granos (arroz y frijol) es frecuente, pero no diario. Las hierbas silvestres y cultivadas se consumen principalmente en la época lluviosa. El consumo de proteína animal (principalmente huevo

y pollo) es ocasional y en porciones muy pequeñas. Otra fuente de proteína es el maní, el cual se consume semanalmente (Chaclán Veliz, 2018; Stachel & Dean, 2006).

➤ En las áreas urbanas de Quetzaltenango cuatro de los alimentos principales contienen proteína y son ricos en micronutrientes: huevos, pollo, proteína vegetal fortificada (Incaparina y Vitacereal). En el área rural, no hay ninguna fuente de proteína, a excepción del CSB y las harinas fortificadas. En el área urbana se endulzan los atoles, pero tres de los más consumidos en las áreas rurales no son endulzados (García & Solomons, 2011).

➤ Durante el posparto, la tradición cultural incluye medidas de protección para la madre, incentivando que se quede en casa, se limita su participación en los quehaceres domésticos, con ligeras alteraciones de la dieta. Las mujeres dicen comer todo cuanto puedan (García & Solomons, 2011).

INVESTIGACIÓN

- Brechas

➤ Se requiere evidencia sobre como ofrecer mejores resultados nutricionales en todo el sistema alimentario (Shekar et al., 2021).

➤ Se necesita comprender mejor cómo las familias interpretan la vulnerabilidad al seno de sus hogares, ya que la norma es distribuir los alimentos de manera equitativa (Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA), 2015a).

➤ Se sabe que se necesitan intervenciones directas en la nutrición materna para mejorar su nutrición y la de sus hijos, tanto al momento de nacer como su crecimiento linear durante sus primeros años. No obstante, hay pocos ejemplos de programas, más allá de los que incentivan la APN, que están explícitamente enfocados en mejorar la nutrición de las mujeres antes, durante y después del embarazo (Aguayo & Menon, 2016).



REFERENCIAS

Aguayo, V. M., & Menon, P. (2016). Stop stunting: Improving child feeding, women's nutrition and household sanitation in South Asia. *Maternal and Child Nutrition*, 12, 3–11. <https://doi.org/10.1111/mcn.12283>

Chaclán Veliz, I. Y. (2018). Conocimientos, actitudes, y prácticas alimentarias de las mujeres durante el puerperio que asisten a los centros de atención integral materno infantil (CAIMI). Universidad de Rafael Landívar.

Chary, A. N. (2010). Contextualizing blame in mothers' narratives of child death in rural Guatemala. American Culture Association & Popular Culture Association Conference.

de la Torre, C., Cederstrom, T., Olivet, A., Seremet, C., & Tensah, G. (2018). Final performance evaluation of the Food Security Program focused on the first 1, 000 days (SEGAMIL): Final report.

FLASCO Guatemala. (2016). ¡Me cambió la vida! Uniones, embarazos y vulneración de derechos en adolescentes.

Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA). (2015a). Mejorando la calidad de la dieta de mujeres embarazadas y madres lactantes en Quiché y Huehuetenango.

Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA). (2015b). Technical brief: Micronutrient malnutrition among women and young children in the Western Highlands of Guatemala: What are the needs and what can be done?

- Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA). (2016). Improving dietary diversity to enhance women's and children's nutritional status in Guatemala's Western Highlands: Recommendations for the Guatemalan agriculture sector. <https://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/Guatemala-Ag-Nut-Brief-Oct2016-eng.pdf>
- Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA). (2017). Integrating and strengthening nutrition in agriculture and maternal and child health programs in Guatemala: A report on FANTA activities from 2011 to 2017.
- Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA). (2018). Strengthening the evidence base for nutrition interventions during the "1,000 days": FANTA research explores how to optimize the prevention of malnutrition.
- García, R., & Solomons, N. W. (2011). The "Cuarentena" Perceptions and practices of maternal care during early postpartum period among Mayan women from the Guatemalan Western Highlands.
- Gatica-Domínguez, G., Victora, C., & Barros, A. J. D. (2019). Ethnic inequalities and trends in stunting prevalence among Guatemalan children: an analysis using national health surveys 1995-2014. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 110. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1016-0>
- Heckert, J., Leroy, J., Bliznashka, L., Olney, D., & Richter, S. (2018). Strengthening and evaluating the preventing malnutrition in children under 2 years of age approach: Guatemala follow-up report.
- Instituto Multidisciplinario para la Salud (IMSALUD). (2011). Determinantes del Acceso a Servicios de Salud Reproductiva en el municipio de Santa Apolonia Chimaltenango. In *Determinantes del Acceso a Servicios de Salud Reproductiva en el municipio de Santa Apolonia Chimaltenango*. <http://www.unfpa.org.gt/sites/default/files/Acceso a servicios de salud Reproductiva - Sta Apolonia Chimaltenango.pdf>
- Olney, D., Arriola, M., Carranza, R., Leroy, J., Richter, S., Harris, J., Ruel, M., & Becher, E. (2012). Report of formative research conducted in Alta Verapaz, Guatemala, to help Inform the health-strengthening activities and the social and behavior change communication strategy that will be implemented through the Mercy Corps PM2A Program – PROCOMIDA.
- Richter, S., Harris, J., Leroy, J., Olney, D., & Ruel, M. (2011). Strengthening and evaluating the "Preventing malnutrition in children under two years of age approach" (PM2A) in Guatemala: Cross-Sectional Baseline Report.
- Saenz de Tejada, S., & Figueroa, M. E. (2017). "Abriendo la mentalidad": Investigación formativa sobre aspiraciones y dinámica familiar en relación a la higiene y nutrición.
- Save the Children, G. (2019). Western Highlands program of integrated food security and food actions (PAISANO): Lessons learned/Final report.
- Shekar, M., Condo, J., Pate, M. A., & Nishtar, S. (2021). Maternal and child undernutrition: progress hinges on supporting women and more implementation research. *The Lancet*, 397(10282), 1329–1331. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00577-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00577-8)
- Stachel, L., & Dean, R. (2006). Factors contributing to the nutritional status of mothers and young children in rural Guatemala (Issue January).



CUADRO 5: SUPLEMENTOS NUTRICIONALES PARA MADRES

INDIVIDUAL: COGNITIVO

- Conocimientos

➤ Las mujeres en Comitancillo tienen poco conocimiento sobre una dieta nutritiva durante el embarazo, aunque el tema es de su interés. Los proveedores de salud les han recomendado tomar Incaparina, pero pocas pueden costearla (Stachel & Dean, 2006).

➤ En Alta Verapaz las madres estaban de acuerdo en tomar los micronutrientes espolvoreados (MNE) durante la lactancia, pero desconocían sus beneficios y querían más información (Olney et al., 2012).

➤ En Momostenango y Cabricán, aunque las mujeres desconocen qué micronutrientes deben tomar, dijeron que consideran importante continuar con la suplementación durante la lactancia, por los beneficios que conllevan, tanto para ellas madre como para los niños, favoreciendo la producción de leche materna. Una situación similar se encontró también en Alta Verapaz (Chaclán Veliz, 2018; Olney et al., 2012).

- Actitudes, creencias

➤ La mayoría de las participantes en Comitancillo nos dijeron que las mujeres lactantes debían consumir atoles de distintos cereales y de Incaparina, ya que éstos ayudan a aumentar la producción de leche materna. Los suplementos vitamínicos no se utilizaron y, de hecho, fueron desalentados por algunas mujeres en la comunidad para prevenir que el feto aumentara de peso excesivamente. La ingesta reportada por las embarazadas no parece satisfacer las demandas calóricas y nutritivas del embarazo (Stachel & Dean, 2006).

➤ Las mujeres puérperas de los municipios de Momostenango y Cabricán consideran importante consumir atoles, indicando que favorecen la producción de leche materna. *“Los atoles son espesos nos llenan más y nos dan fuerza, además nos ayudan a que baje la leche”*. En Momostenango consumen el Vitacereal proporcionado en los servicios de salud, en tanto en Cabricán las mujeres se inclinan por el atol de masa (Chaclán Veliz, 2018).

➤ En Alta Verapaz las señoras estaban de acuerdo con tomar los MNE porque piensan que le da energía a ellas, les ayuda a producir más leche, previene la anemia y ayuda al desarrollo de los niños (Olney et al., 2012).

- Valores

- Percepción de riesgo

- Percepción de gravedad

- Percepción de las normas

- Autoimagen

- Locus de control

INDIVIDUAL: EMOCIONAL

- Respuesta emocional
- Empatía
- Autoeficacia

INDIVIDUAL: SOCIAL

- Apoyo social
- Abogacía personal

➤ En las áreas urbanas de Quetzaltenango a las puérperas se les recomienda tomar atol de Incaparina y de otros tipos (García Ortega, 2014)

HOGAR

- Madre, cuidadora
- Padre, pareja
- Suegra, abuelas
- Comunicación familiar
- Toma de decisiones
- Distribución de tareas

➤ En Alta Verapaz algunas madres dijeron que una limitante en el uso de los suplementos nutricionales a base de lípidos (LNS, por sus siglas en inglés) era la disponibilidad de alimentos en los que se pudiera mezclar, la posibilidad que sus esposos los viera como medicamentos con potencial de causar daño en la madre o que no permitiera su uso y la posibilidad de no poderlos usar cuando ellas estuvieran enfermas (Olney et al., 2012).

➤ Algunos padres dijeron no saber si sus esposas usaban los suplementos porque ellos no sabían por qué deberían consumirlos (Olney et al., 2012).

➤ En Alta Verapaz las abuelas apoyaron el uso de suplementos, ahora necesarios durante el embarazo dado que se tiene menos acceso a alimentos nutritivos. Unas cuantas señalaron la posibilidad que las tabletas de hierro pudieran causar abortos (Olney et al., 2012).

➤ Con las abuelas se consultó la posibilidad de que las embarazadas pudiesen consumir una merienda nutritiva. Las abuelas de Cunén favorecían el atol de masa (bajo en nutrientes), porque les quita el hambre y las ayuda a llegar hasta la próxima comida; además, se considera un buen galactogogo (Saenz de Tejada & Figueroa, 2017).

- Normas sociales

➤ Implícito en la discusión de la alimentación de las mujeres está el imaginario social de lo que supone una buena mujer y sobre todo una buena esposa: reservada y sumisa (Saenz de Tejada & Figueroa, 2017).

- Violencia

- Apoyo y recursos

➤ Una barrera cultural se relaciona al apoyo familiar de esposos y suegras para comprar y preparar los alimentos recomendados para las embarazadas y madres de niños pequeños (Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA), 2015a).

- Estimación de costos

- Servicios de WASH

COMUNIDAD

- Líderes

- Participación comunitaria

- Organizaciones

- Capital social

- Acceso a recursos

- Normas sociales

- Violencia

- Eficacia colectiva

SERVICIOS

- Proveedores

➤ Las madres en Alta Verapaz dijeron recibir tabletas de hierro cuando se las daban en los centros de convergencia o so lo entregaban las comadronas (Olney et al., 2012).

- Suministros

➤ La disponibilidad de suplementos en los centros de convergencia (CC) en Alta Verapaz fue el siguiente: hierro (93%), ácido fólico (89%), suplementos prenatales (11%). Ninguno de los CC contaba con suministros de zinc y solo uno tenía MNE (Richter et al., 2011).

➤ La única razón por la que las señoras en Alta Verapaz no tomaron los suplementos fue por su falta de disponibilidad en los CC. No los compran por no tener los recursos (Olney et al., 2012).

- Acceso
- Comunicación interpersonal
- Destrezas técnicas
- Calidad
- Productos, tecnologías

➤ Algunos padres en Alta Verapaz mostraron frustración ante la poca disponibilidad de suplementos prenatales (Olney et al., 2012).

➤ Las unidades de salud en Alta Verapaz dijeron ofrecer suplementos de hierro y ácido fólico o multivitamínicos prenatales, pero no siempre estaban disponibles (Heckert et al., 2018).

➤ En Alta Verapaz la mayoría del personal de salud de los CC dijo que las embarazadas debían ir a consulta y recibir los suplementos. La mayoría sabía la frecuencia y duración de la suplementación con hierro y ácido fólico durante el embarazo; el conocimiento sobre la suplementación fue sensiblemente menor entre las comadronas y los promotores de salud (Olney et al., 2012).

➤ En Alta Verapaz hubo una buena aceptación (4/5) de los MNE; hubo una preferencia por la dosis dividida que la entera por su mejor olor, sabor y consistencia. Los LNS también fueron muy bien aceptados (4.9/5), y las señoras dieron buena calificación a todas sus características organolépticas y manifestaron su deseo de continuar su uso. Algunas dijeron que lo comprarían, de tener dinero disponible (Olney et al., 2012).

ESTRUCTURAL

- Pobreza
- Transporte
- Empleo
- Geografía
- Educación, edad
- Etnicidad
- Normas sociales
- Medios masivos
- Infraestructura de WASH

➤ En Comitancillo las madres dicen que los atoles aumentan la cantidad de leche materna, pero muchas no podían comprar la leche en polvo necesaria para preparar atoles más nutritivos (Stachel & Dean, 2006).

➤ El proyecto Segamil en Totonicapán dio vales para la compra de Incaparina. Las madres dijeron no poder comprar estos productos por su alto costo y que al terminar el proyecto volverían a tomar atol de masa (de la Torre et al., 2018).

- Migración

- Seguridad

- Agricultura

- Seguridad
alimentaria

- Sistemas
de salud

➤ La deficiencia persistente de hierro, zinc, folato y vitamina B12 señalan que la distribución de micronutrientes no está llegando a las mujeres y niños (Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA), 2015b).

➤ Para las intervenciones desde el sector salud, una pregunta crucial es cómo maximizar la cobertura y minimizar los costos de distribución de la atención en salud. La baja cobertura de las intervenciones en nutrición, comparada con la cobertura de salud, sugiere que cerrar esta brecha podría ser una forma de acelerar resultados (Shekar et al., 2021).

- Gobernanza

➤ Las limitaciones para ofrecer servicios de nutrición de buena calidad a nivel nacional han incluido la falta de integración, coordinación y supervisión de parte del gobierno (Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA), 2017).

➤ El ejercicio de costeo mostró que en Guatemala la nutrición está muy mal financiada. Por ejemplo, en el 2013 sólo se invirtió la tercera parte de lo requerido. Si el gobierno continúa incrementando el presupuesto en nutrición en un 5% anual, la brecha llegará a los US\$380M en el año 2021 (Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA), 2017).

INTERVENCIONES

- Enfoque

➤ El objetivo fue identificar un conjunto de mensajes sobre la dieta, específicos para niños de 6 a 23 meses de edad, embarazadas y lactantes en el Altiplano. Ante imposibilidad de satisfacer todas las necesidades de micronutrientes durante la ventana de los mil días, las recomendaciones incluyeron tanto el alimento fortificado y suplementos de micronutrientes (Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA), 2015b).

➤ Para tener una mejor comprensión sobre el problema de micronutrientes en el país, FANTA colaboró con el INCAP para apoyar al MSPAS y a la SESAN en la realización de consultas técnicas. Se contó con la participación de actores de distintos sectores con quienes se discutió estrategias para prevenir y reducir deficiencias de micronutrientes (Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA), 2017).

➤ La ración familiar de Procomida en Alta Verapaz consistió en 4 kg de frijol, 6 kg de arroz y 1.85 kg de aceite. Además, se daba una ración individual, para embarazadas, madres de niños menores de 6 meses y niños de 6-23 meses que incluía CSB [mezcla de maíz y soya, por sus siglas en inglés] (Heckert et al., 2018).

- Resultados

➤ Los resultados mostraron que, en la ausencia de alimentos fortificados (AF) o suplementos de micronutrientes, incluso haciendo uso óptimo de los alimentos locales, no se podía cubrir los requerimientos nutricionales de madres y niños. Por este motivo, las recomendaciones que se generaron incluyen harinas fortificadas y suplementos de micronutrientes (Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA), 2015b).

- Recomendaciones

- El impacto de Procomida en el aumento de la diversidad de la dieta materna fue bajo e inconsistente. Al excluir el CSB, las madres consumían alrededor de cuatro (de ocho) grupos de alimentos, lo cual no cambió en el transcurso del proyecto. El efecto para el grupo de madres que recibió micronutrientes espolvoreados fue similar a los 24 meses de intervención, pero el efecto no desapareció al excluir el CSB. Las raciones de alimento incentivaron la participación en el programa (Heckert et al., 2018).
- La Estrategia Nacional para la Prevención de la Desnutrición debe ser la guía, tanto para el gobierno como para sus socios técnicos, en el abordaje de la desnutrición; debe incluir un plan de acción detallado (Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA), 2017).
- Para llenar la brecha de nutrientes es imperativo que el gobierno considere expandir el acceso a los AF y a los suplementos de micronutrientes para las poblaciones vulnerables, así como revisar su formulación (Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA), 2017).
- Se debe crear una “nueva normalidad” para los determinantes de la desnutrición crónica: una nueva normalidad de alimentación infantil que incluye su calidad, cantidad e inocuidad. Una nueva normalidad para la vida de las mujeres, que incluye su buena nutrición, peso adecuado, sin anemia y con el derecho a tomar sus propias decisiones. Y, por último, una nueva normalidad en la higiene y saneamiento de los hogares, incluyendo acceso al agua segura, saneamiento, acceso a jabón y a letrinas funcionales (Aguayo & Menon, 2016).
- No hay una “receta” única para prevenir la desnutrición: se debe seleccionar intervenciones para el impacto esperado y considerar disyuntiva potencial que podrían tener. En Guatemala, la ración familiar tuvo el impacto más grande en el retardo en talla, pero tuvo un efecto negativo no anticipado en el peso de la madre. En Guatemala, el 51% de las mujeres tienen sobrepeso u obesidad y ese tipo de intervenciones resultan poco deseables, a pesar de su impacto en la desnutrición crónica (Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA), 2018).
- La forma de consumo usual de los alimentos locales no es suficiente para llenar las brechas de nutrientes y lograr una dieta adecuada. El gobierno de Guatemala y sus socios técnicos deben considerar estrategias para ampliar el acceso a los AF o a la suplementación con micronutrientes, especialmente del zinc (Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA), 2015a, 2017).
- El gobierno debe garantizar un presupuesto adecuado para adquirir y distribuir consistentemente suplementos de micronutrientes y AF para mantener la frecuencia planificada de consumo según las normas del MSPAS (Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA), 2015b).
- Se debe apoyar las estrategias para mejorar el uso de los suplementos de micronutrientes y de AF, incluyendo la revisión del empaquetado y de la información educativa que se entrega con los productos (Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA), 2015b).
- Se debe explorar la introducción de otros AF. La principal desventaja de la Incaparina es que se consume diluida, su preparación requiere de cierto tiempo, así como de agua purificada y azúcar. Un alimento fortificado listo para ser consumido, tipo los LNS, podría ser atractivos y ha tenido buena aceptación entre la población rural (Brown et al., 2016).
- Se debe continuar con los módulos educativos sobre nutrición materna e infantil (Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA), 2017).

➤ Es imperativo que el gobierno continúe fomentando la coordinación multisectorial para superar las barreras a la implementación efectiva de las intervenciones de nutrición. Es necesario fortalecer las funciones y responsabilidades de otros sectores, además del MSPAS y del MAGA, como agua y el saneamiento, educación, desarrollo económico y social, así como la gobernanza local, a fin de prevenir y reducir eficazmente la desnutrición crónica. Se debe identificar campeones en cada sector tanto a nivel nacional como local, y expertos con capacidades complementarias para crear sinergias y lograr prevenir la desnutrición crónica. En este proceso se debe incluir a los líderes municipales, brindándoles el apoyo técnico y administrativo que necesiten (Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA), 2017).

DATOS, COMPORTAMIENTOS

➤ En las áreas urbanas de Quetzaltenango cuatro de los alimentos principales contienen proteína y son ricos en micronutrientes: huevos, pollo, proteína vegetal fortificada (Incaparina y Vitacereal). En el área rural, no hay ninguna fuente de proteína, a excepción del CSB y las harinas fortificadas. En el área urbana se endulzan los atoles, pero tres de los más consumidos en las áreas rurales no son endulzados (García Ortega, 2014).

➤ Solo dos de seis mujeres con niños >6 meses han estado recibiendo este suplemento, comparado con cerca de la mitad de aquellas con hijos de 6 a 11 meses y prácticamente todas las que tenían hijos entre 12 y 23 meses (Olney et al., 2012).

INVESTIGACIÓN

- Brechas

➤ Se necesita comprender mejor cómo las familias interpretan la vulnerabilidad al seno de sus hogares, ya que la norma es distribuir los alimentos de manera equitativa (PROSAN, 2007).

➤ Se sabe que se necesitan intervenciones directas en la nutrición materna para mejorar su nutrición y la de sus hijos, tanto al momento de nacer como su crecimiento linear durante sus primeros años. No obstante, hay pocos ejemplos de programas, más allá de los que incentivan la APN, que están explícitamente enfocados en mejorar la nutrición de las mujeres antes, durante y después del embarazo (Aguayo & Menon, 2016).



REFERENCIAS

- Aguayo, V. M., & Menon, P. (2016). Stop stunting: Improving child feeding, women's nutrition and household sanitation in South Asia. *Maternal and Child Nutrition*, 12, 3–11. <https://doi.org/10.1111/mcn.12283>
- Brown, K., Henretty, N., Chary, A., Webb, M. F., Wehr, H., Moore, J., Baird, C., Díaz, A. K., & Rohloff, P. (2016). Mixed-methods study identifies key strategies for improving infant and young child feeding practices in a highly stunted rural indigenous population in Guatemala. *Maternal and Child Nutrition*, 12(2), 262–277. <https://doi.org/10.1111/mcn.12141>
- Chaclán Veliz, I. Y. (2018). Conocimientos, actitudes, y prácticas alimentarias de las mujeres durante el puerperio que asisten a los centros de atención integral materno infantil (CAIMI). Universidad de Rafael Landívar.

- de la Torre, C., Cederstrom, T., Olivet, A., Seremet, C., & Temsah, G. (2018). Final performance evaluation of the Food Security Program focused on the first 1, 000 days (SEGAMIL): Final report.
- Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA). (2015a). Reducing stunting in the Western Highlands of Guatemala: Promoting the consumption of animal-source food to optimize the diets of women and young children (Issue December).
- Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA). (2015b). Technical brief: Micronutrient malnutrition among women and young children in the Western Highlands of Guatemala: What are the needs and what can be done?
- Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA). (2017). Integrating and strengthening nutrition in agriculture and maternal and child health programs in Guatemala: A report on FANTA activities from 2011 to 2017.
- Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA). (2018). Strengthening the evidence base for nutrition interventions during the “1,000 days”: FANTA research explores how to optimize the prevention of malnutrition.
- García Ortega, H. A. (2014). Factores culturales y patrón alimentario en mujeres maya kiché en período de gestación. Universidad Rafael Landívar.
- Heckert, J., Leroy, J., Bliznashka, L., Olney, D., & Richter, S. (2018). Strengthening and evaluating the preventing malnutrition in children under 2 years of age approach: Guatemala follow-up report.
- Olney, D., Arriola, M., Carranza, R., Leroy, J., Richter, S., Harris, J., Ruel, M., & Becher, E. (2012). Report of formative research conducted in Alta Verapaz, Guatemala, to help inform the health-strengthening activities and the social and behavior change communication strategy that will be implemented through the Mercy Corps PM2A Program – PROCOMIDA.
- PROSAN. (2007). Estudio sobre el consumo de Vitacereal en dos comunidades de San Pedro Pinula, Jalapa.
- Richter, S., Harris, J., Leroy, J., Olney, D., & Ruel, M. (2011). Strengthening and evaluating the “Preventing malnutrition in children under two years of age approach” (PM2A) in Guatemala: Cross-Sectional Baseline Report.
- Saenz de Tejada, S., & Figueroa, M. E. (2017). “Abriendo la mentalidad”: Investigación formativa sobre aspiraciones y dinámica familiar en relación a la higiene y nutrición.
- Shekar, M., Condo, J., Pate, M. A., & Nishtar, S. (2021). Maternal and child undernutrition: progress hinges on supporting women and more implementation research. *The Lancet*, 397(10282), 1329–1331. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00577-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00577-8)
- Stachel, L., & Dean, R. (2006). Factors contributing to the nutritional status of mothers and young children in rural Guatemala (Issue January).



CUADRO 6: SUPLEMENTOS Y ALIMENTOS NUTRICIONALES PARA NIÑOS

INDIVIDUAL: COGNITIVO

- Conocimientos

- En Alta Verapaz, las madres sabían de los beneficios del suplemento nutricional a base de lípidos (LNS, por sus siglas en inglés), pero no del Vitacereal o del Zinc. Las madres conocían los beneficios de la suplementación con hierro, tanto para ellas como para sus hijos, así como de la suplementación con vitamina A (Olney et al. 2012).
- En Sacatepéquez las madres tenían ideas básicas sobre vitaminas, pero estaban poco familiarizadas con el término “alimentos fortificados”. Al explicarles lo que eran, rápidamente hicieron la asociación con la Incaparina. En los recordatorios de 24 horas, además de la Incaparina también hubo consumos de mezclas fortificadas de cereales (Nestlé), papillas Gerber y leche fortificada (Brown et al. 2016).
- En Sololá las madres sabían sobre los beneficios de las Chispitas y cómo debían ser utilizadas, aunque no siempre llevaban estos conocimientos a la práctica (Canastuj Cotom 2013).
- En los grupos focales y entrevistas se identificó que las madres consideran necesario dar una mayor cantidad de alimentos los niños desnutridos, incluyendo suplementos de micronutrientes. Sin embargo, al profundizar, estas estrategias se dirigían casi exclusivamente a casos de desnutrición aguda. Se pensaba que los suplementos de micronutrientes o los alimentos fortificados ayudaban a prevenir y curar la desnutrición, prevenía la anemia, ayudaban a un niño a aumentar de peso y restauraban el apetito (Brown et al 2016).

- Actitudes, creencias

- En Chiquimula las actitudes hacia las Chispitas son heterogéneas: unas creen que es beneficioso, otras dudan sobre su efectividad y algunas dejan de darlo cuando el niño enferma. Varias madres reportaron que los hijos las rechazaban. Una madre decía: *las Chispitas causan desnutrición. Se las doy al niño, mezcladas con el huevo y se desperdicia el huevo. Ya no tenía otro huevo, ¿qué le iba a dar de comer?* La misma diversidad de opinión se encontró en Sololá. Algunas madres interpretaban que los alimentos se descomponían cuando cambiaban de color alimentos al agregar las Chispitas, lo que incidía en su uso. Aunque las madres decían que insistían para que el niño se comiera los alimentos con las Chispitas, en la práctica no lo hacían (Gillespie 2018, Canastuj Cotom 2013).
- En Chamelco las actitudes hacia el ManíPlus (LNS) fue muy positiva: las madres lo consideran nutritivo y fácil de usar (The Shalom Foundation et al. 2013).
- La actitud hacia los alimentos fortificados es positiva. Decía una madre en Chiquimula: *Me dijeron que mi hijo estaba desnutrido, pero no es cierto. Lo que pasó es que resulté embarazada y se me secó la leche y él adelgazó. Pero le di Incaparina y huevos y se repuso* (Gillespie 2018).
- En **Malawi**, la actitud de las madres hacia el Nutributter [LNS] fue muy favorable. Dijeron que podían ver los beneficios y decían que sus hijos se miraban mejor, que tenían mejor disposición, se enfermaban menos. Algunas incluso sentían que sus hijos eran más inteligentes y empezaban a hablar antes (Hurley & Kapadia-Kundu 2016).

- Valores

➤ En Jocotán, las madres pensaban que las Chispitas eran vitaminas y que eran para el cerebro de sus hijos, pero su uso no formaba parte de sus preocupaciones cotidianas, muy centradas en la supervivencia (Gillespie 2018).

➤ La gran aceptación de los LNS en Suchitepéquez se debía a dos razones: el nivel de confianza que las madres tenían en la ONG que los distribuyó [Funcafé] y a su textura cremosa y lista para comer. (Matías et al. 2011).

➤ En la serie de degustaciones que hiciera el PMA en Totonicapán las madres dijeron que les gustaba el alimento fortificado Mi Comidita, tanto por su color, olor, sabor y textura (Gómez 2014).

- Percepción de riesgo

- Percepción de gravedad

- Percepción de las normas

- Autoimagen

- Locus de control

INDIVIDUAL: EMOCIONAL

- Respuesta emocional

➤ Las madres en Alta Verapaz estaban muy entusiasmadas por los LNS, diciendo que sus hijos se los consumían muy bien (Olney et al. 2012).

➤ En **Malawi**, a pesar del sentimiento que el LNS podía causar algún efecto temporal en los niños, las madres continuaron dándolo a sus hijos. La reacción de los niños a los LNS es un determinante de los comportamientos maternos: si las madres observan que el niño está sano y contento de tomarse los LNS, la madre lo sigue ofreciendo (Hurley & Kapadia-Kundu 2016).

- Empatía

- Autoeficacia

➤ En **Malawi** las madres se sintieron auto eficaces con relación a la habilidad materna alimentar a sus hijos con los LNS. (Hurley & Kapadia-Kundu 2016).

- Apoyo social

- Abogacía personal

HOGAR

- Madre, cuidadora

➤ En Chiquimula las madres dijeron que los bebés consumen las Chispitas con facilidad, pero que es más difícil dárselas a niños mayores de dos años (Gillespie 2018).

- Padre, pareja

➤ En Jocotán las madres no rechazaban las Chispitas y algunas decían haberlas usado en su totalidad. Algunas no insistieron y dejaron de ofrecerlas. Una explicó: No las terminé. Mi esposo dijo: “¿Por qué se las estás dando, si entonces él no come su comida?” (Gillespie 2018).

- Suegra, abuelas

➤ En **Malawi** es responsabilidad del hombre hacerse cargo de la familia. Algunos padres dijeron que inscribir a los niños al programa [y recibir los LNS] llenaba una brecha, ya que ellos no podían ofrecer una dieta nutritiva a sus hijos (Hurley & Kapadia-Kundu 2016).

➤ En Alta Verapaz la mayoría de las abuelas no conocían los suplementos de hierro, pero las madres sí (Olney et al. 2012).

➤ En **Malawi** las abuelas sentían presión social por seguir las normas y obedecer a lo que se les dice y consideraban que por eso sus nietos debían inscribirse en el programa de LNS (Hurley & Kapadia-Kundu 2016).

- Comunicación familiar

➤ En **Malawi**, los miembros del hogar generalmente tenían una perspectiva positiva hacia los LNS: confirmaron que ayuda a los niños a crecer bien, mejorar el peso y enfermarse con menos frecuencia. Otros parientes mencionaron una reducción en la irritabilidad de los niños porque pueden ser alimentados y entretenidos con las bolsitas de los LNS. (Hurley & Kapadia-Kundu 2016).

➤ En **Malawi** la discusión sobre los beneficios del programa se limitaba a los padres del niño, con poca intervención de las abuelas. (Hurley & Kapadia-Kundu 2016).

- Toma de decisiones

➤ En Jocotán las mujeres tienen poco poder de decisión. Los mensajes sobre promoción de la salud y cambio de comportamiento se dirigen a ellas, pero ellas no tienen las condiciones materiales y, con frecuencia, tampoco la autonomía para llevar a cabo estos cambios (Gillespie 2018).

- Distribución de tareas

➤ Las madres en Alta Verapaz estaban dispuestas a ofrecer las Chispitas hasta tres veces al día. Algunas, no obstante, dijeron que solo lo harían una vez, por falta de tiempo y estar ocupadas con otras tareas, o por los efectos secundarios (Olney et al. 2012).

➤ En **Malawi** algunos eventos comunitarios no anticipados, sobre todo enfermedades o funerales, competían por el tiempo de la madre e interferían con pasar a recoger los LNS (Hurley & Kapadia-Kundu 2016).

- Normas sociales

➤ En **Malawi** la tradición dicta priorizar al hombre, no al niño y esto trae consecuencias negativas en la distribución de alimentos al seno del hogar y en el estado nutricional de los niños (Hurley & Kapadia-Kundu 2016).

- Violencia

- Apoyo y recursos

➤ En Alta Verapaz las madres dijeron que a veces no tenían con qué mezclar los LNS y que la comida se compartía entre todos los niños (Olney et al. 2012).

- Estimación de costos

➤ En Jalapa se observó que el Vitacereal es compartido entre toda la familia. Aunque hay preferencia por el atol, una razón por la que se ofrece de esta manera y no en papilla es para que alcance para todos (PROSAN 2007).

➤ En Totonicapán y San Marcos, el sistema de vales también incluía Incaparina, producto muy valorado por las participantes. Muchas de ellas relataron que la compartían con toda la familia, que a los niños (y adultos) les gustaba mucho como un “refresco”, a modo de merienda. “Evita que los niños lloren”, dijeron algunos. Señalaron que el sistema de vales les permitía comprar Incaparina, pero que no podrían permitirse su compra sin los vales, por lo que dudaban que pudieran seguir consumiéndola al terminar el proyecto y que regresarían al consumo del atol de masa (de la Torre et al. 2018).

➤ En **Malawi** había intención e interés, pero no los medios para comprar los LNS (Hurley & Kapadia-Kundu 2016).

- Servicios de WASH

COMUNIDAD

- Líderes

➤ En **Malawi** el apoyo de los jefes de aldea fue crucial para la inscripción de los niños en el proyecto. Aceptaron el uso de los LNS en sus comunidades y notaron las reacciones positivas que suscitaba: aumento de niños sanos que ganan peso y que son más activos. A pesar de su voluntad en apoyar la inscripción en el programa, surgió tensión entre este grupo con respecto a su falta de participación en otras fases del proyecto y su poco conocimiento sobre las actividades de este. (Hurley & Kapadia-Kundu 2016).

- Participación comunitaria

➤ Los facilitadores comunitarios de Funcafé en Suchitepéquez dijeron que recomendarían el uso de los LNS una vez ellos recibieran más información sobre el producto (inocuidad, eficacia) y recibir capacitación para resolver las dudas que pudieran surgir de parte de la comunidad (Matías et al. 2011).

➤ En **Malawi**, las madres deseaban pertenecer “al club”. Querían formar parte para que sus hijos recibieran los LNS, al igual que otros niños. *Después de ver que otros niños lo están recibiendo también me animé y lo inscribí. Queríamos que la niña creciera igual que sus amigos (...) por eso pensamos que debíamos registrarla.* (Hurley & Kapadia-Kundu 2016).

- Organizaciones

- Capital social

- Acceso a recursos

- Normas sociales

➤ En general, la inscripción para recibir los LNS parece haberse convertido en una norma de la comunidad. En opinión de todos los miembros de la comunidad, el programa ha alcanzado un cierto nivel de aceptación normativa. (Hurley & Kapadia-Kundu 2016).

- Violencia

- Eficacia colectiva

SERVICIOS

- Proveedores

➤ En Alta Verapaz los proveedores pensaban que los niños debían tomar suplementos de micronutrientes, necesarios para su crecimiento, desarrollo y prevención de enfermedades. Mencionaron Chispitas o Macro vital, hierro, ácido fólico y vitamina A (Olney et al. 2012).

- Suministros

➤ La distribución de las Chispitas no ha sido continua y ha habido desabastecimientos a nivel nacional. En Chiquimula, todas las familias tenían meses de no recibirlas. Las pocas madres que las habían utilizado alguna vez habían recibido una sola dosis. Una situación similar se encontró en Alta Verapaz, donde menos de la mitad (44%) de los centros de convergencia tenían Chispitas, causando frustración dentro de las familias; la disponibilidad de LNS fue mínima (Heckert et al. 2018, Gillespie 2018, Olney et al. 2012, Richter et al. 2011).

- Acceso

➤ En **Malawi** dos aspectos a mejoraron el consumo fueron la distancia a los puntos de distribución y el tiempo de espera para recibir los LNS (Hurley & Kapadia-Kundu 2016).

- Comunicación interpersonal

➤ En Alta Verapaz la buena disposición hacia micronutrientes estaba relacionada a la confianza que se le tenía a los proveedores y comadronas, quienes aconsejaban su uso (Olney et al. 2012).

➤ Las instrucciones recibidas en las clínicas fueron cruciales para sensibilizar la inscripción de los niños elegibles en el proyecto de LNS (Hurley & Kapadia-Kundu 2016).

- Destrezas técnicas

➤ En Alta Verapaz las enfermeras, educadoras en nutrición y los FI [facilitadores institucionales] tenían una buena comprensión sobre los suplementos y la frecuencia y dosis en que debían ser administrados. Los FC [facilitadores comunitarios] tenían un conocimiento heterogéneo, en tanto las comadronas y los promotores tenían un conocimiento limitado. Casi todos ellos querían mayor capacitación en temas de desnutrición, alimentación complementaria y manejo de enfermedades comunes (Olney et al. 2012).

- Calidad

- Productos, tecnologías

➤ En Chamelco hubo gran aceptabilidad de los LNS dada su facilidad de uso. En Suchitepéquez el 17% dijo que las bolsitas de los LNS eran difíciles de abrir y el 5% que el producto era difícil de mezclar; el resto asegurar no haber tenido ningún tipo de dificultad en su uso (The Shalom Foundation et al. 2013, Matías et al. 2011).

➤ La aceptabilidad de los LNS en Alta Verapaz fue alta. Las madres calificaron las características organolépticas de los LNS en 4.9/5 puntos. Querían utilizarlo para sus hijos y para ellas mismas (Olney et al. 2012).

➤ En **Malawi** la mayoría de las madres pensaron que el tamaño de la dosis de los LNS era suficiente. Los líderes comunitarios, por el contrario, la consideraron pequeña y sugirieron distribuirla en botes más grandes. Su facilidad de uso fue un elemento significativo en su aceptabilidad y las madres decían que lo ofrecían cuando debían salir o a modo de merienda (Hurley & Kapadia-Kundu 2016).

ESTRUCTURAL

- Pobreza

➤ En Chiquimula, durante los meses de escasez, las familias comen sobre todo tortillas, en las que no pueden mezclar las Chispitas. Una madre dijo. *Sí, yo uso las Chispitas, pero solo cuando tengo alimentos. Si no, ¿con qué las mezclo?* (Gillespie 2018).

➤ En Alta Verapaz hay una barrera para comprar alimentos especiales para niños enfermos o en convalecencia. Usarían Incaparina más seguido, si tuvieran los fondos. La mayor preocupación de las madres era la disponibilidad de los LNS o el dinero para comprarlos (Olney et al. 2012).

➤ En **Malawi** se mencionó la dificultad económica para adquirir los LNS (Hurley & Kapadia-Kundu 2016).

- Transporte

➤ Para las embarazadas y lactantes en el Altiplano, sus hijos y sus familias los alimentos recomendados eran aceptables, pero la viabilidad de probarlos en la frecuencia y cantidad recomendadas fue limitada, dada la barrera que supone tanto el costo de los alimentos como el acceso [transporte] a los mercados (FANTA 2015).

- Empleo

- Geografía

- Educación, edad

- Etnicidad

- Normas sociales

- Medios masivos

- Infraestructura de WASH

- Migración

- Seguridad

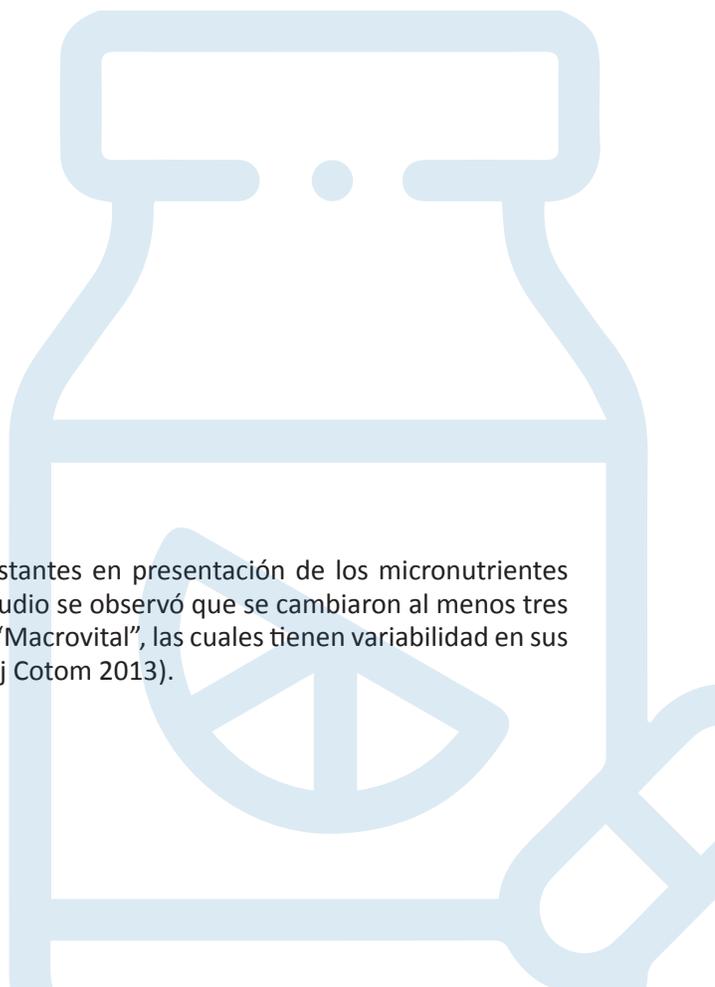
- Agricultura

- Seguridad alimentaria

- Sistemas de salud

- Gobernanza

➤ El MSPAS ha efectuado cambios constantes en presentación de los micronutrientes espolvoreados. Durante el periodo de estudio se observó que se cambiaron al menos tres presentaciones; “Chispitas”, “Sprinkles” y “Macro vital”, las cuales tienen variabilidad en sus nutrientes según la presentación (Canastuj Cotom 2013).



INTERVENCIONES

- Enfoque

- El objetivo fue identificar un conjunto de mensajes sobre la dieta y específicos para la población para niños de 6 a 23 meses de edad, embarazadas y lactantes en el Altiplano. Ante imposibilidad de satisfacer todas las necesidades de micronutrientes durante la ventana de oportunidad crítica de 1.000 días, las recomendaciones incluyeron tanto el alimento fortificado y suplementos de micronutrientes (FANTA 2015).
- El objetivo principal de la evaluación es identificar empíricamente el efecto del proyecto SPOON en los conocimientos y prácticas y en estado nutricional de los niños en Baja Verapaz. El programa espera lograr sus objetivos a través de una estrategia innovadora de cambio de comportamiento dirigida a las madres y cuidadores y la distribución de SQ-LNS a niños de 6 a 24 meses. El programa distribuirá 60 sobres de SQ-LNS cada 2 meses. Los niños de 6 a 24 meses consumirán 20 g diarios durante un total de 18 meses. (González et al. 2020).
- Nuestro estudio se centró en tres cuestiones clave: i) si los niños consumían el LNS regularmente, sin ser coaccionados por los padres, lo cual definimos como *aceptación*; ii) hasta qué punto cada familia seguía las instrucciones sobre la dosis de los LNS, la cual definimos como una variable continua, uso; y iii) se evaluó por qué o por qué no se estaba utilizando el LNS como se indicó. Si bien esperábamos que la aceptabilidad de LNS fuera alta, se observó que el uso era consistentemente subóptimo. (Davis et al 2014).

- Resultados

- La intervención combinó educación en nutrición y la provisión de LNS, aumentando la ingesta calórica (Deeney & Harris 2019).
- La suplementación con LNS no tuvo ningún impacto, incluyendo la investigación de FANTA PM2A (Heckert et al. 2018).
- En Alta Verapaz el consumo de LNS a los 6 meses fue bajo (4% de los niños los habían consumido en las últimas 24 horas); a los 9m la proporción subió a 67%, se mantuvo este consumo hasta los 18m, y bajó un poco (60%) a los 24m. Una tendencia similar se observó en el uso de los MNP (Heckert et al. 2018).
- En la pequeña muestra del estudio se observó un uso menor al esperado, así como un mal uso. Al igual que en otros estudios, se encontró diferencia entre la eficacia y la efectividad del LNS. [...] Parecería que el desafío radica no tanto en la utilización del LNS sino en la transición hacia el LNS (Davis et al 2014).
- En Suchitepéquez, el porcentaje de sobres de LNS consumidos se asoció negativamente con el porcentaje de días con falta de apetito, diarrea y fiebre (Matías et al. 2011).
- La evidencia en **Kenia** demuestra que la distribución de LNS, junto a la promoción de mejores prácticas de alimentación infantil, puede reducir el retardo en talla, aunque no eliminar el problema. Para lograrlo, las intervenciones necesitan abordar el complejo conjunto de determinantes subyacentes (Null et al. 2018).

- Recomendaciones

- El gobierno debe garantizar un presupuesto adecuado para adquirir y distribuir consistentemente suplementos de micronutrientes y alimentos fortificados para mantener la frecuencia planificada de consumo según las normas del MSPAS (FANTA 2015). Para llenar la brecha de nutrientes es imperativo que el gobierno considere expandir su acceso a las poblaciones vulnerables.

- Se debe apoyar las estrategias para mejorar el uso de los suplementos de micronutrientes y de alimentos fortificados, incluyendo la revisión del empaquetado y de la información educativa que se entrega con los productos (FANTA 2015).
- Cuando el Vitacereal no se está siendo distribuido se debe promover el acceso económico a los alimentos fortificados (Incaparina) por medio de vales (FANTA 2015).
- Se debe continuar con los módulos educativos sobre nutrición materna e infantil (FANTA 2017).
- Es imperativo que el gobierno continúe fomentando la coordinación multisectorial para superar las barreras a la implementación efectiva de las intervenciones de nutrición. Es necesario fortalecer las funciones y responsabilidades de otros sectores, además del MSPAS y del MAGA, como agua y el saneamiento, educación, desarrollo económico y social, así como la gobernanza local, a fin de prevenir y reducir eficazmente la desnutrición crónica. Se debe identificar campeones en cada sector tanto a nivel nacional como local, y expertos con capacidades complementarias para crear sinergias y lograr prevenir la desnutrición crónica. En este proceso se debe incluir a los líderes municipales, brindándoles el apoyo técnico y administrativo que necesiten (FANTA 2017).
- Animar a las madres a que usen el LNS para que sus hijos sean más altos implica beneficios varios años más tarde. Tal vez sería más eficaz asociar el uso del LNS a una menor susceptibilidad a enfermarse, lo cual puede apreciarse a más corto plazo. Señalar que el LNS reduce enfermedades se acerca a la definición local de una medicina, previene que el niño enferme. Este cambio de perspectiva podría incidir en que las madres insistieran un poco más en el consumo de los LNS (Davis et al 2014).
- Se debe asegurar que las familias tengan un buen conocimiento de su valor nutricional de los LNS, así como del valor nutricional de su dieta cotidiana. El apoyo social es muy efectivo para superar barreras psicosociales. En vez de coaccionar, se puede empoderar y motivar, basados en normas sociales que incentivan el uso de LNS (Davis et al 2014).
- Recomendamos dedicar más tiempo a mejorar la efectividad del LNS y no solo su eficacia. Después de todo, los impactos clínicos y sociales del LNS están determinados por el uso que le den los consumidores en su vida cotidiana y no en estudios estratégicamente controlados, como los ensayos clínicos. Se necesita evaluar la aceptación y uso de los LNS a mayor plazo para identificar si hay fatiga o algún otro factor que inhiba su efectividad. Si bien el uso a largo plazo es importante, se debe establecer un buen uso desde el inicio (Davis et al 2014).
- Hay un uso regular de alimentos fortificados (4-6 unidades semanales), lo que muestra interés en ese tipo de compra. Aunque las familias se quejaron de su alto costo, las encuestas mostraron que los niños comen diversos alimentos industriales, tales como las sopas instantáneas. El precio de éstas es similar al de los alimentos fortificados, por lo que sería factible que las familias sustituyeran los alimentos poco nutritivos por los fortificados. El gasto en productos chatarra puede ser un recurso que abre la oportunidad para su sustitución (Brown et al. 2016).
- Se debe explorar la introducción de otros alimentos fortificados. La principal desventaja de la Incaparina es que se consume diluida, su preparación requiere de cierto tiempo, así como de agua purificada y azúcar. Un alimento fortificado listo para ser consumido, tipo los LNS, podría ser atractivo y ha tenido buena aceptación entre la población rural (Brown et al. 2016).

DATOS, COMPORTAMIENTOS

- La suplementación con vitamina A inicia a partir de los 6 meses de edad. Entre los de 5 a 11 meses de edad, el 87% la había recibido y entre 18 a 23 meses, sólo un tercio de los niños la había recibido (Heckert et al. 2018, Olney et al. 2012).
- La mayoría de las madres (90%) en Suchitepéquez daba el LNS dos veces al día, siguiendo las indicaciones recibidas, las cuales consideraron claras (Matías et al. 2011).
- En las dos aldeas de estudio en Jalapa el consumo de Vitacereal entre niños y mujeres es sensiblemente más bajo de lo recomendado; además, el 64% lo consume solo una vez al día y menos de la tercera parte lo consume diariamente; el 9% de los niños menores de 3 años lo consume en forma de papilla. Las madres prefieren prepararlo como atol y lo comparte entre toda la familia. Lo preparan usualmente solo tres veces por semana y así logran que les alcance para toda la familia durante todo el mes. Los que más consumen el atol son los hermanos mayores y el padre del niño índice (PROSAN 2007).
- La mayoría de las madres en Suchitepéquez (93%) dio el LNS mezclado con la comida, especialmente sopa, frijoles y pasta, y consideraron que dárselo al niño mezclado con alimentos era fácil. Los dos sabores de LNS fueron aceptados y el consumo de LNS y alimentos no varió por sabor de LNS (Matías et al. 2011).
- La observación muestra que el 52% de las madres tienen prácticas inadecuadas de higiene en la preparación de las Chispitas, el 91% comparte la comida que ha sido espolvoreada y el 56% de los niños no se come los alimentos espolvoreados (Canastuj Cotom 2013).
- La evidencia del impacto de los la LNS en el estado nutricional es mixta: los estudios en Ghana y Malawi encontraron que la LNS aumentó la altura, redujo la anemia y mejoró el desarrollo motor, mientras que un estudio realizado en Guatemala no encontró efectos detectables sobre el crecimiento lineal en niños de 6 a 24 meses de edad (González et al. 2020).

INVESTIGACIÓN

- Brechas

- Evaluar el mercado para LNS en el área rural, el tamaño del mercado potencial y la disponibilidad de pago (Brown et al. 2016).



REFERENCIAS

- Brown, K., Henretty, N., Chary, A., Webb, M. F., Wehr, H., Moore, J., Baird, C., Díaz, A. K., & Rohloff, P. (2016). Mixed-methods study identifies key strategies for improving infant and young child feeding practices in a highly stunted rural indigenous population in Guatemala. *Maternal and Child Nutrition*, 12(2), 262–277. <https://doi.org/10.1111/mcn.12141>
- Bruce, N., Pope, D., Arana, B., Shiels, C., Romero, C., Klein, R., & Stanistreet, D. (2014). Determinants of care seeking for children with pneumonia and diarrhea in Guatemala: Implications for intervention strategies. *American Journal of Public Health*, 104(4), 647–657. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301658>
- Canastuj Cotom, H. I. (2013). Determinantes conductuales en las prácticas del uso de micronutrientes esporeados administrados por madres de niños/as de 6 a 24 meses de edad, que asisten a los servicios de salud en San Andrés Xecul, Totonicapán. Universidad San Carlos de Guatemala.
- Davis, T, Fischer E, Rohloff, P, & Heimburger, DC (2014). Chronic Malnutrition, Breastfeeding, and Ready To Use Supplementary Food in a Guatemalan Maya Town. *Human Organization* 73(1), 72-81.
- de la Torre, C., Cederstrom, T., Olivet, A., Seremet, C., & Tensah, G. (2018). Final performance evaluation of the Food Security Program focused on the first 1,000 days (SEGAMIL): Final report.
- Deeney, M., & Harris-Fry, H. (2020). What influences child feeding in the Northern Triangle? A mixed-methods systematic review. *Maternal and Child Nutrition*, 16(4), 1–25. <https://doi.org/10.1111/mcn.13018>
- Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA). (2018). Strengthening the evidence base for nutrition interventions during the “1,000 days”: FANTA research explores how to optimize the prevention of malnutrition.
- Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA). (2017). Integrating and strengthening nutrition in agriculture and maternal and child health programs in Guatemala: A report on FANTA activities from 2011 to 2017.
- Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA). (2015). Technical brief: Micronutrient malnutrition among women and young children in the Western Highlands of Guatemala: What are the needs and what can be done?
- Gillespie, B. (2018). Sprinkles and spacing: Mothers’ reactions to nutrition programmes in Guatemala’s dry corridor. *Anthropology in Action*, 25(2), 24–35. <https://doi.org/10.3167/aia.2018.250204>
- Gómez, J. (2014). Informe de aceptabilidad del alimento complementario fortificado “Mi comida”: Estudio descriptivo-cualitativo, aceptabilidad del alimento “Mi comida” con madres de niños de 6 a 24 meses de 8 comunidades de los 8 municipios del departamento de Totonicapán.
- González Acero, C., Martínez, S., Pérez-Expósito, A., & Winters, S. (2020). Effect of an innovative behavioural change strategy and small-quantity lipid-based nutrient supplements on stunting and obesity in children in Baja Verapaz, Guatemala: Protocol for a randomised control trial. *BMJ Open*, 10(7), 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035528>
- Heckert, J., Leroy, J., Bliznashka, L., Olney, D., & Richter, S. (2018). Strengthening and evaluating the preventing malnutrition in children under 2 years of age approach: Guatemala follow-up report.
- Hurley, K., & Kapadia-Kundu, N. (2016). Individual, household, community, and organizational perceptions, facilitators and barriers to access, participation, and uptake of the Ntchisi Nutrition Program: Preliminary report of findings.
- Matías, S. L., Chaparro, C. M., Perez-Exposito, A. B., Peerson, J. M., & Dewey, K. G. (2011). Acceptability of a Lipid-Based Nutrient Supplement among Guatemalan Infants and Young Children. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3473.9047>
- Null, C., Stewart, C. P., Pickering, A. J., Dentz, H. N., Arnold, B. F., Arnold, C. D., Benjamin-Chung, J., Clasen, T., Dewey, K. G., Fernald, L. C. H., Hubbard, A. E., Kariger, P., Lin, A., Luby, S. P., Mertens, A., Njenga, S. M., Nyambane, G., Ram, P. K., & Colford, J. M. (2018). Effects of water quality, sanitation, handwashing, and nutritional interventions on diarrhoea and child growth in rural Kenya: A cluster-randomised controlled trial. *The Lancet Global Health*, 6(3), e316–e329. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30005-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30005-6)
- Olney, D., Arriola, M., Carranza, R., Leroy, J., Richter, S., Harris, J., Ruel, M., & Becher, E. (2012). Report of formative research conducted in Alta Verapaz, Guatemala, to help inform the health-strengthening activities and the social and behavior change communication strategy that will be implemented through the Mercy Corps PM2A Program – PROCOMIDA.

PROSAN. (2007). Estudio sobre el consumo de Vitacereal en dos comunidades de San Pedro Pinula, Jalapa.

Richter, S., Harris, J., Leroy, J., Olney, D., & Ruel, M. (2011). Strengthening and evaluating the “Preventing malnutrition in children under two years of age approach” (PM2A) in Guatemala: Cross-Sectional Baseline Report.

The Shalom Foundation, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, & Vanderbilt University Center for Latin American Studies. (2013). Informe final: Aceptabilidad y uso en el hogar de un alimento complementario listo para consumir (ACLC) en el área rural de Guatemala