



**IMPACTOS DE LOS PATRONES DE CRIANZA
Y LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS EN LA
DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN
GUATEMALA**
RESUMEN DE INVESTIGACIÓN



Junta de Andalucía

Agencia Andaluza de Cooperación
Internacional para el Desarrollo



FLACSO
GUATEMALA



**Ayuda
en Acción**



**IMPACTOS DE LOS PATRONES DE CRIANZA
Y LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS EN LA
DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN
GUATEMALA**
RESUMEN DE INVESTIGACIÓN



Junta de Andalucía
Agencia Andaluza de Cooperación
Internacional para el Desarrollo



FLACSO
GUATEMALA



**Ayuda
en Acción**

Elaborado por el Programa de educación niñez, adolescencia y juventud de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO-Guatemala con el apoyo financiero de la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo -AACID- y la Fundación Ayuda en Acción en Guatemala, en el marco del proyecto "Waletb'anil (Niño Sano): Acción comunitaria para mejorar la salud materno-infantil y la nutrición en mujeres embarazadas y niños/as Mam y Ch'orti de Guatemala con EBDDHH, género e interculturalidad". Número de expediente: 0C163/2021.

Investigadora principal: **Jennifer Aimee Rodríguez Ortega**
Especialista en género: **Ana Silvia Monzón Monterroso**
Asistente de proyecto: **Ciria Raquel Chaicoj Pinto**

Consultores en campo:

- Ximena Carmen Emilia Morales Castilla
- Jorge Eduardo Santiago Matías
- María Elena López Chivalán

Responsables del seguimiento por parte de Ayuda en Acción

- Representante de país de Ayuda en Acción: **Ada Gaytán González**
- Responsable de protección e innovación: **Orquidia Rosivell Pelicó Pelicó**
- Oficial MEAL: **Félix Castañeda**

Corrección de estilo y corrección bibliográfica

- María Mazariegos Lanseros de Lanseros correcciones

Diseño y diagramación

- Karla Aragón de Desarrollo Creativo

Cita Bibliográfica

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO-Guatemala, Fundación Ayuda en Acción, 2024. Impacto de los patrones de crianza y las prácticas alimentarias en la desnutrición crónica en Guatemala – resumen de investigación. Guatemala. 35pp.

Agradecimientos

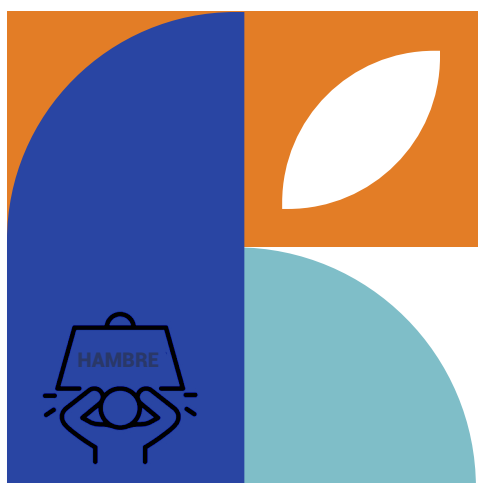
Agradecemos a todas las instituciones y personas de las comunidades que brindaron información para el desarrollo de la investigación, en especial a las familias que permitieron desarrollar los procesos antropológicos.

Descargo de responsabilidad


Las opiniones expresadas en la presente publicación son de los autores, No reflejan necesariamente las opiniones de Ayuda en acción y Agencia Andaluza de Cooperación al Desarrollo ni de sus miembros. Las denominaciones empleadas en la publicación y la forma en que aparecen los datos que contiene no implican de parte de Ayuda en acción y Agencia Andaluza de Cooperación al Desarrollo, juicio alguno sobre el país, zonas o territorio.

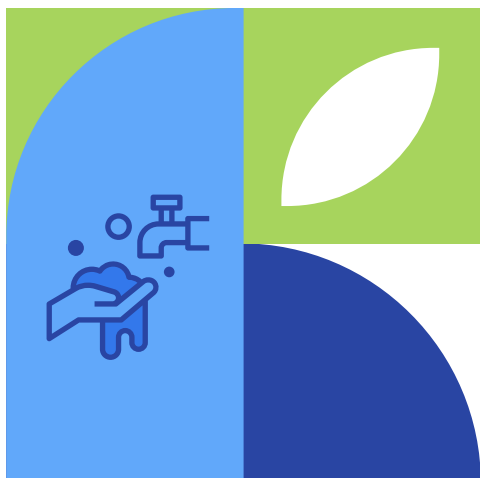
.....
© Fundación Ayuda en Acción

No está permitida la reproducción total o parcial de esta publicación, ni su tratamiento informático, ni la transmisión en ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, ni su préstamo, alquiler o cualquier otra forma de cesión de uso del ejemplar, sin el permiso.



CONTENIDO

Introducción	v 
Aspectos teóricos	1
Sociología de la alimentación	1
Los patrones de crianza	2
Estado de la desnutrición en Guatemala	3
Comunidades que formaron parte del estudio	7
Resultados de la investigación	10
Cultivos de la comunidad	25
Venta de productos alimenticios en la comunidad	26
Cambios comunitarios	26
Estatus de los alimentos	27
Conclusiones	29
Recomendaciones	31
Referencias	33



INTRODUCCIÓN

La desnutrición de la niñez en Guatemala es una de las más críticas en Latinoamérica. Los siguientes indicadores así lo reflejan: mientras que entre el año 2002 y 2019 la mortalidad infantil en Guatemala se redujo de 38.8 a 19.9 por cada 1,000 nacidos vivos (Guatemala, s. f.), en el ámbito de la nutrición no ocurrió lo mismo, pues el 46.5 % de los niños y las niñas menores de 5 años padece desnutrición crónica, es decir, uno por cada dos niños menores de 5 años (ENSMI, 2017). Estas cifras ubican a Guatemala como el sexto país con mayores tasas de hambre del mundo y el primero en Latinoamérica (Mahtani, 2022). Pese a la gravedad que esto implica, es un problema que no constituye prioridad para el Estado y que pasa inadvertido para la población en general, incluso para las familias que la padecen.

Este problema tiene consecuencias para las niñas, los niños y las familias, y está relacionado con otras situaciones que limitan sus derechos y perpetúan el ciclo de la pobreza. En Guatemala el abandono escolar es muy alto en los primeros años de instrucción formal. Esto es consecuencia tanto de la falta de oportunidades como de la propia desnutrición, ya que esta última disminuye la capacidad de concentración de los niños y las niñas y provoca que muchos dejen de asistir a la escuela.

La desnutrición, y sobre todo la desnutrición crónica, es prevenible y tratable, pero sus efectos son irreversibles. Algunas de las causas de la desnutrición son a) bajo peso al nacer, b) inadecuada lactancia materna o falta de ella, c) escasa alimentación complementaria; c) falta de higiene de los niños y d) falta de limpieza en los hogares.

No obstante, la desnutrición crónica también está vinculada con las relaciones de poder y aquellos patrones de crianza que continúan recargando la responsabilidad del cuidado de los niños y los bebés exclusivamente a las mujeres madres, y muchas veces a las hijas mayores de la familia. Además, aunque ha disminuido la tasa global de fecundidad, las mujeres aún siguen teniendo un promedio de cuatro hijos/hijas, sobre todo en el área rural, lo que sumado a las condiciones de pobreza repercute en las posibilidades que tienen las familias de disponer de alimentación adecuada y suficiente.

En este contexto se realiza esta investigación, que tiene como objetivo analizar los patrones de crianza y las prácticas alimentarias existentes en Huehuetenango, Quiché y Alta Verapaz, para determinar su influencia en la desnutrición crónica. El estudio hace énfasis en la descripción de los patrones de crianza, la caracterización de las prácticas alimentarias y la influencia que ambos factores tienen en la desnutrición crónica, pero además pretende comprender cómo las relaciones de género condicionan estas prácticas y estos patrones.

Para desarrollar la investigación se utilizó el método cualitativo y se contó con un equipo multidisciplinario para la investigación de campo.

Se trabajó mediante un estudio de casos por máximas similitudes. Estos fueron seleccionados a través de un muestreo de casos tipo, conformado por dos comunidades de cada uno de los municipios seleccionados, que tuvieran cifras altas de desnutrición crónica y que fueran accesibles. A continuación se listan los municipios y entre paréntesis el departamento al que pertenecen: San Juan Atitán (Huehuetenango), Chichicastenango (Quiché), San Cristóbal (Alta Verapaz).

Para identificar las comunidades en donde se pondría en marcha el trabajo de campo se entrevistó a miembros de la Comisión Municipal de Seguridad Alimentaria y Nutricional (COMUSAN), quienes brindaron información sobre las comunidades y recomendaron en cuáles realizar el estudio. En algunos casos no fue posible tener ese tipo de informante clave, y el contacto se llevó a cabo mediante el Consejo Comunitario de Desarrollo (COCODE).

Una vez identificadas las comunidades, se inició con una semana de inmersión comunitaria a través de un proceso de observación, para construir la contextualización de cada una de las comunidades elegidas.

Se hicieron entrevistas semiestructuradas a actores clave de la comunidad (madres y padres de familia, COCODE, comadronas, ONG, tenderos y otros miembros que surgieron a lo largo de la investigación). También se hicieron entrevistas semiestructuradas a las personas mayores de la comunidad cuyos conocimientos sobre los cambios comunitarios permitieran detectar los factores que han influido en las prácticas alimentarias, los patrones de crianza y la desnutrición crónica.

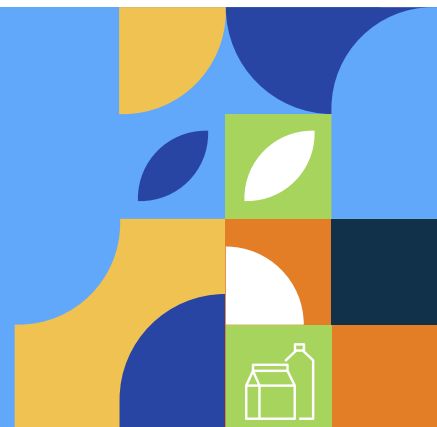
Se hicieron entrevistas semiestructuradas a madres de niños con edades comprendidas entre los 6 meses y los 2 años y medio con el fin de conocer las prácticas alimentarias durante el embarazo y las que tienen actualmente.

Asimismo, se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas para conocer la gobernanza, la organización comunitaria, la autogestión comunitaria y la presencia del Estado. En estas entrevistas participaron líderes y lideresas de la comunidad (COCODE, maestros/as, comadronas, entre otros).

La metodología utilizada para estudiar a las familias fue la observación participante, para lo cual se solicitó la autorización de dos familias por cada comunidad elegida. Debido a la condición económica de las familias, no fue posible hospedarse en sus casas, por lo que la observación se realizó de forma diaria en horario de 5:00 a 17:00 horas. Se hizo así, considerando que el retorno de los investigadores a su hospedaje se dificultaba fuera de ese horario.

Las familias que formaron parte del estudio tienen niños con desnutrición crónica de entre 6 meses y 2 años y medio de edad.

Aspectos teóricos



Sociología de la alimentación

La sociología de la alimentación es un campo de análisis relativamente reciente debido a que la alimentación ha sido considerada un aspecto eminentemente biológico y se ha hecho escasa referencia a su carácter social y cultural. Esta última característica engloba las prácticas alimentarias, los hábitos de alimentación y los comportamientos al alimentarse, que se transmiten de generación en generación y que tienen implicaciones simbólicas además de construir imaginarios y representaciones sociales.

Desde una perspectiva de género e interseccionalidad, es importante plantear que el problema de la seguridad alimentaria y nutricional, del cual es parte la desnutrición crónica y aguda, se relaciona tanto con la desigualdad de género como con el racismo, la condición de clase, la edad, la ubicación geográfica y la condición de discapacidad, entre otros aspectos.

Factores como la división del trabajo, el acceso y el control de los recursos, la toma de decisiones y las normas y valores, tanto en el ámbito familiar como comunitario y social, influyen en la disponibilidad, el acceso, la distribución y el consumo de alimentos.

En ese sentido, las mujeres, las niñas y los niños son los más afectados por la desnutrición. Entre los infantes, la sufren sobre todo los menores de 5 años (Verhart et al., 2015). En el caso de las mujeres, estas son más propensas a la desnutrición porque, según los mandatos de género, las niñas ingieren menos alimentos que los niños, lo cual aumenta sus probabilidades de enfermar y disminuye sus posibilidades de asistir a la escuela, recibir educación y tener empleo. Además de ello, las probabilidades de un embarazo a edad temprana son altas debido a la violencia sexual a la que, por ser niñas, están más expuestas.

Las niñas con desnutrición tienen más probabilidades de sufrir alteraciones del ciclo menstrual. Más adelante, cuando sean adultas, enfrentarán los embarazos, sean deseados o no, en condiciones de mayor vulnerabilidad, pues presentarán dificultades físicas, como, por ejemplo, caderas más pequeñas de lo habitual, que pueden predisponerlas a sufrir complicaciones graves durante el parto y provocar tanto su muerte como la del bebé. Además, pueden padecer una evolución uterina anormal y presentar problemas tales como un menor flujo sanguíneo que afecte a la placenta y al desarrollo del feto (Ayuda en Acción, 2018).

Para las mujeres es primordial el acceso a una buena nutrición desde temprana edad, ya que esto tendrá efectos no solo para sí mismas, sino en el desarrollo físico, socioemocional y cognitivo de sus futuros hijos; en caso contrario, darán a luz a bebés desnutridos, reproduciendo así los círculos intergeneracionales de la desnutrición (Scaling Up Nutrition, 2020).

Los patrones de crianza

Los patrones o estilos de crianza están estrechamente relacionados con entramados familiares y sociales, enraizados en estructuras de poder económico, político, cultural, simbólico y de género. Estos patrones son transmitidos de generación en generación a través de complejas interacciones cotidianas dentro de las redes de parentesco. Las madres y los padres juegan un papel importante en la transmisión de valores, normas de conducta, reglas y límites, que van moldeando las identidades y los comportamientos de sus hijos, incluidos los modelos alimentarios y nutricionales.

La crianza es un proceso de socialización que se va expresando como una “acción educativa”, ya que hay una transferencia de conocimientos y habilidades acerca de la manera de comprender el mundo, afrontar las relaciones intrafamiliares y sociales y resolver las dificultades que se presenten. Los patrones de crianza relacionados con las prácticas alimentarias no se reducen al espacio familiar, están inscritos en los sistemas alimentarios globales, regionales y nacionales, que se refieren a un conjunto de procesos económicos, sociales, políticos y culturales, que organizan la manera en la que una sociedad produce alimentos, los distribuye, los consume e incluso los desecha (Villagómez et al., 2021).

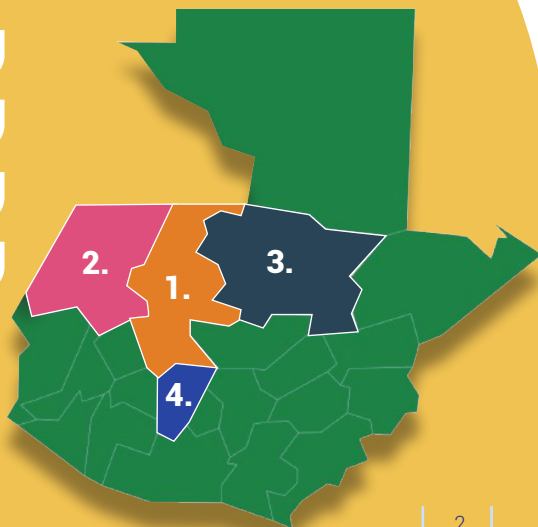
Los patrones de crianza tienen marcas de género, raciales y de clase, que se van introyectando. Estos permean los usos y costumbres, los rituales, los imaginarios y las representaciones sociales acerca de los espacios, recursos, poderes y roles que corresponden a mujeres y hombres. Uno de estos roles que, como ya se ha planteado, se les asigna a las mujeres es el de la crianza y el cuidado de los hijos, sobre todo, en los primeros años de la niñez. Este rol se conceptualiza como la acción de ayudar a los niños y las niñas a desarrollarse y de facilitarles bienestar en el diario vivir. Esto supone tres formas: cuidado material, que implica un trabajo; cuidado económico, que implica un costo; y cuidado psicológico, que implica el desarrollo de vínculos afectivos, emotivos y sentimentales (Arévalo y Mozzo, 2019).

Figura 1

Departamentos con mayores casos de desnutrición

El 60% de los casos de desnutrición se concentran en cuatro departamentos

1. Quiché
2. Huehuetenango
3. Alta Verapaz
4. Chimaltenango



El aspecto alimentario es uno de los más importantes en este papel de cuidador. Es esencial a lo largo del ciclo de la vida y en los primeros meses y años, porque construye las bases para el desarrollo emocional, cognitivo y social de cada integrante del núcleo familiar. A través de los patrones de crianza se van estableciendo en torno a la alimentación normas como las cantidades, las duraciones, los espacios, la variedad de alimentos y la clasificación de qué alimentos son adecuados según qué edades.

Es en los procesos de socialización primaria donde se van reforzando mitos como la idea de que el requerimiento calórico y proteínico es mayor para el sexo masculino porque realiza actividades físicas que exigen fuerza. Esta idea obvia que las mujeres también realizan múltiples actividades y que sus jornadas, que comprenden trabajo remunerado y no remunerado, suelen ser en promedio más extensas que las de los hombres.

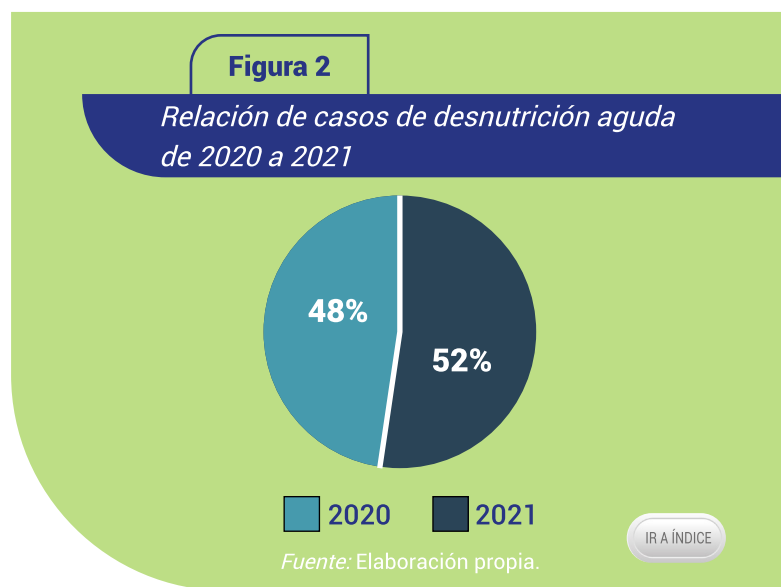
En síntesis, al analizar la relación entre los patrones de crianza, las prácticas alimentarias y su impacto en la desnutrición crónica en Guatemala, es importante incorporar una perspectiva de género e interseccionalidad que permita comprender de manera compleja, por qué persiste la desnutrición crónica en el país, por qué afecta con más crudeza a niñas, niños y mujeres del área rural y de las comunidades indígenas; y cómo la crianza y las prácticas alimentarias están inmersas en estructuras históricas, sociales, políticas, económicas, jurídicas, raciales y culturales, que tienen efectos diferenciados por sexo, género, pertenencia étnica, edad, lugar de residencia, entre otras variables.

Estado de la desnutrición en Guatemala

La seguridad alimentaria y nutricional es un fenómeno multidimensional y está estrechamente relacionada con las estructuras sociales. Al analizar la desnutrición, una de sus aristas más problemáticas se asocia con la pobreza, el desempleo y los bajos ingresos, sobre todo en el área rural, donde el cambio climático y los constantes fenómenos naturales afectan la agricultura y, en consecuencia, los medios de vida para miles de familias.

Desde una perspectiva histórico-política, la persistencia de este problema también está vinculada con la ausencia de políticas públicas, planes y proyectos, y con la falta de inversión social. Como señala el doctor Carlos Arriola en una entrevista: "el Gobierno solo toma medidas asistencialistas o paliativas. Para mí, hay un componente malicioso de política pública de no hacer nada para mantener a nuestra población en las mismas condiciones; es una estrategia política para mantener los círculos de pobreza" (Matahni, 2022).

Casos de desnutrición infantil de 2012 a 2019		
Total	Niños	Niñas
616,728	52 %	48 %



En cuanto a la desnutrición aguda que está asociada a un bajo peso por la privación de alimentos y que pone en riesgo de muerte a niñas y niños menores de cinco años, el número de casos es alarmante¹, de acuerdo con datos oficiales, en 2019 los casos registrados fueron 15,395, mientras que en 2020 hubo un cambio en la metodología de registro que arrojó un dato significativamente alto de 27,913 (43 % niñas y 57 % niños). La mayor cantidad de casos se da en el rango de edad de 6 a 24 meses, y afecta a más niños que niñas². En términos geográficos, la mayor cantidad de casos se registró en Escuintla (2,455) y San Marcos (2,351).

El área geográfica en crisis por la inseguridad alimentaria ha aumentado y, de acuerdo con el Programa Mundial de Alimentos, 3.5 millones de habitantes, más de una quinta parte del país, pasan hambre actualmente (Sochlic, 2021).

Figura 3

Tipos de desnutrición

Tipos de desnutrición



Fuente: Elaboración propia con base en el artículo *Tipos de desnutrición y sus efectos de* (Ayuda en Acción, 2018).

¹ Tablero sala situacional de desnutrición aguda. (Sistema de Información Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, 2021) <https://portal.siinsan.gob.gt/desnutricion-aguda/>

² Situación epidemiológica de la Desnutrición Aguda (DA) Moderada y Severa en Niños menores de 5 años a la Semana Epidemiológica 53, año 2020. (SIGSA Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2021)

Tabla 1

Número casos de casos de **desnutrición aguda** en menores de 5 años

Departamento	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Total general	Variación
Alta Verapaz	1,812	2,259	2,391	6,462	
Baja Verapaz	307	370	308	985	
Chimaltenango	508	368	367	1,243	
Chiquimula	567	693	642	1,902	
Petén	781	774	750	2,305	
El Progreso	141	268	219	628	
Escuintla	1,485	3,990	3,653	9,128	
Guatemala	1,875	4,075	3,122	9,072	
Huehuetenango	1,203	2,710	1,982	5,895	
Izabal	451	1,027	968	2,446	
Jalapa	291	500	231	1,022	
Jutiapa	531	335	286	1,152	
Quetzaltenango	550	1,297	818	2,665	
Quiché	793	1,085	965	2,843	
Retalhuleu	402	929	837	2,168	
Sacatepéquez	738	531	396	1,665	
San Marcos	1,411	3,870	2,266	7,547	
Santa Rosa	331	378	411	1,120	
Sololá	149	214	213	576	
Suchitepéquez	528	817	1,106	2,451	
Totonicapán	284	470	507	1,261	
Zacapa	409	624	454	1,487	
Total	15,547	27,584	22,892	66,023	

Fuente: elaboración propia con datos tomados de (SIGSA Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2021). Enero 2019 a septiembre de 2021.

Tabla 2

Número casos de casos de **desnutrición crónica** en menores de 5 años

Departamento	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Total general	Variación
Alta Verapaz	23,304	21,389	19,837	64,530	
Baja Verapaz	1,011	1,186	2,030	4,227	
Chimaltenango	11,432	12,851	9,966	34,249	
Chiquimula	0	1	9	10	
Petén	6,866	8,528	7,288	22,682	
El Progreso	951	2,490	2,029	5,470	
Escuintla	3,430	2,945	2,159	8,534	
Guatemala	9,213	9,213	8,503	26,929	
Huehuetenango	32,622	30,456	24,421	87,499	
Izabal	2,345	2,084	1,687	6,116	
Jalapa	982	4,399	3,021	8,402	
Jutiapa	3,090	2,729	2,250	8,069	
Quetzaltenango	14,302	10,904	8,859	34,065	
Quiché	33,838	37,052	30,028	100,918	
Retalhuleu	1,800	1,517	1,692	5,009	
Sacatepéquez	2,348	3,394	2,977	8,719	
San Marcos	6,550	5,601	2,808	14,959	
Santa Rosa	2,323	3,208	2,975	8,506	
Sololá	2,344	5,572	5,759	13,675	
Suchitepéquez	1,033	990	922	2,945	
Totonicapán	6,895	5,164	4,028	16,087	
Zacapa	1,181	872	348	2,401	
Total	167,860	172,545	143,596	484,001	

Fuente: elaboración propia con datos tomados de (SIGSA Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2021)

Tabla 3

Casos de **desnutrición crónica** en departamentos cobertura por municipio

Departamento	Municipio	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Total	Variación
Alta Verapaz	San Cristóbal Verapaz	2,257	1,681	1,686	5,624	
Huehuetenango	San Juan Atitán	192	242	254	688	
Quiché	Chichicastenango	7,490	5,146	4,986	17,622	
Total		9,939	7,069	6,926	23,934	

Fuente: datos tomados de (SIGSA Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2021)

Tabla 4

Casos de **desnutrición aguda** en departamentos cobertura por municipio

Departamento	Municipio	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Total	Variación
Alta Verapaz	San Cristóbal Verapaz	130	132	180	442	
Huehuetenango	San Juan Atitán	5	55	73	133	
Quiché	Chichicastenango	30	47	55	132	
Total		165	234	308	707	

Fuente: datos tomados de (SIGSA Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2021)

Comunidades que formaron parte del estudio

Tabla 5

Comunidades estudiadas

Aldeas	Ubicación	Capacitaciones	Organización comunitaria	Producción	Servicios
Aldea Santa Isabel (San Juan Atitán, Huehuetenango)	Ubicada sobre la ruta hacia San Juan Atitán, aproximadamente a un kilómetro del centro. Comunidad rural de población maya mam.	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de Salud Comunitario • Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN) • Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación (MAGA) 	Principal autoridad local: la Alcaldía Auxiliar. COCODE Comadronas (líderesas enfocadas en crianza, prácticas alimentarias y cuidado).	Aguacate, papa, frijol, maíz, hierba mora, miel de abeja. La mayoría de las personas producen para el consumo familiar, sin embargo, existe un pequeño porcentaje que vende un aproximado del 40 % de su producción en el "Día de plaza".	<ul style="list-style-type: none"> • Áreas de recreación • Iglesia • Mercado • Educación en primaria y básicos • Agua potable (pago anual de Q 50.00 más tres días de trabajo al año para la municipalidad). • Arrendamiento de nacimientos de agua por Q 139 mensuales y tres días de trabajo al año. • Energía eléctrica de ENERGUATE • Pocos drenajes
Aldea Cuate (San Juan Atitán, Huehuetenango)	Ubicada aproximadamente a seis kilómetros del centro de San Juan Atitán, Huehuetenango. La población es maya mam y, según las estadísticas demográficas del municipio, la mayoría de los habitantes son mujeres (54.21 %). La población total en 2021 era de 19,418 habitantes.	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de Salud Comunitario • Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional • Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación 	Principal autoridad comunitaria: Alcaldía Auxiliar. COCODE y las comadronas.	Güisquil, ciruelas, manzana, durazno, chilacayote, güicoy, chile, aguacate. hierbas, como berro y hierbabuena.	<ul style="list-style-type: none"> • Energía eléctrica • Drenajes • Cobertura parcial de servicios de telecomunicaciones (CLARO y TIGO)

Aldeas	Ubicación	Capacitaciones	Organización comunitaria	Producción	Servicios
Cantón Chuabaj (Chichicastenango, Quiché)	Se encuentra ubicada en el kilómetro 135 sobre la carretera CA-1. Del casco urbano de Chichicastenango, se encuentra a 10 kilómetros. La población pertenece al pueblo maya K'iche' y su idioma materno es el k'iche'. Como segundo idioma tienen el español, aunque un alto porcentaje de su población no lo habla. De acuerdo con lo observado, la mayoría de las mujeres adultas utilizan su indumentaria maya, no siendo así en el caso de las niñas.	<ul style="list-style-type: none"> No se cuenta con información sobre capacitaciones a los pobladores del Cantón. 	El liderazgo lo tiene el COCODE, los alcaldes auxiliares o comunitarios y los Principales, pero las decisiones que conciernen a todo el cantón son tomadas mediante la Asamblea de Autoridades, conformada por sus 23 representantes más el COCODE.	Ciruela, maíz, chilacayote, pera, anona, pepino, tomate de árbol, habas, frijol, hierbas, chile, durazno, güicoy, güisquil, aguacate nacional y mexicano, remolacha, granadilla limón, lina, maracuyá.	<ul style="list-style-type: none"> Puesto de salud Escuela preprimaria Escuela primaria Instituto de nivel básico Ministerio de Desarrollo Social Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional
Cantón Pachoj, (Chichicastenango, Quiché)	Se encuentra ubicada en el kilómetro 143 de la carretera CA-1. Del casco urbano de Chichicastenango se encuentra a dos kilómetros. La población pertenece al pueblo maya K'iche' y su idioma materno es el k'iche'. Un buen porcentaje de la población tiene como segundo idioma el español, y quienes lo hablan regularmente son los hombres. De acuerdo con lo observado, la mayoría de las mujeres adultas utilizan su indumentaria maya, no siendo así en el caso de las niñas y adolescentes, de quienes algunas lo utilizan ocasionalmente para actividades o festividades.	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación 	La organización comunitaria se encuentra a cargo de los alcaldes auxiliares o comunitarios, los Principales y el COCODE.	Entre los principales alimentos para consumo o venta local se encuentran: manzana, maíz, frijol, güicoy, chilacayote, hierbas, güisquil, durazno, ciruelas, anona, limón, aguacate, granadilla, lima, níspero, mora silvestre, membrillo, pera, guayaba, chile, miltomate, tomate de árbol, haba y papa.	<ul style="list-style-type: none"> Puesto de salud Escuela primaria Ministerio e Agricultura, Ganadería y Alimentación Municipalidad de Chichicastenango Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional Energía eléctrica distribuida por DEOCSA

Aldeas	Ubicación	Capacitaciones	Organización comunitaria	Producción	Servicios
Comunidad Pampache (San Cristóbal Verapaz, Alta Verapaz)	Se ubica a una distancia aproximada de 25 kilómetros desde la cabecera municipal de San Cristóbal, Alta Verapaz. Para su acceso se recorre un tramo de 23 kilómetros de carretera de terracería de doble carril. Posteriormente, se recorre un tramo de dos kilómetros a pie (carretera de un carril, en mal estado). La comunidad se encuentra ubicada entre montañas.	No reciben capacitaciones de parte de ninguna entidad.	El liderazgo está centrado en el COCODE, es coordinando desde la municipalidad y su gestión está dirigida hacia la municipalidad. Sus gestiones están enfocadas en proyectos de obra gris (construcción de carretera y proyectos de tanques de captación de agua)	Maíz, frijol y ayote.	Energía eléctrica
Comunidad Cerro Verde (San Cristóbal Verapaz, Alta Verapaz)	Se encuentra a una distancia de 23 kilómetros de la cabecera municipal de San Cristóbal, Alta Verapaz. Para su acceso se recorre un tramo de 20 kilómetros de carretera de terracería (carretera de doble carril). Posteriormente, se hace un tramo de dos kilómetros a pie (carretera de un carril y en mal estado). La comunidad se encuentra entre montañas.	No reciben capacitaciones de parte de ninguna entidad.	La comunidad está organizada por el COCODE, que cuenta con siete integrantes, todos hombres (presidente, vicepresidente, secretario, tesorero, vocal I, vocal II, vocal III). Posteriormente se encuentran los comités: Comité Guardián de Salud, Comité de Mujeres.	Maíz, frijol y ayote.	<ul style="list-style-type: none"> Con el apoyo de ASOSAP que es una organización gubernamental, se crearon captadores de agua. Las familias de la comunidad financiaron un porcentaje de la instalación de los captadores de agua. El agua recolectada es utilizada para la higiene personal, la preparación y cocción de alimentos y el lavado de utensilios de cocina y ropa. El agua de consumo es hervida previamente, como se pudo constatar en las casas donde se realizó la observación.

Fuente: Elaboración propia.

Resultados de la investigación

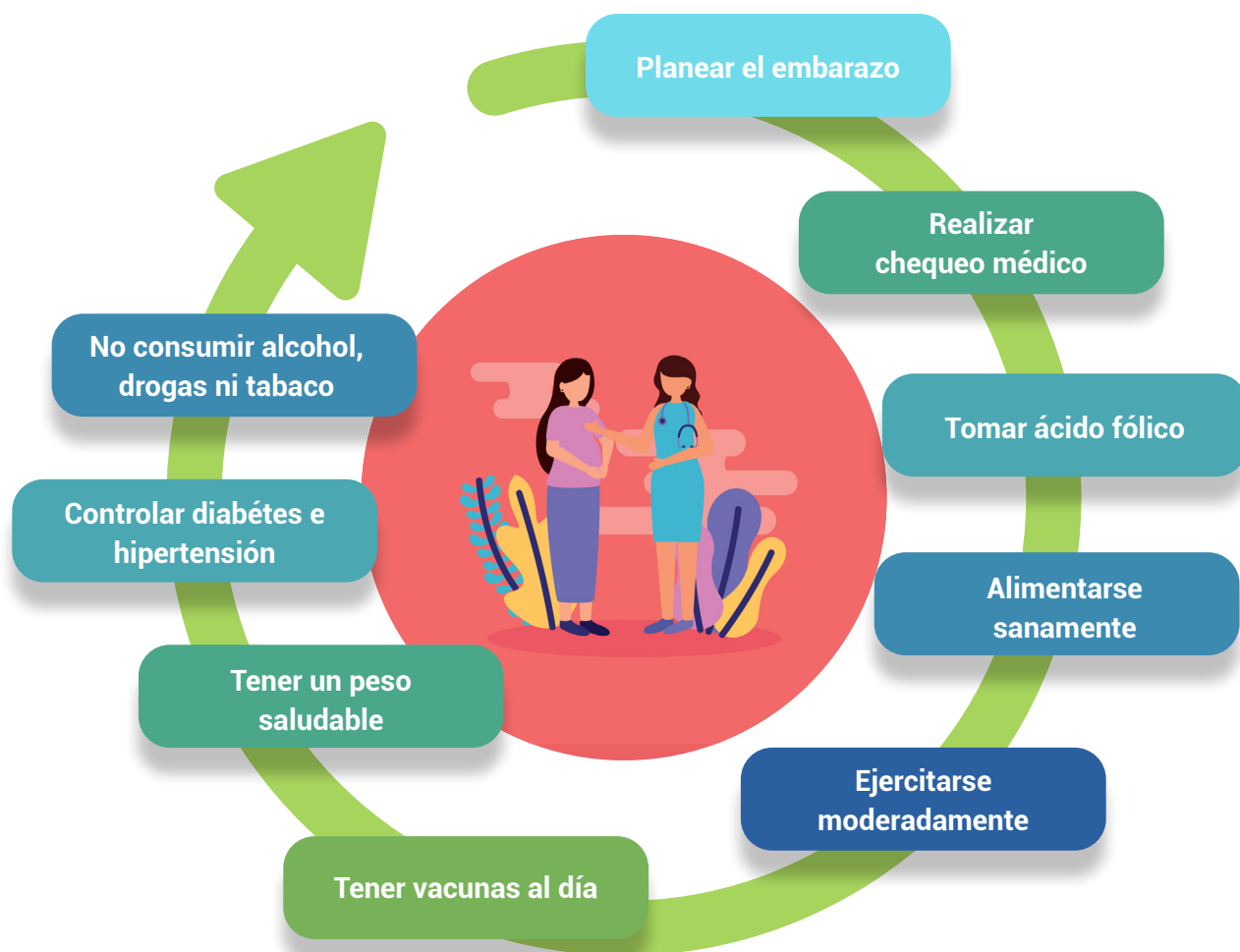
Cuidado prenatal: dónde aprenden las madres de familia sobre la alimentación de los niños

Los cuidados prenatales deben iniciar idealmente desde la planeación de un embarazo. Cuando una pareja decide tener un hijo o una hija, debe acudir a los servicios de salud para hacerse exámenes y chequeos generales que puedan determinar su salud antes de un embarazo. En el caso de las mujeres, deben tener una alimentación adecuada, tomar ácido fólico diariamente y no consumir alcohol, drogas ni tabaco.

Recibir estos cuidados prenatales regulares, antes y durante la gestación, mejora las probabilidades de que el embarazo sea saludable.

Figura 4

Acciones que deben realizarse antes del embarazo



Fuente: Elaboración propia.

Las madres que participaron en el estudio afirman que empezaron a sospechar de su embarazo porque sintieron cambios corporales (náuseas, dolores de cabeza), por lo que fueron a revisión con la comadrona y al centro de salud. Ninguna de las madres mencionó que el embarazo fuera planeado, o que antes del embarazo recibiera atención médica, se hiciera chequeos regulares o tomara ácido fólico. Por el contrario, en algunos casos pasaron varios meses antes de que supieran que estaban embarazadas, por lo que la toma de prenatales, la alimentación saludable y visitas al ginecólogo o a la comadrona comenzaron cuando ya había transcurrido algún tiempo.

El 66 % de las madres entrevistadas visitó a la comadrona para dar seguimiento a su embarazo, de las cuales, el 34 % también acudió al Centro de Salud para tener ambas opiniones.

El hecho de que la mayoría visite a la comadrona se debe principalmente a que las mujeres conocen y respetan las prácticas propias de la comunidad y a que las comadronas son más accesibles porque se encuentran más cerca y hablan el mismo idioma.

Las comadronas tienen un rol importante en las comunidades, ya que funcionan como enlaces con diferentes organizaciones de salud y coordinan acciones como las visitas médicas a la comunidad; el apoyo en temas de salud; el suministro de inyecciones y primeros auxilios; y la coordinación de apoyo con el Centro de Atención Integral Materno Infantil (CAIMI) y los bomberos municipales y voluntarios, en casos de emergencia, accidente y traslado de mujeres embarazadas al hospital para su parto. A su vez, dirigen procesos de acompañamiento durante el embarazo y los primeros meses de vida de los niños y las niñas. Es en este acompañamiento donde transmiten las prácticas sociales y los conocimientos ancestrales de la comunidad.

Tabla 6

Lugares donde las mujeres embarazadas recibieron atención y seguimiento

Departamento	Comunidad	Lugar donde recibieron seguimiento del embarazo
Alta Verapaz	Pampache	Comadrona
	Cerro Verde	Comadrona (8 veces)
Quiché	Pachoj	Comadrona y Centro de Salud
	Chuabaj	Centro de Salud
Huehuetenango	Santa Isabel	Centro de Salud
	Cuate	Comadrona y enfermeras

Fuente: Elaboración propia.

Entre los cuidados prenatales que las madres afirman haber recibido, se encuentran los chequeos mensuales con el ginecólogo o la comadrona para dar seguimiento al desarrollo del feto y la disminución de actividades físicas fuertes, como lavar la ropa o acarrear agua, para evitar daños al bebé.

Ninguna de las madres entrevistadas mencionó la realización de exámenes de sangre u orina para identificar problemas al inicio del embarazo. Solamente una comentó haberse hecho un ultrasonido para revisar el crecimiento del bebé.

Durante el embarazo, algunas de las madres presentaron amenazas de aborto, por lo que permanecieron en reposo durante algún tiempo. Esto puede deberse a que en la mayoría de las comunidades donde se realizó el estudio no existen centros de salud. De lo que se dispone es de puestos de salud que funcionan algunos días a la semana y que son atendidos por personal de enfermería que da seguimiento a las mujeres embarazadas, a los infantes con desnutrición y a las personas que llegan por algún tipo de consulta. Generalmente, funcionan en espacios prestados por las escuelas. Sin embargo, no cuentan con equipo adecuado ni médicos y no están concebidos para la atención de las personas de la comunidad, pues en algunos casos el personal no habla su idioma.

Las madres en general tienen conocimiento acerca de los alimentos que deben y no deben consumir durante el embarazo, e identifican los alimentos saludables, como pollo, carne, frutas, vegetales, huevos, hierbas, arroz y frijol; y los que consideran perjudiciales, como gaseosas, golosinas y bebidas alcohólicas.

Tabla 7

Alimentos que deben consumir las mujeres embarazadas

Departamento	Comunidad	Alimentos que consumieron en el embarazo
Alta Verapaz	Pampache	Frijol, huevo, carne, fideos, arroz, hierbas, güisquil.
	Cerro Verde	Frijol, arroz, fideos, huevo, carne eventualmente.
Quiché	Pachoj	Huevo, hierbas, arroz, frijol, carne de cerdo, pollo, res.
	Chuabaj	Hierbas, frutas, frijol.
Huehuetenango	Santa Isabel	Naranja, mandarina, aguacate, frijol, maíz, hierbas, huevo, pasta, azúcar.
	Cuate	Hierbas, avena, huevo, papa, tomate, frijol, maíz, pasta, aceite, azúcar.

Fuente: Elaboración propia.

Los padres de familia también consideran que las mujeres embarazadas deben consumir alimentos adecuados, como verduras y atoles, y evitar la comida chatarra o con mucha grasa.

Por su parte, el ginecólogo les recomendó hacer ejercicios de poco impacto, como caminar, además de descansar y alimentarse sanamente.

Es importante mencionar que en los casos observados los niños y las niñas tuvieron un peso saludable al nacer y que las madres recibieron una alimentación y unos cuidados adecuados. No obstante, la desnutrición se produjo al momento de pasar a la alimentación complementaria.

Tabla 8

Peso al nacer de los niños y las niñas con desnutrición crónica

Departamento	Comunidad	Peso de los niños al nacer
Alta Verapaz	Pampache	No se cuenta con información
	Cerro Verde	6.4 lb
Quiché	Pachoj	5 lb
	Chuabaj	No se cuenta con información
Huehuetenango	Santa Isabel	5 lb
	Cuate	No se cuenta con información

Fuente: Elaboración propia.

Cuidado posnatal: dónde aprenden las madres de familia sobre la alimentación de los niños

El periodo posnatal tiene una duración de 40 días después del nacimiento del bebé. A lo largo de este tiempo se instaura la lactancia materna y se produce la recuperación del organismo de los cambios físicos y psicológicos sufridos durante el embarazo. Es necesario que la madre tenga hábitos alimenticios saludables, que haga ejercicio moderado y que mantenga la higiene corporal con un baño diario.

Las madres de familia entrevistadas afirman que luego del nacimiento de su bebé se quedaron en cama por 40 días, no realizaron ningún tipo de ejercicio físico y su alimentación se basó en bebidas calientes (Incaparina, atol, ixbut), por lo que no podían tomar ni agua pura ni bebidas frías. Lo anterior es parte de las prácticas culturales de sus comunidades.

Los alimentos que consumieron con mayor frecuencia son carne, caldo, verduras (güisquil), tubérculos (papa), frijol y arroz.

En este periodo de 40 días se reproducen ciertas creencias como el hecho de no poder caminar descalzas o con calcetas.

El paso de la lactancia materna a la alimentación complementaria de los niños y las niñas

La mayoría de las madres de familia afirman que han amamantado a sus niños. En algunos casos han tenido que alternar entre la lactancia materna y el biberón. Una característica común entre las madres entrevistadas con niños desnutridos es que no iniciaron con la lactancia materna desde el primer día del nacimiento del bebé, sino pasadas algunas semanas o meses.

La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) considera que la lactancia materna debe prolongarse hasta que los niños y las niñas alcancen los dos años de edad. Las madres entrevistadas explican que planean dar lactancia hasta que sus hijos lo dejen, lo que puede ocurrir pasados los dos años de edad recomendados. A medida que los niños y las niñas crecen, debe aumentar la cantidad de alimentos complementarios que ingieren, para compensar la falta de nutrientes que eran proporcionados por la leche materna (Burgess y Glasauer, 2004).

En las comunidades que formaron parte del estudio, la mayoría de las madres dieron lactancia exclusiva entre los 6 y los 8 meses, exceptuando algunos casos en que los bebés no toleraron la leche materna o las madres dejaron de producir leche antes de los 6 meses.

Tabla 9

Duración de la lactancia materna

Departamento	Comunidad	Lactancia materna
Alta Verapaz	Pampache	10 meses
	Cerro Verde	2 años
Quiché	Pachoj	1 año 6 meses
	Chuabaj	1 año 2 meses
Huehuetenango	Santa Isabel	Hasta que él lo deje
	Cuate	2 años

Fuente: Elaboración propia.

Figura 5

Principales alimentos que se deben proveer a los bebés desde los 6 meses, según la FAO



Fuente: Burgess y Glasauer (2004).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), la alimentación complementaria se inicia cuando la leche materna deja de ser suficiente para atender las necesidades nutricionales del lactante. En ese momento se deben incorporar alimentos complementarios a su dieta. Esta transición abarca de los 6 a los 18 meses de edad. Se trata de una fase de gran vulnerabilidad y el momento en el que empieza la malnutrición en menores de 5 años en todo el mundo. La alimentación complementaria debe iniciar a los 6 meses de vida y debe procurar una cantidad, variedad, frecuencia e higiene adecuadas.

“La OMS recomienda que los lactantes empiecen a recibir alimentos complementarios a los 6 meses, primero, unas dos o tres veces al día entre los 6 y los 8 meses, y, después, entre los 9 a 11 meses y los 12 a 24 meses, unas tres o cuatro veces al día, añadiéndoles aperitivos nutritivos una o dos veces al día, según se desee” (OMS, 2021).

Las prácticas alimenticias de las familias se reproducen en las rutinas de alimentación de los infantes. En general, las familias que formaron parte del estudio hacían dos o tres tiempos de comida al día, sin incluir meriendas. Esta cantidad de tiempos se reproducía también con los niños y las niñas. Sin embargo, cuando en el puesto de salud se identificaban casos de desnutrición, el personal informaba a las madres y a los padres que la forma adecuada de alimentación incorpora meriendas, por lo que estas comenzaron a incluirse en la alimentación de los infantes.

Las madres entrevistadas afirman que la alimentación complementaria empezó a los 6 meses. Algunas de las madres que tenían niños y niñas con desnutrición iniciaron su alimentación complementaria a los 8 o 9 meses o al año. La Asociación Española de Pediatría (AEP) considera que no debe retrasarse la alimentación complementaria más allá de los 6 meses. Hacerlo después de esa edad implica una peor aceptación en el niño de nuevas texturas y sabores, además de un aumento del riesgo a sufrir alergias e intolerancias alimenticias, falta de hierro y zinc y alteraciones de las habilidades motoras orales (Gómez, 2018).

En otros casos, las madres comenzaron la alimentación complementaria antes de los 4 meses porque consideraban que los bebés no se saciaban con la leche materna. Sin embargo, en términos neurológicos, renales, gastrointestinales e inmunes, a esta edad el organismo no tiene la maduración necesaria para ingerir alimentos. El inicio temprano de la alimentación complementaria puede provocar gastroenteritis aguda, infecciones del tracto respiratorio superior, atragantamiento e interferencia con la biodisponibilidad del hierro y el zinc de la leche materna; todo lo cual puede necesitar una hospitalización. Según la Asociación Española de Pediatría, a largo plazo puede provocar mayor riesgo de obesidad, eccema atópico y diabetes mellitus tipo 1 (Gómez, 2018).

Se considera que un bebé está preparado para admitir alimentación complementaria cuando adquiere las destrezas psicomotoras que le permiten manejar y tragar de forma segura los alimentos. Como todos los hitos del desarrollo, no todos los niños van a adquirir estas destrezas al mismo tiempo, aunque, generalmente, suele ocurrir en el sexto mes. Para iniciar la alimentación complementaria, el niño debe tener las siguientes características: mostrar interés por la comida, haber suprimido el reflejo de extrusión, ser capaz de agarrar la comida con la mano, de llevarla a la boca y de mantener la postura de sedestación con apoyo (Gómez, 2018).

Tabla 10

Edad en la que iniciaron con la alimentación complementaria

Departamento	Comunidad	Edad a la que iniciaron la alimentación
Alta Verapaz	Pampache	1 año
	Cerro Verde	6 meses
Quiché	Pachoj	9 meses
	Chuabaj	6 meses
Huehuetenango	Santa Isabel	4 meses
	Cuate	6 meses

Fuente: Elaboración propia.

La FAO recomienda que la alimentación complementaria incluya alimentos ricos en energía, proteínas y micronutrientes. Deben darse papillas gruesas, no líquidas. Es precisamente este uno de los primeros errores que comenten las madres en la alimentación de los niños y las niñas, pues el 100 % de las entrevistadas afirmaron que los primeros alimentos que un bebé debe consumir han de tener una consistencia líquida o suave (verduras licuadas).

Las madres entrevistadas comenzaron la alimentación complementaria solamente con frutas y verduras, y lo hicieron en torno a los 6 u 8 meses de edad. No fue sino hasta el año que introdujeron otro tipo de alimentos como huevo, arroz, frijol, pasta, papa, pollo, atol, Incaparina y leche. Esta incorporación tardía dificultó en los niños y las niñas el proceso de aprendizaje alimentario.

Las madres tienen la creencia de que los bebés no deben consumir alimentos sólidos, como carnes, aves y pescado, lo cual afecta posteriormente la introducción de este tipo de alimentos y texturas. Generalmente, las comidas que proporcionan a los niños están hechas a base de un solo vegetal o una sola fruta, en lugar de ser una mezcla que favorezca la introducción adecuada de nuevos alimentos.

Por otro lado, las madres están muy conscientes de que no deben dar alimentos como golosinas, comida chatarra y chucherías, porque son perjudiciales.

Tabla 11

Alimentos que deben y no deben consumir los bebés

Departamento	Comunidad	Primeros alimentos del bebé	Alimentos que no deben consumir
Alta Verapaz	Pampache	Papas, Incaparina, leche, güisquil, todo aplastado en pasta con fideos	Golosinas, gaseosas
	Cerro Verde	papa, zanahoria, verduras, rábanos, machucados	Ricitos, aguas, chucherías, chicharrines
Quiché	Pachoj	Compota, verduras, huevo, arroz, frijoles, papa	Golosinas
	Chuabaj	Verduras, arroz, fideo	No sabe
Huehuetenango	Santa Isabel	Cerelac, atoles, un poquito de verdura. Atoles de haba, Incaparina, avena molida	Enlatados
	Cuate	Hierbas, papa	Ricitos

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con la AEP (Gómez, 2018), existe un calendario que orienta la incorporación de alimentos, según el cual, primero se inicia con la leche materna; luego, a partir de los 6 meses, se incorpora paulatinamente el consumo de frutas, cereales, verduras, legumbres, carnes y huevo; a partir de los 12 meses, se introduce la leche entera y sus derivados; finalmente, después de los 2 años, se agregan alimentos que pueden significar riesgo de atragantamiento.

Las madres comentaron en las entrevistas que han intentado dar a sus hijos ciertos alimentos, pero que los bebés no los han recibido. Sin embargo, estos alimentos fueron ofrecidos una sola vez, pues al no ser aceptados no volvieron a darse. En la mayoría de los casos, dichos alimentos fueron el huevo y la manzana.

Otra práctica cultural observada en las comunidades es que los niños y las niñas no se alimentan por sí mismos. Tampoco tienen su propio plato ni su propia cuchara, por lo que son las madres quienes los alimentan con la mano. Durante las comidas, se les da el mismo tiempo que el de los adultos para ingerir su ración y se les apresura para que la terminen.

En las comunidades observadas, otro aspecto que dificulta la alimentación de los niños y las niñas consiste en que los adultos no comen en mesas, sino que sostienen su plato en las manos, sentados en bancos o en el suelo. Esta costumbre limita en los niños el aprendizaje de destrezas necesarias para la alimentación.

Según la FAO, los niños pequeños a menudo son comedores lentos y desordenados que se distraen fácilmente, por tal razón, es recomendable alentarlos a comer, darles su propio plato y cubierto y despreocuparlos por el hecho de comer desordenadamente. Lo importante es asegurarse de que terminen toda la comida. Un niño puede comer un poco, jugar un poco y luego comer de nuevo. La FAO recomienda evitar la alimentación forzada, porque aumenta el estrés y este disminuye el apetito.

En los hogares estudiados se observó que todos los familiares comen simultáneamente durante los tres tiempos de comida, lo cual implica que a los niños no se les preste atención mientras se alimentan. El tiempo de comida debe ser un momento para explicarles a los más pequeños la importancia que tienen los alimentos que están consumiendo. Sin embargo, esto no sucede en las familias que formaron parte del estudio, porque durante las comidas, sus miembros hablan de temas varios o simplemente permanecen en silencio. En esta situación, los niños y las niñas difícilmente son alentados a comer.

Otro factor importante durante las comidas es el agua. Las madres deben asegurarse de que los niños no tengan sed, porque un niño sediento come menos. No obstante, hay que evitar que llenen su estómago solamente de agua.

Durante la observación se constató que las madres no daban a los niños ninguna bebida para acompañar las comidas, lo que puede influir en la dificultad que mostraron para alimentarse.

Generalmente, todos los miembros de la familia comen al mismo tiempo, sin embargo, los niños deben comer cuando tienen hambre, y esto no precisamente concuerda con los tiempos de alimentación de los adultos.

Las madres tejen diversas redes de apoyo y aprendizaje en estas etapas. La mayoría de las mujeres entrevistadas afirma que ha sido su madre quien les ha enseñado estos procesos, y en un menor porcentaje, su suegra. Otras comentan que ha sido en el centro de salud donde les han explicado acerca de los alimentos que debían consumir sus bebés.

Tabla 12

De quién reciben las madres los consejos de crianza

Departamento	Comunidad	Persona que da los consejos de crianza
Alta Verapaz	Pampache	Madre, centro de salud
	Cerro Verde	Madre y suegra
Quiché	Pachoj	Madre, suegra, comadrona
	Chuabaj	Madre, comadrona, centro de salud
Huehuetenango	Santa Isabel	Madre y centro de salud
	Cuate	Madre

Fuente: Elaboración propia.

Frecuentemente, las madres cocinan comida diferente para los adultos y para los niños y las niñas. Estas diferencias se deben a la consistencia y la calidad de los alimentos. A diferencia de los adultos, que consumen comidas enlatadas y más carbohidratos; las madres buscan para los niños y las niñas alimentos más frescos, verduras y frutas.

Para preparar los alimentos en las economías de subsistencia, las mujeres se encuentran en verdaderos aprietos, pues deben garantizar la alimentación familiar con lo que tienen disponible. Por eso, el huerto y la crianza de animales domésticos se han constituido en una alternativa hasta donde la condición socioeconómica lo permite.

En la América prehispánica existió el complejo maíz-frijol-ayote, que garantizaba una nutrición balanceada: el maíz aporta carbohidratos; el frijol, proteína vegetal; y el ayote, vitaminas. Este complejo alimenticio se ha conservado relativamente, cambiando el ayote por otro tipo de hierbas o verduras.

Familias que formaron parte del estudio

Las familias que fueron estudiadas viven en su mayoría en hogares extendidos que se componen de varias familias que conviven en una sola casa. Cada una tiene un cuarto independiente, pero comparten espacios comunes como el patio, la cocina y el baño.

En las comunidades observadas, las relaciones patriarcales se continúan reproduciendo. Los padres tienen el rol de proveedores de la familia nuclear y las madres son las que se encargan del cuidado de los niños y las niñas y de todo lo relacionado con su crianza y su alimentación.

Los padres de familia no se encargan de decidir acerca de los alimentos que consumen sus hijos y suelen desconocer cuál es su alimentación. En algunos de los hogares estudiados, las abuelas paternas de los niños que estuvieron en observación tienen el papel de proveedoras principales de la alimentación de las familias. Son ellas las que garantizan la mayor cantidad de ingresos para el hogar. Trabajan como comadronas y tienen otros negocios, como la venta de carne de cerdo o la venta de embutidos en el mercado.

Las abuelas paternas de los niños que estuvieron en observación gestionan todo lo relacionado con los hogares: organizan el menú, gestionan la alimentación de toda la familia y determinan las tareas que tendrá cada miembro de la familia en la limpieza de la casa.

Debido a que varias familias viven en el mismo espacio habitacional, cada madre se encarga del cuidado de sus propios hijos, pero apoyan a las otras madres en ese proceso. Cada mujer que vive en la casa tiene sus responsabilidades y ocupaciones dentro del hogar.

Los padres de familia se encargan de trabajar para el sostenimiento de su núcleo familiar y aportan algunos recursos para la alimentación del hogar en general, sin embargo, la mayor cantidad de recursos para la alimentación de la familia los proporciona la abuela paterna de los niños que formaron parte del estudio.

En lo que respecta a las actividades económicas y la distribución del trabajo, los padres de familia trabajan fuera del hogar en diversas actividades. Algunos son ayudantes de taller mecánico y otros conducen mototaxi. Las madres de familia son las responsables de organizar todo el hogar y quienes toman las decisiones internas, sin embargo, cada familia establece reglas específicas dentro de su núcleo familiar. Las madres de los niños y niñas con desnutrición crónica que fueron estudiados son las encargadas de la limpieza de espacios comunes, como la cocina y el patio. Respecto de la preparación de la comida, las madres de familia se turnan para cocinar la comida de los adultos. Sin embargo, cada madre de familia se encarga particularmente de sus hijos e hijas, prepara sus propios alimentos y decide su dieta.

Se observó que las madres tienen una higiene adecuada para la preparación de los alimentos, pues lavan sus manos constantemente durante el proceso, además de lavar lo que van a consumir y los

utensilios de cocina (ollas, sartenes). A pesar de ello, es necesario incorporar algunas otras medidas de higiene en donde se cocinan y consumen los alimentos, como, por ejemplo, evitar que los animales de crianza y los perros domésticos permanezcan sueltos dentro de estos espacios y los contaminen con sus heces.

Asimismo, en algunos de los hogares observados, las familias tienen negocios de venta de carnes y embutidos y utilizan la cocina para preparar estos productos. Sin embargo, al terminar estas tareas, no se hace una limpieza adecuada de los espacios, lo que puede exponer a enfermedades a los miembros de la familia, especialmente, a los niños y las niñas.

El agua que se utiliza para cocinar y beber es hervida antes de ser consumida. Asimismo, antes de comer, los niños y los adultos se lavan las manos. Los integrantes de las familias consumen sus alimentos sentados en un banco o sentados en el suelo. No utilizan cubiertos, por lo que a menudo comen con las manos.

Las familias estudiadas, en su mayoría siguen una dieta maya, caracterizada por un alto consumo de frijol, maíz y arroz, acompañado de vegetales y hierbas propias de la comunidad. Los adultos hacen tres tiempos de comida al día, y los niños y las niñas con desnutrición hacen además dos refacciones a lo largo del día, sumando un total de cinco tiempos de comida, tal como se les ha recomendado en el centro de salud.

Los niños y las niñas con desnutrición crónica consumen una mayor variedad de alimentos que los adultos y siguen una dieta especial, que es proporcionada por el centro de salud o las instituciones, como ASELSI, que apoyan a las familias que tienen estos casos. Por ende, incorporan alimentos que no consumen regularmente las familias de las comunidades, como leche de fórmula, atoles, Incaparina, frutas y verduras.

Capacitaciones

En las comunidades las capacitaciones han sido dirigidas en su mayoría a las mujeres que forman parte de comisiones del COCODE, esto se ha hecho con el fin de fortalecer las capacidades para la gestión de acceso a servicios de salud y nutrición. Las capacitaciones han sido promovidas por entidades del Estado como la SESAN, el MAGA y el Centro de Salud de la comunidad.

Tabla 13

Capacitaciones por comunidad

Departamento	Comunidad	Capacitaciones
Alta Verapaz	Cerro Verde y Pampache	Capacitación para la gestión de acceso a servicios de salud y nutrición enfocada en los víveres, y como enlace entre la comunidad y salud pública.
Huehuetenango	Cuate y Santa Isabel	Las mujeres de la comunidad son quienes han recibido procesos de capacitación de parte de instituciones del Estado, como el Centro de Salud Comunitario, la SESAN y el MAGA. En la Comunidad del Santa Isabel tanto hombres como mujeres han recibido capacitaciones de las mismas instituciones.
Quiché	Chubaj y Pachoj	Las mujeres comadronas han recibido capacitaciones en otros temas como la alimentación y el cuidado de las mujeres y los niños. Esto busca que puedan transmitir los conocimientos adquiridos a sus pacientes, en especial, a mujeres embarazadas y en temas relacionados con la alimentación. Eventualmente, existen otras capacitaciones dirigidas a grupos de mujeres, con temas como la crianza de gallinas, que están siendo impulsadas mediante proyectos gestionados por el comité de mujeres del cantón, a través del MAGA. También incluye las orientaciones que el MAGA ofrece a las familias cuando hacen entrega de semillas para la implementación de huertos familiares.

Fuente: Elaboración propia.

Organización comunitaria

Respecto a la organización comunitaria, en las comunidades de Huehuetenango y Quiché, la principal representación la tienen las alcaldías auxiliares, que son representantes de las autoridades ancestrales y que trabajan en coordinación con los COCODE. En las comunidades de Alta Verapaz se identificó como principal organización comunitaria a los COCODE, los cuales están conformados por siete miembros hombres.

Tabla 14

Organización por comunidad

Departamento	Comunidad	Los COCODE
Alta Verapaz	Cerro Verde y Pampache	Existe el COCODE, conformado por siete integrantes hombres, y los comités, entre los cuales destaca el Comité de Guardián de Salud y el Comité de Mujeres. El COCODE es electo cada dos años, la asamblea comunitaria es la que determinan quienes ocupan los cargos. El liderazgo está centrado en el COCODE, el cual es coordinando desde la Municipalidad y su gestión está dirigida hacia esta misma. Sus gestiones están enfocadas en proyectos de obra gris (construcción de carretera y proyectos de tanques de captación)
Huehuetenango	Cuate y Santa Isabel	En ambas comunidades la principal autoridad local es la Alcaldía Auxiliar. Los líderes comunitarios miembros del COCODE trabajan en coordinación, aunque de manera autónoma. Existen también otras formas de organización menores como el Comité de Padres de Familia, el Comité de Emergencia, el Comité de Agua Potable, el Comité de Energía Eléctrica y el Comité de Carreteras. Los principales líderes de la comunidad son el representante de la Alcaldía Auxiliar, los miembros del COCODE y las comadronas.
Quiché	Chubaj y Pacho	En ambos cantones la organización comunitaria se reparte entre los alcaldes auxiliares o comunitarios, los Principales, el COCODE y los comités. Todos ellos conforman la asamblea de autoridades a través de sus representantes. En Chubaj existen 23 miembros más el COCODE, son dos principales, tres alcaldes auxiliares o comunitarios, y dos representantes de los comités de los nueve sectores. En Pacho esta organización está conformado por 11 miembros. Entre los comités se encuentran el Comité de Agua, Pro mejoramiento, Salud, Mujeres, Camino, Padres de Familia. El liderazgo lo tienen el COCODE, los alcaldes auxiliares o comunitarios y los Principales, pero las decisiones que conciernen a todo el cantón son tomadas mediante la Asamblea de Autoridades, conformada por sus 23 representantes más el COCODE. En el Cantón Chubaj no cuentan con Comité de Salud ni un Comité de Pro-mejoramiento.

Fuente: Elaboración propia.

Dentro de las organizaciones comunitarias existen diferentes comités que se integran a su vez por diferentes representantes de la comunidad. Algunos de estos se listan a continuación:

- Comité de Guardián
- Comité de Salud
- Comité de Mujeres
- Comité de Padres de Familia
- Comité de Emergencia
- Comité de Agua Potable
- Comité de Energía Eléctrica
- Comité de Carreteras
- Comité de Padres de Familia
- Comité de Cementerio
- Comité de Pro-mejoramiento

En los tres departamentos es identificable el rol asignado a las mujeres dentro de los comités de salud. Las comadronas tienen un rol importante en las comunidades, pues funcionan como enlace con diferentes organizaciones de salud y coordinan acciones de apoyo que benefician a la población.

En todas las organizaciones comunitarias las decisiones son tomadas en asambleas comunitarias. La gestión de los COCODE se centra en el desarrollo de la comunidad, por ejemplo, en la edificación de obra gris.

En las comunidades existen organizaciones de carácter religioso vinculadas a la iglesia evangélica y católica. Desde hace más de 10 a 15 años no hay organizaciones u ONG que trabajen con las comunidades. Las últimas intervenciones fueron de la Asociación Sakombal Pokon (ASOSAP), que promovió la construcción de tanques de cemento para la captación de agua de lluvia. Este proyecto no prosperó a pesar de que las familias pagaron un porcentaje por la construcción de los tanques, que actualmente están en desuso.

Remesas y su utilización

Las remesas han significado una mejora en los ingresos de las familias con un incremento del 100 %. Los ingresos que rondaban los Q 1,500 y Q 1,600 alcanzaron los Q 2,000 y Q 3,000 gracias a las remesas.

Las familias que reciben remesas las suelen usar en la construcción o remozamiento de sus viviendas, lo que implica una mejora en sus condiciones habitacionales. También las suelen invertir en negocios, como tiendas, ferreterías o transporte (tuc-tuc). Estos negocios a su vez aumentan sus ingresos y les permiten comprar más alimentos e incluir carnes en la dieta, así como acceder a productos alimenticios procesados.

En otros casos, las personas que reciben remesas utilizan estos recursos para comprar al mayoreo productos de consumo diario y mantenerse abastecidos durante periodos prolongados.

Cultivos de la comunidad

Las principales actividades económicas de las comunidades son agrícolas. Las personas entrevistadas indican que cultivan y cosechan sus propios alimentos.

Tabla 15

Cultivos por comunidad

Departamento	Comunidad	Primeros alimentos del bebé	Alimentos que no deben consumir
Alta Verapaz	Cerro Verde y Pampache	Maíz, frijol, ayote.	Se siembra en abril y se cosecha en septiembre.
Huehuetenango	Cuate y Santa Isabel	Tomate de árbol, repollo, papa, frijol, maíz, haba y hierba mora, güisquil, ciruela, manzana, durazno, chilacayote, güicoy, chile, aguacate, berro, hierbabuena, quilete, miel de abeja.	La época de mayor producción es de mayo a septiembre (época lluviosa).
Quiché	Chuabaj y Pachoj	Manzana, la milpa, frijol, güicoy, chilacayote, hierbas, güisquil, durazno, ciruelas, anona, limón, aguacate, granadilla, lima, níspero, mora silvestre, membrillo, pera, guayaba, chile, miltomate, tomate de árbol, haba y papa.	

Fuente: Elaboración propia.

En las comunidades visitadas, la mayoría de las familias cuentan con tierra propia para cultivos de autoconsumo, ya sea por herencia o bien porque han podido comprar algún pequeño terreno que les permita cultivar. En algunos hogares de Alta Verapaz, por ejemplo, tienen pequeños huertos alrededor de la vivienda.

A lo largo de los años se han producido cambios en la tierra. Respecto de estos cambios, los COCODE y las familias mencionaron que debido al cambio climático se han alterado tanto la fertilidad de la tierra como las fechas de cosecha, ya que anteriormente se cosechaba en octubre.

Además, para responder al crecimiento demográfico, se ha iniciado un proceso de parcelamiento de la tierra. Esto, aunado al cambio climático, ha alterado el sistema de producción maya de rotación y ha causado que la extensión de tierra que posee cada persona disminuya y, en consecuencia, que la siembra se concentre en los mismos terrenos. Incluso, algunos pobladores han recurrido a la parte montañosa de sus tierras, provocando con esto un proceso de deforestación.

Las comunidades del Quiché indican que en años anteriores no se abonaban los cultivos con ningún producto químico, sino que se utilizaba el excremento de oveja como abono natural. Ahora, sin embargo, el uso de abono químico es más común. La sustitución del abono orgánico por el sintético ocurrió aproximadamente hace 35 años, coincidiendo con el inicio del cultivo de manzana y piña, comúnmente llamada “la roja”. El objetivo de ello fue mejorar la cosecha para la comercialización. El primer abono que ingresó fue el sulfato, seguido por el Triple 15 y el 20-20. A partir de entonces, su uso se generalizó.

Venta de productos alimenticios en la comunidad

En las comunidades existen algunas tiendas de barrio y puestos de comida que ofrecen, por ejemplo, papas fritas. Asimismo, parte de la producción agrícola se destina a la venta en los “días de plaza” de las comunidades aledañas. También es importante el comercio a través de tiendas de conveniencia.

Productos comercializados

Golosinas, jugos enlatados, azúcar, arroz, Maseca, aceite vegetal, frijoles en lata, condimentos para cocina, galletas, bebidas energizantes, pastas, bebidas alcohólicas, sopas instantáneas y productos de higiene y cuidado personal (pasta y cepillo dental, papel higiénico, desodorante).

En la aldea Santa Isabel existen dos carnicerías, este dato resulta relevante tomando en cuenta que no hay carnicerías en las aldeas aledañas y que las personas viajan a Santa Isabel para comprar carne. Esto tiene un impacto en el consumo de este producto, pues tanto la aldea Santa Isabel como el centro de San Juan Atitán son los dos territorios que más carne consumen en el municipio.

Entre los productos que más se venden destacan los siguientes: huevos, Maseca, azúcar, pan, gaseosas, sopas instantáneas de vaso y sobre, chocolates y jugos.

Es importante resaltar que los tenderos afirman que sus principales clientes son los niños y las niñas, quienes consumen bebidas gaseosas y chucherías. Además, son los niños a quienes envían a comprar alimentos procesados.

Cambios comunitarios

Algunos de los mayores cambios observados han sido la disminución en la calidad de la tierra, el apareamiento de parcelas infértiles y el uso de abono químico 20-20 o 20-15 en los cultivos. La producción de hierbas comestibles silvestres ha mermado por el cambio climático. En la alimentación también han sido palpables ciertas modificaciones. Un factor común que explica este cambio es el surgimiento de tiendas de barrio, que facilitan el acceso a alimentos enlatados, empacados y golosinas. Del mismo modo, ha habido un aumento del consumo de pollo frito y aceites procesados.

Antes se consumían cultivos locales, como la hierba mora y el güisquil, y la ingesta de carnes era poco frecuente. De entre las carnes mayormente consumidas, sobresalía la de oveja y la de cerdo, ambas más económicas que la carne de res.

El cambio en la alimentación también ha sido influido e impulsado por el uso de las tecnologías y el acceso a la información, pues esto ha aumentado la exposición de las personas a la publicidad.

Estatus de los alimentos

El acceso a los alimentos, sobre todo a la carne, está determinado por la capacidad de compra, pero, cuando esto no es un impedimento, la compra de uno u otro depende de otros factores. Cuando se consultó a las personas de la comunidad sobre cuáles eran los alimentos que consideraban buenos, los describieron como aquellos que no contienen conservantes, grasas o aceites. No obstante, consideran que quienes tienen más recursos económicos se alimentan de forma diferente y consumen una mayor cantidad de alimentos provenientes de las tiendas, usualmente, comidas procesadas que tienen conservantes y que están sazonadas y listas para consumir, o cuyo tiempo de cocción es menor.

Naturalización de la desnutrición crónica: conocimiento sobre el impacto de la desnutrición crónica

Los centros de convergencia realizan procesos de seguimiento sobre el peso y la talla de los niños y las niñas y verifican si han alcanzado la estatura y el peso promedio según su edad. Si los niños no han logrado llegar a los estándares, proporcionan suplementos como zinc y vitaminas en polvo para que puedan alcanzar los niveles de crecimiento necesarios.

Además, informan a las madres sobre la desnutrición y las posibles consecuencias para sus hijos, haciendo hincapié en los efectos que tiene en su crecimiento. Existe un desconocimiento por parte de las madres acerca de las distintas etapas del desarrollo infantil y lo que un niño debe ser capaz de hacer según su edad. Tampoco conocen el concepto de desnutrición crónica, sus consecuencias y las razones por las cuales los niños están desnutridos.

Del mismo modo, los padres también desconocen el concepto de desnutrición y se enfocan en la falta de alimentos o bien en el consumo de estos. Generalmente, no observan diferencias entre el peso y el crecimiento de sus hijos en comparación con otros niños de su edad en la comunidad. Esto tiene como consecuencia que no presten atención a las deficiencias en el desarrollo de sus hijos y que no se preocupen por hacerles los chequeos correspondientes.

Un niño desnutrido tiene las siguientes características:

- Talla baja
- Bajo peso para su edad
- Desarrollo limitado
- Incapacidad para caminar (por debilidad muscular)
- Incapacidad para sentarse (por debilidad muscular)
- Hinchazón abdominal
- Hinchazón de la cara

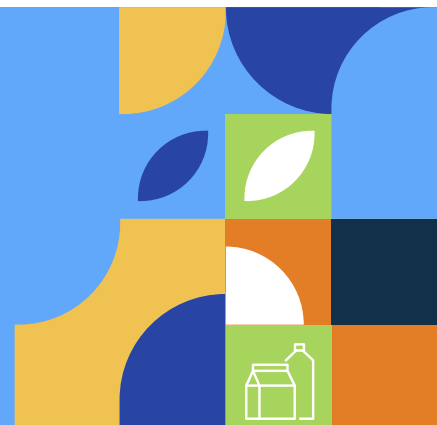
Los niños y las niñas con desnutrición crónica afirman que han tenido diversas enfermedades para las cuales han recibido diferentes medicamentos. Esto provocó que su ingesta alimenticia disminuyera.

Una característica común entre las madres que tienen niños y niñas con desnutrición crónica es su bajo nivel de escolaridad. En su mayoría no han recibido ninguna escolarización o únicamente alcanzaron sexto primaria a diferencia de otras madres que terminaron diversificado.

Las madres que tienen niños y niñas sin desnutrición asisten con mayor frecuencia a los centros asistenciales para dar seguimiento al crecimiento de sus hijos y para que les proporcionen vitaminas y zinc.

La mayoría de las madres y padres de familia desconocen los efectos que tiene la desnutrición crónica en un infante. Sin embargo, algunos reconocen el hecho de que al crecer se les dificultará aprender.

Conclusiones



Patrones de crianza y hábitos alimenticios

- Los niños y las niñas con desnutrición crónica no iniciaron con la lactancia materna desde las primeras horas de vida, sino pasados algunos días o, incluso, meses.
- Los principales problemas alimenticios de los niños y las niñas iniciaron cuando pasaron de la lactancia a la alimentación complementaria, pues empezaron antes o después de los 6 meses recomendados.
- Los primeros alimentos complementarios que reciben los niños y las niñas son papillas líquidas o suaves, aun cuando lo recomendable son las papillas gruesas. Este es uno de los principales errores que cometen las madres.
- Las madres consideran que los niños y las niñas solamente deben comer verduras y frutas al inicio de su alimentación complementaria cuando lo recomendado es que se les proporcione una variedad más amplia de alimentos.
- Las madres de familia tienen la creencia de que los bebés no deben consumir alimentos sólidos como carnes, aves y pescado. Esta idea impide la introducción de estos alimentos y sus nuevas texturas.
- Las madres no preparan las papillas con una mezcla de alimentos, sino que utilizan un solo tipo de vegetal o fruta. La mezcla favorecería la introducción de nuevos alimentos y sabores y una alimentación más integral.
- Las madres de familia ofrecen una sola vez los nuevos alimentos y si estos no son bien recibidos por el niño o la niña, no los vuelven a ofrecer.
- Los niños y las niñas no tienen su propio plato ni cuchara, sino que son las madres las que les dan de comer con sus dedos.
- Los niños y las niñas comen al mismo tiempo que los adultos y a la misma velocidad, lo que puede dificultar su ingestión.
- Los adultos en las comunidades no comen en mesas, sino que sostienen sus platos en las manos, sentados en bancos o en el suelo. Esta particularidad limita a los niños y las niñas en estas etapas de alimentación temprana.

- Los niños y las niñas no consumen agua junto con las comidas, lo cual es importante para mejorar la deglución.

Acceso a servicios de salud

- Los servicios de salud no orientan a todas las mujeres embarazadas o con hijos menores de 6 meses sobre el adecuado tránsito de la lactancia a la alimentación complementaria. Esto se debe a una sobrecarga laboral del personal, que les obliga a desestimar la prevención y priorizar los casos de recién nacidos con desnutrición o de niños con desnutrición aguda.

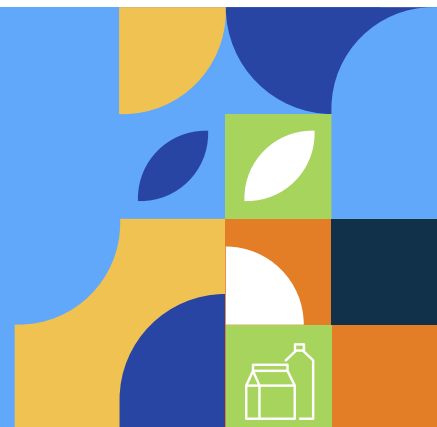
Comercio local y prácticas alimentarias

- La recepción de remesas y el incremento de tiendas de barrio en las comunidades ha aumentado el consumo de alimentos procesados, bebidas carbonatadas y chucherías.
- En las comunidades, la producción local para el comercio y para el autoconsumo ha disminuido debido al cambio climático y a un aumento de la población que ha implicado un parcelamiento de las tierras y una sobre utilización que las ha vuelto infértiles. Esta disminución del producto local ha repercutido en el consumo de alimentos procesados.
- En las comunidades, la compra de comidas procesadas es sinónimo de estatus y poder adquisitivo, lo que ha impulsado su consumo.

Liderazgo comunitario

- Existen relaciones de poder entre las mujeres de los hogares estudiados. En esta dinámica, las abuelas paternas de los niños en observación son quienes deciden todo lo relacionado con las tareas del hogar y la alimentación familiar, además de ser las proveedoras principales de la alimentación.

Recomendaciones



Capacitaciones para madres de familia

- Se debe formar a las madres de familia, las comadronas y las abuelas de la comunidad en la alimentación complementaria y en aspectos importantes de esta, como la edad adecuada para iniciarla, la consistencia de los alimentos, la variedad que debe consumirse, la preparación de mezclas, así como consejos para facilitar que los niños y las niñas acepten la comida que se les ofrece.
- Se debe concientizar y formar a las madres de familia, las comadronas y las abuelas de la comunidad en aspectos cotidianos importantes para la alimentación de un menor, como el hecho de que los niños y las niñas deben alimentarse a su propia velocidad y que los momentos de comida deben ser espacios para explicarles la importancia de los alimentos y alentarles a comer.
- Se debe capacitar a las madres de familia y a las comadronas sobre procesos de estimulación temprana, para que puedan apoyar a los niños y las niñas en sus distintas etapas. Asimismo, se debe formar en prácticas adecuadas al momento de comer, como, por ejemplo, que los niños y las niñas cuenten con un espacio y una mesa o superficie sólida y que tengan sus propios platos y cubiertos para que puedan explorar los alimentos y adquirir progresivamente destrezas psicomotoras que les permitan comer por sí solos.

Capacitaciones comunitarias

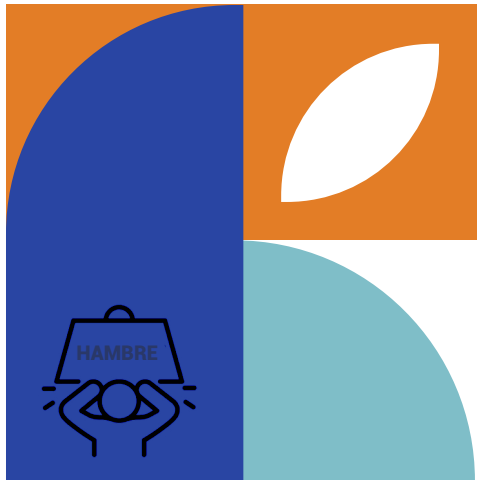
- Es importante formar en planes de alimentación saludable, y además económica, por medio de los alimentos existentes en la comunidad, y evitar el consumo de alimentos procesados.
- Es necesario concientizar y formar acerca de la limpieza que debe existir en los hogares y la importancia de eliminar elementos contaminantes como las heces de animales domésticos en las cocinas, y de evitar la contaminación cruzada derivada del uso de las cocinas para la manipulación y preparación de carnes para la venta.
- Es necesario capacitar acerca de la variedad de verduras y hierbas que pueden cultivar en sus parcelas y de los nutrientes que estas aportan a la alimentación de sus hijos e hijas.

Capacitaciones para líderes y lideresas

- Las capacitaciones respecto a salud y nutrición en las comunidades, generalmente se dirigen a los miembros del COCODE, por lo que se recomienda incluir a las comadronas y ancianas de la comunidad en este tipo de procesos.
- Es importante capacitar a las comadronas, abuelas y madres de familia sobre las etapas del desarrollo infantil para que puedan identificar posibles retrasos en el desarrollo de los niños y las niñas y características de estados de desnutrición.

Estado

- Es necesario que el Estado brinde capacitaciones técnicas al personal de los puestos de salud, para que la transmisión de información sobre el cuidado y desarrollo infantil y la alimentación complementaria se haga con pertinencia cultural y en el idioma materno de la persona que está siendo atendida.



REFERENCIAS

- Arévalo, C. P. y Mozzo, D. M. (2019). *Configuración de las prácticas de la crianza y el cuidado de los niños y niñas con perspectiva de género en parejas de activistas sociales en Bogotá* [Trabajo de grado, Corporación Universitaria Minuto de Dios, Bogotá]. <https://hdl.handle.net/10656/12432>
- Ayuda en Acción. (08 de Agosto de 2018). *Ayuda en Acción*. Obtenido de Tipos de desnutrición y sus efectos: <https://ayudaenaccion.org/blog/derechos-humanos/tipos-de-desnutricion/#:~:text=Desnutrici%C3%B3n%20cal%C3%B3rica%20o%20marasmo.,incluso%20llegar%20a%20considerarse%20caquexia>.
- Burgess, A. y Glasauer, P. (2004). Tema 7. Alimentación de niños pequeños de más de seis meses, en *Family Nutrition Guide*. FAO. <https://www.fao.org/3/y5740e/y5740e0a.htm#:~:text=Complementary%20feeding%3A%20family%20foods%20for%20breastfed%20children.%20Sort,cook%2C%20stirring%20constantly%2C%20until%20the%20porridge%20is%20ready>
- ENSMI (VI Encuesta nacional de salud materno infantil 2014-2015). (Enero de 2017). Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Nacional de Estadística, Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia.
- Gómez, M. (9 de noviembre de 2018). *Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre la alimentación complementaria*. AEP.
- Guatemala. (s. f.). Salud en las Américas (sección Perfil de país). <https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-guatemala>
- Mahtani, N. (16 de febrero de 2022). "La desnutrición en Guatemala es una estrategia política". *El País* (Suplemento Planeta Futuro, sección Qué mueve a...). <https://elpais.com/planeta-futuro/que-mueve-a/2022-02-16/la-desnutricion-en-guatemala-es-una-estrategia-politica.html?ssm=whatsapp>

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). *Alimentación del lactante y del niño pequeño*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- Scaling Up Nutrition. (5 de junio de 2020). *Llamamiento a la acción: el fomento de la igualdad de género y del empoderamiento de las mujeres y las niñas en la lucha contra la malnutrición*. <https://scalingupnutrition.org/resource-library/toolkits-tools/call-action-scaling-gender-equality-and-womens-and-girls>
- Sistema de Información Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. (2021). *SIINSAN*. Obtenido de Desnutrición Aguda: <https://portal.siinsan.gob.gt/desnutricion-aguda/>
- SIGSA Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2021). *Situación epidemiológica de la Desnutrición Aguda (DA) (Moderada y Severa) En niños menores de 5 años, a la Semana Epidemiológica 53*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Departamento de Epidemiología. Guatemala: Gobierno de Guatemala. Obtenido de Desnutrición aguda.
- Strochlic, N. (26 de julio de 2021). A hunger crisis forces Guatemalans to choose: *migration or death*. *National Geographic*. <https://www.nationalgeographic.com/culture/article/a-hunger-crisis-forces-guatemalans-to-choose-migration-or-death>
- SWI. (06 de mayo de 2021). *Swissinfo.ch*. Obtenido de Guatemala registra más de 9.400 casos de desnutrición aguda durante 2021: https://www.swissinfo.ch/spa/guatemala-desnutrici%C3%B3n_guatemala-registra-m%C3%A1s-de-9.400-casos-de-desnutrici%C3%B3n-aguda-durante-2021/46597444
- Verhart, N., Dhamankar, M. y Danielsen, K. (2015). *Bringing agriculture and nutrition together: using a gender lens*. KIT Royal Tropical Institute, SNV. <https://www.kit.nl/wp-content/uploads/2018/08/Bringing-agriculture-and-nutrition-together-using-a-gender-lens.pdf>
- Villagómez, P., Jaramillo-Molina, M. E. y Gatitos contra la Desigualdad (4 de enero de 2021) Comer bien: mitos y realidades de una posibilidad desigual. *Este País* (sección Tendencias y opiniones). https://estepais.com/tendencias_y_opiniones/comer-en-mexico/comer-bien-mitos-y-realidades-de-una-posibilidad-desigual/



Junta de Andalucía
Agencia Andaluza de Cooperación
Internacional para el Desarrollo



FLACSO
GUATEMALA



**Ayuda
en Acción**