



**LINK NCA**  
**ESTUDIO CAUSAL DE LA**  
**DESNUTRICIÓN**  
**CHIQUIMULA - GUATEMALA**





## **Naiara Tres-Castro**

Socióloga con Máster en Políticas Locales, Género y Desarrollo y Máster en Evaluación de Políticas Públicas, su trayectoria profesional se ha especializado en investigaciones sociales, evaluaciones y sistematizaciones relacionadas con la cooperación internacional al desarrollo en Centroamérica y México. Cuenta con 8 evaluaciones de proyectos, 3 planificaciones estratégicas organizacionales, varias sistematizaciones y multitud de publicaciones de investigaciones sociales. Ha trabajado en varios sectores como la educación, justicia y seguridad, desarrollo local comunitario, medios de vida, promoción y defensa de los derechos de los pueblos indígenas y fortalecimiento a organizaciones no gubernamentales e instituciones públicas. Cuenta con más de diez años de experiencia en la aplicación de metodologías cualitativas participativas con enfoque de género, destacando varios trabajos especializados en Guatemala con distintos Pueblos Indígenas.



# DEPARTAMENTO DE CHIQUIMULA GUATEMALA

**Publicado por Acción contra el Hambre**

Realizado por Naiara Tres-Castro

Bajo la supervisión de la Unidad Link NCA París y la supervisión  
de Marisa Sánchez Peinado



# AGRADECIMIENTOS

La autora desea agradecer:

La cooperación y la buena disposición de todo el equipo de trabajo Link NCA en las comunidades.

La participación y cooperación de todas las comunidades de Jocotán y Camotán que han participado en el estudio cualitativo.

La participación y cooperación de los equipos de salud de las comunidades participantes.

Todos los miembros del equipo de Acción contra el Hambre (ACH) en Guatemala, por su apoyo técnico y logístico para el desarrollo del trabajo de campo del estudio cualitativo.

Todos los puntos focales Link NCA que han dado soporte técnico a todo el proceso de elaboración del estudio Link NCA.

La Unidad Técnica de Link NCA de Acción contra el Hambre (ACH) por su apoyo metodológico y asesoría.

El apoyo y conocimiento de las partes interesadas técnicas locales y nacionales en su participación en talleres para informar y validar la preparación y los resultados de la Link NCA, tanto en el taller inicial como en el taller final.



# ACRÓNIMOS

ACH	Acción Contra el Hambre
ASÍES	Asociación de Investigación y Estudios Sociales
CBA	Canasta Básica
COCODES	Consejos de Desarrollo Comunitarios
CSC	Corredor Seco Centroamericano
DAG	Desnutrición Aguda Global
DAM	Desnutrición Aguda Moderada
DAS	Desnutrición Aguda Severa
DEFF	Análisis del Efecto de Diseño
ENCOVI	Encuesta Nacional de Condiciones de Vida
ENSMI	Encuesta de Salud Materno-Infantil
ESAE	Seguridad Alimentaria en Emergencia
INE	Instituto Nacional de Estadística
LB SETH nutricional”	Línea de Base del Proyecto “Acceso equitativo a los servicios de salud y la seguridad
Link NCA	Estudio Causal de la Desnutrición según metodología Link NCA
MAGA	Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación
MDM	Médicos del Mundo
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OMS	La Organización Mundial de la Salud
ONGD	Organizaciones No Gubernamentales de Desarrollo
RSF	Encuesta de Factores de Riesgo
SESAN	Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional
SMART	Encuesta SMART
UNICEF	Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia



# INDICE

RESUMEN EJECUTIVO .....	11
INTRODUCCIÓN .....	16
ACCIÓN CONTRA EL HAMBRE EN CHIQUIMULA.....	16
EL ÁREA DE CHIQUIMULA.....	17
CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS .....	20
¿POR QUÉ REALIZAR UN LINK NCA? .....	20
Información contextual .....	20
Objetivos del estudio .....	25
La metodología Link NCA.....	26
Presentación de la metodología Link NCA .....	26
Diseño del Estudio Link NCA .....	29
Procedimientos de muestreo.....	31
Métodos de recolección de datos.....	35
Tratamiento y análisis de datos.....	37
Consideraciones éticas .....	38
Limitaciones del estudio .....	39
RESULTADOS LINK NCA .....	41
1/TALLER INICIAL DE TRABAJO CON EXPERTOS TÉCNICOS .....	41
Hipótesis causales identificadas .....	41
Media de ejercicio de puntuación de hipótesis causales iniciales realizada por los expertos técnicos	49
GRUPOS NUTRICIONALES IDENTIFICADOS COMO VULNERABLES .....	51
CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA .....	51
CARACTERIZACIÓN DE LAS COMUNIDADES LINK NCA.....	51
Comunidades del Municipio de Jocotán (La Ceiba y Talquezal Centro) .....	52
Comunidades del municipio de Camotán (El Guayabo Escuela y Filincas Centro).....	54
Desnutrición.....	55
Salud .....	55
Nutrición y Prácticas de Cuidados .....	57
Seguridad alimentaria y medios de vida .....	58



Agua, saneamiento e higiene.....	59
Género y Educación.....	63
DESNUTRICIÓN.....	66
Resultados Antropométricos.....	66
Percepción local de la desnutrición.....	67
Conocimientos, actitudes y prácticas en torno a la desnutrición.....	70
RESULTADOS POR HIPÓTESIS.....	75
HIPOTESIS A: PRACTICAS INAPROPIADAS DE LACTANCIA.....	75
HIPOTESIS B: PRACTICAS COMPLEMENTARIAS DE ALIMENTACION INADECUADAS.....	77
HIPÓTESIS C: MALNUTRICIÓN DE LAS MADRES.....	78
HIPOTESIS D: EMBARAZOS TEMPRANOS.....	81
HIPÓTESIS E: NACIMIENTOS POCO ESPACIADOS.....	83
HIPÓTESIS F: <b>LAS</b> MADRES NO CUENTAN CON SUFICIENTE APOYO 85	
HIPÓTESIS G: BAJO PESO AL NACER.....	86
MECANISMO CAUSAL DE SALUD MENTAL Y PRACTICAS DE CUIDADOS.....	87
HIPÓTESIS H: LA DESNUTRICIÓN NO ES PERCIBIDA COMO UNA PREOCUPACIÓN.....	89
HIPÓTESIS I: COMPORTAMIENTO INADECUADO DE CUIDADOS DE SALUD/ ALIMENTACIÓN.....	90
HIPÓTESIS J: ESCASA DISPONIBILIDAD Y CALIDAD DEL AGUA PARA BEBER.....	94
HIPÓTESIS K: ESCASO ABASTECIMIENTO DE AGUA DOMÉSTICA.....	95
HIPÓTESIS L: ESCASAS INSTALACIONES DE SANEAMIENTO.....	96
HIPÓTESIS M: ESCASAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD EN LAS VIVIENDAS.....	99
MECANISMO CAUSAL DE AGUA, SANEAMIENTO E HIGIENE.....	101
HIPÓTESIS N: BAJOS INGRESOS DEBIDO A LA INESTABILIDAD DE LAS FUENTES DE INGRESOS Y / O LA FALTA DE ACTIVIDADES GENERADORAS DE INGRESOS.....	102
HIPÓTESIS O: BAJA PRODUCCIÓN DE AGRICULTURA (FRIJOL, MAÍZ, SORGO Y EVENTUALMENTE ALGÚN OTRO PRODUCTO).....	105
HIPÓTESIS P: LIMITADO ACCESO A COMIDA.....	106
HIPÓTESIS Q: ESCASA DIVERSIDAD DE DIETA.....	109
HIPÓTESIS R: GESTIÓN INADECUADA DE LOS RECURSOS FAMILIARES.....	114
MECANISMO CAUSAL DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y MEDIOS DE VIDA.....	115



Explicación sobre las causas y consecuencias de una seguridad alimentaria, una salud y unas prácticas de atención deficientes .....	116
ESTUDIOS DE CASO .....	122
Estudios de caso con desviación positiva .....	122
RESUMEN DE PRÁCTICAS Y COMPORTAMIENTOS DE DESVIACIÓN POSITIVA Y NEGATIVA.....	132
TENDENCIAS HISTÓRICAS Y ESTACIONALES DE LAS 4 COMUNIDADES .....	133
CLASIFICACION FACTORES DE RIESGO.....	137
CLASIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO POR PARTE DE LAS COMUNIDADES .....	137
CLASIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO POR PARTE DEL EQUIPO LINK NCA.....	143
ATRIBUCIÓN DE NOTAS DE CONFIANZA .....	149
Esquema Resumen de Principales Conclusiones del Link NCA en Guatemala.....	161
6.5. Esquema Causal Local de la Desnutrición en la Región de Chiquimula .....	164
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	165
Conclusiones .....	165
RECOMENDACIONES.....	167
Riesgos mayores.....	167
<b>Riesgos importantes</b> .....	171
Riesgos menores.....	174
ANEXOS .....	175
ANEXO 1. CROQUIS DE COMUNIDADES.....	175
ANEXO 2. DOCUMENTACIÓN METODOLÓGICA ESTUDIO CUALITATIVO .....	178
CALENDARIO HISTÓRICO .....	202
CALENDARIO ESTACIONAL .....	203
CRONOGRAMA LINK NCA .....	206
LISTA DE EXPERTOS TALLERES INICIAL Y FINAL.....	208
BIBLIOGRAFÍA.....	212



## FIGURAS

- Figura 1. Corredor Seco de Guatemala (izquierda) y departamento de Chiquimula (Derecha)
- Figura 2. Mapa de Guatemala y de la zona de intervención del proyecto SETH en Chiquimula.
- Figura 3. Figura 4. Situación Estacional del Hambre en Guatemala. Fuente: FEWS NET
- Figura 4. Casos totales de desnutrición aguda por semana epidemiológica a nivel nacional. Histórico de 2010-2017.
- Figura 5. Etapas del proceso Link NCA
- Figura 6. Organigrama del equipo de investigación cualitativa Link NCA
- Figura 7. Vista de la Ceiba.
- Figura 8. Talquezal al fondo y situación de la pista de entrada a la comunidad en época seca.
- Figura 9. Vista desde el centro comunitario de Filincas Centro
- Figura 10. Comunidad de El Guayabo Escuela
- Figura 11. Mecanismo Causal de la Desnutrición de Salud Mental y Prácticas de Cuidados
- Figura 12. Pilas de agua dentro de los hogares
- Figura 13. Caminos comunitarios llenos de basura
- Figura 14. Mecanismo Causal de la Desnutrición para Agua, Saneamiento e Higiene
- Figura 15. Mecanismo Causal de la Desnutrición para Seguridad Alimentaria y Medios de Vida
- Figura 16. Fotos de Hogar. Caso 1 de desviación positiva Talquezal
- Figura 17. Fotos de Hogar. Caso 2 de desviación positiva La Ceiba
- Figura 18. Esquema Causal Local de la Desnutrición en la Región de Chiquimula
- Figura 19. Croquis de la Ceiba
- Figura 20. Croquis de El Guayabo Escuela
- Figura 21. Croquis de Filincas Centro
- Figura 22. Guía de presentación para las comunidades
- Figura 23. Calendario ejemplo de trabajo de campo en 1 comunidad
- Figura 24. Calendario Histórico de Comunidades Link NCA

## TABLAS

- Tabla 1. Acumulación de eventos climáticos en Guatemala 1998-2017
- Tabla 1. Características de la muestra de las 4 comunidades del Link NCA
- Tabla 3. Actividades realizadas por día en un itinerario iterativo de 5 días para cada comunidad.
- Tabla 4. Media de participación por cada comunidad en relación a los características de los grupos participantes
- Tabla 5. Puntuaciones de clasificación para factores de riesgo hipotéticos
- Tabla 6. Categorización de los factores de riesgo por los expertos técnicos
- Tabla 7. Grupos comunitarios organizados por comunidad
- Tabla 8. Servicios en las comunidades de estudio del Link NCA
- Tabla 9. Características de los servicios educativos en las comunidades de estudio del Link NCA
- Tabla 10. Resultados antropométricos
- Tabla 11. Caracterización de prácticas de lactancia
- Tabla 12. Espaciamiento de embarazos en base a la encuesta cualitativa
- Tabla 13. Relación de prácticas de salud comunitarias en función de síntomas percibidos
- Tabla 14. Tipos de hogar y características según la LB proyecto SETH
- Tabla 15. Consumo de productos medio por hogar, encuesta cualitativa
- Tabla 16. Consumo medio por integrante del hogar según tipo, encuesta cualitativa
- Tabla 17. Frecuencia y tipo de alimentos consumidos. Familias de La Ceiba. Encuesta cualitativa



- Tabla 18. Frecuencia y tipo de alimentos consumidos. Familias de Talquezal. Encuesta cualitativa
- Tabla 19. Frecuencia y tipo de alimentos consumidos. Familias de El Guayabo. Encuesta cualitativa
- Tabla 20. Frecuencia y tipo de alimentos consumidos. Familias de Filincas. Encuesta cualitativa
- Tabla 21. Significados de desnutrición para la comunidad de Talquezal. Encuesta cualitativa
- Tabla 22. Significados de desnutrición para la comunidad de La Ceiba. Encuesta cualitativa
- Tabla 23. Significados de desnutrición para la comunidad de El Guayabo. Encuesta cualitativa
- Tabla 24. Significados de desnutrición para la comunidad de Filincas. Encuesta Cualitativa
- Tabla 25. Factores de riesgo priorizados por la comunidad de La Ceiba
- Tabla 26. Factores de riesgo priorizados por la comunidad del Guayabo
- Tabla 27. Factores de riesgo priorizados por la comunidad de Filincas
- Tabla 28. Factores de riesgo priorizados por la comunidad de Talquezal
- Tabla 29. Categorías de factores de riesgo
- Tabla 30. Categorías de análisis de factores de riesgo
- Tabla 31. Clasificación de factores de riesgo por parte del equipo Link NCA
- Tabla 32. Clasificación final de riesgos por categoría
- Tabla 33. Atribución de notas de confianza de expertos técnicos
- Tabla 34. Guión Entrevista Líder Comunitario
- Tabla 35. Guión Entrevista Actores Clave en la Comunidad
- Tabla 36. Guión grupos focales Madres
- Tabla 37. Guión grupos focales Padres-Abuelos
- Tabla 38. Guión grupos focales abuelas, adolescentes y ejercicio final
- Tabla 39. Calendario Estacional comunidades Link NCA
- Tabla 40. Cronograma del Link NCA
- Tabla 41. Agenda Taller Inicial de Expertos
- Tabla 42. Participantes Taller Inicial de Expertos
- Tabla 43. Agenda Taller Final de Expertos
- Tabla 44. Participantes Taller Final de Expertos



# RESUMEN EJECUTIVO

## 1/INTRODUCCIÓN

El Estudio Link NCA o Análisis Causal de la Desnutrición en Guatemala se realizó en el departamento de Chiquimula, en la región nororiental del país, frontera directa con Honduras y El Salvador, en un área de 2.376 km<sup>2</sup> que engloba 11 municipios y 388.115 habitantes. Los idiomas oficiales son el español y el chortí, que es una lengua de origen maya cuya población hablante casi en exclusiva se sitúa en los municipios de Jocotán y Camotán y sus respectivas aldeas, cantones y caseríos rurales asociados a la cabecera municipal. El estudio Link NCA se refiere a dos aldeas de Jocotán; Talquezal Centro y La Ceiba; así como a dos aldeas de Camotán; El Guayabo Escuela y Filincas Centro, todas ellas habitadas por población maya chortí.

Esta región fue elegida para realizar el análisis causal de la desnutrición según la metodología Link NCA porque a pesar de las acciones llevadas a cabo por autoridades de Guatemala y sus socios (Organizaciones no Gubernamentales locales e internacionales, así como sociedad civil), el problema de la desnutrición desde hace más de veinte años está arraigado en la zona, con alta prevalencia de la desnutrición crónica y episodios reiterados de desnutrición aguda.

Los últimos datos disponibles para la zona, obtenidos en el levantamiento de la Línea de Base del Proyecto “Acceso equitativo a los servicios de salud y la seguridad nutricional (SETH)”<sup>1</sup> implementado por Acción Contra el Hambre (ACH) junto con otros actores, en 5 distritos de los municipios de Jocotán, Camotán, San Juan Ermita, Olopa y Chiquimula, ofrecen un panorama de retraso en el crecimiento en el 68,5% de los niños de 6 a 59 meses de edad (altura para la puntuación de edad Z inferior a -2 desviaciones estándar). No hay evidencia de una diferencia estadísticamente significativa en el retraso del crecimiento entre los niños (69,7%) y las niñas (67,2%). La prevalencia de retraso del crecimiento en los distritos seleccionados es mayor que la prevalencia del retraso en el Departamento de Chiquimula, según la última Encuesta del año 2015 del Gobierno de Guatemala.

La prevalencia de la desnutrición aguda global (DAG) en niños menores de cinco años es del 3,3%. No hay evidencia de una diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia entre niños (3,5%) y niñas (3,1%). La prevalencia DAG es mayor en todos los distritos priorizados que la prevalencia informada para el Departamento de Chiquimula (3,1) y para el nivel nacional en 2015 (2,6).

Con respecto a la situación más amplia de salud y nutrición, en los distritos priorizados en la Línea de Base SETH, las estadísticas vitales más recientes confirman una alta vulnerabilidad de salud y nutrición. La tasa de mortalidad materna en el área objetivo (109.36 por 100.000 nacidos vivos) es más alta que el promedio del departamento (106.31). Si bien la tasa de mortalidad de los niños menores de 12 meses en el área objetivo es aproximadamente la misma que el promedio del departamento, la tasa de mortalidad de los

---

<sup>1</sup> “Systems enhancement for Transformative Health” SETH, por sus siglas en inglés.



niños de 1 a 4 años (1.95) es aproximadamente 1.25 veces más alta que el promedio del departamento (1.55).

## 2/OBJETIVOS

Los objetivos del estudio Link NCA son:

- Reunir a las comunidades locales, expertos técnicos, científicos, responsables políticos de diferentes áreas de experiencia (nutrición, salud, prácticas de cuidado, salud mental, agua y saneamiento, seguridad alimentaria y medios de vida) para identificar las principales hipótesis causales de desnutrición en Jocotán y Camotán. Después de la recopilación y el análisis de datos de campo por parte del analista de Link NCA, se llega a un consenso sobre las posibles causas de la desnutrición.
- Comprender los mecanismos y vías de desnutrición que influyen en las causas de por qué algunos niños de Jocotán y Camotán sufren de desnutrición aguda o crónica.
- Comprender el estado de la desnutrición aguda y crónica en la población estudiada y cómo sus causas han evolucionado con el tiempo debido a las tendencias históricas de los fenómenos geo-climáticos que han impactado en la zona.
- Permitir, a través de los resultados del estudio, mejorar los programas de seguridad nutricional de ACH y sus socios mediante recomendaciones, para que las futuras intervenciones estén más adaptadas al contexto local.
- Proporcionar datos que den coherencia a un enfoque holístico, que permita iniciar una respuesta local colectiva y coordinada.

## 3/ MÉTODOS

El estudio Link NCA comenzó en octubre del 2017 con una revisión de la literatura, usando el módulo "Mecanismos de desnutrición" de la metodología de Link NCA y la literatura gris disponible para identificar un primer grupo de posibles factores de riesgo y mecanismos que podrían explicar la desnutrición en Chiquimula.

En un primer taller realizado el día 21 de noviembre de 2017, expertos técnicos revisaron, discutieron, refinaron y validaron los posibles factores de riesgo. Estos expertos técnicos de diferentes áreas de experiencia y diferentes tipos de organizaciones trabajaron en grupos multisectoriales para facilitar las discusiones y el intercambio de ideas. Las hipótesis validadas durante este taller por los expertos son las que se probaron durante el estudio de Link NCA en Chiquimula. La recolección de datos se realizó entre diciembre del 2017 y enero del 2018.



El estudio Link NCA tiene un enfoque metodológico mixto, que combina el análisis de datos cuantitativos y cualitativos a un nivel específico de la zona de intervención. Como parte de esta Link NCA, se contaba con información cuantitativa reciente, derivada de la implementación del proyecto en el que se engloba este estudio, por lo que se realizó la recopilación de información cualitativa, la cual se basó en grupos focales y entrevistas individuales, a través de 5 días de trabajo iterativos en cada una de las cuatro comunidades del estudio.

Después de analizar los datos, los resultados se presentaron para cada factor de riesgo causal hipotético en el taller final con los expertos que tuvieron lugar el 22 de febrero de 2018. Los expertos, divididos en varios grupos multisectoriales, validaron los resultados y asignaron cada uno de los factores de riesgo causal, un puntaje de confianza basado en varios criterios: su prevalencia según los datos secundarios, la prevalencia según el estudio Link NCA, la evidencia científica de la asociación entre el factor de riesgo y la desnutrición, la estacionalidad del factor de riesgo, los datos cualitativos y la percepción de las comunidades.

## 4/RESULTADOS

Los análisis realizados durante este estudio permitieron identificar una serie de factores de riesgo involucrados en las causas de la desnutrición. Siguiendo una triangulación de los datos de diversas fuentes, se identificaron siete factores de riesgo mayores, cinco factores de riesgo importantes, cuatro factores de riesgo menores, además de rechazar tres factores de riesgo por no haber podido ser testeados en el trabajo de campo.

Las **principales conclusiones** que se obtuvieron fueron:

Los factores de riesgo mayores se constituyen en torno a dos áreas claras; en un primer lugar la composición de las familias, las cuales se establecen de forma temprana y con escasa utilización de planificación familiar, por lo que cuentan con muchas posibilidades de tener una alta tasa de fertilidad y de incurrir en uno o varios momentos de la vida fértil, en nacimientos poco espaciados. Estas familias compuestas por un gran número de hijos/as, cuentan con una grave dificultad para obtener ingresos suficientes para la alimentación de sus familias, consecuencia de varios elementos: (1) Comunidades alejadas en zonas rurales con difícil acceso; (2) Escaso nivel educativo y escasas opciones de educación en los alrededores; (3) Baja producción de agricultura por escaso acceso a tierra de calidad para cultivo, escasa diversidad de cultivo y escasas posibilidades de reinversión económica para cada temporada y; (4) Mercados laborales temporales, informales, mal remunerados y fluctuantes.

Estos elementos inciden directamente en el limitado acceso a comida, así como en la diversidad de la dieta que de forma generalizada sufren casi todas las familias de las 4 comunidades objeto de estudio. Otra consecuencia directa de dichos elementos tiene relación con la habitabilidad de las viviendas familiares, de materiales precarios que no permiten una higiene adecuada y de los servicios de agua y saneamiento, en donde la disponibilidad de agua doméstica es intermitente y la disponibilidad de agua potable en chorro es inexistente.

Junto con estas condiciones del entorno, mantener prácticas de higiene adecuadas para las familias se torna difícil, más aún cuando la atención que las madres/padres pueden propocionar a muchos hijos/as de edades poco espaciadas es muy limitada. Junto a esta escasa supervisión de madres/padres en los hábitos de higiene y de ingesta de comidas, se une el hecho de comportamientos inadecuados para la potabilización de agua, escasa disponibilidad de utensilios para mantener el agua segura y por último pero en este caso más importante, escaso hábito de hidratarse regularmente bebiendo agua, por lo que los niños/as no aprenden a beber agua ni identifican la sensación de sed.



Cabe mencionar que aunque existe ciertas prácticas de lactancia inapropiadas, hasta los seis meses de edad de los bebés se puede afirmar que las madres practican lactancia exclusiva, salvo que se enferme y no mejore con los servicios de salud existentes a nivel comunitario, en donde en ese caso se procede a llevar al bebé con curanderos/as, que proporcionarán remedios ajustados al tipo de mal que se identifique, bien desde lo físico o bien desde lo espiritual.

Por otro lado, los embarazos muy tempranos se relacionan de forma menor con la desnutrición, no por el hecho de ser tempranos, sino porque eso indica que a unión más temprana de una pareja, mayor probabilidad de tener más hijos. Por último, señalar que en la zona de estudio, el imaginario social en torno a la dieta que una embarazada y una mujer en la etapa de puerperio debe realizar es esencial para comprender por qué las mujeres no quieren desplazarse a los hospitales para entrar en labores de parto y por qué en algunas comunidades prefieren no ingerir muchos alimentos en el embarazo a fin de no tener bebés de mayor tamaño y tener un parto más fácil.

En relación a hombres y mujeres, señalar que el estudio muestra conflictos comunitarios no resueltos en torno a la promoción de la igualdad entre hombres y mujeres. Así, la planificación familiar está mal vista por parte de los hombres, que son contrarios a dichas prácticas y se ven reforzados por otros actores de interés presentes, como las iglesias de distinto origen. De igual forma, los hombres escasamente ayudan en el trabajo doméstico y en la crianza de los hijos/as, dejando a las madres con escasa disponibilidad de tiempo para el cuidado del hogar y de los hijos/as, además de para la socialización con otras mujeres o madres del entorno.

En relación a estas conclusiones, se presentan las **recomendaciones clave**:

Capacitación en actividades no agrícolas pero sí profesionales, para poder ofrecer servicios fuera de las comunidades pero también para utilizar esas competencias para la mejora de sus propias comunidades. También es necesario fortalecer los conocimientos agrícolas y promover la instalación de huertos comunitarios autogestionados y bancos de semillas comunitarias, que sirvan como espacios formativos pero también que provean de frutos, semillas o pequeñas hortalizas que contribuyan a diversificar la dieta, todo ello mediado pedagógicamente e interculturalmente.

Impulsar cooperativas comunitarias para el acceso en conjunto a tierras de cultivo en donde se puedan emprender otros cultivos y en donde de forma colectiva de generen cadenas de valor. Se trata de diseñar una estrategia que permita luchar contra la precariedad de las familias de forma individual fortaleciendo la colectividad y el trabajo conjunto. De igual forma, y más a largo plazo, se recomienda fortalecer a las comunidades en la defensa de sus derechos laborales para mejorar la negociación del trabajo estacional y de los bajo salarios.

Generar un comité de mujeres que lidere un banco de alimentos para afrontar la crisis alimentaria estacional y poder generar estrategias entre pares que permitan superar esas crisis.

Mejorar la disponibilidad de agua doméstica mediante chorros compartidos por familia, en donde los menores puedan acceder al mismo, ya que no son supervisados por padres/madres para el lavado de manos. Mejorar las condiciones de las letrinas y en general el saneamiento básico de forma comunitaria pero que permita el uso familiar, sin crear desigualdades entre las familias de la comunidad.

Mejorar las condiciones de habitabilidad de las viviendas promoviendo una separación entre los lugares donde los niños/as están y los lugares en donde las aves u otros animales se encuentran. También es necesario sustituir los pisos de tierra por pisos de cemento, además de encalar paredes y reducir grietas e irregularidades.

Comprender las dinámicas de alimentación e hidratación de las comunidades, resolviendo que la potabilización de agua del chorro a través de la ebullición durante al menos 20 minutos no es una opción que haya funcionado para las familias, por lo que habrá que establecer estrategias de otro tipo para garantizar el acceso a agua potable para beber a niños/as, incluyendo también recipientes para almacenaje de agua.



Las prácticas de supervisión e higiene de menores por parte de madres/padres son muy escasas. Los niños/as menores de cinco años acceden a las letrinas solos o realizan sus necesidades en el campo, por lo que no se lavan las manos ni antes ni después. Por la situación de pobreza, muchas familias no cuentan con pañales de plástico o tela, por lo que los bebés no son cambiados de ropa cada vez que se manchan. Es necesario facilitar mejores prácticas de higiene en el baño y en las comidas, además de mejorar la higiene y el cuidado de los bebés menores de 24 meses, así como enseñarles a usar las letrinas de forma adecuada conforme van creciendo.

En torno a los derechos de las mujeres, se recomienda generar una visión positiva de la planificación familiar y promover un modelo de familia acorde con los patrones culturales pero compatible con el uso de métodos de planificación familiar. Se debe trabajar con hombres y representantes de la iglesia para promover los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, además de generar modelos de paternidades cuidadoras y amorosas.

También se debe abordar con todos los actores comunitarios la necesidad de prácticas de espaciamiento de embarazos, asistencia controles prenatales y el abordaje de la dieta del embarazo y puerperio desde una perspectiva conciliadora pero flexible, ya que las creencias propias de cada comunidad no deben negarse sino se deben buscar estrategias de modificación o de integración de prácticas más sanas para la dieta de las madres.



# INTRODUCCIÓN

## ACCIÓN CONTRA EL HAMBRE EN CHIQUIMULA

Acción contra el Hambre (ACH) en Centroamérica cuenta con una experiencia de más de 20 años en la ejecución de proyectos de ayuda humanitaria, investigación y desarrollo, en los ámbitos de la seguridad alimentaria y nutricional, protección de medios de vida, provisión de agua y saneamiento, reducción del riesgo y resiliencia frente a desastres, así como adaptación al cambio climático. La misión de Guatemala, centrada en la actualidad en varias zonas de intervención como Zacapa, Chiquimula, Jutiapa, El Progreso, Escuintla, y Guatemala, dio inicio en el año 1996, trabajando para reducir la prevalencia tanto de la desnutrición crónica como aguda.

Guatemala tiene la prevalencia más alta de desnutrición crónica para América Latina con un 46,5 % de los niños/as menores de cinco años para el año 2015<sup>2</sup>, una prevalencia de desnutrición aguda en niños/as de 0,7%<sup>3</sup> y desnutrición global de 12,6% para ese mismo año. Esta problemática lleva siendo el foco de atención de esfuerzos nacionales e internacionales durante más de 20 años, (en 1987 la prevalencia de la desnutrición crónica era de 62,2%, el aguda de 2,3% y la global de 26,3%) logrando algunas mejoras sustanciales en la reducción de la desnutrición crónica, pero con resultados claramente insuficientes a pesar de la implementación de políticas, programas y proyectos enfocados directamente a garantizar la seguridad alimentaria y nutricional.

El proyecto “Acceso equitativo a los servicios de salud y la seguridad nutricional (SETH)” tiene como objetivo primero mejorar la nutrición materna, adolescente e infantil mediante la promoción de prácticas locales de alimentación y cuidado, alimentos nutritivos y suplementos. El proyecto también fortalece la efectividad de los sistemas de referencia comunitarios para que los niños/as malnutridos accedan a la atención, aumentando la conciencia sobre los servicios de salud existentes y reforzando los sistemas de salud en los dos países de acción seleccionados, Guatemala y Kenia.

Este proyecto se centra en lograr los siguientes resultados:

- Mejora de la prestación de servicios esenciales de salud y nutrición
- Mejores prácticas de salud y nutrición de mujeres en edad reproductiva, niños y niñas
- Mayor inclusión de los servicios de salud y nutrición materna, neonatal e infantil en las políticas y programas locales y nacionales.

<sup>2</sup> FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF. 2017. El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2017. Fomentando la resiliencia en aras de la paz y la seguridad alimentaria. Roma, FAO.

<sup>3</sup> Se han empleado datos de las encuestas gubernamentales nacionales para calcular las estimaciones de prevalencia de la inseguridad alimentaria aplicando métodos estadísticos de la FAO a fin de ajustar los resultados a la misma norma de referencia mundial.



A lo largo del proyecto, ACH y sus socios<sup>4</sup> también abordan simultáneamente temas más amplios de seguridad nutricional relacionados con el acceso a alimentos e ingresos. Además, en línea con el compromiso de ACH de fortalecer la sensibilidad de género en nuestros proyectos y el compromiso de incorporar la perspectiva de género, el proyecto SETH tiene como objetivo responder a las necesidades específicas de las mujeres, especialmente las mujeres en edad reproductiva, hombres, niñas y niños en las áreas objeto de intervención en ambos países.

Como parte de este proyecto, se propuso realizar un estudio de Link NCA en cuatro comunidades rurales del Departamento de Chiquimula, en Guatemala. Este método, es aplicable en contextos donde se han implementado varias estrategias para combatir la desnutrición de manera sostenible, pero que han tenido poco éxito. Este estudio debería permitir a ACH comprender mejor las causas locales de la desnutrición y, por lo tanto, guiar mejor los programas multisectoriales que se implementan, en estrecha colaboración con las comunidades y autoridades locales, para luchar contra desnutrición y mejorar la capacidades locales de las comunidades en la zona.

## EL ÁREA DE CHIQUIMULA

Como resultado de periodos de sequía prolongados e irregularidad en las lluvias, en los últimos 8 años cerca de 200.000 familias de toda Guatemala, sobre todo del área rural, se han visto afectadas por la escasa disponibilidad de alimentos provenientes de los cultivos, que, junto a escasas alternativas de empleo, han incidido en el deterioro de la situación de soberanía alimentaria de sus familias. Las áreas más afectadas cubren una región que forma parte del Corredor Seco Centroamericano (CSC), caracterizado por bosque tropical seco en donde la susceptibilidad a la variabilidad y el cambio de clima es una de las más altas del mundo.

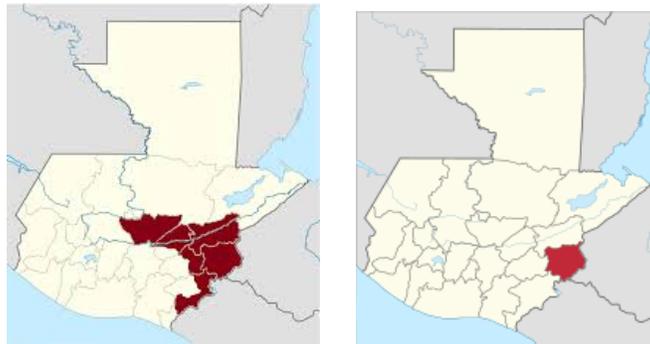


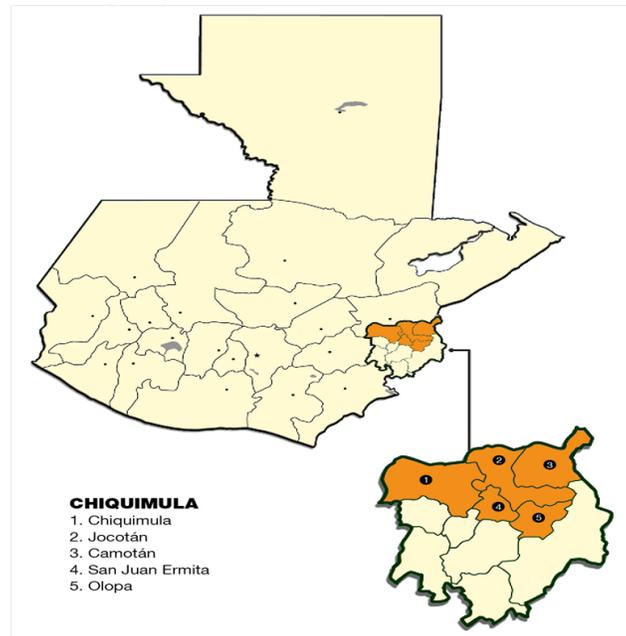
Figura 1. Corredor Seco de Guatemala (izquierda) y departamento de Chiquimula (Derecha)

---

<sup>4</sup> Médicos del Mundo (MdM), Asociación de Investigación y Estudios Sociales (ASIES), el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN), el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación (MAGA) y las autoridades departamentales y locales, además de los Consejos de Desarrollo Comunitarios (COCODES).



Parte de este corredor seco está ubicado en el departamento de Chiquimula, el cual tiene una población de aproximadamente 342,681 habitantes. Entre ellos, en la actualidad hay aproximadamente 52,000 Ch'orti' de los cerca de 60,000 Ch'orti' que se pueden encontrar en Guatemala. El Departamento, limita al norte con Zacapa, al este con la República de Honduras, al sur con la República de El Salvador y al oeste con los Departamentos de Jalapa y Jutiapa. En Chiquimula, hay un total de 11 municipios, aproximadamente 437 caseríos y unos 713 lugares poblados<sup>5</sup>.



*Figura 2. Mapa de Guatemala y de la zona de intervención del proyecto SETH en Chiquimula.*

Las tasas acumuladas<sup>6</sup> en la última semana del año (por 10.000 habitantes) de desnutrición aguda para menores de 5 años, se situaban a nivel nacional en 2015 en 64,9 y en 2016 en 58,9. Chiquimula, mostraba las tasas acumuladas para el 2015 de 145,9 y para 2016 de 103. Dentro de los municipios de Chiquimula con mayor prevalencia de retardo en talla, de los 11 municipios que componen el departamento, dos tienen clasificación de muy alta prevalencia, como son Jocotán y Camotán, con 67% y 55,2% respectivamente para el año 2015<sup>7</sup>.

Buscando fortalecer la recopilación de datos suficientes para establecer los valores de referencia para los indicadores del marco de resultados, dentro del proyecto SETH se realizó en 2017 el levantamiento de la línea de base del proyecto en 5 municipios del departamento de Chiquimula. Además de la recopilación de datos secundarios del área, también se hizo el levantamiento de datos primarios, a través del

<sup>5</sup> Datos del Plan de Desarrollo Departamental de Chiquimula, SEGEPLAN, 2011- 2025)

<sup>6</sup> Datos de la Sala Situacional Desnutrición Aguda (DA) del SIINSAN, para la última semana del año 2016.

<sup>7</sup> Datos del Sistema de Información Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SIINSAN)



levantamiento de datos antropométricos para conocer el estado nutricional de niñez menor de cinco años y de una encuesta transversal de hogares, entre otros instrumentos.

Sobre la base de los datos obtenidos en la LB del proyecto SETH, se consideró oportuna la realización de un Link NCA, completando los datos con el estudio cualitativo y siguiendo la metodología propia, porque a pesar de las acciones llevadas a cabo por los diferentes Gobiernos de Guatemala, además de sus socios (organizaciones no gubernamentales locales e internacionales, sociedad civil, Cooperación Internacional) el problema de la desnutrición- tanto crónica como aguda- está ampliamente presente en Chiquimula, superando las prevalencias a nivel nacional.

Se seleccionaron 4 comunidades 'Ch'orti' de los municipios de Jocotán y Camotán, obedeciendo a tres criterios de selección; (1) Disponibilidad de datos de calidad de la LB; (2) La participación de al menos 2 de las comunidades seleccionadas, en el estudio Análisis de Género con Atención a la Interculturalidad, desarrollado en cinco municipios de intervención del programa de "Acceso equitativo a los servicios de salud y la seguridad nutricional en el departamento de Chiquimula", para poder valorar posteriormente los datos obtenidos del Link NCA con los del estudio, en relación a las variables que pudieran plantearse en común y; (3) En relación a la población objeto de estudio, se seleccionaron las 4 comunidades de ambos municipios con mayor número de niños/as menores de 5 años.

En base a estos criterios se realizó el Estudio Link NCA entre noviembre del 2017 y febrero del 2018, siguiendo la metodología Link NCA y en colaboración con organizaciones no gubernamentales socias, autoridades locales, organismos internacionales con participación en la temática y en la zona, expertos/as en la temática, autoridades locales y comunitarios/as. Este reporte presenta los hallazgos de dicho estudio.



# CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

## ¿POR QUÉ REALIZAR UN LINK NCA?

### Información contextual

La experiencia acumulada de ACH en Centroamérica, da cuenta de que en la mayoría de los casos, la desnutrición está ligada a diversos factores de naturaleza estructural, que están relacionados con problemáticas de subdesarrollo. Las respuestas nutricionales que se limitan a garantizar el tratamiento de la niñez que padece desnutrición aguda es una solución a corto plazo, que no aborda las causas subyacentes de la desnutrición aguda y crónica, sin poder brindar soluciones sostenibles para las familias.

Para buscar un impacto real, es necesario lidiar con la crisis nutricional de una manera integral. Más allá de los conceptos científicos y la evidencia a nivel mundial, la metodología Link NCA hace posible comprender los mecanismos de la desnutrición, identificar sus principales causas y mecanismos a nivel local para contribuir a la mejora de la pertinencia y la eficacia de las intervenciones que abordan la desnutrición en dichos contextos locales, en este caso, en Chiquimula.

El Proyecto SETH se concentra en la región de Chiquimula, ubicada en el CSC y con un largo historial de problemas de seguridad alimentaria nutricional por las sequías, con épocas de hambre estacional en dos períodos concretos anuales, de mayo-junio hasta agosto-septiembre. El Departamento, limita al norte con Zacapa, al este con la República de Honduras, al sur con la República de El Salvador y al oeste con los Departamentos de Jalapa y Jutiapa. . Chiquimula cuenta con 342,681 habitantes. Entre ellos, en la actualidad hay aproximadamente 52,000 Ch'ortí de los cerca de 60,000 Ch'ortí que se pueden encontrar en Guatemala. En la actualidad, el idioma chortí todavía se utiliza como medio de comunicación cotidiano en los municipios de Olopa, Camotán, Jocotán y Quezaltepeque.

Chiquimula forma parte del CSC, que en territorio guatemalteco está compuesto por terrenos semiáridos, de bajo rendimiento y alta degradación, con periodos recurrentes de sequía y alta concentración de cultivos de ladera. En los últimos años los eventos climáticos han impactado fuertemente, generando fenómenos de sequías prolongadas, en comunidades rurales en donde la disponibilidad de alimentos depende en un grado casi exclusivo de la producción local, que se ve afectada por la pérdida de dichos cultivos o la degradación e infertilidad de los suelos. Los Ch'ortí habitan fundamentalmente los municipios de La Unión, Jocotán, Camotán, San Juan Ermita, Olopa, Quetzaltepeque y Copán. La mayoría de hogares Ch'ortí se encuentran ubicados en las comunidades de dichos municipios, en donde los principales acceso se encuentran por vías no asfaltadas.



La topografía de la zona es ondulada y accidentada, con fuertes pendientes y playones inundables. Sus suelos son, en su mayoría, no cultivables, aptos para fines de explotación forestal y de pastos, debido a que son pedregosos con alta tendencia a la erosión. Sin embargo, la población hace uso de los mismos para la producción de granos básicos de subsistencia.

El clima que caracteriza a la zona es cálido, con algunas áreas altas templadas. En los municipios considerados como templados las medias máximas mensuales se sitúan entre los 27°C (81°F) y las medias mínimas bajan hasta los 14°C (57 °F). En los municipios cálidos, las medias máximas anuales están entre los 36-38°C (97-100 °F), mientras que las mínimas están entre los 16-18°C (61-65 °F). Las temperaturas más altas se registran durante marzo y abril.

La época lluviosa se inicia en junio y concluye en septiembre, dando lugar a la temporada de verano (octubre-mayo). Se presenta una canícula en julio y agosto. Cuenta con varios ríos: Jalapa, Guastatoya, Monjas, Ostúa, Jupilingo, San José, Colima, Copán y Grande. También tiene en su haber varias lagunas, como la de Güija e Ipala, así como una orografía notable con los cerros Yupiltepeque y la Lagunilla, y los volcanes Suchitán, Chingo, Ixtepeque e Ipala. La densidad poblacional es de 108 hab./km<sup>2</sup>, con una alta ruralidad, de 71%. En esta zona se encuentra el área ch'orti' y algunos representantes de la etnia poqomam.

Como todos los pueblos indígenas de Guatemala y de América, la colonización sufrida durante más de quinientos años ha provocado una reducción de tierras comunitarias, de expropiación de territorios y formas de vida, además de sufrir las consecuencias de los conflictos militares, siendo empujados hacia los lugares más aislados y sin condiciones económicas y sociales, en donde el suelo para cultivo y el clima no son propicios para formas de vida tradicionalmente agrarias y en donde no existe una mínima cobertura de bienes y servicios básicos.

La capacidad productiva del terreno en el departamento de Chiquimula está compuesta por tres categorías; (1) tierras no cultivables, salvo para cultivos perennes y de montaña principalmente para fines forestales y pastos, con factores limitantes muy severos, con profundidad y rocosidad; de topografía ondulada o quebrada y fuerte pendiente; (2) tierras no cultivables, aptas solamente para fines de uso o explotación forestal, de topografía muy fuerte y quebrada con pendiente muy inclinada y; (3) tierras no aptas para todo cultivo, aptas solo para parques nacionales, recreación y vida silvestre, y para protección de cuencas hidrográficas, con topografía muy quebrada, escarpada o playones inundables.

A pesar de ello, algunas áreas cuentan con potencial agrícola para el cultivo de café y frutales (cítricos y aguacate), así como para los productos de consumo básico (maíz y frijol). Dichos cultivos se ubican mayormente en Camotán, Olopa, Quezaltepeque y Jocotán. La zona de vida es el bosque húmedo subtropical templado, con una precipitación anual promedio de 1,100 milímetros. Distribuidas de mayo a octubre; la altitud oscila entre 900 a 1,500 msnm. La superficie cultivada y producción de café oro ha aumentado a partir de la cosecha 1990-1991 a la producción de 1993-1994, ya que pasó la superficie cultivada de 859 a 3,910 manzanas y la producción de 23,212 a 70,752 quintales de café oro. En San Juan Ermita, Jocotán y Camotán se dan los cultivos de maíz, sorgo y frutales (mango). El sistema de producción prevaleciente es el asocio maíz-sorgo en siembra de primavera. En esta área la principal fuente de mano de obra es la familiar, la producción es destinada para el auto-consumo y el uso de insumos agrícolas y de capital es limitado<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Perfil Departamental de Chiquimula. Ministerio de Economía de Guatemala. 2017



## Eventos Climáticos

En Centroamérica en los últimos 8 años se han generado problemáticas derivadas de extremos climáticos, especialmente las sequías, amenazando los medios de vida ya de por sí vulnerables, de pequeños productos de granos básicos en el CSC. Así, junto con los periodos de sequía, se han dado, en ocasiones, extremo exceso de lluvias. En 2010, una combinación de lluvias intensas durante el primer ciclo de siembra aunado a un segundo periodo de siembra con un periodo prologando de sequía, contribuyó considerablemente a empeorar la disponibilidad y el acceso a alimento, haciendo más compleja la situación de inseguridad alimentaria, nutricional y de medios de vida para las familias del área rural del corredor seco.

En la Figura 3 se presenta la situación estacional del hambre, derivada del aprendizaje de los eventos climáticos de los últimos 8 años, destacando los periodos de hambre estacional como aquellos en donde existe escasez de alimentos, entre los meses de junio, julio y agosto, cuando las reservas de granos básicos se han agotado y los ingresos de trabajos temporales agrarios también.

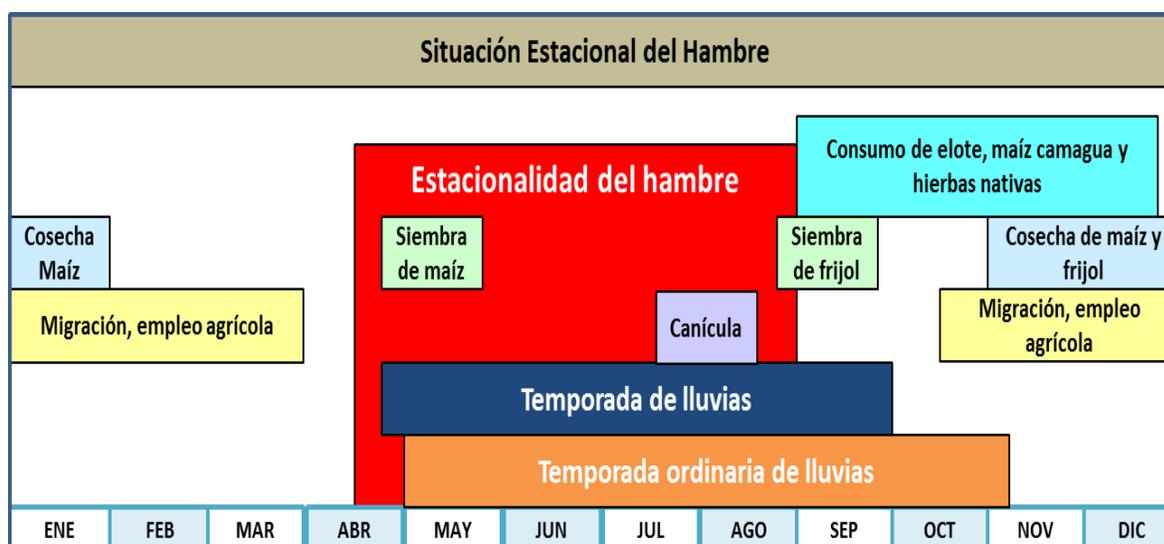


Figura 3. Situación Estacional del Hambre en Guatemala

Fuente: FEWS NET

En un repaso histórico por los eventos climáticos que han afectado la zona profundamente, podríamos señalar el primer evento reciente en el año 2009, con la presencia del fenómeno climático « El Niño », el cual resultó en una prolongación de la época seca con un régimen irregular de lluvias, lo que afectó al CSC con pérdidas de entre el 50% y el 100% de los cultivos de maíz, frijol y sorgo, generando un impacto directo en la recolección y reserva de granos básicos para el año 2010, alcanzando dicha reserva para menos de



la mitad de tiempo de consumo que en años anteriores y poniendo a las familias de la zona en grave situación de inseguridad alimentaria durante el periodo de hambre estacional<sup>9</sup>.

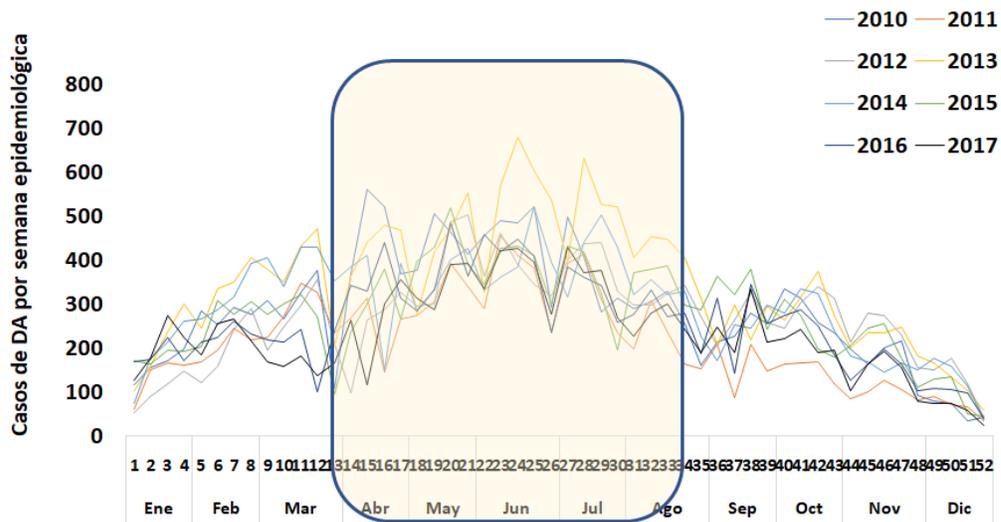
ACUMULACIÓN DE EVENTOS CLIMÁTICOS GUATEMALA (1998-2017)
1998- Huracán "Mitch"
2001- Canícula Prolongada
2005- Tormenta "Stan"
2008- Tormenta "16"
2009- Canícula Prolongada
2010- Tormenta "Ágatha", Tormenta "Mathew", Erupción Volcán Pacaya y Depresión Tropical 11-E
2011- Depresión Tropical 12-E
2012-Canícula Prolongada
2013- Canícula Prolongada
2014- Canícula Prolongada
2015- Canícula Prolongada
2016- Canícula Prolongada
2017- Exceso de Lluvia

**Tabla 1. Acumulación de eventos climáticos en Guatemala 1998-2017**

<sup>9</sup> Informe de Situación de Nutrición y Seguridad Alimentaria de Comunidades Rurales del Corredor Seco de Guatemala. Acción contra el Hambre. Guatemala. Noviembre 2010



A principios del año 2013, la producción de café en algunas zonas de Guatemala, incluido el CSC, sufrió una emergencia por el brote severo de la roya<sup>10</sup>, coincidiendo además con la bajada de precios a nivel internacional del café. En una evaluación de la Seguridad Alimentaria en Emergencia (ESAE) desarrollada por la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN) y el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación (MAGA), encontró diversas causas de inseguridad alimentaria en nueve departamentos del país, destacando Chiquimula con 3,260 jornaleros (personas que trabajan tierra ajena) con dificultades alimentarias moderadas para sus familias, derivadas de forma directa por estos dos eventos relacionados con el mercado y producción de café y por tanto por el desempleo rural en el café, junto a las pérdidas en la producción de maíz y frijol por el déficit hídrico.



**Figura 4. Casos totales de desnutrición aguda por semana epidemiológica a nivel nacional. Histórico de 2010-2017**

Durante el 2014, en el área Ch'ortí estudio de este Link NCA, la canícula prolongada afectó la cosecha de maíz primera en un 70-80%, siendo afectada la siembra postrera por un granizo, destruyendo el 90% de este segundo intento de cosecha. Además, los efectos de la Roya impactaron en la pérdida de la cosecha de café entre un 40% a un 70%. Esto generó que en el año 2015, el 100% de los hogares de la zona estaban sin reservas de maíz y frijol y durante ese año todo el trabajo jornalero fue directamente para la compra de alimentos básicos, muy por debajo de la seguridad alimentaria necesaria para las familias.

<sup>10</sup> La roya es una enfermedad del café, presente en Guatemala desde el año 1980. Afecta hojas maduras principalmente. Según el grado de severidad puede provocar una intensa caída de hojas y pérdidas en la producción. En los años 2010 y 2011 se observaron repuntes de roya en diferentes regiones del país, notándose que no existe un patrón definido en su comportamiento, aún para la misma finca, y de un año para otro.



Estas tendencias evidencian la situación específica de las poblaciones locales para hacer frente a la desnutrición crónica y aguda. Para ese mismo año, las cuatro comunidades del estudio Link NCA, contaban con una prevalencia de retardo en talla del 55,2% para Camotán y del 67% para Jocotán. Según la Encuesta de Salud Materno-Infantil (ENSMI) más reciente, del año 2015, estableció que el 55,6% de la niñez menor de 5 años de Chiquimula estaba en una situación de desnutrición crónica, muy por encima del 46,5% del nivel nacional con un 28% de casos de anemia.

En cuanto a la desnutrición aguda, el departamento de Chiquimula, para el año 2015, presenta un 0,4% de prevalencia, sin embargo la historia demuestra que en ésta área, se han presentado problemas de desnutrición aguda incluso severa, durante la estación seca, aunque existen casos de desnutrición aguda en cualquier momento del año.

En un histórico comparado desde el año 2010, se aprecia el momento del año donde aparecen más casos de desnutrición aguda, entre marzo y agosto, que aunque son datos a nivel nacional, aplican para el área de estudio del Link NCA.

## **Objetivos del estudio**

El objetivo del estudio Link NCA es identificar las causas más importantes de la desnutrición, particularmente en niñez de 0 a 59 meses, en 4 comunidades chortís de los municipios de Jocotán y Camotán, en el Departamento de Chiquimula en Guatemala.

Los objetivos específicos del Estudio Link NCA de Guatemala son los siguientes:

- Reunir a los principales actores comunitarios y locales (expertos/as técnicos, responsables locales institucionales de educación, salud, seguridad alimentaria y nutricional, agua y saneamiento, medios de vida, además de líderes comunitarios/as y población comunitaria) en espacios de reflexión que permitan identificar las principales hipótesis causales de la desnutrición en la zona, y que, en base a la recolección y análisis de datos cualitativos ofrezcan un consenso sobre las causas plausibles de dicha desnutrición.
- Comprender cuáles son los mecanismos y las principales vías causales que implican que la desnutrición afecte a algunos niños/as en las comunidades de Chiquimula participantes en el estudio, identificando los grupos vulnerables de riesgo susceptibles a la desnutrición, tanto crónica como aguda.
- Comprender cómo la prevalencia y las causas de la desnutrición aguda y crónica en esta población cambian con el tiempo, con las estaciones y / o con los impactos de fenómenos recientes.
- Proponer recomendaciones específicas para mejorar los programas de seguridad al vincular los hallazgos obtenidos en el Link NCA con la respuesta programática.



# La metodología Link NCA

## Presentación de la metodología Link NCA

Para mejorar la relevancia y la efectividad de las respuestas programáticas en un contexto dado, que contribuyan a prevenir la desnutrición, a menudo es necesario realizar un análisis causal de la nutrición. Si bien hay una serie de enfoques documentados para la realización de modelos causales, los resultados de estas metodologías suelen estar limitados en tres formas:

- A menudo producen solo una imagen estática de las causas de la desnutrición.
- Una limitación de la mayoría de los estudios causales actualmente realizados es que no priorizan las causas, haciendo que los resultados sean menos focalizados y pertinentes.
- Los estudios causales, como suelen realizarse, se suelen centrar en un único tipo de desnutrición (por ejemplo, retraso del crecimiento frente a emaciación) en lugar de considerar las diferentes etiologías de diferentes resultados de desnutrición y cómo estas causas pueden variar según la edad.

Sobre estas limitaciones, ACH decidió elaborar una metodología de análisis causal de Nutrición estandarizada y replicable, estableciendo desde finales de 2010 una asociación con socios científicos relevantes para elaborar y validar dicha metodología.

Un primer protocolo fue diseñado y probado en 2 países (Bangladesh y Zimbabue en 2011). Con base en estas experiencias de campo, la metodología fue mejorada en una segunda versión del protocolo (2012). Una última prueba de campo se logró con éxito en Burkina Faso (final de 2012). Con base en el protocolo de investigación y los estudios de campo, las presentes directrices se han elaborado y revisado por pares en 2013.

El objetivo de la metodología Link NCA propuesta, no es demostrar una asociación estadísticamente causal de la desnutrición, sino más bien construir una clasificación de causas que esté basada en diferentes fuentes de información. Demostrar la causalidad estadísticamente es complejo y requiere de muchos recursos financieros, humanos y temporales, que generalmente no están al alcance de las organizaciones operativas que trabajan en el terreno. Además, existen factores difíciles o imposibles de medir, como las relaciones de género, pero que pueden ser determinantes para comprender las prevalencias de la desnutrición en una zona concreta. Por otro lado, los resultados estadísticos no necesariamente demuestran una inferencia causal y la literatura científica ya ha explorado y aprendido sobre ciertos factores de riesgo.

Una Link NCA es un estudio estructurado, participativo y holístico basado en el esquema causal de la desnutrición de Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), que pretende alcanzar un consenso fáctico sobre las causas plausibles de la desnutrición en un contexto local.

El Link NCA se caracteriza por dar respuesta integral a los siguientes principios:



- Estructurado: Las diferentes etapas del método están descritas con detalle y han sido probadas sobre el terreno. Existen guías y herramientas para cada una de ellas. De la experiencia sobre el terreno se extrae, de forma realista, qué es lo que se puede o lo que no se puede hacer. Si bien el contenido de los resultados será diferente para cada Link NCA, su estructura debería ser similar.
- Participativo: El estudio ofrece la oportunidad a los participantes (interlocutores clave, expertos técnicos y miembros de las comunidades locales) de expresar sus opiniones y percepciones sobre las causas de la desnutrición. Los participantes tienen la posibilidad de discutir, examinar y finalmente validar las conclusiones del estudio. El Link NCA considera importantes las "causas fácticas", pero también las "causas percibidas", para conseguir una amplia gama de perspectivas.
- Holístico: La desnutrición se examina de manera global, evitando un enfoque vertical o sectorial, con el fin de comprender las relaciones entre los mecanismos causales. El enfoque es holístico también en cuanto a los métodos utilizados para responder a las preguntas de estudio, y al número y tipo de personas que participan en el proceso.
- Basado en el esquema causal de UNICEF: El Link NCA recurre al esquema causal de UNICEF como punto de partida para identificar potenciales factores de riesgo de la desnutrición, relevantes a escala local. El módulo: "Mecanismos de la desnutrición" es una revisión bibliográfica que complementa el Manual Link NCA. Partiendo del esquema causal de UNICEF, el módulo resume los datos fácticos existentes que sugieren una relación causal entre numerosos factores de riesgo comunes identificados, y diferentes manifestaciones de la desnutrición.

El estudio Link NCA pretende alcanzar un consenso fáctico sobre las causas plausibles de la desnutrición, enlazando distintas fuentes de información verificadas para establecer un consenso sobre las causas plausibles de la desnutrición, basándose en:

- Los datos secundarios derivados de la bibliografía revisada por los pares y de la literatura gris.
- Los resultados de la encuesta nutricional SMART, de la encuesta de factores de riesgo, y del estudio cualitativo.
- Los datos proporcionados por un abanico de interlocutores clave: expertos técnicos, representantes oficiales, miembros de la comunidad, y otros actores.



El objetivo de este método es ir más allá de las intervenciones genéricas, identificando tanto causas generales como específicas del contexto, con el objetivo de proponer soluciones adaptadas. El carácter estacional de la desnutrición, por ejemplo, puede variar mucho dependiendo de las diferentes zonas de medios de vida. A continuación, se presenta en la Figura.5 las etapas del proceso Link NCA.

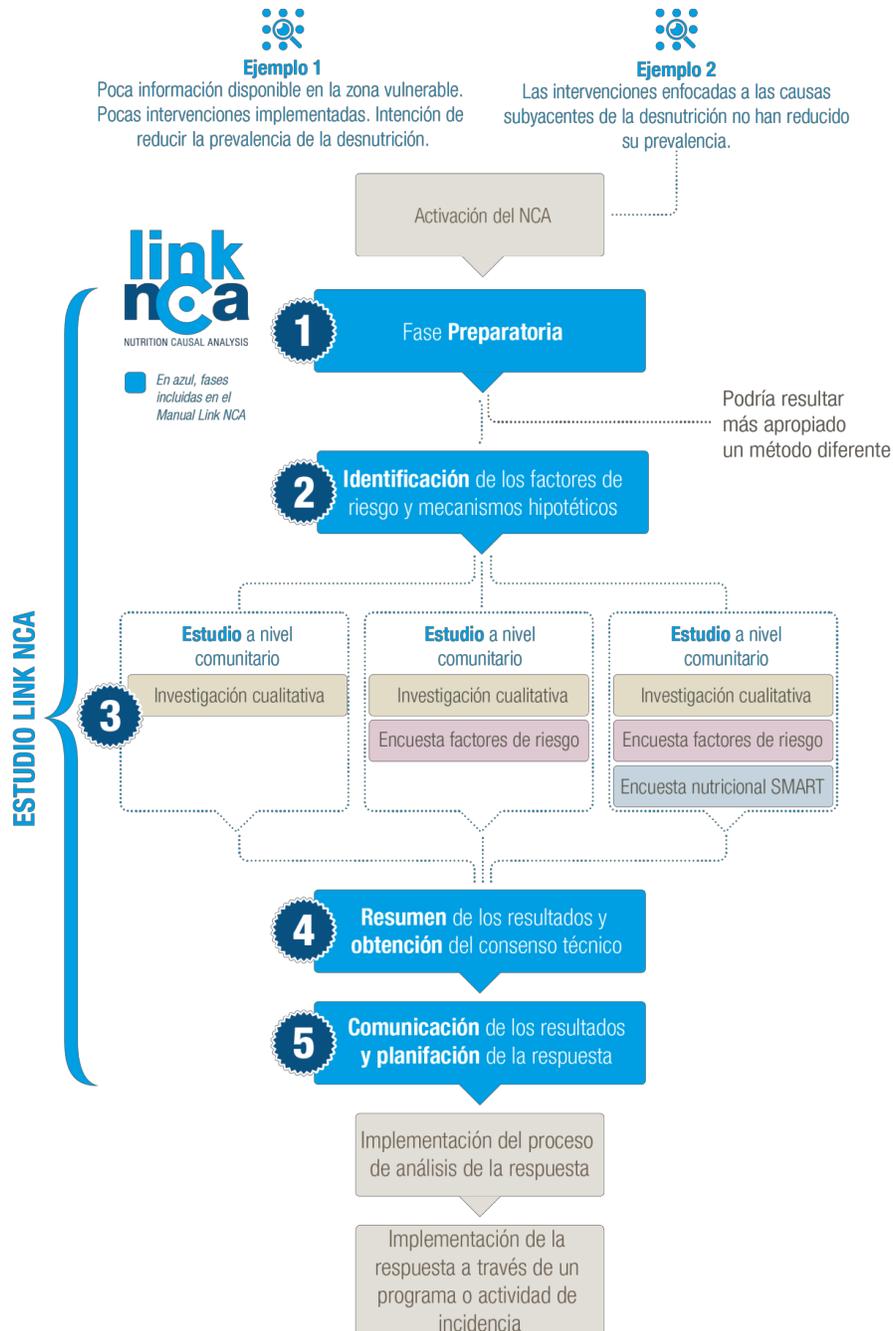


Figura 5. Etapas del Estudio Link NCA



El Link NCA desarrollado en Guatemala fue diseñado para realizarse implementando únicamente el estudio cualitativo a nivel comunitario, partiendo de la disponibilidad de información estadística de calidad, obtenida en el contexto local a través del levantamiento de la LB del SETH, para la triangulación de datos. Por esta razón no se contempló dentro del estudio la realización de las encuestas de; factores de riesgo (Risk Factor Survey, RFS) y encuesta SMART (Smart Survey).

Todo Link NCA debe dar respuesta a las seis preguntas de estudio que se recogen a continuación:

1. ¿Cuál es la prevalencia y la gravedad de la emaciación y/o retraso del crecimiento en la población del estudio?
2. ¿Cuál es la prevalencia de los factores de riesgo fundamentales de la desnutrición en la población y los principales grupos vulnerables desde el punto de vista nutricional?
3. ¿Cuáles son los mecanismos causales de desnutrición que han provocado la emaciación y/o el retraso del crecimiento en alguna niñez de esta población?
4. ¿Cómo ha variado en esta población la prevalencia y las causas de la emaciación y/o del retraso del crecimiento?
5. ¿Qué mecanismos causales están probablemente en el origen de la mayoría de los casos de desnutrición? ¿qué conjunto de factores de riesgo y mecanismos son probablemente los más sencillos de modificar por parte de los actores, dentro de un contexto particular y de un período determinado?
6. ¿Qué recomendaciones pueden realizarse para mejorar los programas de seguridad nutricional? ¿cómo puede vincularse el análisis a una respuesta programática?

Todas estas preguntas necesitan ser respondidas para garantizar la eficacia de los programas de seguridad nutricional. El diseño de estos programas se debe basar en la comprensión de todas las opciones de intervención de las que se dispone para minimizar las limitaciones en la obtención de una nutrición adecuada.

## **Diseño del Estudio Link NCA**

El estudio Link NCA de Guatemala se realizó siguiendo las siguientes etapas:

- **Fase preparatoria (Agosto-Octubre 2017)**

La fase preparatoria del estudio permitió determinar los parámetros clave, así como los objetivos cobertura geográfica y viabilidad. También se valoró si el estudio debía incluir una encuesta SMART y/o encuesta de factores de riesgo o depender únicamente de datos secundarios asociados con una encuesta cualitativa. Para esto, se depuró la información primaria obtenida en la LB del SETH, tomando la información sobre la prevalencia de la desnutrición y la intensidad / gravedad de los factores de riesgo preliminares e hipotéticos en base a los resultados de la LB, determinando que la Link NCA iba a abarcar únicamente el estudio cualitativo triangulado con los datos primarios de la LB. Esta fase también incluyó



las etapas de preparación, planificación y desarrollo del cronograma, a través del diseño de términos de referencia, el aseguramiento de los recursos humanos, financieros y materiales, así como los procesos formativos necesarios para el desarrollo del estudio, tanto para la contratación de la analista Link NCA como para Acción contra el Hambre y sus socios en el terreno, con la asesoría de la Unidad Link NCA de París.

- **Fase de diseño del estudio cualitativo (Octubre- Noviembre 2017)**

Durante esta fase la analista Link NCA realizó, con apoyo del equipo técnico de ACH Guatemala, el diseño de la metodología cualitativa y se construyeron las herramientas para el trabajo de campo, identificando también el tipo de recursos humanos, financieros y técnicos necesarios para el trabajo de campo, desarrollando los términos de referencia, así como dando inicio al contrato del equipo de apoyo en el terreno y estableciendo un cronograma de 4 semanas para el desarrollo del mismo, con la colaboración de las autoridades locales y comunitarias. Parte de esta fase también contempló la formación en la metodología Link NCA y la preparación del trabajo de campo con el equipo de apoyo (1 asistente de investigación y 1 facilitador comunitario).

- **Fase de identificación de factores de riesgo hipotéticos y mecanismos (Noviembre 2017)**

Una de las primeras tareas de la analista de la NCA fue identificar un primer grupo de posibles factores de riesgo y mecanismos que podrían explicar la desnutrición en el contexto local. Este paso se llevó a cabo gracias a una revisión de la literatura (utilizando el módulo "Mecanismos de desnutrición" de la metodología Link NCA y la literatura gris disponible localmente, tanto cualitativa como cuantitativa). En base a este análisis, se establecieron una serie de factores de riesgo hipotéticos que fueron validados por el equipo técnico de ACH, sirviendo como primeros insumos a ser planteados en un primer taller técnico, realizado en Chiquimula el 21 de noviembre de 2017 con expertos/as técnicos. En este taller se presentó la metodología Link NCA, además de las características del estudio cualitativo a desarrollarse, y se examinaron, discutieron, refinaron y validaron los factores de riesgo hipotéticos, puntuándolos, los cuales posteriormente fueron sometidos a control en el trabajo de campo, además de identificar los grupos vulnerables a la desnutrición en las áreas del estudio. Estos expertos técnicos fueron seleccionados por su reconocida experiencia en diferentes sectores relacionados con la desnutrición como; seguridad alimentaria y nutricional, medios de vida y agro-desarrollo, salud materno-infantil, agua y saneamiento, gestión de riesgos a desastres y prácticas de cuidados; desarrollando trabajo en grupos para facilitar las discusiones y el intercambio de ideas.

- **Fase de desarrollo del estudio cualitativo (Noviembre – Diciembre 2017)**

El estudio cualitativo se realizó desde el 27 de noviembre al 23 de diciembre en 4 comunidades seleccionadas con una metodología iterativa de 5 días en cada comunidad, con participación amplia con una media de 130 personas por cada comunidad; madres y padres de niños/as menores de 5 años, abuelos/as, adolescentes chicas menores de 16 años y actores clave de cada comunidad. Los objetivos del estudio cualitativo han sido:



Definir y comprender la desnutrición a nivel local  
.....

Identificar la seguridad alimentaria, la sanidad y las prácticas de atención en la comunidad  
.....

Explorar las percepciones de los entrevistados sobre las causas y consecuencias de una seguridad alimentaria, una sanidad y unas prácticas de atención pobres en relación con la desnutrición  
.....

Comprender las prácticas de las personas responsables del cuidado de los niños con desviación positiva (es decir, niños bien nutridos y sanos cuyos padres aparentemente se enfrentan a las mismas dificultades y limitaciones que los padres de los niños desnutridos)  
.....

Identificar los patrones estacionales e históricos de la desnutrición y de los factores de riesgo  
.....

Comprender la forma en que la comunidad jerarquiza estos factores

- **Fase de síntesis de resultados y elaboración de un consenso técnico (Enero- Febrero 2018)**

Una vez que se recopilaban los datos, la analista Link NCA los sintetizó y realizó una serie de análisis para clasificar los factores de riesgo de acuerdo con su impacto relativo sobre la desnutrición y para describir cualitativamente las relaciones dinámicas entre los factores de riesgo y sus efectos sobre la desnutrición. La clasificación del analista tomó en cuenta todas las fuentes de información recolectadas durante el estudio y atendiendo a la metodología Link NCA y sus herramientas técnicas disponibles, se presentaron los resultados en un taller final de expertos técnicos y otros actores involucrados en la desnutrición en el contexto local, realizado en Chiquimula el 22 de febrero del 2018. En dicho taller, se presentaron los principales hallazgos del estudio y mediante un proceso participativo y secuencial se buscó la creación de un consenso técnico sobre las causas plausibles de la desnutrición en el área de estudio en base a los hallazgos obtenidos. En este proceso, los expertos técnicos decidieron sobre una puntuación de confianza en cada resultado propuesto, indicando el grado de consenso alcanzado y documentando cualquier posible desacuerdo. Este trabajo condujo a la clasificación final de la importancia causal de los diversos factores de riesgo y los mecanismos hipotéticos que se estudiaron en este estudio.

- **Fase de comunicación de resultados y planificación de la respuesta (Agosto 2018)**

Los resultados del Estudio Link NCA en Guatemala se presentaron a los responsables de la toma de decisiones y operativos, para que en base a su análisis pudieran decidir qué recomendaciones pueden ser útiles para el contexto local.

## Procedimientos de muestreo

### Datos cuantitativos con origen en la LB del Proyecto SETH



La LB del Proyecto SETH fue diseñada integrando comunidades de los municipios siguientes; Jocotán (7 comunidades); Camotán (9 comunidades); Olopa (7 comunidades); Chiquimula (3 comunidades) y; San Juan Ermita (4 comunidades). La población total estimada dentro de las comunidades seleccionadas en la LB ha sido de 14963 personas y 2934 hogares. Los hogares se seleccionaron según el muestreo aleatorio sistemático en una sola etapa, calculada con el calculador de muestra de software ENA utilizando la guía de muestreo para SMART<sup>11</sup>, la cual recomienda este procedimiento para encuestas a escalas pequeñas como la del Proyecto SETH en Guatemala (1,000 - 5,000 unidades de muestreo).

Datos	Muestra total LB del proyecto SETH	Muestra 4 comunidades Link NCA
Datos antropométricos	849 niños/as 775 niños/as MUAC	161 niños/as 157 niños/as MUAC
Datos encuesta hogares LB	466 hogares	N/A
Datos encuesta cualitativa	N/A	480 personas

**Tabla 2. Características de la muestra de las 4 comunidades del Link NCA.**

La muestra arrojó un resultado inicial de 969 hogares encuestados, evaluando a 849 niños/as de 0-59 meses con una precisión del 5%, aplicando el factor de corrección para poblaciones pequeñas sugeridas por la calculadora ENA (3% sin respuesta y 55.6% de prevalencia estimada de niños con Índice Altura / Edad bajo). En una posterior limpieza de la muestra, se consideraron únicamente 466 hogares en donde viviera niñez de entre 0-59 meses, en una selección de variables que estuvieran directamente relacionadas con los objetivos del link NCA, en un muestreo por conglomerados en Camotán, Jocotán, Chiquimula y Olopa.

Así, el análisis cuantitativo se realizó mediante regresiones logísticas, binomiales o multinomiales, con variables de control (sexo del niño/a y edad del niño/a) para evitar sesgos. El sexo y la edad son variables que influyen directamente en el retraso del crecimiento. Se tomaron en consideración todos los resultados cuyo valor de P es inferior a 0,10, es decir, un umbral de significación del 10%. En este análisis, se consideró que un valor de P inferior a 0,10 es significativo y un valor de P inferior a 0,05 muy significativo.

Se realizó un control de la homogeneidad de la población mediante el análisis del efecto de diseño (DEFF) para cada variable. El efecto de diseño se calcula solo para los niños/as, ya que hay un sesgo en el cálculo de la DEFF<sup>12</sup> para las variables asociadas con los hogares porque se duplican para cada niño en el hogar.

<sup>11</sup> SMART. "Sampling Methods and Sample Size Calculation for the SMART Methodology," June 2012.

<sup>12</sup> Si DEFF está cerca de 1, no hay problema de heterogeneidad, los grupos son homogéneos. Si DEFF > 2, podemos estar en presencia de agujeros debido a una población heterogénea entre los grupos.



Para la muestra seleccionada, no se observó un DEFF cercano o superior a 2, por lo que se puede afirmar que la población entre los grupos de la muestra es homogénea.

### Procedimientos de muestreo del estudio cualitativo

El muestreo realizado para la encuesta cualitativa no es representativo de la población de interés, sino es cualitativamente representativo de la población en el área estudiada. En base a los criterios descritos en la Pág. 5. del presente informe, se seleccionaron las 4 comunidades participantes en el estudio cualitativo, según lo recomendando por la metodología Link NCA. La planificación desarrollada arrojó 5 días en un itinerario iterativo para cada comunidad, seleccionando a las personas participantes sobre la base de información que podían proporcionar al estudio e intentando que las personas consultadas sólo participaran una vez durante los 5 días, buscando así la mayor diversidad y representatividad en la comunidad. En la tabla siguiente se muestra el contenido realizado en cada uno de los días para cada comunidad, siguiendo la metodología Link NCA:

DÍA	ACTIVIDADES REALIZADAS
Día 1	Presentación al Líder Comunitario Entrevistas a personas clave de la comunidad Búsqueda de Croquis de la Comunidad y Descripción de la Comunidad Visita a 2 Hogares con niños/as menores de 5 años con desviación positiva
Día 2	Realización de 4 grupos focales con madres con hijos/as menores de 5 años: Desnutrición Seguridad Alimentaria y medios de vida Salud Cuidados Materno- Infantiles Visita a 2 Hogares con niños/as menores de 5 años con desnutrición.
Día 3	Realización de 4 grupos focales con madres con hijos/as menores de 5 años: Desnutrición Salud Mental Salud Cuidados Materno Infantiles Visita a 2 Hogares con niños/as menores de 5 años con desnutrición.
Día 4	Realización de 3 grupos focales con padres con hijos/as menores de 5 años: Desnutrición Seguridad alimentaria y medios de vida Cuidados Parentales/Salud Último grupo focal de tendencias históricas de desnutrición y salud con Abuelos Visita a 2 Hogares con niños/as menores de 5 años con desviación positiva
Día 5	Realización de dos grupos focales:



Abuelas: Desnutrición, Cuidados materno-infantiles, tendencias históricas de desnutrición y salud  
Niñas adolescentes entre 9 y 17 años; educación, derechos sexuales y reproductivos, cuidados materno-infantiles, nutrición, medios de vida y prácticas de matrimonio  
Realización del ejercicio final de punteo con la comunidad

**Tabla 3. Actividades realizadas por día en un itinerario iterativo de 5 días para cada comunidad.**

Para garantizar la participación correcta de los grupos de interés para el estudio, se abordó un primer acercamiento con los líderes comunitarios, el personal de puestos de salud, y personas dentro de la comunidad como promotores/as de salud y miembros de Comités específicos como de; agua, escolar, adolescentes, nutrición, iglesia. Para cada grupo focal se contó con la participación de 6 personas de media, salvo los grupos focales de adolescentes niñas que tuvieron una media de 10 participantes. La realización del ejercicio final de punteo integró a más de 25 personas por cada comunidad, seleccionando una muestra representativa de cada grupo consultado e incluyendo a líderes comunitarios, comadronas y personas de especial interés para el estudio. La tabla 4 muestra el promedio de participación de cada grupo de interés para el estudio por comunidad, destacando una media de 120 participantes por comunidad.

ACTORES INVOLUCRADOS	MEDIA DE PARTICIPANTES
Líderes/as Comunitarios Personal de Salud Comadronas Promotoras/es de salud Miembros de comités comunitarios	Media de 10 personas participantes
Madres con niños menores de 5 años	Media de 48 madres participantes
Padres con niños menores de 5 años	Media de 24 hombres participantes
Abuelos	Media de 6-10 abuelos participantes
Abuelas	Media de 6-10 abuelas participantes
Niñas Adolescentes	Media de 10 participantes
Visitas a hogares	Media de 8 mujeres participantes



Total	120 personas participantes de media por comunidad
-------	---

**Tabla 4. Media de participación por cada comunidad en relación a los características de los grupos participantes.**

## Métodos de recolección de datos

Para determinar y categorizar las causas de la desnutrición, la metodología Link NCA proporciona una combinación de enfoques cuantitativos y cualitativos. El enfoque cuantitativo, a través de la selección de datos útiles de la LB preexistente, fue determinado para evaluar objetivamente la prevalencia de los factores de riesgo conocidos, mientras que el enfoque cualitativo fue diseñado con el objetivo de proporcionar datos sobre la contextualización e interrelación entre los factores de riesgo para la desnutrición. Por lo tanto, las partes cuantitativas y cualitativas han sido complementarias y han proporcionado una visión global y en profundidad de las causas de la desnutrición en los municipios de Jocotán y Camotán del departamento de Chiquimula.

### Encuesta Cualitativa

#### Reclutamiento y composición del equipo cualitativo

El equipo cualitativo consistió en una experta Link NCA que dirigió todos los intercambios en las comunidades de muestra, acompañada de una asistente de investigación y un facilitador comunitario. Además, en cada comunidad, se reclutó una "guía de movilización" que junto con los líderes/as comunitarias contribuyeron a identificar los potenciales participantes que cumplieran los requisitos exigidos además de ayudar en la convocatoria y movilización de los mismos. Durante dos días de formación al equipo de acompañamiento, se revisaron las herramientas metodológicas diseñadas de forma previa por la experta Link NCA, a fin de contrastar la utilidad de las mismas, ya que el equipo complementario conocía de forma previa las comunidades, su localización y sus líderes comunitarios. Durante la capacitación también se desarrolló el papel de cada miembro del equipo para la recolección de datos con las técnicas de investigación cualitativa, así como el dominio de las herramientas desarrolladas para la recolección de datos. La capacitación también se centró en los principios éticos de la investigación y su aplicación como parte de un estudio Link NCA. Una serie de sesiones prácticas se dedicaron a la correcta aplicación de la facilitación y toma de notas.



*Figura 6. Organigrama del equipo de investigación cualitativa Link NCA.*

### Guías metodológicas aplicadas

La recopilación de datos cualitativos se realizó a través de grupos focales, entrevistas semi-dirigidas y observación participante. Los tres métodos fueron basados en guías de entrevistas temáticas desarrolladas a partir de factores de riesgo validados para la recopilación de datos en un taller técnico inicial para recopilar datos contextuales en estos factores de riesgo. Para el desarrollo de las guías metodológicas se siguió un proceso de consentimiento informado de forma oral, respetando la confidencialidad y el anonimato de los participantes de cara al análisis de datos.

Todas las guías de entrevista cubrieron los siguientes temas:

- Información general de la comunidad
- Información sobre la situación de la desnutrición en la comunidad y sobre las percepciones de la comunidad en torno a la desnutrición
- Seguridad alimentaria y nutricional y medios de vida
- Agua, higiene, saneamiento y vivienda
- Salud
- Cuidados materno/infantiles
- Salud mental
- Tendencias históricas de desnutrición y salud
- Derechos sexuales y reproductivos, educación y prácticas de matrimonio
- Calendarios estacionales y tendencias históricas
- Estudios de casos de niños/as con desviación positive
- Estudios de caso de niños/as con desnutrición



- Guía para la participación en el ejercicio final de puntuación

Las versiones finales de las guías de entrevista se presentan en el (Anexo II).

## Tratamiento y análisis de datos

Todos los datos recopilados durante la encuesta cualitativa fueron sistematizados mediante grabaciones de audio de todos los grupos focales, con un total de 61 horas de grabaciones, además del ejercicio final de puntuación. Junto con los audios grabados también se tomaron notas para triangular la información obtenida por los audios. Para el análisis de datos cualitativo, en base a las hipótesis de riesgo planteadas, se fue agrupando la información por áreas o temáticas, hasta dar contenido a cada aspecto detallado en dichas hipótesis, siempre teniendo en cuenta la metodología Link NCA.

Después del análisis de los datos, la analista Link NCA asignó calificaciones a las hipótesis causales comprobadas en el campo en base a la siguiente información:

- La prevalencia de factores de riesgo a partir de datos secundarios (donde esté disponible)
- La fuerza de la asociación entre el factor de riesgo y la desnutrición basada en la base de evidencia internacional actual
- Estacionalidad de la hipótesis de desnutrición
- Clasificaciones participativas de la comunidad
- Las calificaciones se asignaron según las clasificaciones Link NCA

La recolección de datos se ha realizado en base a la información secundaria y a una comprensión adecuada de las posibles causas de la desnutrición en la zona, poniendo en marcha un procedimiento de generación de hipótesis, que, en su conjunto, pueden explicar la desnutrición en el contexto de estudio. Estas hipótesis se formularon como factores de riesgo hipotéticos, asociados a mecanismos hipotéticos, que son las vías por las cuales estos factores de riesgo se relacionan y producen efectos.

Los factores de riesgo y mecanismos hipotéticos generados por el equipo Link NCA en la etapa preliminar del trabajo de campo son testeados y consultados en el taller inicial de expertos técnicos, siendo validados antes y después del estudio cualitativo. Una vez que los factores de riesgo y mecanismos hipotéticos han sido analizados y validados, los factores de riesgo y los mecanismos se pueden calificar simplemente de "plausibles".

CATEGORÍA	CRITERIO
FACTOR RIESGO MAYOR	Sin información contradictoria y Fuerza de asociación entre la revisión documental clasificada como [++] o [+++] y



FACTOR DE RIESGO IMPORTANTE	Mayoría de [++] o [+++] en las otras fuentes de información
	Nivel menor de contradicción de información y Fuerza de asociación entre la revisión documental clasificada como [++] o [+++] y Mayoría de [++] o [+++] en las otras fuentes de información
FACTOR DE RIESGO MENOR	Nivel moderado de contradicción de información y Fuerza de asociación entre la revisión documental clasificada como [+] o [++] y mayoría de [+] en las otras fuentes de información
FACTOR DE RIESGO RECHAZADO	Información no contradictoria y Mayoría de [-] o [+] en todas las fuentes de información
FACTOR DE RIESGO NO TESTEADO	Información contradictoria y/o Información obtenida incompleta o no disponible

**Tabla 5. Puntuaciones de clasificación para factores de riesgo hipotéticos**

## Consideraciones éticas

Los principios fundamentales de la investigación humana son: respeto por las personas, beneficencia y justicia:

- Respetar significa respetar que cada persona pueda hacer su propia elección sobre si participar o no y respetar la cultura y las comunidades donde se realiza la investigación.
- Beneficencia significa que los investigadores son responsables del bienestar físico, mental y social de los participantes. La investigación ética debe reducir al mínimo los riesgos del participante. Además, cualquier beneficio para la comunidad debe quedar en claro.
- La justicia significa que los participantes deben ser reclutados de manera equitativa, y el investigador debe garantizar una protección especial para los participantes vulnerables.



Las fechas del trabajo de campo así como la metodología del Link NCA fueron presentadas a los diferentes actores que trabajan en diferentes sectores en la zona, además de los líderes comunitarios. Para este último grupo se pidió el consentimiento oral informado.

Para el resto de participantes en la recolección de datos cualitativos, el equipo desarrolló una guía de presentación explicando la posibilidad de no aceptar la participación en los talleres, sin que este hecho fuera a influenciar el quehacer de ACH en el futuro, sin influenciar la elegibilidad o no de los participantes para los programas actuales o futuros de la organización. También se les presentó el estudio, explicándoles que su opinión era importante pero que no conllevaba la participación directa en otros programas, ni suponía ninguna aportación en dinero, comida u otros beneficios, sino la mera obtención de datos que sirvieran para mejorar el enfoque programático de Acción contra el Hambre en la zona.

A los participantes en los grupos focales, se les solicitó una firma, explicándoles que sus datos eran confidenciales y que esa firma únicamente servía para registro de entrega de los refrigerios otorgados a la finalización de cada grupo focal. A la finalización del estudio en cada comunidad, el equipo Link NCA después del taller de puntaje, ofreció una devolución de resultados sobre los principales datos y conclusiones obtenidos en cada una de ellas.

## Limitaciones del estudio

La metodología Link NCA representa un análisis causal aunque la causalidad no haya sido demostrada desde el punto de vista epidemiológico o estadístico. Un bajo puntaje de confianza para algunos resultados significa que la información recopilada no es suficientemente contundente y requiere por tanto un mayor desarrollo de investigación.

Los análisis presentados en este estudio son válidos para la población del área estudiada, pero no se pueden extrapolar a otras regiones de Guatemala a pesar de la existencia de algunas similitudes con el área estudiada. Durante el trabajo de campo, pudiera existir al inicio del mismo ciertas expectativas por la comunidad de obtener beneficios claros y directos derivados del estudio, sin embargo, el equipo Link NCA hizo un esfuerzo extra para detallar minuciosamente el significado de los talleres, como parte de un estudio, y no la definición o identificación de un programa o proyecto ni de posibles beneficiarios para un hipotético proyecto.

Durante los talleres de expertos/as, de forma natural estos pudieron verse tentados a posicionar más fuertemente aquellas áreas o sectores de su propia experiencia, sin embargo, el equipo Link NCA logró limitar esta tendencia involucrando de forma multi-sectorial a todos los participantes en todos los ejercicios desarrollados en dichos talleres. La encuesta cualitativa informa sobre la percepción de las comunidades y las causas de la desnutrición. Este es un aspecto esencial de la encuesta, pero también debemos ser conscientes de cómo estas percepciones pueden diferir de una causalidad más objetiva. Sin embargo, se establecieron diálogos fructíferos y de comprensión mutua, aunque las palabras o expresiones utilizadas abordaran la desnutrición desde los conocimientos y percepciones locales.

La percepción de lo que es o no la desnutrición, y si es considerada o un problema, ha supuesto una diferencia de opiniones entre los técnicos y expertos locales y las comunidades. De forma más detallada, las prácticas o tendencias de cuidados que han sido nombradas por los técnicos locales en algunas



ocasiones diferían de forma evidente con el pensamiento de las personas de las comunidades. Los datos cualitativos que aquí se presentan, intentan exponer con la mayor consideración ética de la antropología y la sociología, aquellos aspectos que para los miembros de la comunidad forman parte de un imaginario colectivo, sin pretender juzgar su importancia ni veracidad en términos objetivos derivados de la práctica médica occidental, sino exponer las controversias principales y las rupturas reiteradas entre los discursos que provienen de fuera de la comunidad con aquellos que provienen de dentro.



# RESULTADOS LINK NCA

## 1/TALLER INICIAL DE TRABAJO CON EXPERTOS TÉCNICOS

### Hipótesis causales identificadas

El 21 de noviembre del 2017, ACH organizó en el municipio de Chiquimula, un taller técnico inicial con expertos nacionales y locales que están implicados en sectores relacionados con la lucha contra la desnutrición en diferentes campos como; seguridad alimentaria, agua y saneamiento, nutrición, salud, prácticas de cuidados, educación y ciencias sociales.

Los objetivos de este encuentro fueron por un lado, identificar los grupos vulnerables a la desnutrición en las zonas de intervención del estudio, y por otro, validar las hipótesis iniciales de las causas de la desnutrición propuestas por el analista Link NCA que fueron la base inicial de datos e hipótesis a validar durante la recolección de datos en el trabajo de campo.

### Hipótesis causales iniciales

En el taller técnico inicial, expertos de diversos sectores, directa o indirectamente relacionados con desnutrición, estudió y validó 18 hipótesis causales para ser evaluadas en la encuesta cualitativa.

#### Hipótesis A: Prácticas inapropiadas de lactancia

- Amamantamiento no exclusivo los primeros 6 meses, introducción temprana de café, infusiones y purgas infantiles, además de caldo de agua de frijol.
- Lactancia materna con destete precoz antes de los 24 meses, sobre todo en casos de embarazos no espaciados.
- Técnicas inadecuadas de amamantamiento, escaso tiempo de lactancia y baja frecuencia de los amamantamientos.
- Escaso conocimiento de las madres sobre la lactancia materna.

#### Hipótesis B: Prácticas de alimentación complementarias inapropiadas



- Escaso conocimiento de las madres/padres sobre las necesidades nutricionales infantiles a partir de los 6 meses de edad, su introducción progresiva y la necesidad de diversificar la dieta y proporcionar suficiente cantidad de alimento. (Sólo tortilla, frijol o banano, por no tener acceso ni disponibilidad de otros alimentos).
- La edad de introducir alimentos complementarios es muy temprana o tardía (no se hace de manera oportuna y se relaciona con la disponibilidad de alimento).
- Una atención suficiente en términos de tiempo y dedicación de las madres/padres para las prácticas de alimentación complementarias depende en gran medida del número de hijos/as y el espaciamiento de embarazos (cuántos más hijos/as y menos espaciados menor tiempo de atención).
- Las creencias en torno a las necesidades de comida de niños/as están basadas en imaginarios sociales compartidos (la carne y las verduras debilitan al niño/a porque no tienen alimento, como el maíz, además de los relacionados a los “sustos” que son creencias locales en torno a caídas o vientos que los niños/as agarran y que producen enfermedades).
- Existe una creencia de que las niñas necesitan menos cantidad de alimentos que los niños.
- Cuando en una misma familia se cuenta con varios hijos/as, la cantidad de alimentos decae considerablemente.

### **Hipótesis C: Malnutrición de las madres**

- Las madres embarazadas o lactantes no tienen condiciones para aumentar la ingesta de comida, ni diversificar su dieta, lo que contribuye a un alto riesgo de anemia y otras deficiencias nutricionales.
- La vulnerabilidad de la desnutrición aumenta cuando son madres solteras o han tenido embarazos poco espaciados.
- \* Se añadió en el taller: Las madres embarazadas no acuden a los controles prenatales ni a la suplementación.

### **Hipótesis D: Embarazos tempranos**

- Las prácticas sociales determinan uniones tempranas entre los 14 y 17 años.
- No existe educación en salud sexual y reproductiva en las escuelas ni en la comunidad
- Existen relaciones desiguales entre mujeres y hombres \* Que dan lugar a violencia sexual (añadido en el taller)
- No existe dentro de la comunidad una cultura de prevención del embarazo adolescente que sea fomentada desde varios actores comunitarios



- Existen prácticas que incitan a convenir matrimonios en edades muy tempranas.

### **Hipótesis E: Nacimientos poco espaciados**

- Las familias extensas son consideradas la forma más común de familia, con una media de más de 6 hijos/as por mujer.
- Escaso uso de anticonceptivos efectivos y de forma regular. El acceso a anticonceptivos está valorado negativamente en la comunidad, ya que los hombres de la misma lo consideran innecesario, y cuando las mujeres planifican suelen hacerlo ocultándolo a sus esposos.
- Las mujeres no pueden decidir libremente sobre si quieren quedar o no embarazadas, dependiendo de la opinión de los hombres.
- Las familias con nacimientos poco espaciados tienen más probabilidades de tener hijos/as con desnutrición.
- La fuerte presencia de distintas tipologías de Iglesias y cultos que se oponen a la planificación familiar representan una fuerte influencia para las familias.

### **Hipótesis F: Las madres no cuentan con suficiente apoyo**

- Las madres de familia cuentan con escaso apoyo proveniente desde fuera de su unidad familiar, sin establecer relaciones de apoyo con amistades o vecinas o mujeres de los entornos más cercanos, por lo que las labores de cuidados caen exclusivamente en ellas.

### **Hipótesis G: Bajo peso al nacer**

- Los niños/as nacen con bajo peso que puede estar asociado a la malnutrición de la madre durante el embarazo o a embarazos poco espaciados.
- La atención prenatal de las madres es escasa.

### **Hipótesis H: La desnutrición no es percibida como una preocupación**

- La percepción social de la desnutrición es percibida como un elemento aleatorio a las condiciones de vida de la familia



- La desnutrición no se percibe como un problema que necesite una solución
- La desnutrición \* crónica (añadido en el taller) forma parte de la cotidianidad de la comunidad
- Cuando los niños/as se enferman, los padres/madres no relacionan los síntomas de la enfermedad con causas asociadas a la nutrición o a las condiciones de vida.
- Existen varias creencias locales sobre por qué se enferman los niños de desnutrición, que están relacionadas siempre con supersticiones o casualidades y que requieren soluciones no asociadas a tratamientos médicos occidentales.
- La responsabilidad de padres/madres y comunidad en la desnutrición no es percibida, únicamente cuando se acude a los centros de recuperación nutricional o de salud.

### **Hipótesis I: Comportamiento inadecuado de cuidados de salud/ alimentación:**

#### **Salud**

- \*Se quita durante el taller: La desparasitación de niños/as menores de 1 año es escasa en la atención médica.
- Las familias no conocen ni identifican las enfermedades parasitarias ni la atención médica que debe proporcionarse.
- Las prácticas tradicionales no contemplan la desparasitación con medicina occidental, encontrando varias formas previas a la atención médica (remedios).
- Escasa conciencia de la necesidad de higiene (niños/as), que no son acompañados a lavarse o a defecar u orinar (no se controlan sus prácticas, lavado de manos etc).
- \* Se quita durante el taller: Escasa conciencia de la importancia de la gestión de desechos sólidos/líquidos
- Escasa conciencia de contar con letrinas adaptadas a cada grupo específico de la comunidad, en donde mujeres y niños/as puedan acudir sin riesgos.

#### **Pobreza y pobreza extrema**

La escasa disponibilidad de recursos económicos impide:

- Compra de medicinas
- Acudir a puestos de salud con mayor regularidad



- Escasa disponibilidad de productos de higiene
- No se cuenta con utensilios adecuados para la preparación de comida, ni su almacenamiento.

### **Distribución desigual entre mujeres y hombres**

- Los hombres consideran que las responsables del cuidado de los hijos son las mujeres y cuando los niños/as enferman, culpabilizan a las madres de un mal cuidado.
- Las madres no cuentan con suficiente tiempo para el cuidado de sus hijos/as, hecho que se agrava a mayor número de hijos/as.
- Las prácticas sociales no valoran la supervisión permanente de los niños/as, aunque sean muy pequeños.
- Los hijos/as cuidan unos de otros, aunque sean muy pequeños. Las hijas, fundamentalmente, se encargan de las tareas del hogar y del cuidado de sus hermanos.
- Los hombres no realizan actividades de cuidado de los hijos/as.
- Las madres no tienen tiempo para desarrollar habilidades, competencias y capacidades en sus hijos/as.
- Las muestras de cariño/acercamiento entre madres/padres e hijos/as son escasas.
- La supervisión y control de la ingesta de comida por parte de madres/padres es insuficiente y no controlada (los niños deben comer por si solos de forma temprana), sin que se insista a la niñez a terminar su ración de comida proporcionada.

### **Alimentación**

- Los niños/as comen en el suelo, utilizando las manos para la ingesta de alimentos ya que no hay cubiertos suficientes.
- La distribución de la comida a los niños/as no se realiza de forma regular ya que la disponibilidad de alimentos es muy variable.
- Los alimentos no son lavados con agua segura (frutas, verduras) para eliminar posibles parásitos.
- Los alimentos en mal estado, debido a la escasez, se siguen consumiendo.
- Los utensilios para la preparación de alimentos no están adecuadamente limpios para la preparación de las comidas.



### **Hipótesis J: Escasa disponibilidad y calidad de agua segura para ingesta**

- Escasos puntos de acceso a agua para consumo humano.
- Escasa infraestructura de acceso a agua en los hogares y mantenimiento insuficiente debido a la falta de recursos comunitarios.
- Almacenamiento inadecuado de agua para consumo humano.
- Preparación de bebidas y alimentos con agua no potable.
- Bajo acceso y uso de técnicas de tratamiento de agua potable.

### **Hipótesis K: Escaso abastecimiento de agua doméstica**

- Escasa disponibilidad de agua para la higiene personal.
- Orografía montañosa que dificulta tener infraestructura permanente de fuentes y puntos de acceso a agua, con acceso estacional.
- Escasa disponibilidad de agua para limpiar utensilios de cocina después de su uso.
- Escasa disponibilidad de agua para limpieza de hogar o prendas de vestir.

### **Hipótesis L: Escasas instalaciones de saneamiento**

- Inexistencia de letrinas para desechos humanos
- Malas condiciones de las fuentes de agua disponibles (contaminación, escaso mantenimiento)
- Disponibilidad de agua de forma intermitente dependiendo de las condiciones climáticas y de la temporada
- Inexistencia de basureros controlados y mantenimiento de los mismos
- Transmisión de enfermedades y existencia de plagas
- \*Añadido en el taller: Tratamiento de aguas grises escaso

### **Hipótesis M: Escasas condiciones de habitabilidad en las viviendas**

- Las viviendas son de un único espacio para todas las actividades del hogar (dormir, cocinar)



- Las cocinas están dentro del espacio y el humo contamina y produce enfermedades
- Las condiciones de piso, paredes, techo, (cartón, plástico) no ofrecen condiciones mínima de habitabilidad
- Las condiciones favorecen la aparición de vectores, parásitos y enfermedades transmisibles.
- Cuando las familias tienen animales de cría éstos viven con las familias dentro de los hogares.
- \*Añadido en el taller: Condiciones de hacinamiento con problemáticas asociadas

#### **Hipótesis N: Bajos ingresos debido a la inestabilidad de las fuentes de ingresos y / o la falta de actividades generadoras de ingresos.**

- No existen fuentes generadoras de ingresos de forma permanente.
- Las fuentes generadoras de ingresos a través de las migraciones estacionales (para la recogida de caña o café) no proporcionan ingresos suficientes y durante esa migración no existe buena disponibilidad de granos básicos para las mujeres e hijos/as que quedan en las comunidades.
- No hay excedentes de producción de granos básicos que les permitan realizar la venta para obtención de ingresos.
- La pobreza y pobreza extrema es generalizada por lo que no se pueden construir nuevas formas de generar ingresos (servicios) ya que no tendrían demanda.
- Bajo nivel educativo de hombres y mujeres.
- \*Añadido en el taller: No se respeta el salario mínimo interprofesional de Guatemala en los trabajos del campo.

#### **Hipótesis O: Baja producción de agricultura (frijol, maíz, sorgo y eventualmente algún otro producto)**

La baja producción agrícola, aunque sea de subsistencia puede contribuir a la escasez de recursos financieros, el acceso limitado a los alimentos y la escasa diversidad de la dieta. Puede ser causado por una disponibilidad limitada de tierra, donde la titularidad de la tierra es un factor importante para poder producir granos básicos en la corta temporada de producción (de 3 a 6 meses), produciendo en este orden; maíz, frijol y maicillo (sorgo). Esto se puede deber a:

- Escasa o nula titularidad de la tierra.
- Condiciones de renta de parcelas de baja calidad y precio fluctuante.
- Escasez de tierras de propiedad o renta con calidad para la producción.



- Cambios climáticos y ausencia de lluvias.
- Escasa producción de ganadería por dificultades en el mantenimiento de la salud de pequeños animales de producción (insalubridad, escaso acceso a agua y a comida para los animales).
- \*Añadido en el taller: Baja producción de hortalizas.

### **Hipótesis P: Limitado acceso a comida**

Comunidades alejadas de mercados de intercambio o venta, debido a las malas condiciones del camino o a la lejanía de servicios básicos. Además de eso, el limitado acceso a comida viene determinado por la capacidad económica de adquirir otros productos, al no tener ingresos económicos suficientes.

- Comunidades en situación de pobreza y pobreza extrema.
- Como las cosechas de frijol, maíz y sorgo son temporales (6 meses al año) dependen mucho de las condiciones climáticas, la calidad de la tierra y la cantidad de grano básico que se haya podido producir. Por lo que dicha producción, a la hora de acumularse para el resto de los meses, puede fluctuar en las familias, encontrando años o periodos en donde la acumulación no ha sido suficiente, por lo que la familia no cuenta con el mínimo abastecimiento de granos básicos para la época de migración (si es que se puede encontrar trabajo) y por tanto no existe disponibilidad de comida ni medios económicos para comprarla.
- Bajos rendimientos de las cosechas.

### **Hipótesis Q: Escasa Diversidad de Dieta**

- No existe diversidad de productos a nivel local/comunitario, ni en intercambio, compra o recogida directa (árboles o plantas).
- Las prácticas tradicionales tienen como núcleo el consumo de granos básicos y eventualmente algunas frutas, hierbas y verduras estacionales.
- La canasta de alimentos básicos habitual no incluye proteínas animales (fuera del alcance económico de la mayoría) ni el consumo amplio de verduras o frutas, si no están disponibles en el cultivo, por lo que las prácticas de alimentación generan hábitos en base a los productos disponibles únicamente.
- Pueden existir creencias en torno a que determinados grupos de edad o condición deban comer una serie de alimentos y limitar otros, generando prácticas perjudiciales para diversificar la dieta.
- Falta de recursos económicos para diversificar la dieta.
- Falta de conocimiento sobre la importancia de la dieta diversa y de cómo diversificarla con la disponibilidad de alimentos con los que se cuenta.



### Hipótesis R: Gestión inadecuada de los recursos familiares

- Recursos familiares económicos muy limitados a la migración estacional en la búsqueda de trabajo, la capacidad de conseguir una buena parcela de cultivo
- Alta vulnerabilidad a riesgos asociados a múltiples variables en torno al clima, la fluctuación de precios, la disponibilidad de tierra para cultivar y la disponibilidad de otros ingresos económicos posibles
- Puede existir una tendencia de control de recursos (granos básicos, económicos u otros) del hombre hacia la mujer, controlando los recursos familiares de forma inadecuada, dando prioridad a otros elementos (bebida, distribución de la comida)
- Escasa disponibilidad de recursos y toma de decisiones sobre esos recursos (económicos, de cultivo y otros) por parte de las madres de familia.

## Media de ejercicio de puntuación de hipótesis causales iniciales realizada por los expertos técnicos

Posteriormente, en el taller se les invitó a categorizarlos según su contribución prevista en desnutrición en el área de estudio en la escala de 1 (se espera que el factor de riesgo contribuya marginalmente a la desnutrición) a 5 (se espera que el factor de riesgo contribuya sustancialmente a la desnutrición). Los resultados de este ejercicio se presentan en la tabla a continuación.

Clasificación de hipótesis	No importante	Menor	Importante	Mayor
Media de Notas	Inferior a 1	de 1 a 2,4	de 2,5 a 3,9	de 4 a 5



Hipótesis A Prácticas inapropiadas de lactancia	4,538
Hipótesis B Prácticas de alimentación complementarias inapropiadas	4,461
Hipótesis C Malnutrición de las madres	3,692
Hipótesis D Embarazos tempranos	3,923
Hipótesis E Nacimientos poco espaciados	4
Hipótesis F Las madres no cuentan con suficiente apoyo	3
Hipótesis G Bajo peso al nacer	3,692
Hipótesis H La desnutrición no es percibida como una preocupación	3,923
Hipótesis I Comportamiento inadecuado de cuidados de salud/ alimentación	4,23
Hipótesis J Escasa disponibilidad y calidad del agua para beber	4,769
Hipótesis K Escaso abastecimiento de agua doméstica	3,923
Hipótesis L Escasas instalaciones de saneamiento	4,307
Hipótesis M Escasas condiciones de habitabilidad en las viviendas	4,538
Hipótesis N Bajos ingresos debido a la inestabilidad de las fuentes de ingresos y / o la falta de actividades generadoras de ingresos.	4,538
Hipótesis O Baja producción de agricultura	4,307
Hipótesis P Limitado acceso a comida	3,384
Hipótesis Q Escasa Diversidad de Dieta	4,615
Hipótesis R Gestión inadecuada de los recursos familiares	3,692

**Tabla 6. Categorización de los factores de riesgo por los expertos técnicos**

Las hipótesis J y Q fueron consideradas como las principales hipótesis e hipótesis A, B, M y N como hipótesis secundariamente importantes por los expertos técnicos. Las hipótesis originales obtuvieron principalmente una nota de confianza alta, con un puntaje de calificación promedio de 4,085.



## **GRUPOS NUTRICIONALES IDENTIFICADOS COMO VULNERABLES**

Los siguientes grupos nutricionales han sido identificados como vulnerables a la desnutrición:

- Niñez menor de 5 años.
- Mujeres embarazadas y lactantes.
- Mujeres menores de 19 años.
- Mujeres jefas de hogar.
- Personas con discapacidad.

# **CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA**

## **CARACTERIZACIÓN DE LAS COMUNIDADES LINK NCA**



## del Jocotán Centro)

Las  
Talquezal y  
pertenecen  
Jocotán,  
ambas a  
minutos de  
Jocotán.  
ambas  
requiere



## Comunidades Municipio de (La Ceiba y Talquezal

comunidades de  
La Ceiba  
al municipio de  
encontrándose  
una hora con 25  
distancia de  
Para llegar a  
comunidades se  
caminos

diferenciados porque entre ellas no hay conexión. Son comunidades que se encuentran en una orografía de montaña con alta inclinación, en donde existen lluvias frecuentes y humedad.

En La Ceiba, la pista termina al llegar al centro comunitario. El centro comunitario es de las pocas casas de block con piso de cemento. No cuenta con letrina comunitaria y el espacio suele usarse para las distintas reuniones comunitarias. En la Comunidad residen 116 familias repartidas a ambos lados del camino, ladera arriba de la montaña, pero también hacia el punto más bajo del valle. Existen graves problemas de derrumbes y de grietas en las casas sobre todo las cercanas a la quebrada (punto más bajo del valle).



*Figura 7. Vista de la Ceiba.*

Talquezal cuenta con un acceso más difícil que la Ceiba, por otra carretera, donde la comunidad más cercana es Barbasco, a aproximadamente una hora de camino. La entrada a Talquezal ha sufrido varios derrumbes por las lluvias, llegando a quedarse incomunicada hasta tres meses al año, solo pudiendo acceder a la misma caminando desde el derrumbe. Talquezal, al igual que la Ceiba, se encuentra en una ladera montañosa, donde residen 138 familias, encontrándose las casas a ambos lados del camino. Existen graves problemas de derrumbes y de grietas en la mayoría de las casas, siendo 30 familias especialmente afectadas con riesgo de colapso inminente.



*Figura 8. Talquezal al fondo y situación de la de entrada a la comunidad en época*



*pista  
seca.*



## Comunidades del municipio de Camotán (El Guayabo Escuela y Filincas Centro)

Las comunidades de Camotán se encuentran a 45 minutos desde la salida de Caparjá sobre un camino de pista forestal que no suele tener problemas de acceso. La comunidad de El Guayabo se encuentra situada antes que Filincas, con una distancia caminando entre ellas de una hora (dato especialmente relevante ya que El Guayabo cuenta con nivel básico de educación y Filincas no, por lo que los estudiantes que quieren o pueden seguir su educación tienen que caminar ese trayecto, existiendo problemas latentes de seguridad para las niñas/os estudiantes que van solas). Las comunidades de Camotán, a diferencia de las de Jocotán, se encuentran situadas en una orografía también montañosa pero de menor altitud, con mayor extensión de tierra y menos inclinación, aunque Filincas se extiende desde lo alto de la colina hasta la base del valle, siendo este valle muy amplio y percibiéndose al fondo la frontera con Honduras. El clima es más soleado durante todo el año y el calor en los meses de verano es más intenso, además de tener menor disponibilidad de agua.



*Figura  
9. Vista*

*desde el centro  
comunitario de Filincas  
Centro*



*Figura 10. Comunidad de El Guayabo Escuela*



## Desnutrición

Desde hace más de 50 años, la región chort'i ha sido foco de atención internacional en términos de comprensión de las prácticas de nutrición, aunque no es hasta finales de los años ochenta que encontramos una literatura sociológica y antropológica del significado del hambre para la comunidad chort'i. La mejora de la situación nutricional en el área ha sido objetivo reiterado de propios y ajenos, así, durante más de 20 años se cuenta con la presencia de ONGD nacionales e internacionales, iglesias e instituciones del estado enfocadas de promover a través de un enfoque desarrollista, una mejora de los indicadores clave que miden la desnutrición.

Este estudio Link NCA, pretende acercar la brecha existente entre aquellos estudios más recientes, de naturaleza más antropológica y sociológica, con aquellos estudios con una visión desarrollista/evolucionista, que dejan al margen el concepto del hambre como algo más allá que meros fenómenos temporales de escasez de alimentos.

Es por ello que para Guatemala, el desarrollo de la encuesta cualitativa Link NCA es la herramienta fundamental para entender la interpretación de la desnutrición y la interacción de las comunidades con esta condición. El estudio de la terminología local es una puerta de entrada para comprender el contexto sociocultural local, en el cual el fenómeno de la escasez de alimentos ha estado presente, desde los abuelos hasta las generaciones más jóvenes.

## Salud

La situación de salud en las 4 comunidades es precaria, debido a la falta de agua potable entubada, a unas condiciones de vida e higiene desfavorables, así como una tasa de cobertura de salud muy baja, acentuada por los escasos servicios de proximidad existentes. En tres de las comunidades existe un puesto de salud de nivel primario preventivo, de la red pública de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), establecido para poblaciones de menos de 1,500 habitantes, los cuales proporcionan los siguientes servicios<sup>13</sup>:

- Control de mujeres embarazadas
- Atención primaria a enfermedades
- Control puerperio y coordinación con comadrona(s) locales
- Control peso-talla de niños/as menores de 2 años
- Vacunaciones gratuitas
- Métodos de planificación familiar gratuitos
- Suplementación vitamínica materno-infantil

---

<sup>13</sup> Lista de servicios obtenida en las entrevistas en los puestos de salud que estaban operativos durante el trabajo de campo cualitativo del Link NCA.



Dichos servicios se ofrecen por los recursos humanos del MSPAS establecidos en la zona; enfermeros comunitarios (1 año de formación) o auxiliares de enfermería materno neonatales. La normativa nacional establece un horario de atención de 8 horas de lunes a viernes, con servicios de promoción, prevención y curación de enfermedades. La realidad muestra que en las tres comunidades con puesto de salud, el horario de atención es de 8h a 16 h, el recurso humano establecido es escaso y los suministros con los que cuentan, insuficientes para la atención de dichas poblaciones.

En la comunidad de Talquezal Centro, debido a las malas condiciones de acceso a la comunidad, el puesto de salud durante todo el proceso Link NCA permaneció cerrado, sin atención continuada del puesto de salud. Esta comunidad sufre de forma crítica la distancia hasta otros puestos de salud de comunidades colindantes, no encontrándose a menos de dos horas ningún servicio de atención a la salud.

La comunidad de La Ceiba, cercana a Talquezal, no cuenta con un puesto de salud propio, sino que tiene que acudir al Centro de Salud de la Palmilla, situado a 45 minutos caminando. A pesar de que esta distancia puede parecer asumible, la restricción de horarios de atención, junto con la no permanente apertura del Centro de Salud, hace que los comunitarios de La Ceiba deban primero preguntar si ese día está abierto el Centro de Salud y posteriormente emprender el viaje, sabiendo que perderán entre 3 y 4 horas, por lo que la desconfianza en el sistema de salud es escasa e infrautilizada.

Tanto en la comunidad del Guayabo como en Filincas, la atención de los puestos de salud es continuada, con dos auxiliares enfermeros/as de forma permanente, que ofrecen todos los servicios. En ambas comunidades, el trabajo con las comadronas locales ha sido fundamental para mejorar la salud materno-infantil e iniciar una sensibilización en métodos de planificación familiar, que no son utilizados todavía ampliamente por la población.

De media, en cada puesto de salud se atienden entre 20 y 30 consultas diarias, generalmente por tos, diarrea y fiebre. Las principales enfermedades reportadas en niños/as menores de cinco años son respiratorias, gastrointestinales y dermatológicas. Los problemas de salud son más ocurentes en la época de escasez de alimentos, donde además las temperaturas son más altas y la disponibilidad de agua es menor.

En Talquezal y La Ceiba existen verdaderos problemas de agrietamiento no sólo de las casas sino también de los terrenos. Las casas en mal estado son más propicias a sufrir plagas de insectos (chagas) que se instalan en los orificios abiertos. En Filincas se reporta que las chinches picudas están prácticamente en todos los hogares de bajareque, reportando durante 2017 diez casos en el consultorio, con una muerte de un menor asociada.

Las medicinas con las que los puestos de salud afrontan los cuadros clínicos, son escasas y poco diversas. Así, cuentan con antibacterianos, analgésicos no opiáceos, antihistamínicos (escasos), cremas anti fúngicas, anti protozoarios, anti anémicos, desinfectantes y antisépticos, sales rehidratantes, anticonceptivos inyectables y vitaminas.

Tal y como el estudio cualitativo expuso, existen grandes diferencias en el uso y percepción de los servicios de salud dentro de las comunidades. Sin embargo, en todas ellas la gran mayoría de los nacimientos ocurren en el hogar, únicamente con la asistencia de familiares y ocasionalmente con la asistencia de la comadrona. Existe un recelo generalizado a acudir al hospital más cercano en el momento del parto, derivado de las dificultades económicas para emprender el regreso a casa con un recién nacido, así como las prácticas de higiene y comida que proporciona el hospital, que son contrarias a las prácticas culturales y sociales de la región chort'i.

El MSPAS, junto con otras instituciones de gobierno y organizaciones, trabaja de forma coordinada para tener un registro fiable y actualizado de los posibles casos de desnutrición aguda que puedan identificarse en la zona, así como la medición constante de la desnutrición aguda siguiendo los estándares internacionales. Existen



mecanismos por los cuales al identificar un caso grave de desnutrición, se ponen a disposición los recursos materiales y humanos para trasladar al menor a un hospital (con sala de recuperación nutricional) o centro de recuperación nutricional (CRN), donde generalmente las madres acompañan a sus hijos/as durante el periodo que estén internados. En los grupos focales, al menos un 35% de madres participantes reconocían haber llevado a alguno de sus hijos/as en alguna ocasión al hospital o CRN por “la enfermedad de la desnutrición”. En estos grupos focales, varias mujeres manifestaron la muerte de alguno de sus hijos/as por dicha “enfermedad”.

## Nutrición y Prácticas de Cuidados

El patrón de alimentación del área de estudio se basa en el consumo de maíz en varias formas, predominando la tortilla, junto con frijoles y café. Dependiendo de la disponibilidad estacional, algunas frutas como el banano o la naranja pueden ocasionalmente consumirse, así como hierba mora en caldo.

El análisis de la diversidad de la dieta proveniente del estudio cualitativo, nos indica una baja diversidad y un no suficiente valor nutricional de la dieta. Para las comunidades chort'i entrevistadas, los alimentos se distinguen entre fríos y calientes, no dependiendo de su forma de preparación sino de creencias relacionadas con sus propiedades o naturaleza.

Con respecto a la alimentación de bebés y niños pequeños, las madres en el área de estudio practican la lactancia materna de forma exclusiva al menos hasta los seis meses, prolongándose en la mayoría de los casos hasta el nuevo embarazo. La administración de vacunas es generalizada y aceptada socialmente. Debido a la sobrecarga de trabajo, la lactancia después de los seis meses se espacia, insertando pequeñas porciones de tortilla de maíz, frijol y café. Tal y como señalan los profesionales de salud, los niños a partir de los seis meses son más vulnerables a bajar de peso que durante la lactancia exclusiva, por una ingesta de comida irregular, con agua no potable y escasamente supervisada.

Las mujeres y los niños/as pasan alrededor de 7-8 horas al día en la cocina, preparando la comida. El chorro de agua, si se dispone, se encuentra fuera de la casa y generalmente está acompañado de una pila de lavado y almacenamiento, aunque varían mucho las condiciones en las que están dichas pilas. En todas las comunidades se señalan problemas de disponibilidad de agua al menos 2 días a la semana, o bien porque algún tubo se rompe o bien porque no existe mucha disponibilidad de agua, elemento que se acentúa en época de sequía en donde pueden pasar hasta 10 días sin agua en el chorro.

En los grupos focales para las 4 comunidades, las mujeres explicaron cuales son los utensilios esenciales que pertenecen a una cocina; una olla para el maíz, otra para el frijol y otra para el café. El agua se almacena en cántaros (no siempre se tienen, o no están en buen estado, son de plástico) o bidones en el caso de que se dispongan (el PMA repartió algunos en Filincas). No existe para el caso de Talquezal y La Ceiba ollas específicas donde hervir el agua, y como se verá en el análisis de resultados, las prácticas indican que; (1) Apenas se bebe agua, por el sabor y porque no es costumbre beberla sola (2) Cuando se bebe sola, es porque hace mucho calor y no se espera a hervirla, se bebe directamente del chorro. (Las personas que no tienen chorro y traen agua de las quebradas o pozos si intentan hervir el agua cuando beben el agua sola). Sin embargo, la forma más común de beber líquidos es el café, el cual se prepara en una olla grande varias veces al día, siendo almacenado en esa misma olla. El café, para que no se queme no debe hervir fuerte, por lo que se prepara en unos 4 o 5 minutos y por tanto el agua nunca llega a hervir el tiempo suficiente para eliminar residuos y bacterias. Uno de los elementos



que distingue “estar mejor” económicamente hablando, es el hecho de poder comprar azúcar para el café, por lo que los paladares de adultos y niños/as se acostumbran a que en las épocas mejores, todo sabe “más dulce”, incluido el café.

Además de estas tres ollas, siempre se cuenta con una cuchara grande para remover el frijol y en función de los integrantes de la familia, se cuenta con una taza o vaso para cada persona, así como un cuenco o plato. Las cucharas se utilizan para comer el frijol en algunos casos, pero no siempre, ya que por lo general el frijol se come junto con las tortillas, utilizando éstas a modo de cuchara. Cuando los niños/as mayores de seis meses empiezan a probar el sabor del frijol, primero en caldo únicamente y luego comiendo las legumbres, no suelen utilizar cuchara para ello.

Prácticamente todos los hogares visitados tienen animales de cría, como; chumpes, pollos, gallinas, gallo y patos. Éstos se consiguen por programas de Cáritas o del PMA en la comunidad, para su engorde y venta en caso de necesidad. En general, dichos programas reparten también alimento para los animales, pero éste rápidamente se acaba. Las familias conocen la importancia de mantener a los animales de cría separados de la cocina o del hogar, para evitar que los niños/as se ensucien o coman los excrementos de los animales. Al no tener recursos para alimentar con pienso o maíz a dichos animales, lo que se hace es soltarlos por las inmediaciones del hogar para que se alimenten por sí mismos con lo que puedan, dándoles paso libre por toda la casa. Es así, como únicamente en la mayoría de las casas de niños/as con desviación positiva, hemos visto que los animales no estaban ocupando espacios donde los niños/as están. En los demás hogares, los animales están en la cocina, comen de los platos de los niños y beben del agua de los cántaros.

## Seguridad alimentaria y medios de vida

En promedio, para el año 2014, según la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI), las familias guatemaltecas gastaban el 48% de sus ingresos a la compra de alimentos, un porcentaje muy superior del promedio latinoamericano. Para el año 2017, el salario mínimo diario fue de Q86.90 para los trabajadores agrícolas y no agrícolas y de Q79.48 para los del sector exportador y de maquila. Con la bonificación incentivo hacen un total mensual de Q2 mil 893.21 y Q2 mil 667.52, respectivamente. La Canasta Básica (CBA) es una herramienta del Instituto Nacional de Estadística (INE) que calcula la cantidad, diversidad y precio de los alimentos indispensables que una familia media guatemalteca (3,16 hijos por mujer 2016) necesita para cubrir las necesidades familiares. Para el año 2017, la CBA suponía un coste diario por familia de Q135.98, suponiendo al mes Q4,078.14 por familia, siendo muy superior a las posibilidades de ingresos familiares en donde existe un único proveedor, lo que explica cómo la desnutrición crónica está tan presente en todo el país.

Para el caso de los trabajadores del campo, concretamente en la zona de estudio del Link NCA, el salario promedio de un día trabajado, de forma informal siempre y sin ningún contrato, es de entre 35 y 50 quetzales al día, durante un máximo de 3 a 5 meses que duran las posibilidades de trabajo por cuenta ajena para productores agrícolas. Aunado a este hecho, en los meses de trabajo estacional, no se consigue trabajar de forma ininterrumpida, no pudiendo garantizar la CBA ni siquiera en los meses de trabajo y no pudiendo ahorrar dinero para los meses de hambre estacional.

La estructura socio-económica de la zona permite distinguir cuatro grupos poblacionales, que se diferencian entre sí por el acceso a la tierra, tanto en calidad de la misma como en cantidad. La población chort'i pertenece al grupo en situación de extrema pobreza, los cuales producen granos básicos en tierras rentadas, migrando



estacionalmente para vender su mano de obra. También pertenece al grupo en situación de pobreza, donde a veces se producen granos básicos de forma propia (en tierra propia) pero con rendimientos muy bajos.

Luego están los grupos poblacionales en mejor situación, que pueden producir granos básicos con rendimiento mayor, además de poseer algún negocio o empleo más estable, o aquellos que cuentan con suficiente propiedad de la tierra como para consumo y exportación.

La relación entre estos cuatro grupos se da alrededor de la producción agrícola, para la cual los más adinerados contratan la mano de obra de los más pobres y les arriendan tierras, con extensiones escasas para un rendimiento adecuado y de baja calidad. Asimismo, desde los primeros meses de la cosecha, los grupos acomodados compran el maíz y el frijol a los más pobres, justo cuando el precio es el menor posible, granos que luego acaparan para poder venderlos a un mejor precio durante los meses de mayor escasez. La fuente de ingresos de los más pobres es el trabajo agrícola, por la falta de tierra propia para cultivar; el comercio de productos derivados del bosque (madera, leña y ocote); la agricultura en tierras arrendadas o a destajo; la migración estacional a fincas cafetaleras y de caña; y la siembra de frijol en los municipios de Chiquimula. Los grupos de población pobre cultivan maíz y frijol, alcanzando a producir para cubrir de dos hasta cuatro meses de sus necesidades anuales.

## Agua, saneamiento e higiene

En las cuatro comunidades, prácticamente el total de la población cuenta con vivienda en terreno propio. Las distintas narrativas coinciden en señalar que son los padres (tanto hombres como mujeres y a veces los hermanos/as) los que proporcionan, mediante la división de terrenos propios para sus hijos, pequeños terrenos en donde ubicar las casas. Los abuelos/as, en Talquezal y La Ceiba, señalan como en tiempos malos de crisis económica y de hambre, muchas personas vendieron sus mejores terrenos a bajo precio a personas que no eran de la comunidad, que son las tierras que recibieron mejor inversión para el cultivo de café y a donde los comunitarios ahora van a ser jornaleros en la época de recogida.

Las casas están fabricadas de bajareque, que es una mezcla de adobe con paja seca, con el piso de tierra y ocasionalmente el techo de lámina (si tienen dinero) o bien con el techo de Palma. Apenas existen casas realizadas con block, únicamente las de los líderes comunitarios, las tiendas, las iglesias, las escuelas y algunos centros comunitarios (otros son de madera).

Por lo general, la plantación de maíz y frijol para el consumo personal y tal vez algunas matas de café personales, están dentro del perímetro de la casa. La casa cuenta con una cocina, separada de la habitación de dormir (hay un 50% de familias que cuentan con más de una habitación) y las cocinas son realizadas en un 70% de bajareque también, encontrándose las más pobres fabricadas completamente de palma. En las de reciente construcción se aprecian salidas de humo y ventanas suficientemente grandes para no afectar a la respiración, sin embargo, no es lo común. En el resto de cocinas, existe una ventana muy pequeña, generalmente por encima de la altura de la cabeza, que impide una correcta salida de humos teniendo en cuenta que las cocinas son de leña y no cuentan con estufas mejoradas.

Las letrinas suelen estar algo alejadas de la casa-habitación (por lo general las casas tienen un único espacio donde se duerme). Las letrinas son pozos ciegos que van cambiándose de sitio con el tiempo y están construidas de forma muy variada, dependiendo de las condiciones de los hogares. Si existen en algunas casas, las más acomodadas, retretes lavables (con agua y cisterna), pero éstas no representan ni el 5% de las casas de las comunidades (sólo hemos visto en las casas de los líderes comunitarios).



Normalmente las familias cuentan en el terreno donde tienen sus casas con entre 1 a 3 tareas donde pueden plantar maíz, frijol o café (no se suelen dar las tres cosas a la vez, el frijol es la plantación que menos se da dentro de los terrenos de las casas). Esta producción es muy escasa, ya que dos tareas de maíz proporcionan 3 quintales de maíz al año. Lo que se necesita para sobrevivir una familia media (de entre 6 a 8 hijos/as) es al menos 12 quintales de maíz al año y 3 costales de frijol, lo que equivale a 8 tareas por familia de maíz y 4 tareas por familia de frijol. Para el frijol y maíz es necesario abono porque si no la tierra no produce. A veces las familias cuentan con 4 tareas de café, que normalmente consumen. Para el café es indispensable usar pesticidas porque si no las plagas aparecen. Los pesticidas del café matan la posibilidad de que alrededor de las matas de café crezcan de forma natural hortalizas propias del lugar que antes crecían y ahora es difícil encontrarlas, teniendo que ir a buscarlas al monte. Es raro encontrar familias que cuenten con mini-huerto de hortalizas en casa, en parte porque usar el agua del chorro para el mini-riego está prohibido, es decir no existe disponibilidad de agua para el cultivo en casa de pequeñas hortalizas o semillas. Además, para que el huerto en el hogar crezca hay que tener encerrados a los animales de cría, porque si no éstos se comen las semillas.

Promedio de terreno por familia circundante a la casa: 2 a 3 tareas, con escasa posibilidad de renta de la tierra, ya que no hay disponible, los precios son elevados y el primero que llega a pagar se queda con el terreno para esa temporada. Existen asociaciones entre familiares para poder optar a rentas de terreno mayores, aunque estos terrenos suelen estar más alejados, pero es poco común esta asociación. Estableciendo todas las estrategias posibles en torno al cultivo de la tierra, las familias por lo general, nunca llegan a obtener la suficiente cantidad de maíz, frijol y café para la subsistencia de su familia. Tal y como lo explica un hombre de Talquezal “Los que tienen terrenos propios cultivan café, maíz y frijol, otros tiene rentada la tierra para una cosecha. Se renta la misma tierra cada año, no hay espacio, quien llega primero y paga renta, utiliza la tierra más o menos de 6 tareas. Se cultiva en poca tierra, porque ahora se necesita abono para cosechar para 6 tareas cuando se echa abono del más barato, se cosecha de 6 a 7 quintales de maíz, y cuando no se alcanza abonar se cosecha de 2 a 3 quintales. La tierra no es fértil, se desgasta, los dueños solo lo rentan 2 a 3 años y a veces se saca buena cosecha. Antes había poca gente, solo se cultivaba maíz, se limpiaba con machete. En la comunidad hace 10 a 15 años se comenzó a cultivar el café. La fertilidad del suelo se fue acabando, la tierra ya no da cantidad, esta desgastada.” (Talquezal. Grupo Hombres Seguridad Alimentaria y Nutricional).

Las familias por tanto invierten parte de sus recursos en estos cultivos pequeños, pero además participan en el único mercado de trabajo disponible; trabajar en los campos de otros. En los casos de Talquezal y La Ceiba, donde existe cierta importante producción de café de terrenos de personas ajenas a la comunidad, el trabajo de recogida de café se realiza en fincas cercanas, donde también pueden participar hijos/as y mujeres, trabajando por día. También existe la posibilidad de trabajar en fincas localizadas en un radio de 20-30 kilómetros, para lo cual se producen migraciones cortas de entre 10-15 días. En ambas comunidades esta es la preferencia frente a los cortes de caña, que son migraciones más largas y suponen otro tipo de trabajo más duro en términos físicos. La dureza física de la recogida del café recae a la hora de sacar lo que cada persona ha obtenido hasta los puntos en donde los dueños de las fincas pesan y pagan el café recogido. Estos puntos suelen estar a lo largo de la pista de acceso, para facilitar el transporte en pick-up, por lo que en terrenos con tanta inclinación puede suponer horas de traslado ya que cada uno transporta (o la familia) lo “ganado” en el día. El sueldo para un día de trabajo si se recoge 1 quintal de café son 40 quetzales. Las mujeres y los niños suelen recoger unas 3 arrobas, unos 40 kg, por lo que se les paga entre 15 y 25 quetzales el día.

En El Guayabo y Filincas, el precio por día trabajado está en 35 quetzales para el quintal. Estos trabajos suelen suponer todos los ingresos de una familia al año, obtenidos durante los meses de noviembre a marzo. En estas dos comunidades, las estrategias de trabajo son diferentes. El cultivo de café no está tan desarrollado como en las comunidades de Jocotán y las opciones son; (1) ir a las fincas de café de Honduras (2) Migrar por periodos de seis meses a las cañeras (3) Migran a Petén en la cosecha de maíz entre enero y marzo. En estas



comunidades, al realizar migraciones más largas, las esposas y los hijos/as tienen más dificultades de conseguir alimentos ya que dependen del envío de dinero por parte de los hombres.

Comunidad	Grupos organizados
Talquezal	Consejo de Desarrollo Comunitario Grupo de Hogares Saludables Comité de Agua Comité de Emergencia Comité de Escuela Comité de Iglesia Católica Comité de Iglesia Evangelio Completo Grupos de Centros de Aprendizaje para el Desarrollo Rural (CADER) Grupos de mujeres con madres líderes
La Ceiba	Consejo de desarrollo comunitario Grupo del Mini riego Grupo del Huerto Comunitario Grupo de Vigilancia nutricional Comité de Agua Junta Escolar
El Guayabo Escuela	Consejo de Desarrollo Comunitario Comité de Agua (potabiliza el agua de la comunidad) Comité de Emergencia Promotores de Salud
Filincas Centro	Consejo de desarrollo comunitario Comité Escolar Comité de Agua Comité de protección a la niñez y adolescencia (creado frente a casos de necesidad de protección) Comité de Mujeres (más de 8 líderes con una fuerte incidencia comunitaria) Comité de Jóvenes

**Tabla 7. Grupos comunitarios organizados por comunidad.**



Comunidad	Situación de servicios básicos
Talquezal	<p>Agua entubada: Un 80% tiene agua entubada el resto de la población van a traer agua a los pozos que están aproximadamente a unos 300 metros de distancia, en tiempo, a 10 minutos la ida y 10 minutos la vuelta del pozo de agua a la casa.</p> <p>Luz eléctrica: el 80% posee luz</p> <p>Letrinas: pozos ciegos en la mayoría de las casas, las que no tienen van al baño en el terreno circundante a la casa.</p> <p>Hay 5 lugares donde se vende licor en la comunidad</p> <p>Puesto de salud, 2 enfermeras auxiliares</p> <p>Hay una comadrona</p>
La Ceiba	<p>Agua entubada: El 50% tiene agua entubada el otro 50% van a traer agua a los pozos que están aproximadamente a 500 metros de distancia, en tiempo, a 15 minutos la ida y 15 minutos la vuelta del pozo de agua a la casa.</p> <p>Luz eléctrica: 80% posee luz</p> <p>Letrinas: pozos ciegos en la mayoría de las casas, las que no tienen van al baño en el terreno circundante a la casa.</p> <p>Basura: no hay basurero la quema o tira en terrenos.</p> <p>Se vende licor en 1 lugar de la comunidad</p> <p>Tiene Molino</p> <p>Hay una comadrona</p>
El Guayabo Escuela	<p>Agua entubada: Un 90% tiene agua entubada clorada en tanque de distribución, el otro 10% van a traer agua a los pozos que están aproximadamente a 30 minutos la ida y 30 minutos la vuelta del pozo de agua a la casa.</p> <p>Luz eléctrica: el 70% posee luz</p> <p>Letrinas: pozos ciegos en la mayoría de las casas, las que no tienen van al baño en el terreno circundante a la casa.</p>



Filincas Centro	Salón Comunitario
	Tiendas
	Se vende licor en 1 lugar de la comunidad
	Molino nixtamal
	Hay 5 comadronas
	Agua: Un 80% tiene agua entubada clorada en tanque de distribución, el otro 20% van a traer agua a los pozos que están aproximadamente a 20 minutos la ida y 20 minutos la vuelta del pozo de agua a la casa. En verano, los pozos se secan y hay que ir a traer agua a las quebradas, muy contaminadas en viajes de tres horas ida y vuelta.
	Luz eléctrica: A 130 familias les falta el servicio de luz eléctrica
	Letrinas: pozos ciegos en la mayoría de las casas, las que no tienen van al baño en el terreno circundante a la casa.
	Salón Comunitario
	5 tiendas donde se vende licor
	Molino de nixtamal
	Hay una comadrona

Tabla 8. Servicios en las comunidades de estudio del Link NCA.

## Género y Educación

Además, en las zonas del estudio Link NCA, el promedio de miembros por núcleo familiar asciende a 6,05 para la LB del proyecto SETH y a 6,43 para las 4 comunidades de estudio. En la encuesta cualitativa, el promedio de hijos/as por mujer de las mujeres participantes en los grupos focales ascendía a 6 hijos/as por mujer, teniendo en cuenta además que en dichos grupos se incluían todas las cohortes de edad.

Existen varios elementos que mencionar en relación al acceso a la educación para niños/as y los niveles de alfabetización de la población comunitaria. Tanto La Ceiba como Filincas Centro no pueden ofrecer en la propia comunidad después de los 12 años educación reglada, por lo que los niños/as que puedan o quieran seguir los estudios deben, en el caso de Filincas caminar una hora de ida y otra de vuelta, al Guayabo, y, aquellos de la Ceiba deben ir a Talquezal en otra hora de camino. En todo el trabajo de campo no hemos hablado con personas



que estén o hayan realizado este recorrido para seguir estudiando, ni hombres ni mujeres, por lo que parece un impedimento importante para la continuación de los estudios.

Variable	Talquezal	La Ceiba	El Guayabo	Filincas
Educación Tipos de escuelas[1] *A mediados de Enero se inician las clases y finalizan a principios de Octubre.	Nivel Primaria y Básico (nufed)	Nivel primario y Pre-primario	Nivel Pre-primaria, Primaria y Básico	Nivel primario y Pre-primario

**Tabla 9. Características de los servicios educativos en las comunidades de estudio del Link NCA**

El nivel de alfabetización entre la población entrevistada adulta (madres, padres, abuelos/as) no llega al 35%, concentrándose fundamentalmente en la cohorte generacional de entre 18 y 30 años. A pesar de este dato, se muestra un interés general en promover la mejora de las escuelas que existen en la comunidad, en torno a la ampliación de las aulas, mejora de los recursos humanos y ampliación de los niveles a diversificado y carrera. El imaginario social de todas las comunidades pasa por una contradicción; expresan el deseo de que los niños/as puedan conseguir trabajos fuera de la comunidad y mejoren la situación económica de la comunidad, pero por otro lado, las prácticas indican que existe demasiada presión de padres/madres e incluso de los propios niños/as por continuar estudiando, ya que, se dificulta:

1. Compatibilizar el trabajo de siembra y recogida en el campo con los ciclos escolares, ya que a partir de los 10 años los niños van con su padre a trabajar el campo.
2. En casos de extrema necesidad, las niñas también acuden a trabajar el campo con su padre.
3. Cuando las niñas alcanzan los 10 u 11 años, terminan abandonando la escuela, no finalizando el ciclo básico (en Filincas y La Ceiba se da más este fenómeno, en parte porque la dificultad de seguir estudiando es tan grande que no encuentran utilidad a finalizar el ciclo básico, en palabras de una adolescente- “Si no voy a poder continuar estudiando, ¿Para qué voy a terminar la primaria, si aquí nadie la tiene y todos tienen su vida?”.
4. Cuando las madres de familia tienen muchos hijos/as, fenómeno que se da en todas las comunidades, las hijas entrar al trabajo doméstico como un capital familiar, facilitando además el control por parte de los padres de los posibles candidatos hombres que puedan llegar a solicitar casarse con su hija (pedir la mano, que puede ser un desconocido) o bien que las hijas puedan conocer en la comunidad a hombres con los que luego se “escapan” y se unen. Para evitar eso se ejerce un férreo control sobre los horarios y espacios en donde las niñas están, controlando hasta las salidas a la tienda. Algunas madres expresan que el hecho de tener clases mixtas hace que las niñas hablen con muchos niños y que eso, pueda hacer que se gusten y se enamoren muy temprano. El imaginario de enamorarse románticamente no es algo cotidiano en la comunidad. Las relaciones entre mujeres y hombres durante varias generaciones han estado guiadas por cuestiones ajenas al amor, por ejemplo, la mayoría



de las madres de más de 35 años indican que en el momento de casarse o bien no habían hablado nunca con su futuro esposo o bien únicamente una o dos veces una vez el matrimonio ya había sido acordado. Si bien indican que sus padres no ejercieron presión para que ella aceptara el compromiso de casarse con “ese hombre”, existe lo que han llamado “la responsabilidad” o culpa porque sus padres les han dado vivienda y comida.

5. Aunque existan niñas/os adolescentes que terminen los ciclos de primaria y básico (el básico si es de pago), las opciones son realmente limitadas de encontrar un trabajo fuera de la comunidad. Existen casos en El Guayabo fundamentalmente, de niñas que han conseguido un trabajo de secretaria en Jocotán y Camotán, o se han ido de dependientas al sector servicios a Caparjá o Camotán/ Jocotán. Sin embargo, la realidad a la que se enfrentan estas niñas/os adolescentes contiene más aristas que únicamente la idea de conseguir un trabajo fuera de la comunidad. Estudiar en la comunidad es difícil cuando hay que contribuir al trabajo en el campo, además, es literalmente difícil salir de la comunidad y más cuando no existen redes de personas de la comunidad en otros lugares. Preguntando en las comunidades de Camotán (Filincas y El Guayabo), la mayoría de las mujeres madres (que no abuelas, ellas si viajaron más como se percibe en los hallazgos) conocen Caparjá y ocasionalmente han ido a Jocotán o Camotán e incluso a Chiquimula, casi siempre por motivos médicos, por lo que la realidad muestra que a lo largo de su vida permanecerán prácticamente sin salir de su comunidad, con lo que los itinerarios de “otras opciones de trabajo” o de “vida” no encuentran salidas reales con los que incitar a jóvenes a realizarlos. Toda la comunidad quiere mejorar pero no saben cómo se podría realizar.

Generalmente, cuando un hijo/a se casa, se traslada a vivir con la familia de él (o ella si es la que proporciona el terreno) o bien a una casa propia en un terreno dentro del núcleo familiar, que puede compartir letrina y cocina o bien tener cocina independiente. Las casas se construyen en la medida que las familias surgen y crecen, necesitando cierta inversión de dinero para los materiales, durando las casas, si no se agrietan y se les da mantenimiento, una media de entre 15 y 25 años.



# DESNUTRICIÓN

## Resultados Antropométricos

A continuación se presentan los resultados antropométricos con los principales indicadores que muestran la prevalencia sobre la muestra total de la LB del proyecto SETH, además de la prevalencia en la muestra de las 4 comunidades objeto de estudio.

RESULTADOS ANTROPOMÉTRICOS		
INDICADOR	Prevalencia en la muestra total de la LB del Proyecto SETH	Prevalencia en la muestra de 4 comunidades objeto del estudio Link NCA
Prevalencia de la desnutrición global (<-2 Z-PUNTUACIÓN Y/O EDEMA)	WHZ (Peso-talla) WHZ ( Peso- talla) Total (849): (28) 3.3% (2.3- 4.7 95% CI)	WHZ (Peso-talla) Total (161): (7) 4.3% (1.3-13.3 95% CI)
	MUAC menor de 125 mm y/o edema Total (775): (28) 3.6% (2.3- 5.7 95% CI)	MUAC menor 125 mm y/o edema Total (157): (8) 5.1% (0.7-29.4 95% CI)
Prevalencia de la desnutrición moderada (<-2 Z-PUNTUACIÓN Y >=-3 Z-PUNTUACIÓN, SIN EDEMA)	WHZ (Peso-talla) Total (849): (26) 3.1% (2.0- 4.6 95% CI)  115 ≤MUAC<125 mm Total (775): (21) 2.7% (1.5- 4.8 95% CI)	WHZ (Peso-talla) Total (161): (7) 4.3% (1.3-13.3 95% CI)  115 ≤MUAC<125 cm Total (157): (7) 4.5% (0.7-23.3 95% CI)



Prevalencia de la desnutrición severa (< -3 Z-puntuación y/o edema)	WHZ (Peso-talla)	WHZ (Peso-talla)
	Total (849): (2) 0.2% (0.1- 0.9 95% CI) MUAC menor de 115 mm y/o edema Total (775): (7) 0.9% (0.4- 2.2 95% CI)	Total (161): (0) 0.0% (0.0- 0.0 95% CI) MUAC menor de 115 mm y/o edema Total (157): (1) 0.6% (0.0-11.9 95% CI)
Prevalencia del retardo en el crecimiento (< -2 z- puntuación)	HAZ (Talla-edad)	HAZ (Talla-edad)
	Total (838): (574) 68.5% (64.0-72.7 95% CI)	Total (160): (130) 81.3% (67.0-90.2 95% CI)
Prevalencia de la insuficiencia ponderal (< -2 z- puntuación)	WAZ (Peso-edad)	WAZ (Peso-edad)
	Total (849): (280) 33.0% (29.9-36.2 95% CI)	Total (162): (68) 42.0% (31.3-53.5 95% CI)

**Tabla 10. Resultados antropométricos**

## Percepción local de la desnutrición

En las cuatro comunidades de estudio, la desnutrición como palabra ha sido introducida por las distintas instituciones y organizaciones que durante más de 25 años han realizado intervenciones en el área Chortí. La memoria de la escasez generalizada de dinero, alimentos y un sentimiento común de “pobreza material” acompaña los discursos de varias generaciones. Estar “finito” (delgadito) o “poco alentadito” (sin fuerza, energía), son elementos cotidianos que no pasan necesariamente por una interpretación sobre si es una situación de normalidad/anormalidad, en comunidades en donde los índices de desnutrición crónica son altos y permanentes. La desnutrición, por tanto, se inserta en la vida de las personas como un elemento temporal, en ocasiones puntual, donde no hay una referencia clara sobre su explicación, compartiendo imaginarios comunes, que mezclan “lo interpretado de lo que cuentan los de fuera”, es decir lo que la comunidad asimila e interpreta sobre los discursos más biomédicos de una buena y mala nutrición, con los elementos implícitos de una memoria colectiva construida en base a la escasez de alimentos, opciones de vida y propiedades materiales, en una gestión continua de la incertidumbre y del riesgo (depende del clima, depende de que haya trabajo, depende de que no nos pongamos enfermos). Y ya que nada se puede asegurar a corto plazo, la elaboración y adaptación a estrategias de sobrevivencia son analizadas continuamente por las familias, en un pequeño margen de maniobra en torno a lo que consideran más esencial, la mejora económica.



La desnutrición es interpretada, por tanto, en función de los mecanismos con los que se cuenta para gestionar dichas incertidumbres. Así, percibir la desnutrición, actuar sobre ella con los recursos disponibles, esperar el resultado y extraer una conclusión, son discursos creados a nivel individual pero también colectivo, en donde lo común es que la posibilidad de enfermar de desnutrición aunque “se haga todo bien” siempre acecha.

La desnutrición es un elemento que aparece en la reflexión de la disponibilidad, es decir, tener alimentos disponibles, tener tiempo disponible para atender las demandas de higiene, atención y cuidados de los niños/as, tener suficiente “salud” disponible para poder recuperarse de enfermedades “puntuales” que siempre emergen en distintas épocas del año, tener disponible dinero suficiente en el caso de que haya que comprar medicinas o viajar fuera de la comunidad para atender enfermedades, tener disponibles remedios tradicionales para poder curar enfermedades y tener disponible el acceso a los puestos de salud.

Una buena nutrición, para los miembros de la comunidad, es cuando un niño/a no está enfermo, está alegre y tiene energía para jugar y pedir comida. La buena nutrición, por tanto, no es un elemento de reflexión comunitaria. El niño que come lo que está disponible “está nutrido”, frente al niño que no come y se “va quedando delgadito” y “cae en la desnutrición”.

La desnutrición aparece “de repente” como un elemento sorpresivo, que puede confirmar algunas intuiciones pero que nunca se sabe con seguridad de dónde procede y por qué (no se le puede dotar de sentido). Dichas intuiciones tienen que ver con las manifestaciones de los síntomas de la desnutrición aguda más inmediatos: (1) Que esté comiendo poco, bien porque no quiere o bien porque está enfermo (diarrea, vómitos, fiebre, tos, parásitos o “susto” o “caída de mollera”) o bien porque en su familia no hay suficiente comida o bien porque su mamá se olvidó atenderlo apropiadamente.

Cuando únicamente la generación de los abuelos/as<sup>14</sup> ha conocido cierta diversidad de la dieta, las generaciones posteriores no son conscientes de la importancia de dicha diversidad para tener un crecimiento óptimo en base a una buena nutrición. Una dieta equilibrada no es conocida en términos de variedad de alimentación, ya que no existe ni disponibilidad de alimentos variados, ni capacidad económica o productiva de acceso a ellos. La alimentación se interpreta como;

*“Aquellos que comemos todos los días, aquellos que con un poco de dinero podemos comer una vez a la semana, aquellos que con mucha suerte comemos una vez al mes y aquellos, que, tal vez comamos una vez al año” -(Madre de La Ceiba).*

La buena nutrición no existe en el imaginario, si bien es cierto que se reconoce que a -“veces los niños se quedan chiquitos”- (Madre de Filincas) como un elemento de permanencia en el tiempo, tan permanente como la escasez. Mientras que los niños “chiquitos” no se enferman, no existe una anomalía o un problema que se identifique tanto de forma individual como colectiva, dejando la desnutrición crónica fuera del imaginario social, mucho menos interpretada como enfermedad. La salud en los niños/as y en las mamás embarazadas, pasa por “comer suficiente” y no enfermarse, es decir, comer suficientes tortillas y frijol como base de la dieta y otra vez aquí, el resultado de las estrategias de disponibilidad; (1) poder complementar la dieta con verduras, que no se pueden comprar (no hay disponibilidad de dinero y tampoco se venden en las tiendas) pero se pueden encontrar en los guatales<sup>15</sup> con tiempo y esfuerzo para encontrarlas, pero también con un poco de suerte (las verduras son importantes en los tiempos de enfermedad); (2) Poder tener prácticas de higiene y cuidados que tengan en cuenta las necesidades de los niños/as; cuidando que los animales no se acerquen, cuidando el lavado de manos antes

<sup>14</sup> Es interesante señalar que en las cuatro comunidades los abuelos y abuelas entrevistados eran considerablemente más altos y fuertes que sus hijos/as y nietos/as.

<sup>15</sup> Guatal es el campo de milpa o frijol.



de la comida, cuidando que no coman tierra o no pasen frío o calor. Es interesante señalar como la hidratación por líquidos no es ni siquiera percibida como un elemento necesario para la salud de niños/as.

Lo individual y lo colectivo ejercen una correlación de fuerzas en torno a los discursos de disponibilidad y la interpretación de los distintos actores de la comunidad en torno a la “enfermedad” que emerge como desnutrición. En las generaciones de abuelos/as ya existía la desnutrición como fenómeno cotidiano en la comunidad, aunque no se reflexionaba en torno a las causas posibles, que aunque fueran evidentes- “no había comida” pasaban por una aceptación del hecho de que algunos niños/as se morían “por la escasez” y porque “cuando el niño se quiere aliviar se alivia, y cuando no, no, porque no le conviene vivir” (Abuelo de Filincas).

Esta interpretación que hacen los abuelos es significativa en la manera en la que de forma implícita, se transmite a otras generaciones. Existen elementos de la vida diaria en la comunidad que se pueden controlar, como; el aseo y la higiene y el buen cuidado de los hijos/as, sin embargo existen otros que no se pueden controlar, como; el clima, tener una cosecha suficiente o tener dinero suficiente para alimentos. A veces estos factores se consideran tan importantes para que la enfermedad surja, que al no tener control sobre ellos, se buscan explicaciones que aminoren la presión individual o de grupo frente a no poder revertir dichos factores. Es por ello que surgen las explicaciones de la desnutrición como enfermedad determinada por el destino, sobre todo cuando el desenlace es fatal y los niños/as no logran “recuperarse” de la enfermedad y mueren. De igual forma, el carácter de los niños/as determina su “voluntad” de querer curarse cuando la enfermedad llega “Hay niños calmados y otros rebeldes que no tienen el mismo carácter, algunos tienen mucha cólera” (Madre de Talquezal). Afligirse o estar triste, son sentimientos que se reinterpretan en términos de síntomas que favorecen la aparición de la desnutrición. Así, cuando los niños tienen hambre y no tienen suficiente comida, “se ponen tristes” y es esta tristeza, la que, una vez que se hace el esfuerzo de encontrar algo de comida (retomar el control), les impide mejorar y “salir” de la enfermedad que ya está en camino, al no querer comer y no “querer recuperarse”( Madre de Filincas).

Otro de los elementos no controlables que incitan a la enfermedad es la aparición del “susto” en niños/as menores de 5 años (aunque los adultos también se pueden asustar), especialmente cuando están aprendiendo a andar y se van aventurando a explorar los límites cercanos de las casas, donde las madres ya no tienen tanto control sobre ellos. Es cuándo, bien sea por un rayo, bien sea por una ráfaga de viento fuerte, o un ruido fuerte, o que intentando caminar se caigan al suelo, los niños/as se asustan, les entra el miedo en el cuerpo, miedo que permanece y se transforma en continuo llanto, malestar, apatía, escasas ganas de comer y dormir y hasta fiebre y vómitos. Cuando los remedios caseros no surten efecto para paliar estos síntomas y en el puesto de salud no consiguen que el niño/a mejore, es cuando la sospecha se confirma; “el niño/a está espantado”. El espanto sólo se cura a través de la atención y los cuidados de personas curanderas, generalmente hombres, que son escasas en la comunidad (1 o 2 personas) y son reconocidas por tener un don que no se hereda, sino que aparece, demostrándose, destacando que el porcentaje de curación de los espantos por parte de los curanderos ronda el 100% de los casos, a través fundamentalmente de remedios y rituales de contacto (masajes, soplos, sobadas).

En las cuatro comunidades reconocen la mayoría de las manifestaciones de la desnutrición aguda como el kwashiorkor y el marasmo, sin poder identificar la malnutrición crónica como una forma de desnutrición. En todas las comunidades señalan que la desnutrición puede afectar a adultos y niños/as, con un origen claro en no comer la suficiente cantidad de comida (por falta de alimentos o por no querer, o por enfermarse de diarrea, vómitos, tos o fiebre, lo que quita el apetito).



## Conocimientos, actitudes y prácticas en torno a la desnutrición

Los conocimientos en torno a la desnutrición entremezclan lo interpretado a nivel individual y colectivo en la comunidad sobre las explicaciones que las distintas instituciones y organizaciones especializadas en nutrición y seguridad alimentaria y nutricional les han contado, con las experiencias que a lo largo de las generaciones se han ido teniendo sobre los padecimientos de la enfermedad. Así, saben que la desnutrición es una enfermedad que puede ser grave y llevar a la muerte y que está relacionada con la falta de alimento, las condiciones de higiene y prácticas de aseo personal, la contaminación del agua y de la comida por parte de parásitos y microbios también con enfermedades ocasionadas por el clima y por los factores descritos anteriormente. Existe cierta confusión en identificar causas y consecuencias de la desnutrición, así como en la valoración de la temporalidad e incidencia de la desnutrición en las personas. En este sentido, en términos de salud y en un entorno en donde la práctica médica occidental no es conocida y asimilada de forma tradicional (son agentes externos), no existe una cultura amplia en torno al significado de enfermedad, ni si existen enfermedades graves o menos graves, permanentes o pasajeras, de origen ajeno a las conductas de las personas o como consecuencia de ellas.

La enfermedad, para las cuatro comunidades, es un conjunto de síntomas que se manifiestan en los cuerpos de forma inmediata, impidiendo seguir con la cotidianidad. Al aparecer de forma inmediata, interpretan que debe desaparecer con la misma inmediatez y es por eso que la medicina occidental a través de la atención de los puestos de salud, aunque es muy valorada, también es criticada porque a veces, no cura de forma inmediata. Sin embargo, la atención en los hospitales, es muy valorada porque por lo general el tratamiento consigue mostrar una mejoría inmediata, aunque conlleve otros retos para la familia en términos económicos, como el transporte y el mantenimiento mientras los niños/as están ingresadas, además de las medicinas. Al salir del hospital, como los niños/as están mejor y los síntomas iniciales van desapareciendo, la enfermedad ya no está visible, dejando de ser un hecho y reafirmando el valor de la inmediatez (no hay enfermedades permanentes).

La valoración del trabajo realizado en los puestos de salud es positiva, sobre todo en; vacunación, desparasitación, enfermedades respiratorias, control de natalidad, control del embarazo y distribución de vitaminas para embarazadas, además de infecciones de orina, muy comunes entre las mujeres. Se valoran muy positivamente los consejos que brindan los enfermeros auxiliares, aunque las quejas más comunes son que no existen suficientes medicamentos para cubrir las necesidades de la población y que la atención brindada no cubre todas las horas/días que la demanda solicita.

La enfermedad se gestiona siempre desde la primera aparición de síntomas que se consideran no cotidianos. Así, frente a los síntomas más comunes que se dan en las cuatro comunidades (fiebre, diarrea, tos, decaimiento, sarpullidos, vómitos), las madres evalúan sus posibilidades en ese momento y actúan. Generalmente en primer lugar se usan remedios socializados en este estudio, para atender a todos los síntomas descritos. Para poder preparar estos remedios, es necesario invertir tiempo en la recogida de raíces y plantas que suelen crecer en los alrededores y que, deben administrarse de distintas formas para que tengan un efecto inmediato. Si no se produce una mejoría inmediata, se acude al puesto de salud en busca de atención, pero sobre todo de medicina, por lo que el diagnóstico siempre pasa a un segundo plano y eso conlleva a no entender las dimensiones o distintos factores que una enfermedad de medio-largo plazo conlleva.



Si la medicina proporcionada por el puesto de salud no surte un efecto inmediato, se vuelven a utilizar remedios tradicionales y se consulta con otras madres las opciones de otros remedios que puedan paliar la situación. Si con esos remedios no funciona y no es un diagnóstico de “niño espantado”, se vuelve al puesto de salud y se valora la gravedad de la situación. Acudir a Jocotán o a Chiquimula a por atención médica requiere de un gasto económico muy fuerte que no se puede asumir por regla general, por lo que muchas veces las familias desoyen las recomendaciones del puesto de salud o incluso se niegan a ir con la ambulancia o con las distintas instituciones que acuden a prestar atención y canalizar el caso al hospital.

En torno a la alimentación, las cuatro comunidades tienen la misma dieta básica y no existen grandes diferencias económicas entre las familias, únicamente en la variedad de alimentos que pueden comprar, pero con variaciones mínimas, bien es cierto que existen distintos árboles frutales que se dan en cada comunidad y que por lo general son aprovechados como alimento, si la temporada es la correcta para su consumo. Son los abuelos/as los que más valoran la importancia de tener una dieta diversa con frutas y verduras (no tanto proteínas animales porque no han estado presentes en sus contextos). Los padres/madres, consideran que el maíz, el frijol y el café son la base de una dieta que alimenta, siempre que se proporcione en cantidades suficientes. Sobre esta base de alimentación, se construyen los discursos de la escasez; y cuando hay algo de dinero disponible, se compran otros alimentos que “complementan” la dieta base, como azúcar, huevo, cebolla, tomate y excepcionalmente carnes de ave.

Cuando algo no se puede comprar, se intenta encontrar o se intenta conseguir. Muchas de las hortalizas o plantas medicinales adquieren más importancia y presencia en la dieta cuando son necesitadas, es decir, en los momentos de síntomas de diversas enfermedades o cuando la escasez roza el límite interno de saber que los síntomas de enfermedad pueden comenzar a aparecer por falta de alimento. También estos alimentos aparecen cuando la dieta base escasea, cuando no hay suficiente maíz o frijol para comer, las mujeres salen a los campos y bosques con el anhelo de encontrar tubérculos, raíces u hortalizas que de forma intermitente puedan crecer espontáneamente.

Asegurar una alimentación de frijol, maíz y café para toda la familia requiere de planificar estrategias a largo plazo, de forma anual, teniendo múltiples factores con un riesgo de incidencia alto, que pueden dar al traste con la más optimista de las planificaciones. Así, asegurar estos tres alimentos básicos durante todo el año se torna difícil para todas las familias, donde hay que tener en cuenta; (1) Que existen alimentos clasificados como fríos o calientes, y que éstos se consumen en temporadas del año diferenciadas o para grupos poblacionales diferenciados. Por ejemplo, la naranja se da en Talquezal en noviembre y diciembre, pero como es un alimento frío y el clima es frío en esa época, no se consume apenas. (2) Que las familias deben garantizar unos ingresos económicos a través del trabajo para otros, que sirvan para poder comprar para todo el año; abono, fertilizantes y pesticidas para el campo, pero también que cubran las necesidades de indumentaria y productos del hogar esenciales (jabón, fósforos, sal, cal). Aunque se haya realizado esa obtención de ingresos y que aparentemente sea suficiente para afrontar el año, puede darse el hecho de que las variaciones del clima incidan en una mala cosecha, además de plagas u otras enfermedades que puedan afectar al campo. Aunque las estrategias de acumulación de granos básicos siempre se tienen en mente, pocas veces se logran realizar. (4) Los precios de las tiendas en las comunidades se incrementan ligeramente (aunque sea ligeramente, esto puede suponer no poder acceder a dichos alimentos) durante los meses de mayor escasez, entre mayo y septiembre, donde las señoras pueden llegar a pedir fiado al no disponer de ningún tipo de dinero o intercambio con que comprar productos básicos. Todas las familias saben que durante mayo a septiembre van a pasar momentos de escasez de granos básicos y escasez económica, sabiendo que pueden estar “hasta diez días comiendo únicamente tortilla con sal”- a la espera de que sus esposos, migrantes, regresen o envíen algo de dinero, cosa que nunca saben con seguridad cuando ocurrirá.



En torno a la atención materno-infantil, cabe destacar que las mujeres embarazadas suelen tomarse los suplementos vitamínicos suministrados por el puesto de salud. De igual modo, las embarazadas pueden y deben comer lo mejor posible, siendo conscientes de una buena nutrición, aquí si lo más variada y suficiente posible, que les permita tener fuerza para encarar las labores de parto. Sin embargo, esta nueva conciencia de la importancia de nutrirse bien mientras se está embarazada, contradice algunas prácticas que no son abiertamente reconocidas de forma propia pero si en la otredad. En todas las comunidades han reconocido que hay mujeres que pierden el apetito durante el embarazo, en parte por reflujo en parte porque comer mucho puede acarrear un parto difícil al ser el feto de mayor tamaño. Todas las mujeres coinciden en señalar que tanto el embarazo como el post-embarazo es un periodo de control y de cuidarse a sí mismas.

En todas las comunidades el 90% de las mujeres da a luz en su casa, siendo el 10% restante causa de emergencia o bien madres primerizas que prefieren acudir al hospital en vez de tener su primer hijo/a siguiendo las normas tradicionales.

La mortalidad materna en labores de parto es baja, en parte porque las comadronas realizan un trabajo coordinado con el puesto de salud en el monitoreo del último trimestre, siendo ellas las que acuden en primera instancia, aunque no en todos los casos, dando acompañamiento a las mujeres y pudiendo avisar con tiempo suficiente para que la ambulancia llegue a por ellas.

En este sentido, las labores de las comadronas son esenciales para gestionar todo el embarazo y suponen un lazo de confianza y de soporte para las mujeres, así como de réplica adaptada al contexto, sobre los discursos que en el puesto de salud intentan propagar. De hecho, la importancia de una buena nutrición en el embarazo es promovida activamente por las comadronas, las cuales conocen la dieta que las mujeres deben realizar en este periodo y que es muy concreta y limitada en alimentos a consumir, especialmente en el puerperio. En Talquezal y La Ceiba se ha trabajado menos en la promoción de una buena nutrición para las madres embarazadas.

En todas las comunidades, muchas de las mujeres expresan que durante los primeros embarazos la comadrona acudía a las labores de parto, pero que, con embarazos posteriores, únicamente contaban con la asistencia de sus esposos o madres o hijas. Las mujeres que se van al hospital a dar a luz por voluntad propia son duramente juzgadas por tener escasa valentía. Además, existen otros elementos importantes que explican por qué no quieren ir al hospital a dar a luz. El primer elemento alude a que en el hospital no van a dejar que tengan a los niños de pie o en cuclillas y puede ser que reciban una episiotomía. En segundo lugar, después de dar a luz les obligan a bañarse y en la dieta tradicional, la mujer no puede bañarse en los primeros 9 días de recién dar a luz. Tampoco puede moverse, debiendo permanecer esos 9 días sin salir de la cama y sin moverse, ya que –“el cuerpo debe volver a su lugar, si no cuando sea vieja tendrá enfermedades”- (Abuela Filincas). En el hospital por tanto les hacen bañarse y les hacen, una vez que están recuperadas, volver a sus casas, con lo que no les queda más remedio que caminar y conseguir transporte para la comunidad, cumpliendo entonces todo lo que no se debe hacer para tener una vida llena de salud en la vejez. Esta dieta, que se detalla en los hallazgos del siguiente punto, es una creencia generalizada y respetada por todas las mujeres, incluidas las comadronas.

La lactancia materna es importante en las cuatro comunidades. Por lo general, aquellos bebés que tienen un peso normal al nacer suelen conservarlo por lo menos hasta los seis meses. Tal y como señalan los enfermeros de los puestos de salud, los niños hasta los seis meses, si han nacido con buen peso, suelen estar en buena salud y las prácticas de lactancia materna son unas fortalezas de las comunidades. Reconocen, sin embargo, que existen casos (en Filincas fueron reportados 5 casos con bajo peso al nacer en 2017 de 75 en total) en donde los niños nacen con bajo peso porque la señora se había alimentado mal durante el embarazo o porque posteriormente la señora no tiene suficiente leche.



Los bebés son amamantados por lo general hasta los dos años en un 65% de los casos, aunque depende de las posibilidades de las madres y del espaciamiento de los embarazos, pero sobre todo del número de hijos/as. La media de hijos/as en las comunidades está aproximadamente entre 6 y 9 hijos, destacando que las familias con poco espaciamiento de embarazos son aquellas que ya cuentan con más de 7 hijos/as al llegar a los 35 años. Sin embargo, de un aproximado de 48 madres participantes en cada comunidad, los índices de poco espaciamiento de embarazos son bajos en Talquezal. En la Ceiba, los índices son más altos y el número de hijos/as por mujer es superior. En El Guayabo existen dos tendencias; mujeres de más de 35 años con 3 hijos/as o menos y mujeres de 35 años con más de 8 hijos con embarazos no espaciados. En Filincas los índices son relativamente altos.

La alimentación complementaria se introduce progresivamente a partir de los seis meses, pero no de la forma correcta ni con los alimentos necesarios. No existen condiciones de higiene ni prácticas de supervisión adecuadas en los tiempos de comida, sobre todo a partir del año cuando los niños/as ya comen solos sentados en el piso con el plato en la mano y sin utensilios (aunque tengan sus toma de amamantamiento).

Las prácticas de alimentación en torno al espacio del hogar y la higiene con la que se cuenta, indican que es muy difícil poner en práctica los discursos que si están interiorizados en torno a la importancia de la higiene para el lavado de manos y la limpieza del hogar. A pesar de que un porcentaje aceptable de la población tiene agua del chorro, la disponibilidad permanente de agua no es una constante, llegando a tener agua alrededor de 4 días a la semana. Existen serias dificultades de almacenamiento de agua, ya que no se cuentan con bidones o cántaros suficientes para afrontar las necesidades de la familia para varios días.

Tampoco se cuenta con mobiliario básico como una mesa y sillas, en donde los niños/as permanezcan sentados. Como mucho, se dispone de un tapete que se coloca en la cocina y en donde se posa a los niños (o encima de costales) para que coman, dándoles su cuenco de comida y dejando que ellos/as vayan comiendo a su ritmo sin mucha supervisión. Los niños/as no tienen costumbre de beber agua sola, sólo café con azúcar en los tiempos de comida, por lo que no aprenden a identificar la necesidad de agua y solicitarla. Las personas adultas beben agua cuando tienen sed, pero no les gusta el sabor del agua, aunque sea clorada.

El baño se realiza en el chorro si se dispone, o bien en la propia quebrada si no se dispone de agua. Todas las personas de la familia se bañan con el jabón de bola (o de lavar trastes) con el que se asean la casa, los trastes y todo lo que se limpia. Los niños/as dependiendo de la época del año se bañan cada seis días o bien cada tres días (si hay agua de forma permanente). Con una media de entre 6 y 8 hijos/as y en casas de bajareque resulta muy complicado mantener condiciones de higiene mínimas sin mobiliario y sin productos de limpieza.

El uso de las letrinas o pozos ciegos en las casas donde se poseen se realiza en ausencia de iluminación nocturna. A los niños pequeños, de hasta 6 años, a veces se les acompaña a la letrina (pero no se enseña a usarla) o a veces se les deja que vayan por el terreno ellos solos y luego se acude a su llamada. Llama la atención que no existe la creencia de tener que educar a los niños/as de entre 2 y 6 años en controlar sus esfínteres, por lo cual los niños- y esto pasó más de 15 veces en los grupos focales- simplemente se orinan o defecan en su ropa (no hay pañales) y las madres a veces cuentan con ropa de recambio y a veces no, pero nunca asean las partes íntimas de los niños.

Otro elemento de contradicción entre el discurso y la práctica tiene que ver con los animales de crianza, como chumpes, pollos, gallos, gallinas y patos. Generalmente son varias instituciones las que proporcionan dichos animales de cría como medio de subsistencia en épocas de escasez. Dichos animales deben estar encerrados en un lugar donde se les proporcione comida, pero cuando ésta se acaba, antes que dejarlos sin comer, se les



abre la puerta y se les enseña a volver a la casa, para que ellos se alimenten libremente, empeorando notablemente las condiciones de higiene de la casa, especialmente la cocina y los patios que es donde los niños/as pasan más tiempo.

Las principales dificultades que las familias encuentran para poner en práctica los conocimientos que sí tienen de higiene y cuidados, y que tienen que ver con; (1) Ausencia de recursos económicos para comprar todos los productos de higiene necesarios, utensilios de cocinas suficientes, elementos de almacenamiento de agua y alimento suficiente para sus familias y los animales de cría (2) Ausencia de agua de forma continuada (3) Ausencia de casas de cemento con piso de cemento y ausencia de mobiliario como mesas, sillas, camas, cobijas y sábanas. (4) Ausencia de dinero para realizar las obras correspondientes para instalar letrinas lavables, además de la compra de las propias letrinas lavables.



# RESULTADOS POR HIPÓTESIS

## HIPOTESIS A: PRACTICAS INAPROPIADAS DE LACTANCIA

Los niños/as menores de seis meses tienen en las cuatro comunidades lactancia exclusiva, siendo prácticamente nulas las prácticas que incitan a dar alimentos sólidos o líquidos diferentes a la lactancia materna. Sin embargo, si existen discursos en torno a las dificultades que existen cuando la leche materna no es suficiente o no está disponible.

Derivado del análisis de la LB del Proyecto SETH, encontramos que la lactancia materna suele iniciarse casi inmediatamente después del nacimiento, incluyendo el calostro, que se puede prolongar hasta los 18 meses, mínimo, encontrando una variedad de opiniones entre las madres (18, 24, 36 meses). Las madres entrevistadas consideran que los bebés de menos de seis meses no pueden beber agua ni otros líquidos y que la edad ideal para iniciar otros alimentos está por encima de los seis meses. La mayoría de las madres considera que se debe amamantar unas 3 o 4 veces por día, por lo que el amamantamiento no es a demanda, sino cuando la madre tiene disponibilidad para ello.

PREGUNTAS	MUESTRA TOTAL LB PROYECTO SETH
INICIO LACTANCIA MATERNA	El 86% de los niños/as menores de 24 meses inician lactancia materna en la primera hora de vida
EXCLUSIVIDAD DE LA LACTANCIA MATERNA	De los niños/as menores de 6 meses el 68% recibe lactancia materna exclusiva
DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA	Los bebés entre 12-15 meses continúan con lactancia materna en un 93,2 %.

Tabla 11. Caracterización de prácticas de lactancia



En La Ceiba, desarrollando una visita de hogar a niño sano de 18 meses con crecimiento por encima de la media, salió el siguiente caso, narrado por la abuela del hogar:

*“Cuando nació el pequeño, su madre se deprimió mucho y salió a trabajar a los cafetales por más de un mes, dejándome con el niño de bajo de peso de apenas mes y medio. Yo le di incaparina bien cocida y espesa cada 4 horas, calentita, hasta que el niño se recuperó y continué dándole la incaparina hasta el día de hoy, además de su frijolito y su tortilla. Lo más importante es la atención del niño, que siempre esté limpio cuando se le da de comer e insistir mucho para que coma, dándole con una cucharita a partir de los 8 meses los alimentos machacados, y haciéndole beber agua cada dos o tres horas, agua hervida del chorro, que se queda tapada para que no vengan las moscas y que se toma calentita, sobre todo cuando es frío como ahora (diciembre)”. Hogar compuesto por abuela, madre sola y 4 niños; edades 12, 9, y 7 años y 18 meses.*

A pesar de que el relato contradice completamente las recomendaciones de alimentación para recién nacidos y de que la incaparina no es una fórmula reconocida de alimentación alternativa a la lactancia, el caso revela buenas prácticas de higiene y atención en los tiempos y en la forma de administrar las tomas. Lo interesante del relato es el nulo acceso a alimentación adecuada para bebés lactantes cuando no se cuenta de suficientes recursos económicos. Una libra de incaparina cuesta 9 quetzales frente a una libra de fórmula que cuesta aproximadamente 50 quetzales y que, no está disponible de forma gratuita en los puestos de salud, sino únicamente saliendo de la comunidad.

Existe la posibilidad de que la leche materna ya no esté en abundancia, como lo expresa *“A las mujeres mayores se les secan los pulmones y ya no tienen leche”*. (Madre de la Ceiba). Frente a estas situaciones, las posibles estrategias a abordar son escasas, pero se abordan con mucho esfuerzo, tal y como muestran los siguientes relatos:

*“Había un caso de una niña de 19 días, que Dios la mandó para morir. La niña vino para morir. Pero la madre buscó el dinero con la venta del frijol, la llevó al hospital, le dio leche NAN, el papá le compro la leche”.*

*“Hay algunas mamás, que no llevan al niño al centro de salud. Y en centro de salud si ayudan, con suero, pastillas”*

*“Se me murieron varios hijos, les dí leche en polvo, se me murieron de dos meses y de tres semanas, por desnutrición, no agarraron el pecho, se murieron de sequía, de llorazón”.*

*“Mi niño no agarraba el pecho, por eso le dí leche de fórmula y también incaparina”.*(Madres de Filincas)

En El Guayabo, existen prácticas, escasas y puntuales, de que otras mamás ayuden a la mamá con problemas de escasez de leche materna, tal y como señala una madre:

*“Yo tuve una nena especial que cayó en desnutrición, la interné en centro de rehabilitación de Jocotán. Desde que estaba embarazada yo no comía y desde que estaba en el vientre ya sabía que ella era especial. El doctor me recomendó que le diera leche e incaparina. Cuando la madre no tiene leche, se le compra leche, para crecer al niño. En la comunidad si hay experiencia que otras mamás pueden amamantar a un niño que no sea de ellas. Una tía amamanto a la niña de una señora.”*



**Conclusión:** Las prácticas de lactancia, indican una correcta alimentación de al menos hasta los seis meses, compuesta únicamente por leche materna, aunque no realizada a demanda, sino en momentos puntuales cuando la madre tiene tiempo, con excepción de remedios, vitaminas y medicinas, proporcionadas cuando los bebés se enferman. Cuando la leche materna no es una opción viable, porque no está disponible, la alimentación con leche artificial de fórmula no se realiza correctamente debido a la falta de recursos para poder adquirirla, recursos que no son proporcionados por los puestos de salud. Las prácticas de lactancia suelen continuar hasta al menos los 18 meses, en todas las comunidades, en un porcentaje superior al 90% según los datos obtenidos en la LB del proyecto, no encontrando evidencia de relación entre las prácticas de lactancia y la desnutrición.

## HIPOTESIS B: PRACTICAS COMPLEMENTARIAS DE ALIMENTACION INADECUADAS

A partir de los seis meses, las madres de las 4 comunidades comienzan paulatinamente a introducir otros alimentos; frijol, tortilla y café con azúcar, a la dieta de los niños, que generalmente continúan siendo amamantados. Ocasionalmente, si la economía lo permite, tomarán incaparina y huevo o verduras, si éstas están disponibles por la temporada en los campos. Como señalan los profesionales de salud de la zona, el momento crítico en la nutrición de los niños va desde los seis meses a los dos años, que es cuando ellos empiezan a ver la caída de peso en los niños de forma importante.

En La Ceiba, las madres señalan que:

*“Los bebés deben tomar pecho hasta 6 meses a los 7 meses, después se les da tortilla con frijol, la mamá les da con cucharita”.*

*“Al año los niños comen solos. Se toman 2 pachas de café, toman incaparina”*

*“Los niños a partir de los seis meses hasta los tres años se comen 1 tortilla, frijol molido, dos cucharaditas. Por la noche el niño ya no come nada. Comienzan a comer más cuando cumplen 3 años, una niña de 4 años come 2 tortillas. La leche de las madres, se arruina después de un año y medio”.*

*“Un niño dejó la comida cuando lo despechó, se quedó amarillo, pálido, delgado, se lo llevaron 8 días al centro de salud de Jocotán y 8 días al hospital de Chiquimula, la madre se aflige quiere ver la salud de su hijo, a los 8 días se sanó”.*

En Talquezal:

*“A los siete meses, se les prepara tortilla y frijol molido, con cuchara y siempre también dando pecho”.*

*“Al cumplir 1 año, los niños ya comen solos sentados, se les lavan las manos con jabón y agua del chorro”.*

*“A los 2 años, se le sigue dando pecho, huevo machacado frijol y tortilla, da tres cucharaditas por tiempo de comida”.*

*“Los niños de 6 meses, comienza a probar alimentos, por eso se empacha, para el empacho se le da agua de venadillo. Si beben agua les cae dolor de estómago, no todos los niños/as comen luego, solo se alimentan con pecho. Los niños a los 9 meses, piden comida. Las mujeres siguen dando pecho, para no quedar embarazadas.”*



Estas narraciones muestran que en general, la diversidad de la dieta introducida es baja, y la cantidad de comida introducida es baja también, incluso varía mucho la edad en la que se comienzan a introducir los primeros alimentos. Al año los niños ya comienzan a comer solos, generalmente sentados sobre un costal en la cocina o sobre un tapete, con los animales de crianza alrededor y con cierta supervisión de la madre, que debe controlar al resto de los niños/as, pero sin presionar para controlar cuánto tiempo tarda en comerse la ración ni alentarle para que lo haga. Tal y como muestran las narraciones, los niños/as no tienen costumbre de ser hidratados con agua, únicamente con café y ocasionalmente con incaparina, si se dispone de ella. La incaparina nunca es usada si falta el azúcar, ya que a los niños/as no les gusta el sabor amargo.

**Conclusión:** La transición de la lactancia materna exclusiva a la alimentación familiar, conocida como alimentación complementaria, generalmente cubre el período de 6 a 18-24 meses de edad. La alimentación complementaria comienza cuando la leche materna ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del bebé, por lo que se agregan otros alimentos a la dieta del niño. La edad de introducir estos alimentos complementarios es la correcta en las 4 comunidades, realizándose a partir de los seis meses de edad. Sin embargo, la diversidad y cantidad de la dieta introducida es insuficiente, junto con un descenso drástico del amamantamiento. Las características de esta mala alimentación complementaria son:

- Introducción del Café a partir de los 8 meses de forma diaria, sin estar preparado con agua segura (en al menos 2 comunidades de forma significativa).
- Escasa hidratación a través de beber agua pura segura.
- Casi todas las bebidas facilitadas a partir de los 6 meses son azucaradas, acostumbrando a los paladares de los niños/as a que todas las bebidas deben ser así.
- La cantidad de la dieta se compone de; maíz ( entre los 6 meses hasta los dos años se le dará como mucho una tortilla de maíz en cada tiempo de comida), frijol (entre los 6 meses hasta los 2 años se le dará entre 3 cucharadas (o 7 frijolitos) a 7 cucharadas de frijol por cada tiempo de comida), café (a los 6-8 meses, varias cucharaditas o una pacha pequeña) e incaparina (desde los 6-8 meses, dependiendo de la disponibilidad de recursos, se le dará un vasito de incaparina al día, o cada dos días, siempre que haya azúcar).
- La variedad de la dieta es escasa, siendo los alimentos básicos; leche materna, maíz, frijol, café, incaparina, azúcar y ocasionalmente frutas de temporada. Cuando hay algo más de dinero, entre los meses de noviembre a marzo, se puede llegar a comer huevo una vez a la semana o cada 3 días, así como verduras cocidas con el frijol (esto último depende más de las prácticas de la madre en torno a la dieta).
- No existe la creencia de que las niñas necesiten comer menos que los niños/as ni de que la carne sea mala para el cuerpo, simplemente no está disponible.

## HIPÓTESIS C: MALNUTRICIÓN DE LAS MADRES



Las madres embarazadas o lactantes en las comunidades de la Ceiba y Talquezal muestran prácticas de ingesta inadecuadas en cantidad y diversidad de comida. En ambas comunidades, los puestos de salud están con un acceso más difícil, tanto de forma física como en carácter de la atención, que en las comunidades de Camotán. Así, en la Ceiba deben acudir caminando a La Palmilla, a unos 45 minutos a pie, mientras que en Talquezal, con los problemas de acceso de la carretera, el puesto de salud no siempre está abierto, por lo que la incidencia de los enfermeros auxiliares para la promoción de los suplementos vitamínicos es menor y es peor valorada en la comunidad. Esta dificultad de acceso a los puestos de salud no ha permitido reorientar las prácticas en torno a la necesidad de una buena alimentación de mujeres embarazadas y lactantes, la asistencia a los controles prenatales en los puestos de salud y la toma de suplementos vitamínicos, encontrándose en los discursos ciertas reticencias a comer de todo, tomar los suplementos y acudir a los controles.

#### La Ceiba

*“Las mujeres comentan que algunos niños vienen así, por eso compran tratamiento, en mi caso cuando estaba embarazada no comía solo 1 tortilla y café (frijol no comía)”*

*“Unos embarazos dan hambre otros no, son los niños que no quieren nada”.*

*“Una señora se quedó embarazada, no quiso comer y tuvo un niño desnutrido”.*

*“No me gustaba el olor de las vitaminas me daba náusea”*

*“Yo comía sin hambre en el embarazo sólo para no ver a mi hijo enfermo cuando naciera”*

#### Talquezal

*“Uno no lo puede tener, si come mucho en el embarazo porque está demasiado gordo el niño.”*

*“A veces no da apetito de comer en el embarazo, solo con náusea.”*

*“Igual como dicen las enfermeras que el niño delgadito no tiene fuerzas para nacer y el niño gordo sí.”*

*“Las embarazadas no pueden comer aguacate ni tomate ni cebolla, solo verdurita, hierbamora, tortillita con sal, frijol no.”*

*“Cuando se pare, no se puede comer frijol, dice ahí que como está la herida en la matriz, puede pegarse la cáscara del frijol y ahí es donde produce el cáncer”.*

Sin embargo, en las comunidades de Camotán, el trabajo previo realizado por los puestos de salud indica un cambio de mentalidad claro en torno a la buena nutrición de embarazadas y lactantes, aunque como indican, el problema suele ser de acceso a la compra de otro tipo de alimentos que se consideran buenos y nutritivos.

#### El Guayabo:

*“Así nos han capacitado anteriormente, que uno así embarazada tiene que alimentarse bien”*

*“A veces no hay pisto, no compra uno aunque desee”*

*“A uno de mamá le dan vitaminas cuando están débiles, ustedes cuando están débiles o cuando están cansadas, lo que compra uno vitaminas, compra vitaminas para bebe, y cuando uno está embarazada, completamente, y van a los controles.”*



Una madre de Filincas da su interpretación sobre lo que supone una buena nutrición para la madre lactante, desmontando la idea de que algunos alimentos no son buenos para la dieta. Es interesante el valor que se le da a las verduras como alimentos que son buenos, aunque los mencionados, como coliflor, tomate y brócoli no están disponibles en la comunidad, pero sí el quilete, la mora y la mostaza. El acceso a la carne de pollo o gallina es algo excepcional que únicamente se da en el momento del parto, si la familia cuenta con los recursos económicos suficientes, lo que no suele ser habitual.

*“Los niños chiquitos nacen delgaditos”,* como señala una madre de Filincas, porque la mamá no come bien, para que nazca un niño bien y no se pegue en la matriz debe comer:

- Verduras, rábano, repollo, coliflor, tomate, brócoli
- Tomar las vitaminas que dan en el centro de salud
- Comer la comida tortillas y frijoles
- Comer quiletes, mora, mostaza,
- Comer pollo
- Comer frijol

Se bebe café de maíz con canela, para abundar la leche, tal y como señalan las abuelas de Filincas, que cuentan sus prácticas en torno a la dieta, donde se perciben elementos que han sido olvidados en las prácticas actuales:

Después del parto las mujeres comen tortilla con chile chiltepe, porque es caliente molido en el frijol. Se prepara venadillo con orégano y un granito de sal y el niño se duerme. Se le da un chupón, de eneldo del remedio que uno toma, para que se le caliente la barriguita.

Para el dolor de barriga de los niños, se saca la raíz de guaco y se cuece con venadillo, punta de yerba. En La Ceiba y Talquezal, la dieta de una mujer lactante está más limitada y cerrada a las tradiciones, limitándose a tortilla, sal y café caliente (ya que no existe disponibilidad de comer gallina criolla todos los días).

Una abuela del Guayabo, señala los pasos a realizar desde el parto *“Después que nace el niño se le corta el cordón umbilical, luego se quema con un machete, pasa 9 días acostada en cama. Se alimenta una de tortilla tostada, sal, café caliente, se come frijol hasta los tres meses. El frijol hace daño porque se avienta, se infla del estómago (gases). Tampoco se debe tomar agua fría. No se puede comer aguacate, cebolla, tomate, carne de cerdo, huevo, atol de incaparina, el frijol porque la cascara se pega y provoca cáncer”.*

Otras madres corroboran en otras comunidades lo señalado en El Guayabo:

*“Cuando no hay mama o suegra, el esposo asiste a la mujer. Después del parto no se debe de tener relaciones sexuales hasta los 5 meses.” (Madres de La Ceiba)*

*“Debe de comer alimentos como: gallina criolla, tortilla dorada, sal y luego a los tres meses se come de todo” (Madres de Talquezal)*

**Conclusión:** Las madres embarazadas de las cuatro comunidades, conocen que los puestos de salud ofrecen controles prenatales y suplementación vitamínica para esta etapa. En Filincas y El Guayabo las mujeres usan más estos servicios, que además están coordinados con la(s) comadronas de las comunidades. En La Ceiba y Talquezal, debido a un peor acceso a los puestos de salud, estos servicios no se valoran tan importantes para el desarrollo del embarazo, ni son promocionados por las comadronas durante el embarazo.



Existe “la dieta tradicional” que abarca los periodos del embarazo y el puerperio. En el embarazo, no es tan importante seguir estrictamente la dieta, pudiendo comer prácticamente de todo, no así en el puerperio, donde los alimentos, así como la higiene y los movimientos, se ven más limitados, a riesgo de sufrir enfermedades en el futuro.

Las embarazadas, en general, intentan comer lo mejor que pueden en función de la disponibilidad de alimento y de las prioridades de su familia, no teniendo condiciones de aumentar la ingesta o diversificar la dieta. La vulnerabilidad de la desnutrición aumenta cuando son madres con varios hijos/as y/o cuando creen que es obligatorio seguir la dieta tradicional en el periodo del embarazo.

## HIPÓTESIS D: EMBARAZOS TEMPRANOS

Esta hipótesis formulada y validada en el taller inicial de expertos, debe ser reorientada y complementada. Para dar una lógica secuencial de lo que se quiere abordar, es necesario conocer las prácticas diferenciadas en las distintas comunidades, pero también en las distintas generaciones. En las cuatro comunidades, a partir de los 16 años en adelante, se considera normal o bien unirse a un hombre o bien que ese hombre vaya a pedir la mano de una mujer a su casa con los padres de ella. Cuando las mujeres se establecen con un hombre, en todas las generaciones, no han recibido educación sexual por parte de la comunidad, escuela o padres, ni siquiera han recibido educación sobre la menstruación y las consecuencias que se generan con los cambios hacia la pubertad. Así lo explican madres de La Ceiba:

*“Cuando las mujeres se unieron con sus esposos, no sabían, como se hacían los bebés. Anteriormente las madres no explicaban a las hijas, más bien regañaban, ahora tampoco se hace”*

*“Cuando las niñas crecían de 11 años, la madre les compraba ropa interior blúmer. Cuando viene la menstruación no avisan de lo que va a pasar y algunas niñas se asustan, pero no se les cuenta.”*

Las prácticas de entrega se refieren a cuando un hombre acude a pedir la mano de una mujer a casa de los padres de ella. Estas prácticas siguen siendo habituales en La Ceiba y Talquezal y menos habituales en El Guayabo y Filincas. En las cuatro comunidades, las generaciones de madres de más de 30 años fueron entregadas en su mayoría, sin haber entablado una conversación previa con el hombre en cuestión. Todas las mujeres entrevistadas coinciden en señalar que fueron preguntadas por sus padres si querían irse con ese hombre, por lo que consideran que tuvieron libertad de elección, pero de alguna forma coaccionada por miedos e incertidumbres como miedo a quedarse soltera si no aparecía otro hombre que fuera a pedirla, y cierta culpabilidad de decir no al muchacho y enfrentar a sus padres, los cuales ya las habían mantenido hasta la edad adolescente. Así lo narran las abuelas:

*“Las abuelas fuimos entregadas a los 15, 16, 17, 18, 19, hasta los 20 años. No había acuerdos entre los hombres y las mujeres, por eso a veces no se llevan bien.” (Abuela Filincas)”*

*“Las abuelas nos casamos de 13 hasta 18 años. No conocíamos a los muchachos, hasta cuando llegaban a la casa a pedirlas. ¿Nos gustó el muchacho? “Por qué nos gustaba nos fuimos” (Abuela el Guayabo)*

Las abuelas valoran positivamente que ahora sus nietas, si tengan oportunidad de elegir al muchacho con quien iniciar una vida, pero advirtiéndolas de que un descuido puede ser fatal y que sólo unirse no supone una responsabilidad seria, de manera que los muchachos pueden deshacer la unión.



No tuvieron oportunidad de elegir, *“uno es ignorante, hoy es bueno, se despejan las dudas que uno tiene”*. (Abuela Guayabo) *“Yo aconsejo a las jóvenes uno no las dirige, puede haber descuidos, para la primer vez”*. (Abuela Guayabo) *“Nosotras crecimos en la ignorancia”*. (Abuela Guayabo)

Las adolescentes consideran que ahora existe más libertad de elegir a los muchachos y aunque expresan su deseo de estudiar o poder tener ingresos propios en un itinerario de salir de la comunidad y poder estudiar, conocen los limitantes que eso supone y son conscientes de que esos itinerarios son muy difíciles de lograrse. Las adolescentes de El Guayabo son las que tienen mayores aspiraciones de todas las comunidades, encontrándose ciertas similitudes con La Ceiba. En Filincas y en Talquezal, las adolescentes no expresan su deseo de estudiar o de casarse a una edad mayor.

#### Adolescentes de El Guayabo

*“Las mujeres pueden seguir estudiando”... “mejor salir a estudiar para tener oportunidad de graduarse de secretaria, enfermera, bachiller en computación, maestras, doctora”.*

*“Yo estudié primero básico. En la casa de mi abuela yo jalaba maíz, mi mamá ya no me apoyó, me casé, tengo un niño de dos años, y mi esposo me va apoyar para seguir estudiando.”*

*“Tener menos hijos para darles el asistimiento de 1 a 2 niños, para tenerlos con más cariño, las mamás querían tener muchos hijos... ¿Qué es lo bueno de tener más hijos? Unos son buenos y otros no.”*

*“Las muchachas se casan a los 15 años, los abuelos dicen que a los 25 años. Los muchachos tienen el deseo es estudiar, ellos ayudan arrancando frijol, cortando café, ayudan al papá.”*

*“Las jóvenes nos casamos pronto porque nos cansamos de los trabajos”.*

En los puestos de salud comentan que existen dos tendencias; por un lado, la de apertura para que las adolescentes jóvenes puedan elegir esposo con cierta libertad; y por otro, el mantenimiento de prácticas de entrega tradicionales, en donde los padres coaccionan para que se produzca el casamiento de una muchacha en el momento de que un muchacho llegue a pedirla, aunque no hayan tenido relación de amistad o de conocerse de forma previa.

En relación al número de mujeres entrevistadas, en La Ceiba y en Filincas son los lugares en donde más uniones tempranas ocurren (basado en estos datos), ya que las mujeres menores de 25 años se unieron en torno a los 15-16 años, frente a los 17-18 de Talquezal y el Guayabo. Esto indica que la tendencia hacia uniones tempranas es clara en todas las comunidades y que la escasez de opciones de trabajo, educación o migraciones para las mujeres son muy limitadas, con el único itinerario posible de ser madres y esposas, a pesar de algunos casos puntuales de adolescentes que salieron a Jocotán y Camotán para trabajar y consiguieron seguir estudiando allí (a la vez que trabajaban).

**Conclusión:** A pesar de encontrar en las cuatro comunidades cierta apertura a que las mujeres puedan decidir libremente con quien casarse o unirse, existen prácticas todavía generalizadas de “entregar” a las hijas a los hombres que puedan venir a pedir su mano. Las prácticas sociales determinan uniones tempranas, ya que las opciones de estudio o trabajo fuera del matrimonio son prácticamente nulas, por lo que las adolescentes, cuando se consideran adultas, buscan formar sus propias familias en el único itinerario de vida adulta que está disponible, que es en el papel de madre y esposa junto a un hombre.

La sexualidad es un tema tabú que no es abordado por los actores sociales; ni familia, ni escuela, ni grupos de pares, sin embargo si se ven influenciadas las prácticas por los discursos de la iglesia, bien sea católica o cristiana. A pesar de que la planificación familiar es una práctica generalizada en las familias con una visión más abierta, los embarazos tempranos no entran dentro de esta dinámica porque; cuando una pareja se junta o se une, parte de afianzar el concepto de familia que tienen es concebir un hijo/a en los primeros años de unión, aunque luego los demás embarazos sean espaciados.



## HIPÓTESIS E: NACIMIENTOS POCO ESPACIADOS

Los nacimientos poco espaciados (menor de 24 meses) son una constante en las cuatro comunidades de intervención. Los nacimientos poco espaciados se producen en familias con un alto número de hijos/as más que en familias con menos hijos/as. También se produce en familias en donde las mujeres que han cumplido 30 años tienen 6 o más hijos.

El número de hijos por mujer afecta directamente a la aparición de nacimientos poco espaciados. En todas las comunidades, la familia extensa, con al menos 7 hijos/as, es considerada el modelo social a seguir. En todas las comunidades, la mayoría de las abuelas han tenido entre 10-12 hijos/as, señalando que la docena suele ser lo que tradicionalmente ellas, como abuelas, han visto en sus familias desde que eran pequeñas. También señalan, que, generalmente, de esos 12 hijos/as que tienen no suelen sobrevivir todos, por lo que es importante tener muchos hijos/as para que al menos algunos, puedan sobrevivir.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda de dos a tres años entre embarazos, para abordar tres factores de riesgo asociados (1) los intervalos cortos entre nacimientos limitan la cantidad de tiempo del que dispone la madre para recuperarse nutricionalmente del embarazo y la lactancia (2) El no espaciamiento entre embarazos afecta a la nutrición infantil de los niños pequeños ya nacidos, al tener que competir por la comida, los cuidados maternos y la atención. El destete completo del hijo anterior se produce de forma drástica, volviéndolo más vulnerable a la infección y en desventaja nutricional (3) Cuando el menor nace, el hijo siguiente se encuentra en una edad de inicio de la autonomía pero con mucha necesidad de supervisión en higiene y cuidados que, si no se atiende incrementa exponencialmente el riesgo a enfermedades infecciosas.

Para que existan al menos 2 años entre un parto y el otro, significa que cuando el niño mayor tiene un año 3 o 4 meses, la mujer ya es consciente del siguiente embarazo y procede al destete del mismo. En este sentido, un espaciamiento mayor sería indicado para evitar este destete temprano y brusco, pudiendo mantener la lactancia materna hasta los dos años.

En este sentido, en relación al número de mujeres participantes en los talleres, incluyendo a abuelas, la mayoría de los espaciamientos de embarazos entre hermanos suelen ser de dos años justos, de manera que si inician los primeros embarazos entre 15-18 años, necesitarán 10 años para tener sus primeros 5 hijos/as, cumpliendo los 30 años con 5 hijos/as, tendencia que está muy generalizada.

COMUNIDAD	ESPACIAMIENTO DE EMBARAZOS
TALQUEZAL	46,15%
LA CEIBA	45,65%
EL GUAYABO	25%
FILINCAS	36,36%



**Tabla 12. Espaciamiento de embarazos en base a la encuesta cualitativa**

No en todos los casos donde hay nacimientos poco espaciados indican que todos los embarazos de dicha mujer fueron poco espaciados. Sin embargo, estos datos sugieren que sobre todo en las comunidades de Jocotán, en donde los puestos de salud funcionan de forma más intermitente o no son usados con tanta frecuencia, los nacimientos poco espaciados tienen índices más altos. En general, las mujeres tienen hijos/as cada dos o tres años, lo que señala que aunque estén más espaciados probablemente no usen métodos de planificación familiar más allá de la continuación de la lactancia hasta los 24 meses.

Los profesionales de salud señalan que la proporción de mujeres que piden métodos anticonceptivos es muy baja todavía, utilizando el método de la inyección por tres meses y realizando seguimientos personales, pero todavía con cierto reparo a que sus esposos estén enterados de la planificación familiar.

*“Las mujeres que planifican, utilizan la inyección de tres meses, llevan un control a través de un carné, sin embargo hay mujeres que no solicitan el carné para que sus esposos no se enteren que están utilizando un método anticonceptivo.” (Enfermero Filincas)*

*“Se ha ido avanzando en el número de mujeres van planificando, pero no es a grande escala, no en grande escala, es poquito a poquito lo que se va avanzando ahí ..más que todo siento yo que a veces la población, las madres jóvenes a veces van entendiendo un poquito, pero ya las que tienen cuarenta años ya nacieron con una ideología y con una creencia muy difíciles de cambiar.” (Enfermero Filincas)*

En los grupos focales y entrevistas, tanto en Talquezal como en La Ceiba, las mujeres reconocieron que no planificaban ellas, que tal vez habían oído de otras que sí lo hacían pero que ellas no. En La Ceiba las mujeres señalan que por motivos de abastecimiento en el Hospital de la Palmilla algunas que sí planificaban ya no lo hacen.

*“Las mujeres manifiestan que no cae bien, algunas mujeres que si planificaban ya no continuaron porque ya no encuentran inyección en el centro de salud”*

En El Guayabo y Filincas, a pesar de que algunas de las mujeres participantes reconocieron que sí planificaban, por lo general los pensamientos iban relacionados a la religión:

*“Nosotros pensamos... sabe uno qué es pecado.... planificar porque más o menos Dios fue el que bendición y él es todo es Dios el que hace fue el que nos bendición con ser una mujer es para sufrir”*

*“Yo nunca tuve el corazón de planificar”*

Un padre joven (23 años) de Talquezal habla de la importancia de la familia dentro del itinerario y los sueños de vida de una pareja:

*“Ahora tenemos fuerza se puede uno llenarse de hijos y cuando ya no tengamos fuerza y cuando ya no podemos trabajar para que tengan ropita, pan, ya no podemos luchar por los hijos.”*

Sin embargo, si existen padres que son conscientes de la importancia de planificar para no tener hijos tan seguidos, aunque se siga considerando tener muchos hijos/as como algo necesario al formar una familia:

*“Planificar tiene ventaja para que una mujer tenga familia. Si planifica está guardando una distancia para llegar una familia. El niño va creciendo mejor sufre menos de desnutrición.....Planificar la familia debe de decidir entre los dos, la pareja y crear una familia muy sana” (Padres de El Guayabo)*

**Conclusión:** En las cuatro comunidades, el imaginario ideal de la familia está compuesto por padre, madre y al menos un número considerable de hijos/as por encima de 7. El tener el mayor número de hijos posible es una tendencia estable en todas las generaciones, no encontrándose prácticamente discursos sobre el no tener hijos o tener uno o dos solamente. El acceso a métodos de planificación familiar es posible en todas las comunidades,



con mayor o menor dificultad, pero sigue estando mal visto por otras mujeres y fundamentalmente por los hombres, bien sea por motivos religiosos o por control del cuerpo de sus esposas. El poco espaciamiento entre embarazos se da en porcentajes muy altos en todas las comunidades, sobre todo en mujeres con más de 4 hijos/as. Los nacimientos poco espaciados son considerados por las comunidades uno de las causas fundamentales de desnutrición tanto en mujeres como en niños/as, sobre todo en los niños mayores.

## HIPÓTESIS F: LAS MADRES NO CUENTAN CON SUFICIENTE APOYO

Este factor de riesgo hipotético fue formulado tratando de indagar en los mecanismos y redes de soporte de las madres en sus entornos más cercanos, que les permitan generar intercambios de cuidados, económicos o de otra clase. Existen varios elementos en esta hipótesis.

El primero de ellos tiene que ver con las redes de soporte cercano con los que las mujeres cuentan. Así señalan la primera red de soporte su madre o hermanas, más allá de sus vecinos/as, con los que no se suele compartir amistad más allá de una relación cordial. Cuando llega la temporada de escasez, las familias acuden a sus padres/madres, hermanos, a fin de aliviar la situación, en el caso de que puedan contribuir a algo. Por lo general, en época de escasez toda la comunidad está pasando por las mismas situaciones, por lo que no se pueden ayudar unos a otros. Tal y como lo explica una madre de Talquezal:

*“Cuando no hay, no hay... si voy donde mi mamá y ella está peor que yo... para que voy a ir”*

Las madres y las hermanas también constituyen un fuerte soporte cuando los niños/as se ponen enfermos, porque son ellas quienes aconsejan qué remedios tradicionales pueden ser proporcionados y en el caso de requerirse los ingredientes, los proporcionan y ayudan con el tratamiento. Son soporte también cuando hay que hacer desplazamientos fuera de la comunidad y los esposos no están, así como realizar labores de cuidado de niños/as cuando hay que realizar mandados.

Fuera de estas redes familiares, no se encuentran grupos organizados de mujeres cuyo objetivo o fin sea lúdico, de aprendizaje o de soporte psicosocial. Existen grupos organizados en las distintas iglesias de las comunidades, como también grupos organizados comunitarios creados para un fin específico (seguimiento nutricional, agua, escuela).

Sería muy interesante proponer grupos de mujeres entre abuelas y madres, que pudieran compartir con otras mujeres las recetas tradicionales y remedios tradicionales, elementos muy poco valorados por las generaciones nuevas y que pueden ser de gran utilidad para reintroducir semillas y especies de plantas comunes que ya no se dan en los entornos más cercanos de las comunidades.

**Conclusión:** Las mujeres de las comunidades cuentan con muy pocos espacios de esparcimiento, donde poder compartir y dar soporte psicosocial a otras mujeres, así como compartir problemáticas comunes. Las abuelas que ya no tienen esposos, así como las madres solas o separadas, son las que realizan más visitas a las casas de otras señoras y manejan mayor información que el resto de mujeres, además de expresar más libremente sus opiniones.



## HIPÓTESIS G: BAJO PESO AL NACER

Un bebé cuya peso corporal al nacer es inferior a 2.500 gramos, se considera un bebé con bajo peso al nacer. Este factor de riesgo está fuertemente asociado al estado nutricional de las madres y supone un predictor de un futuro estado de desnutrición en los dos primeros años de vida.

De entre todas las mujeres entrevistadas o participantes en los grupos focales, cerca del 95% dio a luz en su hogar, con un acompañamiento de la matrona en el 55% de los casos, frente a un 45% que dieron a luz acompañadas de esposos o madres. Las matronas tienen un papel fundamental en los primeros partos, en donde las mujeres tienen más miedo al ser primerizas y necesitan mayor control y orientación sobre los pasos a seguir. En el resto de partos, es un signo de valentía el poder parir sin ayuda, únicamente con las atenciones de la familia.

Las comadronas tienen un segundo papel muy importante, ya que por ley son las que se encargan de certificar el nacimiento del bebé y tramitar frente a las autoridades correspondientes, la boleta de ornato (nacimiento) que identifica al niño/a nacido, con un coste de 50 quetzales. Es por ello que muchas mujeres que antes no utilizaban matrona, están empezando a llamarlas para la atención al parto y para la tramitación de la boleta de ornato. Algunas comadronas si pesan a los bebés recién nacidos, pero generalmente el peso al nacer se certifica con la visita de los enfermeros del puesto de salud, realizada en los primeros 15 días de vida, y que queda registrada en la cartilla de salud del recién nacido.

Según el puesto de salud de Filincas, durante el 2017, de 75 niños/as nacidos, únicamente 5 registraron bajo peso al nacer. Cuando esto ocurre, desde el puesto de salud se coordina para enviarlos a los centros de recuperación nutricional.

Existen algunos casos de niños/as con bajo peso al nacer que son identificados inmediatamente, pudiendo pasar varios meses hasta que acuden por primera vez al puesto de salud.

*“Al mes vino la niña a pesarla aquí y pesaba 2 libras, pero rápido se le bajó el peso no sé qué le pasó porque se le bajó de peso rápido. La mandamos al CRN. Estuvo como un mes allá, se recuperó un poquito. Es en Jocotán, ahora tiene dos meses y pesa 7 libras, va recuperándose.” (Madre Talquezal)*

La atención prenatal de las mujeres embarazadas no es escasa, sin embargo existen diferencias entre las comunidades de Jocotán y Camotán. En Jocotán si existen claras deficiencias en el seguimiento y control de las mujeres embarazadas y de parto, no existiendo coordinación entre los puestos de salud y las comadronas, las cuales tampoco asisten a todos los partos. En Camotán, la atención prenatal es usada y respetada por la comunidad, destacando una mejor condición de las mujeres embarazadas en torno al acceso a la suplementación vitamínica y la realización de controles.

Sin embargo, en todos los puestos de salud destacan que la mayoría de mujeres embarazadas, cuentan con una ingesta de alimentos insuficiente en términos nutricionales, debido a la escasez de alimentos, y muy poco variada por la misma razón. También señalan que muchas de las madres embarazadas estaban dando lactancia materna a sus hijos/as anteriores, por lo que no estaban recuperadas para asumir un nuevo embarazo.

Únicamente en las comunidades de Talquezal y La Ceiba, aunque en todas presente, señalan abiertamente que comer mucho durante el embarazo hace que los bebés vengan muy grandes y sean muy difíciles de parir sin dificultades en los hogares, por lo que prefieren controlar mucho la cantidad de comida en el embarazo a fin de no engordar demasiado. Estos discursos conviven con aquellos que promocionan una buena alimentación para



la madre embarazada, a fin de tener fuerza durante el parto para que el bebé nazca sin esfuerzo y sin complicaciones, y no se enferme posteriormente.

Otro de los elementos importantes para entender por qué niños con bajo peso al nacer o con peso normal al nacer durante los primeros tres meses caen de peso, tiene que ver con el inicio de la etapa más dura de la dieta tradicional del nacimiento. Después del parto, las madres, sólo pueden comer alimentos como; caldo de gallina criolla, tortilla dorada, sal, queso, un poco de café. No pueden comer ni frijol, ni aguacate, ni cebolla, ni tomate, ni huevo, ni incaparina, ni frutas frías. Por lo que la dieta está muy limitada y debe respetarse hasta los 90 días del parto, lo que empeora considerablemente la salud nutricional de aquellas madres que respetan y siguen esta dieta y que no cuentan con recursos suficientes para comer otros alimentos durante el periodo.

*“Las mujeres embarazadas tienen más hambre, a veces no es bueno comer mucho, porque no se pueden tener los hijos a la hora del parto.”(Madre Talquezal)*

Muchas madres consideran que, haciendo la dieta tradicional pero tomando suplementos de vitaminas del centro de salud, el problema está resuelto y ya cuentan con una nutrición adecuada. Esta creencia de que los suplementos vitamínicos son formas de sustituir los alimentos pero fortalecer la salud, está muy extendida en las cuatro comunidades.

**Conclusión:** A pesar de que los datos de salud indican que el número de niños/as con bajo peso al nacer es residual, las narrativas de las mujeres en torno a niños/as que nacen pequeños y ligeros, es muy amplia. En un entorno de constante escasez de alimentos, existen discursos que se alinean a esta escasez promoviendo la ingesta escasa de comida por parte de mujeres embarazadas para evitar partos complicados, en oposición a aquellos que intentan mejorar las condiciones nutricionales de las madres, buscando mayor ingesta y más variada, además de suplementación vitamínica y controles prenatales. La dieta tradicional viene a insertarse en estas disyuntivas, como un elemento respetado y valorado por todos los miembros, que se acata con mayor o menor flexibilidad dependiendo de las condiciones de acceso a los alimentos permitidos por la misma. A pesar de que ya se ha hablado de que en general los niños/as tienen un buen estado nutricional hasta los seis meses, existen algunos casos en donde estas dietas, junto con un bajo peso al nacer, han provocado bajadas de peso alarmantes en niños/as recién nacidos o menores de 6 meses.

## **MECANISMO CAUSAL DE SALUD MENTAL Y PRACTICAS DE CUIDADOS**

A continuación se presenta el primer mecanismo causal identificado en las hipótesis causales A, B, C, D, E, F y G, señalando las correspondientes relaciones de los elementos causales más importantes. Subrayado en rojo, se destaca el elemento causal de mayor impacto, destacando mediante flechas las relaciones causales más importantes que conducen a la desnutrición de niños/as menores de 5 años.

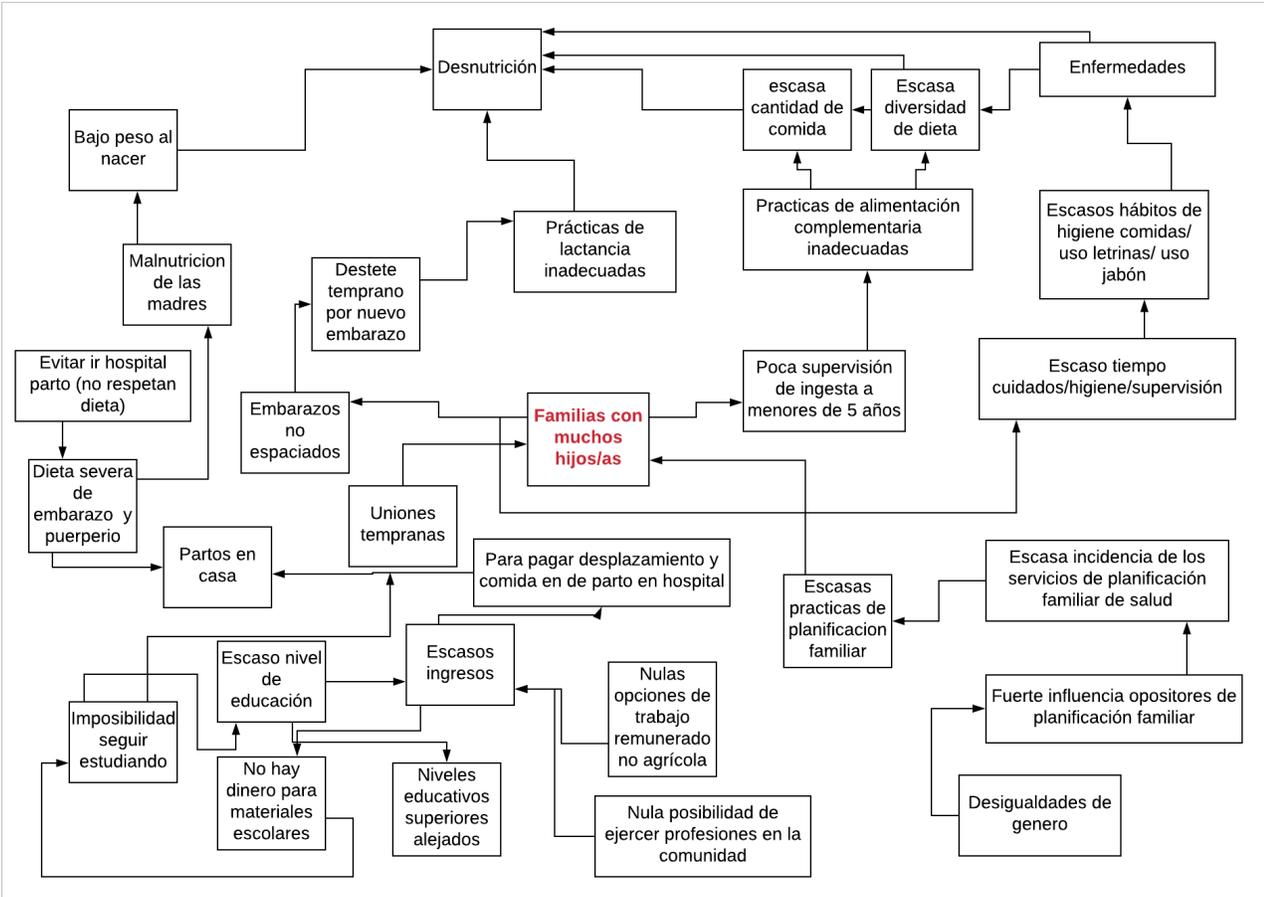


Figura 11. Mecanismo Causal de la Desnutrición de Salud Mental y Prácticas de Cuidados



## HIPÓTESIS H: LA DESNUTRICIÓN NO ES PERCIBIDA COMO UNA PREOCUPACIÓN

La desnutrición es percibida como una enfermedad temporal que afecta puntualmente a los niños/as y también a las mujeres embarazadas. La desnutrición crónica no es percibida, ni identificada como una enfermedad. Sin embargo, los episodios de desnutrición aguda si son percibidos con preocupación como una enfermedad que necesita tratamiento y que en condiciones extremas puede causar incluso la muerte del niño/a. La responsabilidad de los padres/madres en torno a la aparición de la desnutrición es percibida dentro de la comunidad como un factor importante de ausencia; ausencia de cuidados de higiene y falta de alimento, si bien las madres manifiestan que puede ocurrir aunque se brinden los cuidados y las atenciones necesarias. Por lo general, son los hombres los que consideran que las mujeres no se ocupan correctamente de los hijos/as, aunque ellos no sientan responsabilidad como padres para ejercer de cuidadores.

La percepción social de la desnutrición es percibida como el resto de enfermedades de mayor prevalencia en las comunidades; enfermedades respiratorias, gastro-intestinales y de la piel. Estas enfermedades están siempre presentes en el imaginario de las madres como eventos que pueden ocurrir en cualquier momento, independientemente del esfuerzo por el cuidado y la correcta asistencia de los niños/as.

*“Un niño dejó la comida, cuando lo despechó, se quedó amarillo, pálido, delgado, se lo llevaron 8 días al centro de salud de Jocotán y 8 días al hospital de Chiquimula, la madre se aflige quiere ver la salud de su hijo, a los 8 días se sanó.” (Madre de Filincas)*

*“Un caso en la comunidad de un niño desnutrido que lo recuperaron, porque los llevaron a un centro de recuperación nutricional Betania, el niño ya no volvió a desnutrirse “. ( Madre de La Ceiba)*

*“Cuando los niños están desnutridos los llevan al puesto de salud, pero no hay atención porque no vienen. Se compra medicina en tienda, y cuando es emergencia se sale a pie al pueblo”. (Madre de Talquezal)*

Aunque se conoce la importancia de una dieta variada para la salud y el crecimiento de los niños/as, al no contar con disponibilidad de alimentos variados, la desnutrición se interpreta como la falta de ingesta necesaria de la comida disponible, en este caso frijol y tortillas.

El origen de la desnutrición aparece cuando un niño no come, bien sea porque no tiene que comer, bien sea porque como no había comida en los tiempos de comida, cuando ésta llegó se le cerró el estómago y ya no pudo comer, bien sea porque se le quitaron las ganas de comer, o bien sea porque se enfermó de diarrea, parásitos, fiebre o tos que dejó de comer.

Cuando el niño deja de comer, la madre se esfuerza por intentar incluir en la dieta alguna verdura (percibida como medicina más que como alimento diario o cotidiano) a fin de promover la ingesta de alimentos en los niños. Cuando el niño/a cambia de carácter, se queda callado, no quiere comer, llora mucho o está decaído es cuando se identifica la aparición de la enfermedad, junto con una bajada de peso que resulta evidente a nivel físico.

**Conclusión:** La desnutrición crónica no es conocida ni percibida por las comunidades. La desnutrición aguda es percibida como enfermedad temporal que puede afectar a cualquier niño/a de la comunidad, además de madres embarazadas. Como toda enfermedad temporal, puede ser curada con medicina y mejor alimento, sin tener consecuencias a futuro en la salud del niño/a. Los padres y madres son conscientes de que la falta de alimento es una de las causas fundamentales de la desnutrición, pero valoran la falta de aseo e higiene junto con enfermedades estacionales asociadas al frío, calor o ingesta de agua contaminada, las que pueden producir la desnutrición.



## HIPÓTESIS I: COMPORTAMIENTO INADECUADO DE CUIDADOS DE SALUD/ ALIMENTACIÓN

Los cuidados y la higiene en torno a la ingesta de comida son percibidos en todas las comunidades como principales causas de enfermedades parasitarias y diarrea que pueden conducir a la bajada de peso y a la aparición de la desnutrición. Las condiciones en las que las familias realizan la ingesta de comida se basan en una ausencia generalizada de mesas con sillas para comer, la escasez de platos y la inexistencia de cubiertos y la escasa supervisión de la toma de comida por parte de las madres hacia los niños/as, los cuales comen solos a partir de los 9 meses. La mayoría de las mujeres señala que los niños/as menores de 5 años comen sentados, o bien en el suelo encima de un tapete, o bien sentados en un taburete. Se les proporciona el plato con la comida y se deja que ellos inicien la comida mientras la madre suele estar cocinando o en otras tareas del hogar. Mientras se produce la comida, los animales como pollos, chumpes y perros no son guardados ni controlados.

Junto al plato de comida, se les proporciona un vaso con café caliente, ya que la incaparina no se toma al mismo tiempo que el frijol o la tortilla, sino en tiempos separados. Los niños/as no tienen un tiempo determinado para acabar la comida, ni son alentados a terminarse la comida por sus madres, dejando éstas a criterio de los niños/as si tienen hambre o no o si quieren comer o no. De forma generalizada, señalan que previamente al inicio de la comida, los niños/as son acompañados a lavarse las manos a la pila de agua, o chorro o lugar donde se encuentra el agua contenida. Para lavarse las manos, utilizan jabón de bola o detergente.

También señalan que intentan cumplir las normas de lavado de manos antes de la comida, pero que puede ocurrir que se les olvide lavar las manos a todos los hijos/as. Muchas veces, la supervisión y control de la ingesta de comida de los niños/as más pequeños, es controlada por hermanos mayores (pero de entre 4 a 9 años), de tal forma que no se pueden asegurar ingestas de comida en condiciones óptimas de higiene.

Durante la ingesta de comida, no se controla que el niño/a siga manteniendo las manos limpias, pudiendo haberse desplazado con el plato por el entorno, llenándose las manos de tierra que se lleva a la boca. Las madres señalan que como las casas tienen piso de tierra, es prácticamente imposible mantener las manos de los niños/as limpias todo el tiempo, limitándolas a los tiempos de ingesta de comida, al baño y al momento previo antes de irse a dormir.

*“Los niños comen primero, los hombres después, y por último las mujeres.”*

*“Cuando son muchos los hijos comen solos, pero a cada uno se le sirve los alimentos en su calderita.”*

*“Los niños cuando tienen hambre, piden cuando no saben hablar enseñan la caldera.”*

Las prácticas de higiene personal dependen en gran medida de la disponibilidad de agua y jabón. En todas las comunidades señalan que la familia se baña con agua fría, generalmente en un espacio habilitado contiguo al chorro de agua, donde se tapa con algunos plásticos o mobiliario a fin de no ser vistos por los vecinos. Cuando no tienen chorro de agua, se bañan en las quebradas donde se recoge el agua. La frecuencia del baño depende de la época del año en la que se encuentren, destacando por lo general que el baño de los niños/as se produce una vez a la semana como mucho, en épocas frías y más frecuentemente en épocas de calor, siempre dependiendo de la disponibilidad de agua. El baño se realiza con el jabón de bola o detergente para la ropa, lo que crea algunas alergias en los niños y enfermedades de la piel frecuentes, como señalan en los puestos de salud.

Cuando no existe disponibilidad de jabón (un jabón de bola dura alrededor de 3 días y cuesta 7 quetzales, aproximadamente un dólar americano), se produce menos lavado de ropa y menos aseo personal con jabón, aunque este se realiza con agua en la misma frecuencia. A los niños/as en edad de usar pañal, se les suelen poner pañales de algodón o bien únicamente la ropa. Cuando esta se ensucia, si es solo de orines, a veces es sólo secada al sol y reutilizada sin lavar. Los niños/as menores de 3 años pueden pasar largos periodos de tiempo sin ser cambiados de ropa, lo que produce infecciones de orina y fiebre de forma recurrente, sobre todo si el clima es frío.



Por lo general, la mayoría de los niños/as menores de 4 años suele ir descalzo, o bien con kaites de plástico, manteniendo casi siempre los pies en contacto con la tierra y el entorno. De igual forma, en las comunidades más frías, los niños/as no cuentan con suficiente ropa de abrigo para los diferentes cambios de temperatura que se suceden a lo largo del día, favoreciendo la aparición de gripe, diarrea y fiebre por enfriamiento. Las madres no perciben estas necesidades como importantes para el mantenimiento de la salud de los niños/as, y, según los enfermeros de los puestos de salud, las casas no están condicionadas con los utensilios necesarios para mantener calientes a los niños de noche, ni las sábanas con las que cuentan son lavadas de forma frecuente. Los dormitorios familiares concentran en un solo espacio a toda la familia, en donde a veces se dispone de camas con somier, pero en donde generalmente se duerme en petates sobre el suelo.

Las prácticas de ir al baño de los niños/as son percibidas como otro factor de riesgo asociado a la aparición de enfermedades como la diarrea y parásitos. Los niños/as que ya pueden caminar van solos a la letrina generalmente. Aunque la familia cuente con una letrina, como son pequeños, se les incita a realizar sus necesidades en el entorno y a llamar cuando terminen, pero sólo en algunos pocos casos, para que la mamá pueda recoger la hez y poder depositarla en la letrina. En el caso de la orina, el niño no tiene supervisión.

*“Hasta los 5 años van solos a la letrina, utilizan papel o monte que no pica”.*

*“Cuando no se tiene letrina, los niños van al cafetal, hasta los 7 años van solos y no se deja que vayan lejos”*

*“A los niños de 2 años, se les quita la ropa y va al baño y regresa con la mama para que lo limpie. Se utiliza olote, papel cuando hay”. (Madres de las 4 comunidades)*

En las cuatro comunidades, no existen orinales para los niños que faciliten la supervisión de un adulto y generen prácticas de control de esfínteres de forma temprana, por lo que los niños/as aprenden solos la manera de ir al baño.

Las madres señalan que la limpieza del hogar se realiza con agua y jabón de bola. Señalan que dependiendo de la disponibilidad de agua, los utensilios de cocinar y comer son lavados inmediatamente después de las comidas, y guardados en estantes o lugares secos y altos. La observación participante dentro de los hogares visitados, muestra que las cocinas no cuentan con mobiliario suficiente para realizar un almacenamiento correcto de los utensilios de cocina con los que se come o cocina, estando estos expuestos al polvo y a que los animales domésticos pasen, se sienten encima o los toquen.

Al igual que no hay un almacenamiento correcto de los utensilios, tampoco hay un almacenamiento correcto de los alimentos. El maíz, bien sea en mazorca, lavado, molido o en masa, a pesar de los intentos de cubrirlo y taparlo, suele estar expuesto a los animales domésticos, al igual que el frijol. Como son alimentos que en todos los tiempos de comida se ingieren, los utensilios en donde están almacenados, generalmente baldes de plástico, no son siempre lavados después de su uso, ya que el uso es muy continuado, pudiendo estar varios días sin lavarse correctamente.

*“Es que a veces uno se descuida, pero es que son tantas cosas que uno no puede controlar”(Madre de Filincas)*

A continuación se muestran espacios de abastecimiento de agua en el hogar, donde los niños/as deben acudir al lavado de manos. Como se puede percibir, el acceso, tanto en altura como en orden y limpieza es escaso, dificultando un espacio de higiene adecuada para la altura y conocimientos de los niños/as, si no cuentan con un acompañamiento de un adulto que les ayude.



*Figura 12. Pilas de agua dentro de los hogares*

En torno a la atención a la salud, en todas las comunidades perciben los síntomas de las enfermedades más comunes. La LB del proyecto SETH muestra una correlación directa entre la desnutrición y aquellos hogares con prácticas inadecuadas o escasas en el lavado de manos. También muestra una correlación entre la presencia de enfermedades respiratorias y la desnutrición y en relación a la defecación al aire libre y la desnutrición.

Cuando se perciben síntomas de enfermedad, los itinerarios seguidos son los siguientes:

Paso	SÍNTOMA/ENFERMEDAD PERCIBIDA	QUÉ SE HACE
1	Diarrea, dolor abdominal, tripa hinchada	Se acude al puesto de salud para desparasitación. Si se proporciona medicina, se la toman. Si no se proporciona medicina, se compra en la tienda
2	Tos	Se le dan primero remedios de monte como tabardillo, raíz de apazin con ajo, gengibre, vista colorada. Si no mejora en varios días se acude al puesto de salud.
3	Fiebre, diarrea	Guayabo, yuquilla, alka selter con sal. Si no mejora en varios días, se acude al puesto de salud.
4	Desnutrición	Chipilín, chatate, guisquil, agua de arroz, venadillo, chacté, guayabo, suqinay. Se le proporcionan dichos remedios en el caso de verlo bajo de peso, sin alegría, delgado. Posteriormente se le lleva al centro de salud. En



5		el centro de salud pueden darle chispitas y suero. Si no se mejora se lo llevan a Jocotán o Chiquimula.
	Susto o espanto (lloros, deja de comer, diarrea, fiebre)	Se acude al puesto de salud. Si no se cura después, se identifica como susto o espanto y se acude al curandero.

**Tabla 13. Relación de prácticas de salud comunitarias en función de síntomas percibidos**

Las narrativas en torno a la atención de los puestos de salud tienen varias vertientes. Por un lado, en todas las comunidades, el puesto de salud es percibido positivamente en el control prenatal y de vacunaciones, desparasitaciones y enfermedades de la tos, gastro-intestinales y de fiebre. Las limitaciones en los recursos de los puestos de salud son evidentes, y las medicinas con las que cuentan son muy limitadas; antibióticos, anti-inflamatorios, desparasitantes, vitaminas, utensilios para heridas o cortes, antimicóticos y ocasionalmente sueros salinos. Los enfermeros de los puestos de salud no tienen mucha información sobre las enfermedades de la piel que afectan fuertemente a toda la población, por lo que en muchas ocasiones no pueden realizar un correcto diagnóstico ni tratamiento.

En general, las familias intentan mantener la salud de sus miembros en la medida de lo posible, e intentan abordar todas las opciones disponibles para la mejora de la salud. El puesto de salud no puede cubrir todo el espectro de enfermedades posibles, por lo que a veces, las familias deben acudir a Jocotán o Chiquimula en busca de tratamientos especializados, que son muy caros para los ingresos con los que cuentan, pudiendo pedir préstamos y endeudarse para afrontar dichos gastos.

Cuando por desnutrición se acude al dispensario Bethania, éste tiene un coste que generalmente las usuarias perciben muy alto. A veces el ingreso supone un mes de estancia, y aunque, se les intenta cobrar lo menos posible, el importe final siempre es motivo de angustia y desesperación, que no siempre garantiza la curación.

*“Nicolasa tuvo un niño con diarrea y granos, gastó Q900.00 quetzales en tres días, cuando regreso a casa lo entregaron en las manos de Dios (Iglesia Cristo de Paz). Entonces buscó medicina de monte. Hizo ayuno y vigilia, entonces le salió un hombre que le dijo que su hijo le quedaba 3 días para morir. Pero ella siguió orando, a su niño le dio comida de verduras, caldo de mora, chipilín y él niño se curó.”  
(Madre de Guayabo)*

El acudir a centros de salud, hospitales o centros de recuperación nutricional supone un alto coste familiar y social en términos de cuidados. Las mamás tienen que organizar la logística para ver con quién dejan a los demás hijos/as si no está el papá, así como dejar suficiente cantidad de alimentos para ellos. Ellas, por su parte, deben procurarse alimentos y hospedaje mientras que están acompañando a los niños/as, ya que en algunos centros no les proporcionan ni cobijo ni comida, además de garantizarse el dinero para los pasajes de vuelta.

**Conclusión:** Existen múltiples prácticas de higiene inadecuadas en torno a la alimentación y el aseo de los niños, así como la limpieza del hogar, siendo uno de los factores más importantes asociados a la aparición de la desnutrición. Los niños/as menores de 5 años no son supervisados mientras comen, ni lo hacen en buenas condiciones que eviten la contaminación de comida, la ingesta regular y el control de la cantidad de comida que ingieren. Las prácticas de higiene son insuficientes en aseo personal y en aseo de cocinas, patios y dormitorios, destacando la poca higiene de los genitales en la micción y defecación.



## HIPÓTESIS J: ESCASA DISPONIBILIDAD Y CALIDAD DEL AGUA PARA BEBER

El agua para consumo humano en las cuatro comunidades tiene disponibilidad y calidad diferente. Mientras que en las comunidades de Jocotán no hay agua clorada de chorro, las de Camotán si tienen. En todas las comunidades, hay un porcentaje de alrededor de un tercio de la población que no cuentan con chorro en su casa, ni agregado.

*“En verano bebemos fresco o un café, así que agua pura no. Pero cuando hacen el fresco en verano, hierven el agua o hacen del chorro nomás (Madre de Talquezal)”*

En las comunidades de Jocotán, conocen los métodos de purificación de agua más sencillos, como hervir el agua o clorarla. El almacenamiento de agua se produce en cántaros de plástico, en las propias pilas debajo del chorro, o bien, de forma excepcional, con bidones de plástico. Los grupos focales indicaron que no hay costumbre de hervir el agua para beber a diario, ya que normalmente, el líquido más ingerido es el café. Sólo se bebe agua sola en épocas de calor, donde reconocen que hierven el agua durante 4 o 5 minutos. El agua no es percibida como una fuente de parásitos si se hierve, aunque sea solo durante dos o tres hervores (5 minutos).

La Ceiba:

*“Algunas tienen servicio de agua a domicilio, hace cuatro años, menos otras, que acarrean de vertiente”.*

*“A veces se quiebran los tubos y llega a las casas, el agua del chorro es limpia, helada porque es de la montaña. El agua de la quebrada es sucia.”*

*“El agua la hierven para beber, solo cuando hace calor”*

*“Aquí no hay costumbre de beber agua sola, no se bebe”*

*“Los niños toman 4 vasos de cafecito y 1 vaso de agua. Los niños de 1 a 2 años, ya beben café. El café con azúcar depende si hay dinero.”*

Un padre de La Ceiba narra la historia de cómo le recomendaron que el agua pura era buena para la salud tomada sola y de los beneficios de la hidratación que supone.

*“En el caso mío cuando yo mi nene tenía un mes, lo lleve a una consulta aquí a la clínica y me dijeron de que él tenía que empezar a enseñarle que tomara el agua pura porque era recomendable para los pulmones de él, si yo lo quería ver bien y mire yo hice eso, empecé a darle agua, cuando el llegó a la edad seis meses él tomaba agua pura. Y totalmente él toma agua.”(Padre la Ceiba)*

En estas comunidades, se señala la demanda de agua purificada para el chorro, así como la necesidad de que todas las familias cuenten con chorro. Tomar agua en el momento que uno desea es algo que no está al alcance de las familias, si el agua no está purificada, ya que exige hervir el agua en el momento, porque no se cuentan con espacios de almacenamiento de agua que se consideren seguros (es decir, que puedan mantener el agua hervida purificada sin que se estropee con el entorno). Si el agua purificada saliera directamente del chorro, sentirían más confianza para beberla directamente.

*“A mí me parecería que si el agua es importante de tomar, según médicos han alertado que el agua pura es importante consumirla, media vez esta 100% purificada, uno puede tomar el agua en el momento que uno quiera, porque supuestamente cuando uno por ejemplo se toma una pastilla de amoxicilina le recomiendan que tiene que ser agua pura, no le dicen café a uno. A Ley uno tiene que estar utilizando el agua, pero si está al 100% hay confianza de consumirla. Esto sería el otro factor.”(Padre de La Ceiba)*



En las comunidades de Camotán, los que cuentan con chorro de agua, tienen confianza en la cloración por parte de los comités de agua, y no tienen miedo de beber agua del chorro cuando tienen sed. Al ser comunidades más calurosas, se manifiesta una ingesta de líquidos mayor, porque apetece más cuando hace calor un vaso de agua. Sin embargo, también señalan que no existe costumbre de beber agua sola, prefiriendo la ingesta de café. Las familias que no cuentan con chorro de agua, manifiestan hervir el agua durante “tres hervores” para ingesta, lo que constata que en ninguna de las comunidades, estas familias están bebiendo agua segura.

Por otro lado, los alimentos no se lavan con agua segura, utilizando el agua del chorro de forma directa, o de los cántaros de agua de las quebradas. Como se considera que el frijol tarda en cocerse bastante, el caldo agua que se usa si es hervido durante más de 40 minutos. No así ocurre con el agua con la que se lava el maíz y se realiza la masa de maíz que posteriormente se tuesta, ni tampoco con el café, el cual, para que no se quemé, nunca llega a hervir durante más de 2 minutos. El problema más relevante asociado a la ingesta de agua no segura, es la poca costumbre de beber agua sola, por lo que no hay cántaros ni ollas para tal efecto, así como la ingesta de agua no segura con el café.

**Conclusión:** Únicamente un porcentaje de la población de dos comunidades cuenta con disponibilidad de agua segura para consumo humano, que no está disponible todos los días, mientras que el resto de la población no cuenta con disponibilidad de fuentes cercanas que no estén contaminadas. No existen hábitos de conversión a agua segura, ni se conocen las formas adecuadas de realizarlo. No existe el hábito en las cuatro comunidades, de beber agua sola de manera regular por ningún grupo etario, dando prioridad a la ingesta de café, el cual es realizado la mayoría de las veces con agua no segura, pudiendo ser el origen de muchas enfermedades gastro-intestinales, a lo que habría que añadir que el café que se toma lleva muchos pesticidas asociados y no se lava correctamente.

## HIPÓTESIS K: ESCASO ABASTECIMIENTO DE AGUA DOMÉSTICA

En general, las cuatro comunidades manifiestan tener problemas de agua, que les impiden mantener la higiene de sus hogares, así como poder usar agua para la creación de pequeños huertos familiares. Las familias que tienen chorro señalan, que el hecho de tenerlo, no siempre garantiza que haya agua, teniendo agua la mitad de los días de la semana y de forma intermitente.

La población que no cuenta con agua de chorro, debe invertir mucho tiempo en la búsqueda de agua en los alrededores. A pesar de que existen en las comunidades de Jocotán, diversos puntos de agua, depende mucho de la orografía del terreno y de la ubicación del hogar, el tiempo que se requiere al día en la búsqueda. En las comunidades de Camotán, que son más extensas, el tiempo invertido en traer agua puede variar mucho de una familia a otra. Así, por ejemplo, una madre señala en Filincas;

*“Yo no tengo agua de chorro voy al pozo, hago dos viajes de 1 hora y media, 2 viajes por la mañana y un viaje por la tarde. El agua del pozo se hierve por 5 minutos, porque se toma con café. Los niños toman bastante café.”*

Todas las comunidades coinciden en señalar que los puntos de agua, pozos o quebradas, están actualmente muy contaminados, suponiendo un alto riesgo para las familias que los usan, tal y como señala un abuelo de Talquezal:

*“Antes se iba a traer agua de las quebradas, al pozo, con cántaros de barro. Ahora hay chorro, pero quien no tiene si va, pero fuentes de agua esta contaminadas porque allí lavan café con pesticidas”.*

Las familias deben contar con estrategias de almacenamiento que prevengan estas situaciones. El almacenamiento de agua requiere de inversión económica para la compra de bidones con tapa. Por lo general, el agua se almacena en las pilas de cemento si se poseen, y si no, en cántaros de agua de plástico de tamaño mediano o pequeño. Las familias manifiestan que ocurre con frecuencia que el agua almacenada se acaba, debiendo acudir a por agua a los pozos o quebradas más cercanos, o bien teniendo que esperar a la restitución



del servicio de agua, limitando entonces el uso del mismo y de las actividades asociadas a él. Consideran que el acceso a agua durante los meses de verano, febrero-mayo, está más limitado y que la frecuencia del aseo disminuye considerablemente.

Los alimentos como el frijol y el maíz si son lavados con agua del chorro o de la quebrada, pero no con agua purificada. La higiene personal en términos de frecuencia del baño, está entre 3 y 6 días para los niños/as y entre 2 y 4 días para los adultos, dependiendo de si el clima es frío o caliente.

El entorno del hogar se moja con agua para disipar el polvo, ya que los pisos son de tierra, pero generalmente no se lavan con jabón, únicamente se mojan. El lavado se produce a diario, intentando limpiar la suciedad causada por los animales, el polvo y la posible basura que pueda estar desperdigada por el entorno. Las madres señalan que a pesar de todo el esfuerzo de intentar mantener la casa limpia, a los diez minutos de terminar de limpiar, el viento remueve el polvo y tira todo el esfuerzo realizado.

En todas las comunidades señalan que está prohibido regar pequeños huertos familiares con el agua del chorro, por lo que muchas familias se abstienen de comenzar un pequeño huerto.

**Conclusión:** Existe una gran diferencia entre tener chorro o no tenerlo, en la frecuencia de higiene personal, el aseo de la casa y los utensilios de cocina, el lavado de prendas de vestir, pero sobre todo en el tiempo invertido para realizar todas estas tareas. Aunque el agua de chorro no siempre esté disponible, las familias intentan un almacenamiento de agua lo más adecuado posible, que aunque insuficiente, permite tener algunas reservar para cuando el agua deja de estar disponible. Las familias que no cuentan con chorro, enfrentan grandes dificultades para generar prácticas de higiene y aseo adecuadas, ya que la disponibilidad de agua es muy limitada (muchos viajes al día a las fuentes de agua, poca cantidad de agua acarreada, mucho tiempo perdido y agua muy contaminada).

## HIPÓTESIS I: ESCASAS INSTALACIONES DE SANEAMIENTO

Por saneamiento se entiende el suministro de instalaciones y servicios que permiten eliminar sin riesgo la orina y las heces. La defecación al aire libre, la falta de higiene en el entorno de la comunidad o la falta de infraestructura sanitaria aumentan la exposición a los gérmenes y, por lo tanto, el riesgo de enfermedad, que afecta directamente el estado nutricional de las madres e hijos/as. Varios estudios han demostrado que la presencia de heces en el entorno de los hogares y la falta de saneamiento tienen un mayor impacto en la diarrea<sup>16</sup>.

La presencia de letrinas en el hogar es un indicador que permite juzgar el nivel de saneamiento de la comunidad en los hogares. Un estudio encontró que los hogares sin letrinas tenían muchas más probabilidades de tener niños desnutridos menores de 6 años<sup>17</sup>.

Los líderes comunitarios de todas las comunidades, no conocen a ciencia cierta cuántas familias tienen pozo ciego y cuántas realizan sus necesidades al aire libre. Lo que si es un hecho, es que en las 4 comunidades no existen prácticamente letrinas con agua, llamadas lavables. De las entrevistas realizadas y las visitas a hogares, se ha podido constatar que en general, existe al menos una letrina por familia o por grupo de familias de un mismo hogar. Sin embargo, dichas letrinas no siempre están disponibles para usarse, encontrando muchas letrinas no aptas para su uso y otras en proceso de mejora. Por lo general, las personas en su movilidad diaria por las

---

<sup>16</sup> Van der Slice, Drinking-water quality, sanitation, and breast-feeding: their interactive effects on infant health, Bull World Health Organ. 1994.  
<sup>17</sup> Günther et al., Water, sanitation and children's health: evidence from 172 DHS surveys, World Bank Policy Research Working Paper Series, 2010

<sup>17</sup> A Sharghi, et al., Evaluating risk factors for protein-energy malnutrition in children under the age of six years: a case-control study from Iran, Int J Gen Med, 2011



comunidades, cuando tienen que ir al baño, realizan sus necesidades al aire libre, alejándose lo más posible de las viviendas los adultos y quedándose cerca de ellas los niños/as.

Por otro lado, el escaso conocimiento en las necesidades de mantenimiento de las letrinas, sobre todo en torno a la correcta localización, profundidad, uso de materiales externos y establecimiento de condiciones de higiene y protección externas, hace que las letrinas disponibles supongan una degradación de la salud del medio ambiente inmediato, por la gran presencia de gérmenes fecales, incluso en las letrinas en mejores condiciones.

Los niños/as hasta al menos los 5 años, no usan las letrinas por riesgo a caerse dentro, por lo que (1) los menores de 2 años se realizan las necesidades encima a la espera de que sus mamás los cambien (2) De los 2 a los 5 años, realizan sus necesidades solos en las inmediaciones del hogar, pudiendo llamar cuando terminan a su mamá para que les ayude a limpiarse, en el mejor de los casos.

Aunque las mamás señalan que recogen el popó de los niños, la realidad es que muchas veces los propios niños no avisan, o bien la madre no está presente o bien el excremento no se recoge, dejando que los animales de cría y los perros, además de las moscas, se lo coman, para después transferirlo a los sistemas de almacenamiento de agua familiares, los platos, vasos y el frijol y maíz almacenado.

*“Es importante para la familia porque, de eso depende a veces uno, va a cerca hacer sus necesidades y a veces llegan los moscos a las alimentaciones, se acercan, mire, a veces uno dice lejos pero como no, no vienen solo de cerca va, entonces se pegan las moscas, entonces todo eso se necesita.” (Padre de La Ceiba)*

*“Cuando no se tiene letrina, los niños van al cafetal, hasta los 7 años van solos y no se deja que vayan lejos.” (Madre de Talquezal)*

*“A los niños de 3 años, se les quita la ropa y va al baño y regresa con la mamá para que lo limpie. Se utiliza olote, papel cuando hay.”(Madre de La Ceiba)*

*“Las viviendas cuentan con letrinas de pozo ciego, cuando se llenan se trasladan a otro lugar. Los niños van solos a la letrina a los 2 años.( Madre del Guayabo).*

Por otra parte, no existen sistemas de alcantarillado para los residuos grises, por lo que la tierra de los hogares absorbe la contaminación de jabón y residuos, del lavado de trastes, de ropa y aseo personal. Esto contamina los guatales (pequeñas siembras) y algunas plantas o verduras que la familia pueda tener en los alrededores de las casas.

La basura y desechos, plásticos y sólidos es uno de los grandes problemas en las 4 comunidades en torno a la salubridad. No existe gestión de basuras en ninguna de las comunidades, estando los caminos y espacios públicos de convivencia en un estado de suciedad y contaminación muy elevado, como muestran varias imágenes de un camino de La Ceiba.



*Figura 13. Caminos comunitarios llenos de basura, Aldea La Ceiba*

Con respecto a las basuras, las que se generan dentro del hogar se queman, salvo los desechos orgánicos que se tiran al patio de la casa, cerca de la tierra cultivada o del huerto propio.

En las 4 comunidades señalan que no tienen recursos para abordar el problema de la basura, de manera que se pudiera recolectar y tirar, sobre todo los desechos como plásticos, nylon y aluminios. Estos residuos promueven la proliferación de mosquitos y moscas que favorecen la transmisión de enfermedades. Además, los pozos o quebradas de agua también se encuentran en esta situación de insalubridad por residuos. Los animales, como gallos, pollos, chumpes, patos, perros y gatos, también buscan comida sobre los residuos y fuentes de agua contaminadas, enfermándose constantemente, tal y como señalan en varias comunidades; *“Alrededor de un tercio de los pollos de cada año se mueren de enfermedad, si no más” (Madre de Talquezal)*

Los usos mixtos de los pozos o quebradas de agua, para agua de beber, para lavar la ropa, para lavar los trastes de la casa, para aseo personal, para lavar café y para que beban los animales, con espacios donde el agua se estanca y en donde la basura está presente, son fuentes potenciales de contaminación que favorecen la aparición de enfermedades transmitidas por el agua para personas y animales.

**Conclusión:** En todas las comunidades existen serios problemas de contaminación fecal por las malas condiciones o inexistencia de letrinas en los hogares y en los espacios comunitarios. No existe en ninguna de las comunidades basureros controlados o gestión de desechos o residuos, los cuales se encuentran desperdigados por toda la comunidad, incluyendo los puntos de agua, que además, sufren, al igual que los hogares de nulo tratamiento de aguas grises.



## HIPÓTESIS M: ESCASAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD EN LAS VIVIENDAS

MUESTRA TOTAL LB PROYECTO SETH	
TIPO HOGAR	Nuclear, Extenso, Compuesto, Uniparental masculino, Uniparental femenino
TIPO DE VIVIENDA	Material de las paredes: Palo, bahareque, lámina de zinc, adobe, block o madera.
	Material del techo: Concreto, paja, teja barro, lámina de canaleta o lámina de zinc.
	Material del piso: Tierra, ladrillo de barro, plancha de concreto o cerámica.
	Tipo de estufa de cocina: Leña fuera, leña dentro, fogón fuera, fogón dentro, estufa u otro.
	Tipo de alumbrado: Ocote, vela, candil lámpara gas, panel solar o eléctrico público.

Tabla 14. Tipos de hogar y características según la LB proyecto SETH

En las cuatro comunidades existen escasas condiciones de habitabilidad en las viviendas. Las viviendas están construidas a base de barro y paja mezclados (bahareque), con pequeñas vigas de bambú o madera como soporte. Los techos son la mayoría de palma y en algunos casos de lámina. Las únicas casas construidas con cemento son; las escuelas, algunas tiendas, las iglesias, algunos centros comunitarios y algunos puestos de salud. Fuera de estas casas, el porcentaje de viviendas de cemento en todas las comunidades no supera el 5%.

Las casas de bahareque que están en mejores condiciones, han sido repelladas con cal y cemento, así como algunos de los pisos de algunas casas, sobre todo de familias con niños con desviación positiva, han sido repelladas también. Las casas de bahareque, tal y como comentan en todas las comunidades, pueden aguantar más de 30 años si se les da el mantenimiento adecuado y si no se producen deslaves alrededor o fuertes lluvias que muevan las paredes de las casas. Así, si los tejados son de palma, pueden cambiarse cada cierto tiempo, cuando pierden su impermeabilidad.

La mayoría de las casas cuentan con una cocina separada del dormitorio principal. Las cocinas pueden estar al aire libre, cubiertas con una choza de palma (techo y paredes) o bien realizadas en bahareque con techo de palma. De todas las visitas a hogares realizadas (32) sólo se constataron 2 estufas mejoradas, siendo el resto construidas de manera tradicional en barro. Algunas contaban con ventanas más grandes y salida de humos y los tamaños variaban mucho dependiendo del espacio de terreno con el que se contara. Por lo general, las cocinas eran pequeñas, desordenadas y sin suficiente mobiliario para almacenamiento de comida, agua y utensilios. Por lo general, las cocinas no tenían puerta, por lo que los animales de cría, perros y gatos deambulaban a su antojo por todos los espacios de las cocinas.



El dormitorio principal o estancia única, si tiene puerta en todos los casos y suele permanecer cerrada para que no entren los animales. Esta estancia no suele contar con ventanas, a fin de mantener una temperatura constante en su interior y no permitir el paso de insectos o animales. Dentro de estas estancias, no suele haber mobiliario, teniendo la ropa de la familia colocada a un lado, tal vez una mesa y como camas algunos petates en el suelo, junto a las sábanas que se usan como cobija. Toda la familia duerme en la misma estancia; padre, madre, hijos/as, en ocasiones dependiendo del número de hijos/as, en condiciones de hacinamiento.

En las comunidades señalan que las casas de bajareque, en comparación con las que había antes que eran completamente de palma o de madera, son un avance en la mejora de las condiciones de habitabilidad. Las cocinas se queman menos y están mejor protegidos del calor y el frío y de los animales del entorno.

Están construidas de bajareque, el repello se raja cuando secan, hay cucarachas, se matan con un palito. La madera de la casa se pica. El piso es de tierra, se rocía con agua y luego se barre. Los dormitorios tienen cuartos separados de la cocina, que está cercada y tiene ventanas, para que salga el humo, es malo para los pulmones se enferman. (Madre de Talquezal)

Para poder construir una casa de bajareque tradicional, con una cocina asociada, un joven del Guayabo tuvo que hacer dos temporadas de Caña de 6 meses (980 quetzales los 22 días laborables del mes), para poder construir, en su propio terreno, la casa. Las casas de bajareque son la única opción disponible, no siendo económica tampoco, para el uso como vivienda. Las casas de block de cemento están fuera del alcance de la mayoría, encontrándose solo en propiedad de muy pocos líderes comunitarios, o personas que salieron a trabajar fuera de forma permanente (ejército, guardias de seguridad, en fincas de forma permanente).

Lo que si señalan en todas las comunidades es que el repello con cemento sobre las paredes de bajareque, así como el suelo de tierra, puede mejorar sustancialmente las condiciones de higiene de sus familias. También señalan que tener cercado el patio interior que conecta los dormitorios y la cocina, ayuda sustancialmente a mantener un área protegida de los animales domésticos, pudiendo dejar a los niños dentro del cerco en mejores condiciones de higiene.

Las enfermedades de la piel son “constantes, permanentes y en algunos casos graves o muy graves”, como señalan en el puesto de Salud de Filincas. El mal de chagas afecta a la población y a los niños, además de las, garrapatas, pulgas y otros vectores que están presentes en todas las dependencias de la casa y están directamente relacionadas con los materiales de construcción de las casas y no tanto con los hábitos y prácticas de higiene.

En verano, señalan, las paredes de bajareque se rajan, por lo que los insectos anidan en los huecos vacíos formando plagas que afectan a toda la familia. En época de lluvias, muchas de las paredes de las casas se quedan húmedas durante semanas, provocando enfermedades respiratorias y humedades.

La poca ventilación de las cocinas, el uso de leña al modo tradicional y la permanencia durante varias horas respirando el humo de las estufas, provoca serios problemas respiratorios en madres y niños/as. En la LB del proyecto SETH se ha encontrado una asociación directa entre no contar con alumbrado eléctrico público en los hogares y la desnutrición, siendo aquellos hogares que alumbran mediante linternas o velas, más susceptibles de tener menores de 59 meses con desnutrición.

**Conclusión:** Las viviendas de la población de las cuatro comunidades, no cuentan con las condiciones mínimas de habitabilidad. Una vivienda adecuada debe contener ciertos servicios indispensables para la salud, la seguridad, la comodidad y la nutrición. Todos los beneficiarios del derecho a una vivienda adecuada deberían tener acceso permanente a recursos naturales y comunes, a agua potable, a energía para la cocina, la calefacción y el alumbrado, a instalaciones sanitarias y de aseo, de almacenamiento de alimentos, de eliminación de desechos, de drenaje, además de poder ofrecer espacio adecuado a sus ocupantes y de protegerlos del frío, la humedad, el calor, la lluvia, el viento u otras amenazas para la salud, de riesgos estructurales y de vectores de enfermedad.



Las condiciones climáticas, la localización en el terreno, los materiales usados, los prototipos de construcción y el escaso mantenimiento por razones económicas, son las causas principales de que las viviendas asequeables por la población no cuenten con estas condiciones mínimas.

## MECANISMO CAUSAL DE AGUA, SANEAMIENTO E HIGIENE

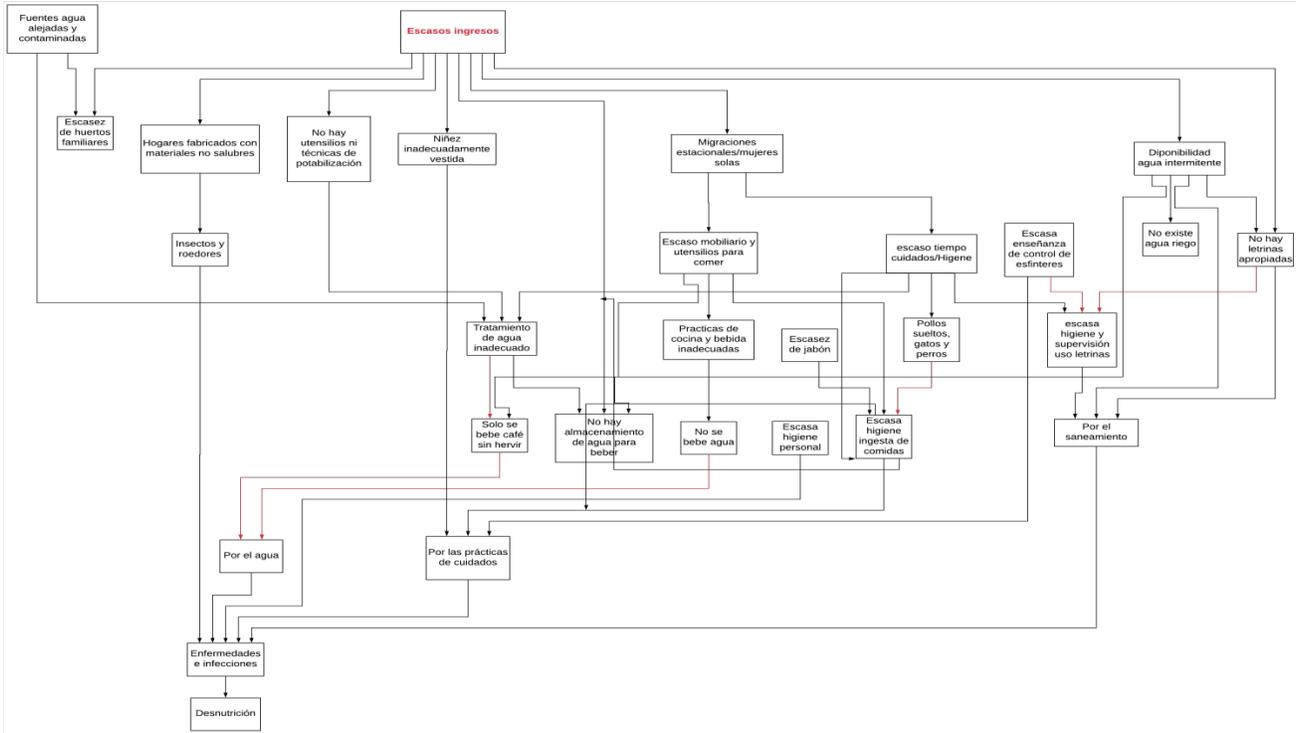


Figura 14. Mecanismo Causal de la Desnutrición de Agua, Saneamiento e Higiene



## **HIPÓTESIS N: BAJOS INGRESOS DEBIDO A LA INESTABILIDAD DE LAS FUENTES DE INGRESOS Y / O LA FALTA DE ACTIVIDADES GENERADORAS DE INGRESOS.**

No existen fuentes generadoras de ingresos de forma permanente en las comunidades. En las comunidades de Jocotán, existe la posibilidad de encontrar empleo estacional en el campo durante los meses de noviembre a marzo, y ocasionalmente en mayo y septiembre en las siembras de maíz y frijol. A los comunitarios de Jocotán, no les gusta ir a la Costa Sur en el trabajo de la caña, porque lo consideran de mucha dureza física y de condiciones climáticas excesivamente calurosas y húmedas, a las que no están acostumbrados. Es por ello que prefieren no ir, aunque lo han intentado, volviendo siempre con enfermedades y sin haber podido cobrar, ya que deben terminar los ciclos de 22 días para cobrar todo el trabajo. Es por ello que prefieren los trabajos ocasionales en las propias comunidades, al servicio de los dueños de pequeñas fincas de café, o bien en los alrededores, donde pueden realizar migraciones de entre 10 y 15 días, siempre al café, frijol o maíz.

Las mujeres en las comunidades de Jocotán tienen mayor empleabilidad en los trabajos temporales del corte de café, entre noviembre y marzo, así como los niños/as a partir de los 7 u 8 años, debido a que las fincas de café que ofrecen trabajo están relativamente cerca de la comunidad. Así lo señalan las mujeres de La Ceiba:

*“Algunas mujeres salen a corte de café, en los meses de noviembre a marzo, el dinero que se gana solo alcanza para la época. Los esposos solo trabajan en el corte de café, en las fincas de la comunidad”.*  
(Madre Talquezal)

*“En los meses de mayo a agosto los hombres se van al Salvador por 1 mes o 15 días. Del mes de octubre a febrero cada 15 a 20 días. Las personas no tiene tierra disponible, la mayoría tiene 5 tareas propias y algunos media manzana. La tierra para sembrar se renta, el costo es de Q30.00 a Q50.00 quetzales por tarea. Los abuelos vendieron la tierra. Los cafetales son de los ricos.”* (Madre Talquezal)

*“Todas las familias tienen de 5 hasta 12 aves de corral (pollo y gallinas), las mantiene sueltas porque no tienen suficiente maíz para alimentarlos. También las enfermedades les afecta y no hay dinero para la medicina, algunas veces si compra.”*(Madre Talquezal)

No ocurre así con las mujeres de Camotán, en donde no existen empleos estacionales en las comunidades, o en los entornos cercanos, que ellas puedan realizar a la vez que compatibilizan el cuidado de sus familias. En estas comunidades, existen algunos hombres que si realizan las temporadas de caña, sobre todo los más jóvenes que cuentan con fuerza física para aguantar las duras condiciones. Existen 4 casos en El Guayabo de migraciones a Estados Unidos por las rutas tradicionales de paso ilegales, que envían remesas a sus familias, las cuales viven en mejores condiciones que el resto. El resto de hombres, al no haber dentro de las comunidades fincas de café, ni tampoco en los alrededores cercanos, migran en ciclos de 10 días a un mes a las fincas de Honduras, El Salvador, Esquipulas, Ipala y pueden llegar a irse hasta Petén.

A la vez que en esta época, fundamentalmente de noviembre a marzo, con ciclos cortos de siembra en mayo y septiembre, las familias en todas las comunidades, realizan la recogida de la cosecha de sus pequeños terrenos, en donde tienen plantado el maíz, el frijol y tal vez unos palos de café.

Las familias manifiestan insuficientes, en las cuatro comunidades, los ingresos generados del trabajo en el campo para otras personas. El nivel de estudios para los hombres y mujeres es bajo, de todos los grupos focales realizados aproximadamente el 60% de los participantes no sabía leer ni escribir. El relato de un padre de Talquezal muestra las estrategias de sobrevivencia que tienen que elaborar cada año, en función de factores de riesgo que inciden directamente en la obtención de más o menos ingresos económicos (clima, que haya trabajo, que no nos pongamos enfermos, que se pueda rentar una parcela de tierra, que el abono no esté muy caro, que no venga ninguna plaga).



*“El sueño, era salir adelante ya no estar en el extremo de la pobreza, pero por la falta de dinero no se logra fácilmente. Uno hace planes todos los años. De la edad de 18 años en adelante, se salía de la comunidad para trabajar a las fincas.”*

*“De lo poco, que tenemos de tierra, sacamos la cosecha de maíz y un poco de frijol, cuando el maíz está en flor se comienza a pensar para hacer planes y luego dependiendo de la cantidad de cosecha, se decide, sí se vende o dice uno que no alcanza. También puede pasar otra cosa, que alguno de la familia se enferme. Cuando hay una enfermedad, hay que salir y contratar carro, para llevar al enfermo al centro de salud de Jocotán, depende el horario los carros cobra de Q.300.00 a Q.400.00 quetzales, un viaje solo para salir y otro pago para regresar. A Chiquimula el costo es de Q .37.00 quetzales. El problema en comunidad es que cuando llovizna, nadie quiere hacer el viaje. La enfermedad siempre llega cuando hay cambio clima, le cae a toda la familia, pero se recupera.”*

*“No saliéramos que hubiera trabajo en la casa, cuando sale uno a veces, es en el mes de mayo en adelante. Cuando hay trabajo fijo es otra cosa, algunos hombres tienen patrones que les dan trabajo todo el año pero son pocos. En la comunidad hay un encargado que busca y dice si hay trabajo, dos meses y medio de noviembre a febrero. Los niños aprovechan las vacaciones para corte de café, algunas esposas también van al corte de café, es un trabajo favorable no tiene mucho esfuerzo. El hombre corta un quintal al día le paga a Q40.00 quetzales. Las mujeres y los niños hacen 3 arrobas el día.”*

*“Los que tienen terrenos propios cultivan café, maíz y frijol, otros tiene rentada la tierra para una cosecha. Se renta la misma tierra cada año, no hay espacio, quien llega primero y paga renta, utiliza la tierra más o menos de 6 tareas. Se cultiva en poca tierra, porque ahora se necesita abono para cosechar para 6 tareas cuando se echa abono del más barato, se cosecha de 6 a 7 quintales de maíz, y cuando no se alcanza abonar se cosecha de 2 a 3 quintales. La tierra no es fértil, se desgasta, los dueños solo lo rentan 2 a 3 años y a veces se saca buena cosecha.”*

*“Antes había poca gente, solo se cultivaba maíz, se limpiaba con machete. En la comunidad hace 10 a 15 años se comenzó a cultivar el café. La fertilidad del suelo se fue acabando, la tierra ya no da cantidad, esta desgastada. En la comunidad, solo se siembra maíz y frijol, no se puede sembrar otras cosas, la tierra no es de uno. No hay oportunidades de trabajo es difícil, no hay ilusiones de comprar tierra. El dinero que se gana en las fincas, sirve para comprar abono para trabajar el maíz, no se puede ahorrar. Entonces si se puede ahorrar alguna vez, se realiza sus planes de arreglo de vivienda, hacer la cocina si no alcanza el dinero y le falta terminar el trabajo, se presta y se queda en jarana, para volver a trabajar y para pagar nuevamente.”*

*“Cuando se gana dinero se compra abono y se inicia la siembra en junio a septiembre, meses malos que no hay trabajo, nos desesperamos, empezamos a hacer las jaranas, hay requisitos en algunos trabajos que no lo llenamos, por eso no dan el trabajo en otra cosa que no sea la agricultura. Necesitamos capacitaciones de trabajo, plantas nutritivas para la familia en el patio cilantro, rábano zanahoria, cebolla.”*

En las comunidades de Camotán, las narrativas indican las mismas problemáticas, pero con migraciones más largas en donde las mujeres permanecen solas durante más tiempo y en donde ellas no tienen opción de encontrar un empleo remunerado, saliendo poco de la comunidad.

*“Las mujeres salen de la comunidad al pueblo una vez al año. ¿Cuánto cobran de transporte? Q.24.00 quetzales de la comunidad a Jocotán. No salen por falta de dinero. Los Q 30.00 quetzales que ganan los hombres, son para comprar el maíz”. (Mujer Filincas)*

Así lo describe un hombre de El Guayabo:

*“La tierra es muy poca es muy difícil ahora, uno trabaja pero, el tiempo es seco no llueve, a veces se recoge cosecha y a veces nada. Cuando el tiempo es bueno y llueve, no tenemos dinero, no se alcanza para abonar y cuidar las plantas. Las tierras dan el frijol, pero les molesta el hongo (hongo) en las tierras*



*bajas, y otras plagas...Se cultiva el maíz 5 tareas, se cosecha 6 sacos. Por eso se compra una parte para tener alimentos para el año. También, se siembra frijol. Depende de la cosecha, Al inicio de año hay que pensar como lo va a conseguir el dinero. Las opciones que tiene es el corte de café, uno va a buscar trabajo, va siempre con otro compañero, se juntan unos tres hombres, al estar lejos se necesita con quien platicar debe haber compañerismo al estar con otros de la misma comunidad...Los hombres salen a la costa sur, los jornales como ir a la cañera, se gana más pero el tiempo de la zafra es más largo y en el corte café es más cerca pero pagan menos. En las fincas de café en Honduras pagan 30.00 lempiras el galón de café en cereza, los 3 galones tiene un coto de Q 27.00 quetzales al día. También algunos van lejos al Peten, en época de tapisca en los meses de enero, febrero no se llevan a la familia. Algunos, se llevan a la señora para que trabajen en el mantenimiento echando tortillas...Las mujeres que se quedan, cada quien sabe cómo se maneja, asistiendo a la familia. Tiempo corto viene a la casa a los 15 días, cuando es por más tiempo se hace depósito cuando se va al ingenio de la costa sur por 5 a 6 meses”.*

La necesidad de migrar no es algo de esta generación, así los abuelos de Camotán señalan que la migración de empleo siempre ha estado presente en las comunidades:

#### Abuelos Guayabo

*“Si, antes no había dinero tenían que salir para ganar dinero, cuanto ganábamos 10 centavos por 15 días de trabajo. Llevando agua todo el día trabajábamos cortando café en 12 días, solo traíamos Q 1.20...En aquel tiempo pagaban 35 centavos la tarea, un sombrero costaba 15 centavos ahora un sombrero cuesta 25 quetzales”.*

*“Yo fui a la finca del Carrizal, Gualán Zacapa, cuando pequeño, me compré un pantalón camisa con Q 15.00 quetzales que gané en tres semanas de trabajo”.*

También las abuelas señalan que antes ellas salían a la frontera para vender artesanías de barro petates. También acudían a Caparjá caminando (1,30 horas) para vender pan o lavar la ropa de otras señoras.

#### Abuelas de El Guayabo

*“Se usaban trastos de cajetas de barro y guacal (recipiente de morro), se elaboraban ollas de barro y jarros para café. Por necesidad los hombres elaboraban: Matates, petates, sombrero de palma. Las mujeres salían a lavar ropa, a aldea Caparjá, también se vendía pan. Las mujeres se iban a vender comales a la aduana y también se compraba azúcar, sal jabón. Las mujeres que se quedaron solas con sus hijos tenían que hueltiar (movilizarse), los hijos no se murieron de hambre”.*

Algunas de las abuelas cuentan que elaboraron petates que vendían en la aduana, a la semana se hacía dos, También elaboraban alborotos que vendían en Copán. Para llegar a Copan salían a las 4 o 5 de la madrugada y se llegaba a las 9:00 de la mañana, se regresaba el mismo día, siempre viajaban con otra compañera, nunca salían solas.

#### Abuelas de Filincas

*“Tiempos eran más tristes, pero toda cosa era barato, una medida de maíz por centavo, en Jocotán y Copan. “Se mañaniaban, para viajar con inteligencia se hacían petates, redes, lazos, ollas de barro, comal, jarro se vendían a 50 lempiras que era igual a 20 centavos”, ya no elaboran artesanía “cuesta buscar el barro”. Claudia, él esposo elaboraba redes y ella vendía artesanía. Salían para Copan y llegaban en 3 horas. En años de sequía que se perdió la cosecha, que se compraba el maíz, con la venta de la artesanía.”*

**Conclusión:** No existen fuentes generadoras de ingresos dentro de las comunidades que sean permanentes, ni que paguen el salario mínimo interprofesional (90,16 quetzales para trabajos agrícolas en 2017). Las fuentes generadoras de ingresos temporales no proporcionan ingresos suficientes para el periodo de trabajo, mucho



menos para el resto del año o para proveer de abono, pesticidas y enseres básicos a las familias. Los niveles de educación son muy bajos, encontrándose la mayoría de las personas en situación de analfabetismo, lo que limita mucho el acceso a mercados de trabajo en pueblos cercanos. La pobreza y pobreza extrema es generalizada y permanente, por lo que nunca se producen excedentes suficientes como para generar emprendimientos, además de que no hay mercado local de demanda que pudiera pagar por servicios. Sin embargo, los abuelos/as ofrecen prácticas ya olvidadas o ignoradas por el resto de la población, que pueden contribuir a recuperar saberes que puedan generar iniciativas de emprendimiento.

## **HIPÓTESIS O: BAJA PRODUCCIÓN DE AGRICULTURA (FRIJOL, MAÍZ, SORGO Y EVENTUALMENTE ALGÚN OTRO PRODUCTO)**

En las cuatro comunidades existe una escasa titularidad de la tierra, generalmente la que rodea a la vivienda. En todas las comunidades señalan que tres elementos en torno a la tierra; (1) Las familias han ido creciendo exponencialmente y los primeros titulares tenían mucha tierra. Éstos se la dividieron a sus hijos/as y éstas a su vez a sus hijos/as, por lo que cada vez les corresponde menos tierra cuando se crea una familia; (2) En las comunidades de Jocotán, la escasez siempre ha estado presente y muchas familias tuvieron que vender la tierra a foráneos a precios muy bajos; (3) En las cuatro comunidades, la tierra se echó a perder por la contaminación, el uso de pesticidas y plaguicidas y el uso de abonos. El clima no ha ayudado a que la tierra se recupere y ahora la tierra no produce; (4) No han existido prácticas de recuperación forestal o de mantenimiento de la calidad de la tierra.

Así lo explican las abuelas de La Ceiba:

*“Las tierras se vendieron por la necesidad”. “Tío Calixto, se enfermó, le vendió el terreno a Arnulfo por 150.00 quetzales, vendió otro, a Fito, Ricardo a Esteban, viejito solo no tuvo hijos, Lupe vendió 120.00, quetzales a Beto Carrera, compraron barato ganga para la gente”. “Ahora la pobre gente no tiene tierra...Pero hoy, hay una ayuda cuando estos pueblanos nos dan trabajo y nos ayudan con el pago del trabajo...Las mujeres salían a trabajar desherbar milpa y frijol, los papás, si tenían terreno, la tierra daba cosecha sin abono. La cosecha que sacaban no alcanzaba para todo el año, los hombres, se iban a ganar, no nos dejaron morir de hambre.”*

Las condiciones de renta de las parcelas no permiten introducir otro tipo de cultivos que no sean maíz o frijol, por lo que no hay posibilidad de intentar diversificar la dieta con producción propia. Los cambios climáticos y la ausencia de lluvias, en los últimos años han generado deudas en todas las comunidades, al no haber podido cosechar o haberlo hecho sin éxito pero generando gastos. En Filincas, muchas familias todavía tienen contraídas deudas que no pueden pagar con cooperativas agrícolas, consecuencia de la ausencia de cosechas de los años de canícula.

*“Las familias tienen de 4 a 6 tareas propias, y las que no tienen tierra, rentan solo 2 tareas. Por el tiempo difícil los hombres están escasos de dinero, no alcanza para asistir mucha extensión de tierra, no hay dinero para comprar abono” (Padre Filincas)*

*“Al terminar de comer la cosecha de maíz hay que comprar nuevamente” (Padre Filincas)*

La producción de animales de cría está generalizada, gracias al apoyo de diversas instituciones que una vez al año proporcionan entre 6 y 12 cabezas de ave. Estas cabezas sufren bajas por diversas enfermedades o se pierden, conservando un 50% de las cabezas proporcionadas, que o bien se venden, o bien se usan en tiempos de necesidad para el sustento familiar.

*“Las mujeres cuidan gallinas y las venden, para comprar maíz. Venden 3 a 4 gallinas, el costo de una gallina es de Q.60.00 quetzales”.(Madre de Filincas)*



La producción de hortalizas está muy limitada a las condiciones de la tierra. Mientras que en las tareas circundantes a los hogares, algunas familias pueden sembrar cilantro, rábano y otras hierbas, las hortalizas no son de fácil cultivo. En las comunidades de Jocotán, al tener palos de café que necesitan pesticidas, no es aconsejable ni se da la producción de hortalizas. En los campos rentados, no dejan realizar otro tipo de cultivos que no sean maíz y frijol. Además, no todos los cultivos se dan:

*“Pues aquí lo que es, es muy fría, la gente se ha dedicado a muchos cultivos lo que es tomate, chiles pero no les ha funcionado por el frío, aquí hay mucha gente ha tirado muchos cultivos pero es por el clima, agua hay, aunque no se pueda la del chorro.”(Padre de La Ceiba)*

En las comunidades de Camotán, donde el clima es menos frío, intentan promocionar el cultivo de banano, pero todavía no tienen práctica ni conocimientos en otros cultivos.

*“Con agua se podría cultivar hortalizas, árboles frutales, maíz, frijol. Actualmente hay árboles de naranja, pero no produce buenos frutos, por falta de agua. Si se lograrán estos proyectos, se podría comenzar otra vida.....Huerto familiar, pues han venido a enseñar algunas instituciones, pero cuesta adaptarse”. (Padre Filincas)*

**Conclusión:** La producción agrícola propia en las cuatro comunidades es escasa y no cubre las necesidades de granos básicos a nivel familiar para todo el año. Además, exige inversión económica en abono y pesticidas para mantener una producción aceptable para el trabajo que se invierte, debido a que la tierra ya no es productiva sin abono. No existen los conocimientos ni las condiciones de inversión económica necesarias para el inicio de producción de verduras ni hortalizas, ni campos propios o rentados que permitan este desarrollo.

## HIPÓTESIS P: LIMITADO ACCESO A COMIDA

Las cuatro comunidades se encuentran alejadas de mercados de intercambio o venta debido a las malas condiciones del camino o a la lejanía de servicios básicos. En las tiendas de la comunidad, si se tiene dinero, no se puede disponer de verduras y hortalizas, únicamente de productos no perecederos. Además e eso, el limitado acceso a comida viene determinado por la capacidad económica de adquirir otros productos, al no tener ingresos económicos suficientes.

En las cuatro comunidades señalan que la cosecha de maíz y frijol necesaria en una familia debe al menos cubrir 9 meses de enero a septiembre siendo de: Un silo de 13, 15 hasta 16 quintales de maíz por familia de 4 miembros, además de pollos.

*“Gastando poquito, dependiendo la cantidad de familia, para tres integrantes podría alcanzar Q.400.00 quetzales”. (Madre de Filincas)*

El limitado acceso a comida viene determinado por la falta de dinero. A continuación se presenta un relato completo de una mujer de La Ceiba que expone las condiciones familiares que llevan a que el acceso a comida esté muy limitado.

Exponiendo el relato de una mujer de La Ceiba, ésta considera que las causas de la desnutrición se deben a que las familias no tienen mucha comida, y también por descuido de los hijos, por motivo que las madres salen a trabajar en la temporada del corte de café, entonces los niños/as pequeñas, se quedan en la casa y quienes les cuidan, no les dan los alimentos a la hora acostumbrada, provocando la desnutrición. De su familia la hija mayor,



se casó ya no está con ellos. Ella creció en el Cedral, sus padres ya murieron al igual que los padres del esposo, los niños/as ya no tienen abuelas y ella no tiene el apoyo para dejar a los hijos/as pequeñas en casa, razón por la que salen con ella al trabajo.

Considera que la desnutrición de varios de sus hijas/os ha sido por esta razón. Actualmente el niño de 8 años, ha crecido con bajo peso, lo lleva a control al centro de salud de Jocotán, donde le dijeron que estaba desnutrido, le proporcionan vitaminas. Otra experiencia con una hija que creció con bajo peso, no hablaba y le diagnosticaron anemia. Llevar al centro de salud a los hijas/os, representa gastos de transporte de Q 40.00 quetzales, sin considerar la alimentación.

Ella comenta que los padres vendieron sus tierras, razón por lo que no cuentan con suficiente terreno para cultivar. Como familia tienen un terreno de cuatro tareas en las cuales siembra maíz y frijol, cuando hay cosecha, comienzan a consumir el maíz camagua (maíz que aún no ha secado).

La cosecha no es suficiente para cubrir la alimentación de la familia, entonces el esposo sale a trabajar jornales en la misma comunidad, en la época de cultivos de maíz donde le pagan por jornal de 8 horas Q30.00 quetzales. En los meses de noviembre a enero, sale toda la familia a cortar café a las fincas locales, juntos logran cortar el quintal de café en un día de trabajo, el cual tiene un costo de Q.40.00 quetzales, este trabajo lo realiza desde que tenía 15 años.

El dinero de los jornales los utilizan para la compra de los productos más indispensables del hogar como: Frijol, maíz, sal, azúcar, jabón. Cuando se puede se compra arroz una vez al mes. Los meses de junio a agosto, se consideran los más duros del año, porque no hay trabajo, la comida es escasa, entonces, la familia solo come tortilla con sal, otras veces banano verde con frijol o bien solo banano tostado en el comal.

Los alimentos que consumen de temporada son: Naranja, para hacer refresco, banano, güisquil que cosecha en la huerta de la casa. También se recolectan hierbas.

Ella participa en el huerto comunal del mini riego de la comunidad, por las tardes de 15:00 a 17:00 horas, donde aprendió a sembrar rábano, cilantro, cebolla que cosechan para consumo. Por falta de dinero para compra semillas, no ha preparado el huerto familiar. Sabe leer y escribir, también sus hijas/os, pequeños están estudiando el nivel primario, sus hijas mayores estudiaron hasta sexto primaria, porque no compraron los útiles escolares, ya que el Ministerio de Educación no proporciona este apoyo. Aunque a los hijas/os les gusta estudiar, no pueden continuar estudios, porque los centros de estudio no están cerca y les significa gastos.

A pesar de las diversas estrategias que cada año ponen en marcha las familias para aumentar los ingresos y la producción de granos básicos, el control sobre dichos elementos es muy limitado, debido a la inferencia de las condiciones climáticas, las enfermedades familiares, la capacidad de generar cosechas productiva y la capacidad de encontrar el mayor número de días de trabajo por cuenta ajena dentro de sus entornos, en mercados de trabajo informales en donde no existen los derechos laborales ni se respeta el salario mínimo interprofesional para trabajos agrícolas.

La escasa disponibilidad de dinero y de granos básicos hace que la mayoría de las familias deban realizar una estrategia de reducción de ingesta de comida en aquellos momentos en donde la situación empeora, con una alta correlación entre esta estrategia de reducción de ingesta y la desnutrición, según la línea de base del proyecto SETH.

En épocas de escasez, las mujeres intentan introducir alimentos de recogida directa extraídos en bosques o en tierras cercanas, que consideran nutritivos para la dieta (quilete, cilantro, albahaca, raíces) además de bananos o naranjas, o que se pueden combinar con el maíz y la sal que son los dos únicos alimentos que permanecen



presentes en los hogares en tiempos de escasez, entre abril a agosto. Otra de las estrategias que llevan a cabo es pedir prestado a sus vecinos unas libras de grano básico, o ir a la tienda a pedir fiado, en el caso de que haya posibilidad. Las mujeres de Jocotán señalan que pueden permanecer comiendo maíz con sal y algunas hierbas que encuentren, durante máximo 4 o 5 días, frente a las mujeres de Camotán, que generalmente tienen a los esposos migrando por temporadas más largas, y que pueden llegar a estar hasta 9 días con estos alimentos.

*“Cuando se agotan los alimentos, las mujeres prestan a sus vecinos que tienen el maíz y frijol, en los meses mayo y agosto, en esos meses se come tortilla con sal, se puede comer hasta 4 días. Se buscan yerbas para comer con tortilla.” (Mujer Talquezal)*

A continuación se presentan los productos de compra básica, ordenados de mayor importancia a menor importancia, siendo los 5 primeros esenciales para el mantenimiento del hogar. El resto depende de la disponibilidad de dinero para poder comprarlos.

PRODUCTOS	COSTO	CONSUMO
MAÍZ	Q. 1.25	5 libras de maíz para una familia de 6
FRIJOL	Q. 5.00	2 libras para una familia de 6
SAL	Q. 1.00	1 paquete durante 1 semana
CAL	Q. 2.00	1 libra cada semana
JABÓN	Q. 5.00	1 jabón de bola cada 2 días
AZÚCAR	Q. 4.00	1 libra cada 2 días
INCAPARINA	Q. 9.00	Consumo fluctuante
FÓSFOROS	Q. 1.25	1 cajetilla 4 días
HUEVO	Q. 1.25	Consumo fluctuante
SOPA	Q. 1.50	Consumo fluctuante
ARROZ	Q. 4.00	Consumo fluctuante
ACEITE	Q. 9.00	Consumo fluctuante



**Tabla 15. Consumo de productos medio por hogar, encuesta cualitativa**

De igual forma, en los grupos focales se preguntó sobre la cantidad de alimentos que ingiere cada miembro de comida, teniendo en cuenta el sexo y la edad:

INTEGRANTES DE FAMILIA	NO. DE TORTILLAS QUE CONSUMEN
PAPÁ	6 a 7
MAMÁ	5 a 8
NIÑO/A 3-4 AÑOS	2
NIÑO/A 8 AÑOS	3 a 4
BEBES A PARTIR DE 8 MESES A 2 AÑOS	½ de tortilla

**Tabla 16. Consumo medio por integrante del hogar según tipo, encuesta cualitativa**

**Conclusión:** El limitado acceso a comida viene determinado por la cantidad de dinero que se dispone para comprar y por la cantidad de cosecha de granos básicos obtenida, siendo ambas insuficientes para cubrir las necesidades familiares de las cuatro comunidades. Es por ello que en los tiempos de escasez, la cantidad de ingesta de comida decae considerablemente para todos los miembros de la familia, además de la restricción de algunos productos básicos como el frijol, el azúcar, la incaparina y el café (además de los productos de higiene como el jabón). Durante estos periodos, se intenta recolectar otros productos de la tierra que no requieren de siembra, pero que con una búsqueda intensa, pueden mezclarse con el maíz en forma de caldos y sopas, y que suponen muchas veces, a los ojos de los comunitarios, poder no enfermarse y salvar el mal periodo sin que ningún familiar “decaiga en la desnutrición”. En este periodo, las madres se esfuerzan considerablemente por intentar encontrar la mayor cantidad de verduras, raíces y hierbas en los entornos de las comunidades, en las propios guatales o en los bosques cercanos.

## HIPÓTESIS Q: ESCASA DIVERSIDAD DE DIETA

La diversidad de la dieta es escasa en las cuatro comunidades, basada fundamentalmente en la ingesta de granos básicos y eventualmente algunas verduras y hortalizas de la zona o de temporadas estacionales, que no requieren



de cosecha. El origen de la poca diversidad de la dieta es económico, al no permitirse la compra de otros productos diariamente, ni la cosecha de frutas y verduras por la estructura de producción.

En las cuatro comunidades son conscientes de la escasa diversidad de la dieta y los abuelos/as exponen que en sus tiempos contaban con mayor diversidad de dieta tanto animal como vegetal, al encontrarse alimentos en los ríos no contaminados y frutas y verduras en los bosques o campos cercanos a las comunidades. Esta generación comió con mayor diversidad que sus hijos/as o nietos/as y considera que existen alimentos que se debieran recuperar en huertos familiares, una vez que se solucionara la disponibilidad de agua para mini-riegos y se tuviera dinero para poder comprar semillas que permitieran su conservación y reproducción. Así lo expresan las abuelas/os:

#### Abuelas de La Ceiba

*“La comida que sustenta: Yagüiril, qüisquil, guinello sazón, cocer con sal y café desabridito. Que sustenta. Comer con sal, para que de sequía. La sal fortalece la sangre, al no sustentar el corazón, la sangre viene vencida. Cuando no comen con sal, vienen las enfermedades”.*

*“La mamá debe comer y comer verdura. Ahora la verdura, solo se ve en los huertos, las tierras ahora ya no quiere producir, sólo con abono”.*

*“Antes había verduras: Chipilín, quilete blanco, loroco, mora, lechuga, yuca, ayote, frijol perome, frijol chajá, chatate”.*

*“En el tiempo de la hambruna, los padres se fueron lejos, y nosotras buscamos raicitas de yuca, cabeza de guineo (raíz de planta de banano)”.*

*“Las comidas se condimentaban con: Orégano, pimienta, cebolla, ajo, cilantro de tripa, albahaca cimarrona, achiote, clavo, pimienta gorda”.*

#### Abuelas de El Guayabo

*“Para ir al pueblo los hombres llevan un cajón de madera, allí traían la sal, el jabón. Esta generación de gente tiene más oportunidad de trabajo para ganar dinero. Nosotros no teníamos ropas, solo de lavar y volver a poner, sin caites andábamos a pie- Las mamás hacían jabón de higuera, en barcos (recipientes naturales elaborados con un tipo de cucurbitácea), Se guardada el juego de la higuera para otro día, se batía ceniza y se elaboraba la legía eso servía para lavar la ropa. También se elaboraba jabón de coche, aceituno y piñón”.*

*“Se criaban los chumpes, gallinas y pollos, y éstos no se enfermaban. Se comía con quilete, frijol y tortilla, cuando no había maíz se sacaba la cabeza de guinello (raíz de planta de banano), para echar la tortilla, había cangrejos se preparaban en caldo, también pecados, jute, camarón. Aguacates, chuctes (fruto parecido al aguacate), mangos”.*

*“Antes no precisaba abono, los frijolares se daban”, los abuelos cosechaban frijol chapaneca, frijol arroz, antes no había “hielo” (enfermedad causada por hongo). Se trabajaba solo con azadón y machete, por eso se cosechaba: Chipilín, yerbas mora, lechuga, lero, chatate, chile, tomate qüisquiles, yuca, malanga y loroco.”*



*“También había cañales, para elaborar dulce panela, con el cual se endulzaba el café de maíz o tortillas quemadas, se elaboraban las candelas, las mujeres hacían la hilera de algodón. En las casas, había una planta de algodón, porque entonces no vendían hilos.”*

*“Se condimentaban las comidas con orégano, ajo, culantro de tripa, cebollín, albahaca de monte, yerba buena, pimienta gorda, clavo, pimienta castilla, ahora solo mañas. Se cocía el maíz con ceniza, cuando no había dinero, para comprar cal.”*

Estas narrativas muestran la diversidad y disponibilidad de alimentos que existía antes en las comunidades, sin que por ello se alterara la percepción de época de escasez, como elemento continuo de la comunidad. Los abuelos/as señalan como principal cambio entre el antes y el ahora, el desarrollo tecnológico (luz, agua entubada, internet, transporte), que mejora las condiciones de vida de la comunidad, pero consideran que la disponibilidad y el acceso a los alimentos es igual de escaso que antes, pero antes con menos trabajo en el campo se obtenía una producción mayor, además de otro tipo de alimentos que ahora no están presentes en la comunidad.

En los grupos focales, por comunidad, se realizó un perfil del tipo de alimentos y frecuencia con la que se consumen para una familia media. Los alimentos que nunca faltan son el maíz, el frijol, sal y cal. En el momento de realizar la encuesta cualitativa, se había comenzado el corte de café, por lo que las familias, después de muchos meses, tenían cierta disponibilidad de dinero para comprar café y azúcar y algún que otro tomate, banano o cebolla.

A pesar de que mencionan una lista de alimentos extensa que se consume una vez a la semana, la realidad de las entrevistas muestra que de toda la lista nunca se consumen todos los alimentos, sino entre 1 y 2 alimentos en época de disponibilidad económica.

De igual forma, los alimentos que se consumen una vez al mes son la representación de lo que las familias desearían consumir más porque lo consideran bueno para la nutrición, pero que representan la brecha económica de acceso. De igual forma, para la realización del ejercicio, se expuso a través de ilustraciones más de 150 alimentos, algunos de los cuales eran desconocidos totalmente para las comunidades, como la berenjena o algunos tipos de pescado o marisco.

ALIMENTOS QUE SE CONSUMEN TODOS LOS DÍAS	ALIMENTOS QUE SE CONSUME 1 VEZ A LA SEMANA	ALIMENTOS QUE SE CONSUMEN UNA VEZ AL MES	ALIMENTOS QUE MÁS LES GUSTA A LAS MUJERES	ALIMENTOS DE HUERTOS	ALIMENTOS QUE SE CONSUMEN 1 VEZ AL AÑO.
Tortilla (5 libras de maíz)	Huevo	Pollo	Tortillas, frijoles yerbas, banano, remolacha, chispita, huevos, aceite, tomate, brócoli, sal.	Comunitario: Cilantro	Fiesta: Tamales
Frijol (1 libra)	arroz	Papa		Cebolla	Temporada de invierno:
Sal	aceite	Pescado seco		Rábano	
Café	tomate	Leche		Familiar:	Mora y remolacha
cebolla	qüisquil				



naranja	zanahoria	Apio, rábano,
banano		acelga
Chispita.		culantro

**Tabla 17. Frecuencia y tipo de alimentos consumidos. Familias de La Ceiba. Encuesta cualitativa**

\*En La Ceiba cuentan con huerto comunitario, por lo que se ha considerado pertinente mantener la columna relativa a alimento de huertos.

ALIMENTOS QUE SE CONSUMEN TODOS LOS DÍAS	ALIMENTOS QUE SE CONSUME 1 VEZ A LA SEMANA	ALIMENTOS QUE SE CONSUMEN UNA VEZ AL MES	ALIMENTOS QUE MÁS LES GUSTA A LAS MUJERES	ALIMENTOS QUE SE CONSUMEN 1 VEZ AL AÑO.
Maíz	Tomate	Qüisquil	Zanahoria	Fiesta:
Frijol	Banano	Arroz	Carne	Tamales
Sal	Huevo	Brócoli o coliflor	Mosh	
Cal para las tortillas	Papa	Pollo	Leche	Temporada:
Café	Aceite		Papas	Naranja
Azúcar			Pescado	
			Manzana	
			Hígado	

**Tabla 18. Frecuencia y tipo de alimentos consumidos. Familias de Talquezal. Encuesta cualitativa.**

ALIMENTOS QUE SE CONSUMEN TODOS LOS DÍAS	ALIMENTOS QUE SE CONSUME 1 VEZ A LA SEMANA	ALIMENTOS QUE SE CONSUMEN UNA VEZ AL MES	ALIMENTOS QUE MÁS LES GUSTA A LAS MUJERES	ALIMENTOS QUE SE CONSUMEN 1 VEZ AL AÑO.
Tortilla	Huevo	Papa	Tortillas, frijoles azúcar, sal, aceite, huevo, papa, pescado, leche, mosh, manzana.	Fiesta:
Frijol	pollo	Pescado seco		Tamales
Sal	arroz	Carne de cerdo		Temporada:



Café	aceite	Banano	Naranja
Azúcar	tomate	Hígado de pollo (menudo)	quiletes
naranja	rábano	Repollo	
	chipilín	coliflor	

**Tabla 19. Frecuencia y tipo de alimentos consumidos. Familias de El Guayabo. Encuesta cualitativa.**

ALIMENTOS QUE SE CONSUMEN TODOS LOS DÍAS	ALIMENTOS QUE SE CONSUME 1 VEZ A LA SEMANA	ALIMENTOS QUE SE CONSUMEN UNA VEZ AL MES	ALIMENTOS QUE MÁS LES GUSTA A LAS MUJERES	ALIMENTOS QUE SE CONSUMEN 1 VEZ AL AÑO.
Tortilla	Huevo	Papa	Tortillas, frijoles, café sal, aceite, pescado qüisquil.	Pescado carne
Frijol	pollo	Zanahoria		Tamales
Sal	aceite	Tomate		Temporada
Café	azúcar	Manzana		Naranja
cal para las tortillas	banano qüisquil	Mosh cebolla		

**Tabla 20. Frecuencia y tipo de alimentos consumidos. Familias de Filincas. Encuesta cualitativa.**

**Conclusión:** Si bien las prácticas tradicionales tienen como núcleo el consumo de granos básicos, los relatos de los abuelos/as señalan una rica diversidad de hortalizas, verduras y plantas que se dan en los climas de las comunidades y que se han perdido dentro de la dieta de las familias.

La canasta de alimentos básicos habitual no incluye una variedad mínima de alimentos que suponga una dieta nutricionalmente equilibrada, por motivos de acceso económico a la compra de otros productos. No existe conocimiento suficiente en cómo iniciar otro tipo de cultivos de verduras y hortalizas, aunque en las cuatro comunidades señalan la predisposición y el interés de poder llevarlo a cabo.

En el imaginario familiar se advierte cierta diversidad de alimentos, que a veces se consumen puntualmente pero que si gustan, y otros que no se conocen pero pueden ser más tradicionales o de la zona. Así, los alimentos que se consumen todos los días son parecidos en cuatro comunidades, salvando la disponibilidad de árboles frutales y aquellos que se consumen al menos una vez a la semana varían pero suponen un incremento del contenido calórico. Los que se consumen una vez al mes representan el imaginario de los alimentos buenos y nutritivos, a



los cuales no se tiene todo el acceso deseado por cuestiones económicas, siendo la diferencia entre “ser pobre/no serlo” sobre todo en el acceso a proteína animal, sobre todo en las comunidades de Jocotán.

## HIPÓTESIS R: GESTIÓN INADECUADA DE LOS RECURSOS FAMILIARES

Los recursos familiares son siempre limitados, siendo siempre el hombre el que realiza la compra de productos básicos, así como el que toma las decisiones sobre la estrategia a seguir cada año en torno a los trabajos estacionales y la producción agrícola de granos de subsistencia. A pesar de la fluctuación del mercado en los productos de compra básica, no siempre las familias pueden abastecerse de los productos en las épocas de menor precio, ya que la capacidad de ahorro es nula y no permite un gasto de los recursos estratégico.

*“Los alimentos se compran cuando los precios están más bajos en los meses de noviembre a diciembre. Quienes compran los alimentos son los esposos, porque las mujeres no pueden porque tiene niños pequeños”. (Madre Filincas)*

*“Las familias sufren porque hay esposos que toman licor y no compran los alimentos”. (Madre Filincas)*

**Conclusión:** Las mujeres no manejan recursos económicos por sí mismas, ni toman decisiones en cuanto a la compra de productos básicos, ni al control de los embarazos. Cuando los hombres emigran, las mujeres, que no disponen de dinero propio, se suelen ver en serias dificultades hasta que los hombres regresan, realizando una nueva compra que las mujeres deben distribuir hasta que los hombres vuelvan a regresar del siguiente ciclo de migración.



## MECANISMO CAUSAL DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y MEDIOS DE VIDA

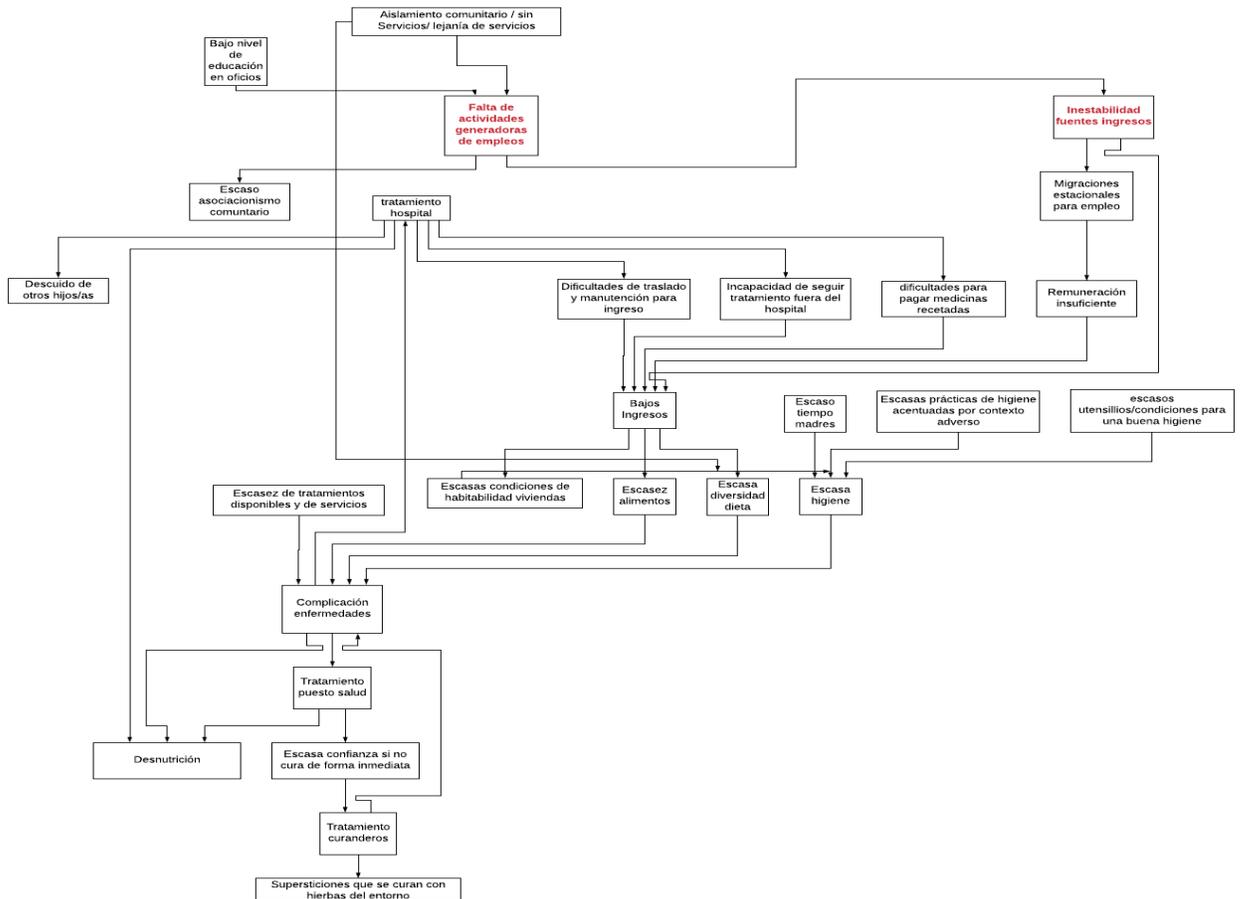


Figura 15. Mecanismo Causal de la Desnutrición de Seguridad Alimentaria y Medios de vida



## Explicación sobre las causas y consecuencias de una seguridad alimentaria, una salud y unas prácticas de atención deficientes

A continuación se listan las expresiones más comunes que los distintos grupos comunitarios atribuyen al significado de desnutrición<sup>18</sup>:

TALQUEZAL	
CAUSAS DE LA DESNUTRICIÓN	<ul style="list-style-type: none"><li>- Es como una enfermedad, si no se le asiste, no se cura, les da porque no se cuida a los niños/as como debe ser, por diarrea y vómitos y porque les da fiebre.</li><li>- Si el niño se enferma y no se recupera, se le lleva al puesto de salud, pero a veces no hay medicinas y no podemos comprar porque no tenemos dinero disponible, por lo que preparamos remedios con plantas.</li><li>- Los adultos también pueden tener desnutrición por mucho trabajo y poca alimentación. Los meses de junio hasta septiembre son los más difíciles.</li><li>- A los niños el clima les afecta, los parásitos también, la tos, la gripe, el dolor de estómago hace que puedan caer en desnutrición.</li><li>- En la comunidad no hay trabajo, hay tiempos en los que los niños se afligen porque no hay alimentos, entonces están tristes porque no hay comida.</li></ul>
CARACTERÍSTICAS DE LA DESNUTRICIÓN	<ul style="list-style-type: none"><li>- La desnutrición es cuando los niños están delgados y no suben de peso</li><li>- La desnutrición es también cuando se espantan y se asustan y no quieren comer.</li><li>- Hay niños calmados y rebeldes, no tienen el mismo carácter, algunos tienen mucha cólera.</li></ul>

<sup>18</sup> En el punto 5.2. se profundiza en los conocimientos, los significados y las prácticas asociadas en torno a la desnutrición. en el punto 5.4. se abordan las causas y consecuencias de la desnutrición por parte de las comunidades.



TRATAMIENTOS DISPONIBLES	- Hay dos clases de desnutrición, cuando están gorditos y pelirrojos y cuando están delgados y se cae el pelo.
	- Remedios naturales como ( venadillo, chacté, sávila)
	- Ir al puesto de Salud
	- Ir con la comadrona/ preguntar a pares por remedios
	- Si el niño está espantado, ir con el curandero
	- Si el niño no mejora, desde el puesto de salud indican que hay que llevarlo a Jocotán
	- Si en Jocotán no mejora, se lleva a Chiquimula

Tabla 21. Significados de desnutrición para la comunidad de Talquezal. Encuesta cualitativa

LA CEIBA	
CAUSAS DE LA DESNUTRICIÓN	- Los niños se enfermaban, cuando estaban tiernos y le daban bebidas de montes venadillo, suquinay guayabo y no se componían se morían.
	- Antes cuando se criaban niños no sabíamos de desnutrición. Ahora entre más comen, caen en desnutrición.
	- Por suerte de las mamás, nosotras no vimos eso. Saber cómo es la vida de las muchachas, son gorditas y sus niños son delgaditos, huesito es bajeroso, el hueso no se afina.
	- Desde el vientre el niño viene desnutrido, cuando las mujeres están embarazadas se les pasa la hora de comer, entonces también el niño no come. Nosotras comíamos aunque sea quilete con un bananito con sal.
	- La causa es por fiebre, dolor de cabeza, tener mucho fuego dentro.
	- La desnutrición se da por el mal aseo, cuando comen no se lavan las manos.
	- “Un niño dejo la comida, cuando lo despecho, se quedó amarillo, pálido, delgado, se lo llevaron 8 días al centro de salud de Jocotan y 8 días al hospital de Chiquimula, la madre se aflige quiere ver la salud de su hijo, a los 8 días se sanó.”



	<ul style="list-style-type: none"><li>- Si no se asean los niños</li><li>- No se lavan las manos, no se bañan</li><li>- No hay asistimiento, pasa la hora de comida, cuando a los niños se dejan con otras personas.</li><li>- Los niños andan en el suelo sin zapatos y hay mal aseo</li><li>- No tiene alimentos, se pone delgado, botan el pelo, no tiene alegría, se hinchan.</li><li>- Descuido de uno</li></ul>
<p>CARACTERÍSTICAS DE LA DESNUTRICIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- El niño que es delgadito ¿Cómo es? Bien delgado, cae el pelo, triste. Les puede pasar a toda mamá, cayó el daño, quebrazón de agua diarrea</li><li>- La desnutrición se contagia</li><li>- La desnutrición es cuando un niño está delgadito y su pelo es débil.</li><li>- Hay una desnutrición que se le coloca el dedo en la piel y si se queda hundido. El niño no juega, no come, los niños se enferman.</li></ul>
<p>TRATAMIENTOS DISPONIBLES</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Remedios naturales como ( venadillo, chacté, guayabo, suqinay)</li><li>- Ir al puesto de Salud</li><li>- Ir con la comadrona/ preguntar a pares por remedios</li><li>- Si el niño está espantado, ir con el curandero</li><li>- Si el niño no mejora, desde el puesto de salud indican que hay que llevarlo a Jocotán</li><li>- Si en Jocotán no mejora, se lleva a Chiquimula</li><li>- Cuando es de espanto, ahora no busca remedio, se muere el niño. Antes se acostumbraba remediar a un niño con un pollo colorado y negro, se ponía el pollo encima del niño y se curaba. De grande si se espanta, se busca remedio.</li><li>- Las enfermedades de los niños de ahora se controlan con medicina en la tienda y se vacunan hay medicina para ellos.</li></ul>

Tabla 22. Significados de desnutrición para la comunidad de La Ceiba. Encuesta cualitativa.



## EL GUAYABO

### CAUSAS DE LA DESNUTRICIÓN

- El niño que tiene desnutrición si se recupera, al darles hierbas como chipilín, chatate, qüisquil, mantenerlos limpios, estar pendientes. Cuando están pequeños se les cae la mollera.
- También el mal cuidado, porque no les lavan las manos a los niños antes de comer. Los papás no son capaces de darle la alimentación y cuando los niños no comen, se van adelgazando.
- La diarrea viene primero, no le deja comer, entonces hay que curarlo primero de diarrea.
- Por causa de diarrea y vómitos hay desnutrición.
- Se cae en corrientes de agua, un adulto también se espanta.
- Los niños pequeños se espantan y sufren si la mamá no los cuida.
- El niño agarra una mala brisa, entonces el niño se quiebra (se enferma)
- Es por falta de alimentos: la tortilla y frijoles no son suficientes, para mantener un niño sano, pero no alcanza solo: sal azúcar, maíz, frijol, jabón, fósforo.
- El niño está de bajo peso, depende del mantenimiento de uno de papá. También del aseo, de la comida. Depende de Asistir bien los niños.
- Todo depende de las esposas mantengan higiene en el hogar, para que el niño no se desnutre.
- - El niño que debe estar en los brazos de la mama y si ella está embarazada, ya no le pone atención a este niño por su embarazo, por allí depende la enfermedad.

### CARACTERÍSTICAS DE LA DESNUTRICIÓN

- Los adultos también padecen de desnutrición, desde pequeños sin apetitos.
- Los niños se enferman, ya nacen así, los ojos amarillos, se les mira las costillas
- Pelo canche
- Delgado, por falta de alimentación, porque tal vez no hay comida en la casa
- Están delgados o gordos, con el pelito tostado o ralito
- Cuando a los niños no se les cuida, se enferman y luego se desnutren, cuando quedan delgados tienen marasmo y washorkor cuando están hinchados.



## TRATAMIENTOS DISPONIBLES

- Remedios naturales como ( venadillo, chacté, guayabo, suqinay)
- Ir al puesto de Salud
- Ir con la comadrona/ preguntar a pares por remedios
- Si el niño está espantado, ir con el curandero
- Si el niño no mejora, desde el puesto de salud indican que hay que llevarlo a Jocotán
- Si en Jocotán no mejora, se lleva a Chiquimula

Tabla 23. Significados de desnutrición para la comunidad de El Guayabo. Encuesta cualitativa.

## FILINCAS

## CAUSAS DE LA DESNUTRICIÓN

- No les lavan las manos a la hora de comer
- No comen porque están enfermos con diarrea o vultura (nausea)
- Tienen malestar
- Los niños y las niñas padecen igual la desnutrición. Las mamás también padecen de desnutrición. Las madre por mantener a los hijos se quedan sin comer, entonces la leche se le seca.
- También los niños se quedan muy pequeños cuando las mujeres se embarazan seguidos. No planifican hay maridos que no dejan porque tienen miedo a que las mujeres se enfermen.
- Buscar alimentación, mucha familia no se llenan bien se desnutren, falta de manutención.
- No tienen comida, no tienen dinero, tenemos que vender las gallinas para tener dinero y comprar alimentos.
- La desnutrición es una enfermedad más mala, porque las mamás no las mantienen (no le dan de comer).
- El niño desnutrido no come La mujer embarazada debe comer más, si hay alimentos. Las mujeres cuando no comen están con gastritis, los niños sales desnutridos.
- Por falta de recursos, y el descuido de los niños, si se tuviéramos todo a la mano cambiaria, la desnutrición es difícil de combatirla, depende de la mama, no depende



	<p>que se tenga el alimento, porque puede estar guardado, pero si la mama no se lo da.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- La desnutrición viene a veces porque se espantan, porque el agua les hace mal o por mal asistimiento y por eso viene desnutrido desde el vientre de la madre.</li><li>- La madre no come bien, come poco. La madre que esta encita, desea comer y no se encuentra lo que desea, se le quita gusto y le cae al niño.</li><li>- A los niños, se les daban comida a las 11 si no se les pasa el hambre. Las mamás no los asisten bien, son dejaditos, hayan alimentos, pero los niños están más desnutridos. Ahora vienen alimentos de los programas y las mamás no los recuperan.</li></ul>
<p>CARACTERÍSTICAS DE LA DESNUTRICIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Niño desnutrido: Esta enfermo, se le cae el pelo, hinchadito, pelo grifo y ralo.</li><li>-Niña desnutrida: bien delgada, delgado todo el cuerpo, barriga hinchada</li><li>-Llorando no duerme, washorkor, hinchados manos y pies, esta grave.</li><li>-Les crece el estómago porque tienen parásitos</li><li>- Se hinchan, se cae el pelo, no come.</li><li>-Cuando no quieren comer, no tienen alegría, color amarillo, solo duermen, dejan la comida, están delgaditos, el cuerpo no tienen vitaminas.</li><li>-Se hinchan de la barriga, la sangre queda rala, tienen parásitos animales se comen la comida, hay lombrices rosadas y blancas.</li></ul>
<p>TRATAMIENTOS DISPONIBLES</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Remedios naturales como ( venadillo, chacté, guayabo, suqinay)</li><li>-Ir al puesto de Salud</li><li>-Ir con la comadrona/ preguntar a pares por remedios</li><li>-Si el niño está espantado, ir con el curandero</li><li>-Si el niño no mejora, desde el puesto de salud indican que hay que llevarlo a Jocotán</li><li>-Si en Jocotán no mejora, se lleva a Chiquimula</li></ul>

Tabla 24. Significados de desnutrición para la comunidad de Filincas. Encuesta Cualitativa



## ESTUDIOS DE CASO

### Estudios de caso con desviación positiva

En este apartado se ofrece una descripción de la información obtenida a través de las entrevistas con las madres de los niños con "desviaciones positiva. Se han escogido los estudios de caso de desviaciones positivas más claros y representativos de cada comunidad. Señalar al respecto que se han realizado más entrevistas de hogares de las previstas, ya que, en un primer momento las desviaciones positivas eran identificadas por los líderes/as comunitarios, encontrando en las visitas que no suponían desviaciones positivas, sino al contrario. Es por ello que se trianguló la información obtenida de los líderes/as con los equipos de salud, a fin de obtener verdaderos casos de desviación positiva, intentando encontrar niños/as sanos en peso y talla para su edad, lo que fue un ejercicio difícil (sobre todo la talla). De la comunidad de El Guayabo se presentan 2 casos de desviación positiva, en vez de uno, por los aportes positivos y diferenciados que generaron cada uno de ellos.

#### Estudio de Caso Desviación Positiva Talquezal

Edad: 31 años (ella no sabe leer ni escribir)

Hijos: 3 hijos/as de 12 (niño) 7 (niña) y 2 (niño)

Marido: 34 años (Estudios hasta 4º primaria)

La casa se encuentra situada siguiendo una cuesta empinada, sobre una ladera de tierra. La casa es grande, con fácil acceso desde la calle, contando con dos espacios habitacionales diferenciados. En el espacio del frente, se encuentra una tienda cerrada, edificio que no tiene utilidad alguna. Entre el primer y segundo edificio, cercado por una valla de bambú pequeña, se encuentra el patio de la familia y el acceso a los dos espacios de la casa. La casa es más grande que la media y está en mejores condiciones de terreno (no deslaves) que la mayoría de las otras casas. Aunque la casa es de bajareque, se encuentra en buenas condiciones a pesar de que tiene más de 18 años de uso, pero le han dado mantenimiento constante. Los suegros y la mamá de la señora viven cerca (más cerca los suegros ya que el terreno originariamente es de la familia del padre). En el momento de realizar la entrevista, el marido no estaba presente, llevando ya más de 10 días fuera trabajando. La señora relata que en 2017 su marido trabajó en mayo, junio y agosto, 20 días por mes en Jutiapa, en el acarreo del frijol y del maíz. De ahí volvió a trabajar cuando llegamos a realizarle la entrevista.

Cuando encontré a la señora para realizarle la entrevista, estaba buscando frijol y recogiendo mazorcas de maíz. En la entrada de la casa tenía apartado en el suelo, alrededor de ocho manos (unas 50 unidades pequeñas, que le duran una semana) de mazorcas de maíz, las cuales fue recolectando en los últimos días, en el terreno circulante a la casa que posee. Estas manos de maíz serán el sustento familiar hasta que su esposo regrese del trabajo estacional, en los próximos diez días aproximadamente.



Junto a este maíz, ella señala que tal vez pueda encontrar algo de frijol que pueda encontrar y descascarillar en algún campo cercano, porque no tiene dinero para comprarlo. La situación actual la resume así;

*“Cuando se acabe esta comida estos días, habrá que esperar a que venga el ganador(su marido)... Ahora estamos con la tortilla y la sal en estos días que vuelva mi marido.” Su esposo no gana lo suficiente porque “hay veces que no porque fijese que como se van veinte días y ahí a veces uno aquí pide cositas fiadas y con el dinero ganado no ajusta (sólo hay una tienda que fía, pero solo una vez).”*

Durante la entrevista nos acompaña la hija mediana, que tiene 7 años y todavía no va a la escuela, ya que el menor, no se encuentra presente durante la entrevista, porque está con la abuela, que vive al final de la calle. La señora se casó de 18 años, después de 8 meses de noviazgo, donde al final decidieron “escaparse” juntos”. A los 19 años tuvo a su primer hijo y posteriormente utilizó métodos anticonceptivos de común acuerdo con su esposo:

*“Si porque yo fui la que dije que no... no se puede también, no se puede porque fijese que el hombre no haya trabajo y uno teniendo sus niños casi seguidos ya no... ya cuando uno viene ya cayeron en desnutrición como bien se cae el que tiene el pecho o es el que se anda arrastrado...Y el también tomo la decisión así porque como para él también es costoso”*

Ella cree que hay niños que sí están desnutridos o de bajo peso, porque no les dan los tiempos de comida apropiados (en cantidad y frecuencia), o los embarazos son poco espaciados. Es por eso que los niños se ponen enfermos y luego ya no quieren comer, aunque se insista.

*“Yo de mi parte pongo así, me pongo a pensar digo yo que el niño se empieza a enfermar cuando un niño empieza con el otro embarazo, ya la leche de ahí ya no... y si come el niño pero de ahí deja la comida y ahí es donde viene la enfermedad.”*

La desnutrición cree que es algo que sus padres/abuelos no vivieron, está de acuerdo en que la tierra cada vez fue dividiéndose entre hijos/as y hubo quienes la vendieron en mala época y por poco dinero. Las tierras para trabajar que quedan, son altas y difíciles de trabajarse. Ella dice que nunca ha ido al puesto de salud porque se le hayan enfermado los niños. Dice que no realizó la dieta tradicional cuando estuvo embarazada, pariendo en su casa, dos partos con su mamá y uno con la comadrona.

Piensa que la desnutrición puede sucederle a cualquiera, y existe un miedo intrínseco a que pase al ser mamá, porque *“como le digo que el sustento que a uno le falta, y en esas el niño si pasa de hambre y ya cuando uno les da y da y si, ya se pasó de hambre, el estómago de ellos no es igual a la... a veces uno se pasa de hambre y ya cuando uno le come ya le cae mal... pero como a veces por no haber uno tiene que estar consiente también.... uno a veces si queda hasta sin comida, no hay sal, el hombre tiene que buscarlo y a veces cuando ya traen comida ya la hora ya se pasó”*.

Sólo les dio pecho en exclusiva hasta los seis meses, y después inició la alimentación complementaria con comida machacada, caldo de frijoles y caldo de huevo, aunque el huevo no es un alimento cotidiano en la familia por falta de recursos. Los tres tiempos de comida inician con el desayuno, que consiste en frijol y tortilla (Niño de 2 años una tortilla, niña de 7 años dos tortillas y el grande de 12 años 4 tortillas). La familia almuerza a las 14 pm y vuelven a comer lo mismo, igual que a las 18 pm, que cenan lo mismo que comen y desayunan. No mencionan ingesta de verduras en ningún momento. El café se lo beben con azúcar, siendo la bebida predominante y el niño de 2 años toma traguitos de café (“él mismo pide el café”). Ella hace el café con el agua del filtro, ya que tiene un



Ecofiltro<sup>19</sup>. La familia fue beneficiaria de un programa de agua y saneamiento en donde una institución les donó el Ecofiltro. Desconoce hace cuantos años fue eso y si se le ha cambiado el filtro correspondiente para que funcione correctamente.

La diversidad de la dieta es escasa, por escasez de ingresos, tal y como ejemplifica con el huevo “*se compra sólo cuando hay dinero, que puede ser una vez al mes. Banano si se come en temporada de palo maduro, pero no comprado, sino recogido, ella tiene un palito de banano. También tiene un palito de naranja y a los niños si les gusta comerla, aunque es fría en esta época del año.*”

La familia cuenta con un chorro de agua y una pila, pero la disponibilidad del chorro es de alrededor de 3 días a la semana, además el chorro no proporciona un flujo constante y fuerte de agua, sino que es intermitente. Tiene chorro desde que se juntó con 18 años con su marido, ya que los papás de su esposo se la pusieron. Que haya agua o no en el chorro, depende del pozo de los papás de su marido, si no, tiene que ir a buscar agua a casa de su suegra o su madre o si no, va a buscar agua más lejos, una media hora de camino cuesta arriba, que no le permite cargar muchos cántaros por la dificultad del terreno. El agua que trae la mete en el filtro igualmente. Ella cuenta con posibilidades de tener almacenado el agua, en diversos cántaros plásticos claramente visibles en la cocina. En el marco del proyecto que financió el Ecofiltro, también se les proporcionó una estufa, instalada en la pared exterior de la casa y que cuenta con chimenea.



*Figura 16. Fotos de Hogar. Caso 1 de desviación positiva*

<sup>19</sup> Es un filtro con una unidad de filtración de 3 materiales naturales que son la arcilla, el aserrín y la plata coloidal. La unidad de filtración dura dos años y en Guatemala alcanza su precio en el mercado de 300 Quetzales.



Comenta que las mujeres van al corte de café, porque después la situación es igualmente mala para todas las familias, por lo que no existen posibilidades de ayudarse unos a otros, por lo que cuando hay trabajo hay que aprovecharlo, *“van a cortar porque ya después ya no hay trabajo para ellas. Ya al pasarse los cortes de ahí (meses de abril hasta noviembre) “todos adentro entonces, ninguno tiene ninguna ayuda de que se van a decir que se van a ayudar. Y entonces estar uno así entonces, y el hombre no tiene trabajo, esperar hasta que el traiga entonces.”*

Tiene a su madre cerca, lo que facilita soporte en algunos momentos *“sí, pues fijese que yo cuando me quedo sola, ella si se pone... cuando ella muele me manda tortilla y cuando mi esposo se va al trabajo ella, lleva alguna libra de frijol o papa, ella manda un charquito de frijol cocido y ahí lo voy pasando con mis hijos también.”*

Ella no fue a la escuela, pero si le parece importante que sus hijos vayan a la escuela, ya su esposo tiene hasta cuarto de primaria. Su hijo mayor ahora entrará a sexto de primaria, no ha perdido ningún año y le gusta estudiar. Hace la tarea de forma prioritaria *“porque viene y yo le digo trajiste tus muestras hacelo le figo y después vas jugar”*. Como sólo se puede estudiar hasta 3º básico *“Por eso dice la gente aquí también, que aquí solamente sacan el tercero básico por lo que esto está, y ya de ahí para seguir estudiado por lo que se gasta también en el pasaje...de lunes a viernes y comida y dormir... en eso es que ya no estudian”*.

Considera que en la comunidad existen pocas mujeres que realicen la planificación familiar, porque *“los hombres piensan que esa medicina les cae mal a las mujeres”*. Además, en puesto de salud no suele estar abierto, por lo que la cita para ponerse la inyección no puede programarse con certeza, pudiendo algunos meses ponérsela y otros no, sin saber si el método está resultando eficaz.

Antes, sus suegros le pusieron una taza de baño lavable, pero se estropeó unos de los tubos y actualmente no cuentan con baño, alejándose de la casa para realizar las necesidades. Cuando toca bañarse, van a casa de la suegra, que está muy cerca.

Tiene un gallo y dos gallinas, pero las mantiene fuera del patio del hogar, en el terreno alejado, y considera que la rentabilidad de mantenerlos es escasa, los deja sueltos para no tener que darles de comer de forma constante.

Considera que es mejor tener un parto en casa, ya que a las mujeres embarazadas que van a parir al hospital no les dan de comer, solo pastillas y un vaso de leche, y en casa, cuando dan a luz a ella le dieron un caldo de pollo y queso y tortilla. Al no tener muchos hijos y contar con el apoyo de su mamá y sus suegros, éstos pudieron hacer el esfuerzo de ofrecerle este menú en el momento del parto, siendo una “privilegiada” dentro de la comunidad.

Las prácticas de higiene, según su relato, son buenas. Los hijos/as mayores conocen la importancia de lavarse las manos y ellos solos acuden a la pila para lavarse. *“Jessica va a la pila y agarra un jaboncito chiquito que tiene”*. No utilizan cubiertos, sólo tienen platos plásticos y la basura o bien se deja tirada alrededor de la casa o bien se quema, en el caso de que sea nylon, tuza o plástico.

Puntos clave de este estudio de caso que refuerzan la desviación positiva:

- Para la edad de la madre, la planificación familiar y un bajo número de hijos (3) permiten mejores cuidados y atenciones.
- Las redes familiares, como su madre y su suegra, viven cerca de su casa y proporcionan apoyo alimenticio, de cuidados y emocional.



- El uso del ecofiltro tanto para cocinar como para beber.
- Tener estufa mejorada con salida de humos, en un espacio abierto.
- Tener suficientes utensilios de almacenamiento de agua.
- Tener escasos animales domésticos alejados de la casa o encerrados favorece un entorno más limpio.

## Estudio de Caso Desviación Positiva La Ceiba

Edad: 34 años (ella sabe leer y escribir)

Hijos: 4 hijos/as de 12 (niño), 9 años (niño) 7 (niña) y 18 meses (niño)

Marido: no tiene

Para llegar a la casa de la señora desde el centro de convergencia, hay que bajar una ladera muy empinada pasando por varios terrenos ajenos, durante aproximadamente 15 minutos, de difícil acceso, para llegar a una casa en la parte más baja del valle, rodeada de bosque. La casa tiene 5 tareas donde se ha plantado frijol y maíz y un pequeño huerto familiar. La casa no cuenta con letrina ni pozo ciego, el cual se arruinó hace unos meses. Tampoco cuenta con agua de chorro, por lo que para ir a buscar el agua hay que bajar la quebrada con los cántaros. Nunca se sube suficiente *“agua para lo que se necesita en ese momento, por lo que ir y volver varias veces es muy cansado”*. La casa tiene varias paredes a punto de desmoronarse, porque el terreno sufre constantes deslaves en época de lluvias, sin poder afrontar el arreglo de las paredes año tras año. El terreno donde está ubicada la casa, era del papá de la señora, viviendo su hermana unas casas más abajo. Junto con la señora, vive su mamá de 67 años que cuenta con movilidad reducida y que no le puede ayudar a traer agua ni a realizar labores del campo, pero que sin embargo, ha supuesto mucha ayuda en el aseo y las prácticas de crianza de los nietos.

Al estar separada, la señora acude a los cortes temporales de café de las fincas que se encuentran dentro de la comunidad y que no exigen pasar la noche fuera, sino que puede ir y venir en el día, aunque reconoce que a lo largo de los últimos años si ha ido al corte de café por temporadas de 10 a 15 días. Sus dos hijos son los que están cuidando las dos tareas de frijol y también van al corte de café. Esta búsqueda activa de empleo exige que la abuela y la hija de 7 años estén a cargo de su hijo pequeño. Además del trabajo jornalero, la señora desde hace un año y medio decidió montar su huerto familiar en un costado de la casa, para lo cual fue a buscar madera y tierra en los alrededores y, de su experiencia activa en el huerto comunitario, pudo sacar algunas semillas y otras, encontrarlas y trasplantarlas a fin de iniciar un huerto con una importante variedad de semillas. Lo más difícil, reconoce, es poder regarlo con frecuencia, además de evitar que los animales (cuenta con dos chumpes) se coman las semillas o lo destrocen caminando encima.

En este sentido, a pesar de la ausencia de agua, de letrina y de las malas condiciones de las paredes, el patio de la casa se encuentra muy limpio, y la cocina, muy ordenada y aseada. En el patio hay una mesa con varias sillas, alrededor de donde reconoce se sientan a comer. Al ser madre sola con 4 hijos a cargo y una mamá dependiente, la señora manifiesta que la participación en las actividades de la comunidad ha sido fundamental para poder salir



adelante. Señala que este carácter de “salir adelante” le vino de su mamá “la cual también tuvo que sacar a los hijos adelantes cuando mi papá murió joven... a pesar de que teníamos terreno, las cosechas no eran suficientes y mi mamá iba a vender tamales a Jocotán cada día... podía ir caminando durante tres hora, vender durante otras tres horas y regresar caminando otras tres horas, tan solo para ganar unos centavos, pero con eso nos mantuvo bien”

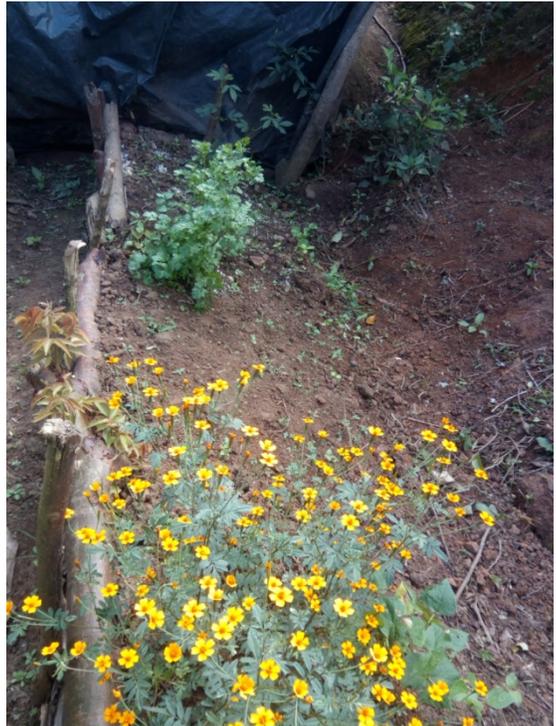


Figura 17. Fotos de Hogar. Caso 2 de desviación positiva. Arriba a la izquierda, vista de la pared principal de la casa. Arriba a la derecha, vista del huerto familiar. Abajo a la izquierda, vista del



*porche de la casa. Abajo a la derecha, vista de la plantación del huerto familia.*

El carácter proactivo en el huerto comunitario, así como el ofrecimiento al líder comunitario de su tiempo para realizar labores de coordinación y liderazgo entre las mujeres, hace que siempre le llamen para trabajar o que ella se entere de aquellos trabajos que puede realizar que estén cercanos a la comunidad. Aún así, reconoce, los días de jornal (junto con lo que sus hijos pueden ganar), no son suficientes para cubrir las necesidades de la familia. Su terreno, a pesar de que es pequeño, es de titularidad propia y eso hace que el cultivo se realice con mimo, intentando cultivar alrededor del frijol algunas variedades de verduras (tipo hierbamora). Señala que en la comunidad las verduras no tienen ningún valor, pero que ella las conoce porque su mamá considera que son muy importantes para evitar *“la enfermedad”*. Considera que a pesar de las malas condiciones de habitabilidad de su vivienda, ella se esfuerza mucho por intentar que sus hijos estén en espacios limpios y aseados, y por mantener un férreo control sobre los cultivos y el huerto comunitario, a fin de que no se arruine o se pierda por *“un mal cuidado”*. Señala que el agua que recogen de la quebrada está muy contaminada para beber, y que frente a eso, la hierven más de 30 minutos cada vez que hacen una olla. Ellas tienen una olla especial para el agua, porque si considera que es importante que los niños/as se hidraten cuando hace calor y porque, además, *“el agua está tan contaminada que incluso para hacer café es necesario hervirla antes un buen de tiempo”*.

Señala también que es importante el frijol y el maíz en la dieta, así como el café, pero que no siempre se tiene azúcar para endulzarlo y el café amargo *“no le gusta a nadie”*. También señala que, casi siempre tiene incaparina para el niño pequeño (el cual se ha criado como complemento principal con incaparina), y la incaparina se proporciona como *“postre”* después de los tiempos de comida y como refacción principal como almuerzo y merienda. Señala la importancia de dar de comer *“al menos 5 veces al xoco (bebé) y al menos 3 veces a los mayores”*, intentando que al menos una vez cada tres o cuatro días pueda darles *“alguna verdurita, o caldito con verdurita”*.

Señala que la higiene en estas condiciones es difícil de mantener y que el baño se produce cada 6 días, en la quebrada. Intenta eso sí, lavar manos a la hora de la comida con el agua hervida, porque es consciente de la cantidad de parásitos y microbios que puede tener el agua contaminada. El niño de 18 meses no come solo todavía, sino que mi mamá (abuela) le da la comida con cuchara en la boca, insistiendo para que se termine toda su ración. El resto de los hijos comen solos.

Considera que la salud en su familia, se ha mantenido más o menos *“bien”* porque están muy atentas a los cambios *“de actitud, de decaimiento”* de los niños y que, al primer síntoma, intentan buscar una solución, primero con las hierbas tradicionales que la mamá conoce, y si no, intentando ir al Hospital de la Palmilla, que, aunque está lejos, si el día que vas está abierto, te atienden bien y la medicina es buena”.

Puntos clave de este estudio de caso que refuerzan la desviación positiva:

- Atención a síntomas y emociones de los niños/as.
- Hábitos de higiene y de frecuencia y cantidad de comidas constantes y supervisadas.
- Huerto familiar con diversidad de especies, cuidado constante y mejora continúa.
- Trabajo familiar en equipo para la gestión de la tierra con maíz y frijol.
- Hábitos de hervir el agua con una olla específica para agua.
- Uso frecuente de la incaparina como refuerzo a la dieta base.



## Estudio de Caso 1 Desviación Positiva El Guayabo

Edad: 17 años

Hijos: 1 hijo 1 año 7 meses (niño)

Marido: si (edad desconocida)

La joven se casó con 14 años casi 15 (ahora tiene 17), al año de casada nació su hijo. Cuando se enteró de que estaba embarazada se puso muy contenta y cuando estaba de 5 meses de embarazo acudió a los controles del puesto de salud, donde le proporcionaron ácido fólico. Además, también la visitó la comadrona tres veces antes del parto, para sobarle la tripa y controlar la posición del niño. Su mamá y su suegra también le proporcionaron consejos para el cuidado mientras durara el embarazo, como comer bien y cuidarse de hacer trabajos pesados.

Ella, su esposo y su hijo, viven con sus suegros, en un enclave prácticamente llano, siendo la vivienda de bajareque y piso de tierra. Las dos casas, la de sus suegros y la suya están apenas separadas por unos metros, compartiendo una estufa para ambas familias. Para las dos familias, se cuenta con un pozo ciego y con luz eléctrica, además de agua de chorro. El terreno en general y las casas, aunque simples, se encuentran en buenas condiciones y la letrina, aunque es pozo ciego, se encuentra en buenas condiciones pero el acceso a niños/as es peligroso sin acompañamiento. Cuentan con suficientes utensilios de almacenamiento de agua y no se ven animales de cría.

Su hijo nació en el hospital, pesando 5 libras. Ella considera que recibió buena atención e incluso se bañó al otro día del parto, pero al regresar a su casa ya no se volvió a bañar hasta los 9 días después, respetando parte de la dieta tradicional. Siguiendo esta dieta, después del parto sólo comió tortilla con queso seco o sal, y a las tres semanas comenzó a comer frijol, aunque la dieta lo prohíba hasta los 40 días. Inició con las tareas de la casa un mes después del parto.

El niño tomó leche materna sin problemas hasta los seis meses, donde comenzó a darle tortilla y caldo de frijol de forma paulatina. Cuando el niño tenía un año empezó a probar, cuando se hallaba disponible, el huevo revuelto o huevo duro, junto con los frijoles. Hasta el día de hoy, sigue siendo amamantado. Él niño come sus alimentos solo, sentado en la mesa, con las manos lavadas siempre y sin cubiertos, come con las manos. Come frijoles tortillas, quiletes (hierbamora), un vaso de incaparina al día en las mañanas y mosh de vez en cuando, además de amamantar un rato corto dos veces al día, cuando el lo pide.

Algunas enfermedades le han afectado al niño desde que nació, así, se ha enfermado sobre todo de tos, fiebre y diarrea. Para la diarrea le da de tomar enteroguanil y para la tos acetaminofén. El esposo cultiva maíz y frijol en 5 tareas de terreno, además sale a trabajar a Honduras, durante un mes cuando hay trabajo. Ella con su esposo, después de su primer hijo, han tomado la decisión de planificar, utilizando la inyección, servicio que le brinda el puesto de salud.

Puntos clave de este estudio de caso que refuerzan la desviación positiva:

- Correctos servicios de agua y saneamiento, además de condiciones de habitabilidad por encima de la media. Estos servicios además se comparten, gestionan y mejoran con la familia extensa, lo que disminuye la carga de trabajo de limpieza y cocina.



- Tiempo para supervisión de comidas del niño/a, al no tener más hijos y compartir las tareas tradicionales de las mujeres con su suegra y otras mujeres de la familia.
- Ruptura con las prácticas tradicionales de parto y dieta, adoptando un enfoque mixto, pero con apoyo de madre, suegra y comadrona, además de un uso constante del centro de salud.

## Estudio de caso 2 Niño/a desviación positiva El Guayabo

Edad: 31 años (3° primaria)

Hijos: 5 hijo/as, con edades de 15, 11, 8, 5 y 1 años y 10 meses (niña)

Marido: si (3° de primaria)

La señora señala que ninguno de sus 5 hijos ha estado alguna vez con desnutrición, pero si señala que se han enfermado de gripe y tos. Cree que en parte es por la limpieza de la casa, ya que su esposo le dice que “hay que mantener la casa limpia para que los niños no se enfermen”. Su casa es de las más humildes de la comunidad, pero es terreno propio de ella, heredado de su padre. No cuenta con toma propia de agua y no tiene luz eléctrica, aunque si cuenta con una letrina de pozo ciego funcionando, en donde el asiento es una olla de barro redondo (no apta para niños/as). Ella señala que enseña a ir al baño a sus niños, para que puedan ir solos a la letrina y posteriormente ella los limpia. Sin embargo, el asiento señala que es pequeño para la niña, dejando que ella vaya cerca de la casa sola y recogiendo ella el popó y echándolo en la letrina posteriormente.

Aunque no tiene toma de agua propia, cuenta con un chorro a 5 minutos caminando, en donde es agregada (vecinos que comparten 1 chorro). Ella comparte ese chorro con una vecina cuyos hijos si tienen desnutrición y ella claramente siente que es porque su vecina no aseaa ni la casa ni a los niños, ya que los mantiene con las “*caras sucias*” durante días. A esta vecina, la señora señala que le dan ayudas para sus hijos desnutridos. La señora señala que cuando hay frío los niños no se bañan durante un tiempo (no especifica) pero, sí se limpian con trapitos húmedos y jabón de la marca Blancanieves (detergente en polvo) que usa para todo, lavar la ropa, los trastes de la comida y a los niños. Ella considera que sus hijos no están desnutridos porque usan zapatos que nunca se quitan, como otros niños y porque el agua que usa la almacena en tambos bien cubiertos. También considera que la comida que les da a sus hijos es buena, ya que cuenta con un huerto familiar en donde siembra cilantro y cebolla. Antes, el padre sembraba berenjena, cebolla y repollo pero las semillas son muy caras y ahora no se siembra.

A ella le gusta el caldo de hierbamora sólo; al esposo con sopa y cilantro. Tiene algunos pollos no los vende, prefiere comérselos, 1 vez al mes. La leche materna se la ha dado a sus hijos hasta los dos años, ahora, la niña pequeña come tortilla, frijol, incaparina con azúcar y en tiempos de trabajo puede comer un huevo cada dos o tres días. El padre ahora, está trabajando en el maíz y el frijol en fincas de Honduras, pero también se va a la costa sur durante 4 meses al año. Para ella, los meses más difíciles son junio, julio y agosto. Además del trabajo temporal, la familia cuenta con media manzana de alquiler, donde siembran maíz, 5 quintales concretamente, que no abastecen para la familia para todo el año. Ella no sale al corte de café, el esposo le dice que cuide a los niños.



La señora señala que ella fue entregada, es decir, que su marido fue a pedir su mano con sus papás y éstos le preguntaron a ella si quería irse con ese hombre. Ella, sí conocía a su esposo de antes y aceptó el matrimonio. Ella no está planificando, pero considera que es mejor tener pocos hijos para poderlos mantener en buenas condiciones. Todos los partos fueron en su casa, con el apoyo de una comadrona. En sus embarazos ha comido bien, con quilletos, pero no comía alimentos con aceite porque le daba náusea.

Puntos clave de este estudio de caso que refuerzan la desviación positiva:

- Prácticas de higiene constantes, aunque no se tengan ni las condiciones ni los utensilios para ello.
- Dieta de maíz y frijol, donde siempre se le añade hierbamora u otra verdura.
- Ingresos más estables durante 4 meses que dura el trabajo en las cañeras, donde su marido migra.
- Chorro de agua a menos de 5 minutos caminando, compartido con más hogares.
- Pequeño huerto familiar con cilantro y cebolla.
- Uso frecuente de la incaparina y el azúcar.
- Dieta en el embarazo abundante.

### **Estudio de caso Niño/a desviación positiva Filincas**

\*En Filincas fue complicado encontrar niños con desviación positiva.

Edad: 27 años (6° primaria)

Hijos: 4 hijo/as, con edades de 10, 8, 2,5 años y 1 año (niño)

Marido: si (3° de primaria)

La casa se encuentra localizada en lo alto de una ladera pequeña. A la entrada se percibe un pequeño campo con palos de café. Existen dos casas que comparten una cocina, en una de las casas vive la familia y en otra de las casas viven los suegros. El chorro cuenta con dos bidones de almacenamiento de agua. Tiene agua de chorro, pero funciona un día si y otro no. Su bidón de agua que le dura 1 día la llenada. Cuenta con pozo ciego.

Ha ido a Jocotán al hospital varias veces pero con sus hijos más grandes, que se enfermaban bastante del oído y de diversas yagas en el cuerpo. Tienen un pequeño huerto, producto de la colaboración con una institución,



que les proporciona cilantro, cebolla y rábano. En la misma casa, tiene dos tareas de café que en el momento de la entrevista, el papá está atendiendo. No cuentan con cultivo de maíz y frijol.

Lleva 11 años de casada y conocía a su esposo de antes, pero sí que fue entregada. Ella planifica porque “ me pongo a pensar que cuesta el dinero con tantos niños.. ya no quiero más... mi esposo también piensa así, porque se cansa de comprar para vestir y eso”.

Al hijo más pequeño lo destetará cuando cumpla dos años, ya come frijol y tortilla. Señala que el pequeño se empachaba de leche y eso le daba diarrea, hasta que le dio medicina de monte, (venadillo y albahaca) cocidas y con eso se ha ido curando del empacho.

Señala que hizo cursos de cocina nutritiva con una institución y que le enseñaban a cocinar verduras, pero que luego cuesta hallarlas, solo si hay dinero por lo que no pudo poner en práctica las recetas que le enseñaron. A los niños, a todos, les da incaparina, que le proporciona una institución, pero no le dan azúcar, así que se la toman sólo cuando hay dinero para comprar azúcar, ya que “a ellos no les gusta sin azúcar porque se queda desaborido”.

Tienen gansos que los venden por 15 quetzales, ya que esta carne ellos no se la comen uno y las gallinas a 50 quetzales, pero éstas si se la comen, solo es en casos de necesidad.

Puntos clave de este estudio de caso que refuerzan la desviación positiva:

- Huerto familiar.
- Cuenta con pozo ciego y chorro de agua.
- Dos tareas de café en la misma casa.

## **RESUMEN DE PRÁCTICAS Y COMPORTAMIENTOS DE DESVIACIÓN POSITIVA Y NEGATIVA**

Las prácticas y comportamientos positivos, derivados del estudio de casos, se han identificado de la siguiente manera:

- A partir de los 6 meses, introducir además de maíz y frijol, verduras de la zona e incaparina, en suficiente frecuencia y cantidad y siempre con ayuda y supervisión, hasta al menos los 4 años.
- Hábitos de higiene adecuados y supervisados, sobre todo a la hora de ir al baño a hacer sus necesidades con menores de 4 años.
- Disponibilidad de agua doméstica y en muchos casos hábitos adecuados en la ebullición de agua para potabilizar.
- Disponibilidad de letrinas en buen estado y cuando no están en buen estado, buenos hábitos de higiene a nivel familiar, con supervisión.



- Tener ingresos suficientes para (1) mejorar las condiciones de habitabilidad de las viviendas; calcificación de paredes y suelo de cemento, letrina lavable, pila con almacenamiento de agua y estufa mejorada (2) Tener granos básicos suficientes para todo el año que permitan comprar de forma intermitente otros productos alimenticios como verduras o proteínas animales encerrados
- Los animales domésticos y de cría están encerrados o bien no entran en las zona del hogar en donde se desarrollan las actividades diarias.
- Cuando las madres cuentan con apoyo cercano de otras mujeres (suegras, hermanas, madres), las labores de cuidados se comparten, permitiendo mejorar la calidad de la atención y supervisión a los hijos/as.

Las principales prácticas y comportamientos negativos, así como los elementos que no dependen de hábitos y prácticas, pero sí de condiciones, son los siguientes:

- Dieta complementaria de niños/as entre 6 meses y 5 años, insuficiente en variedad y cantidad, así como en frecuencia, higiene y supervisión por parte de un adulto.
- No existen hábito de beber agua, los niños/as no demandan hidratarse. Las bebidas sólo se proporcionan en los tiempos de comida, y casi siempre es café.
- No existen hábitos de higiene con menores de 5 años que incluyan una enseñanza de control de esfínteres o limpieza correcta de genitales. Además no se supervisa a los menores que van solos al baño, que, por lo general, permanecen mojados o sucios durante un periodo largo de tiempo.
- Los animales domésticos están descontrolados y acceden a todas las dependencias del hogar, menos el dormitorio, facilitando la contaminación de agua, comida, suelo y utensilios.
- No hay condiciones de habitabilidad, ni agua y saneamiento suficientes en las viviendas, así, por buenos hábitos de higiene que se tengan, si se tienen muchos hijos/as y ningún apoyo o escaso por parte de otras mujeres, los vectores de enfermedades son más presentes y difíciles de eliminar.
- Falta de ingresos suficientes derivados de la ausencia de empleo estable, de proximidad, con un pago justo y unas condiciones laborales dignas.

## **TENDENCIAS HISTÓRICAS Y ESTACIONALES DE LAS 4 COMUNIDADES**

### **Las estaciones**



En las cuatro comunidades, la temporada de lluvias se identifica entre desde finales de abril a finales de octubre, con lluvias constantes y estables desde mayo a septiembre, iniciadas a media tarde y con posibilidad de durar toda la noche y con lluvias más ocasionales en abril y octubre. La temporada seca se produce desde noviembre a marzo, aunque en las comunidades de Jocotán, la humedad de la tarde y noche puede producir precipitaciones que dificultan el acceso, sobre todo a Talquezal, por incluso varios meses.

La temporada de calor (mayores temperaturas) se produce entre marzo a agosto y la temporada de mayor frío (invierno) se produce de noviembre a febrero, con bajada de las temperaturas. Desde abril se produce escasez de agua y en Talquezal y La Ceiba en mayo se suelen romper las tuberías por los fuertes aguaceros que caen.

## Disponibilidad de comida

La disponibilidad de alimentos en el hogar está fuertemente relacionada con los recursos financieros obtenidos del trabajo en el campo para otros (que también depende del clima y de como se hayan dado las cosechas, además de la fluctuación en los precios o aranceles de los productos para los patrones) y con el resultado de las cosechas de subsistencia familiares. Los meses más difíciles en las cuatro comunidades son junio, julio, agosto y septiembre, que casualmente es cuando los precios del mercado de productos básicos son más altos.

El trabajo en las fincas de café de dentro de la comunidad o muy cercanas, en La Ceiba y Talquezal para cada familia supone dos meses y medio aproximados, en donde participan también mujeres y niños/as a partir de 8 años. En la comunidad, si hay trabajo en ella, hay un encargado que busca y dice si hay trabajo.

En el Guayabo y Filincas, al no haber café en las propias comunidades, se tiene que salir más lejos a la recogida de maíz y frijol o a fincas de café más lejanas. Las mujeres no pueden participar de estos ingresos ya que deben quedarse en la comunidad con los hijos/as. Si hay que salir al maíz y frijol fuera de la comunidad, entonces en grupos de dos o tres hombres buscan la manera de ir y ponerse en contacto con los futuros patrones. Para ir a las cañeras hacen avisos en la radio.

Los destinos de las migraciones estacionales para la obtención de ingresos son:

- Costa Sur, Escuintla- Cañeras (Guayabo y Filincas)- Noviembre a marzo
- Ipala- Maíz y Frijol (Todas) Cosecha y Siembra
- Agua Blanca, Jutiapa- Maíz y Frijol (Talquezal y La Ceiba) Cosecha y Siembra
- Esquipulas- Maíz y Frijol (Todas) Cosecha y Siembra
- Honduras- Maíz, Frijol y Café (Guayabo y Filincas) Cosecha y Siembra
- El Salvador- Maíz, Frijol y Café ( mayo a agosto) Talquezal (se van un mes o 15 días) (Todas) Cosecha y Siembra

El calendario de trabajo estacional o de siembra y recogida de cosechas propias es el siguiente:

- De noviembre a febrero-marzo- Recogida de cosechas de maíz, frijol (hasta diciembre) y café



- De noviembre a marzo también se da la recogida de la Caña
- En abril mayo se produce la siembra de maíz
- En agosto-septiembre se produce la siembra del frijol
- Si existen productos de la naturaleza como frutos que se tengan al alcance, estos se recogen durante la temporada correspondiente
- Desde abril hasta octubre, los hombres están en la comunidad, intentando ver si consiguen ingresos en labores de construcción o limpiando campos, pero sin mucho éxito en términos de ingresos económicos.

El trabajo en las fincas de café de dentro de la comunidad o muy cercanas, en La Ceiba y Talquezal para cada familia supone tres meses y medio aproximados (nunca se cumple la temporada completa), en donde participan también mujeres y niños/as a partir de 8 años. En la comunidad, si hay trabajo en ella, hay un encargado que busca y dice si hay trabajo. Si hay que salir al maíz y frijol fuera de la comunidad, entonces en grupos de dos o tres hombres buscamos la manera de ir. Para ir a las cañeras hacen avisos en la radio. De noviembre a abril se da la temporada de Caña en la Costa Sur, el periodo de cultivo se conoce como “la zafra” y dura de noviembre a mayo.

La temporada de lluvias coincide con el inicio de la época de escasez, donde la mayoría de las familias han agotado los quintales de maíz o frijol recolectados en la última cosecha, así como los ingresos obtenidos de los rendimientos de trabajo en la recogida de las cosechas de noviembre a febrero. Con un poco de suerte, durante abril y mayo, los esposos han salido a la siembra de maíz a otras fincas, trabajando las mujeres y los niños/as en las siembras propias. Lo mismo ocurre en septiembre con la plantación del frijol. Durante las épocas en las que los esposos salen de la comunidad, las mujeres dependen enteramente del dinero dejado por ellos antes de irse, siendo insuficiente generalmente para afrontar toda la ausencia y debiendo solicitar préstamos o fiado, además de reducir considerablemente el número de tiempos de comida, la cantidad y la variedad de alimentos.

## Enfermedades

En las cuatro comunidades la diarrea se intensifica de mayo a septiembre, y de mayo a agosto se suelen dar fiebres, malaria o dengue. En los meses de septiembre a enero se producen infecciones respiratorias agudas por el frío. La diarrea y las infecciones respiratorias agudas están relacionadas principalmente con el clima. Los calendarios de temporada han demostrado que los niños son más vulnerables a las enfermedades durante la temporada de lluvias (junio, julio, agosto y septiembre) y enfermedades respiratorias y de la piel durante la temporada de frío (noviembre a febrero). Los participantes explicaron que la diarrea está muy relacionada con la calidad del agua y con los hábitos de higiene en el hogar.



## Tendencias históricas

En las cuatro comunidades, la incidencia de casos de desnutrición aguda infantil coincide con tres eventos recurrentes: a) el período anual de escasez de alimentos en los hogares de pequeños agricultores, por agotarse las reservas de granos básicos disponibles (abril a agosto), b) la finalización del período de trabajo temporal de cosecha de café, caña y (noviembre a marzo), y c) la estación lluviosa (mayo a septiembre), con sus efectos sobre el acceso a agua segura para consumo humano y la presencia de enfermedades infecciosas, principalmente diarreas.

Guatemala está dentro de los diez primeros países con mayor vulnerabilidad al cambio climático, sufriendo durante los últimos 20 años la incidencia de efectos meteorológicos importantes, como; Huracán Mitch (1998), sequía (2001), Tormenta Stan (2005), Tormenta La Unión (2008), Tormenta Agatha, Depresión Tropical 11-E, Matthew (2010) y Tormenta 12-E (2011). Además, desde el 2012 hasta el 2016, se sufrió de un importante déficit de lluvias e irregularidades en la distribución espacial y temporal de la precipitación, provocados por el fenómeno de El Niño, que hicieron perder cosechas de productos locales por tres años seguidos, siendo el “fenómeno de escasez” en la zona más reciente y con mayor impacto, del que todavía se están recuperando en las comunidades.

Además, la seguridad alimentaria de los hogares en la zona también se ha visto afectada por un aumento y permanencia de diversas plagas que afectan a los cultivos. Así, la roya en el café y el hielito en el maíz y el frijol no pueden ser exterminados sin pesticidas que no están al alcance económico de las familias, únicamente de los productores foráneos de café. De igual forma, la calidad de la tierra ha ido empeorando en los últimos 30 años, en parte por la introducción de productos químicos a partir de los años 80, que, junto con la contaminación creciente de los ríos por industrias cercanas, supuso el fin de la cosecha sin abono. El precio del abono, que cuenta con varias categorías en función de su calidad, determina ahora la calidad y la cantidad de la cosecha.

En términos de salud, la construcción de centros de salud y el establecimiento de redes comunitarias con comités especializados, ha permitido que sobre todo en El Guayabo y en Filincas (donde los puestos de salud son más activos y permanentes) se obtengan buenos resultados en buenas prácticas de higiene y salud, para mejorar la crianza, la planificación familiar, la desparasitación, vacunas y vitaminas, además de atender de forma primaria diversas afecciones. A pesar de estas mejoras, las comunidades aún son muy vulnerables a enfermedades de la piel, de la contaminación del agua y la comida y del aparato respiratorio.



# CLASIFICACION FACTORES DE RIESGO

## CLASIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO POR PARTE DE LAS COMUNIDADES

El último día de encuesta cualitativa, se realizó un ejercicio en cada comunidad, en donde se invitó a todos los grupos abordados durante el resto de trabajo de campo, para contar con la mayor representación y diversidad de grupos por sexo y etarios. El propósito de este ejercicio fue realizar una identificación de factores relacionados con la desnutrición, según su gravedad y prevalencia. Dicha identificación tuvo como base los factores de riesgo hipotéticos previamente identificados, seleccionando de todos ellos, aquellos que consideran más importantes o problemáticos.

Una vez que fueron identificados, se pusieron en la pared del lugar en donde se desarrollaba el ejercicio final, a fin de repasar su significado y de valorar de forma conjunta si el significado era el mismo para toda la comunidad o existían divergencias en su interpretación.

Posteriormente, se pidió a todos los participantes, que de forma individual puntuaran aquellos factores de riesgo que consideraran claves y se estableció una lista numérica con la puntuación, para posteriormente discutirse nuevamente para encontrar los puntos de consenso y divergencia.

También, una vez acabado el ejercicio de puntuación, se solicitó a la comunidad que estableciera sus principales problemáticas comunitarias y qué soluciones priorizarían ellos si pudieran abordarlas.

### La Ceiba (Jocotán)

El ejercicio en La Ceiba, Jocotán (audio registrado) inició con un repaso sobre los elementos que en la comunidad habían emergido durante el trabajo de campo desarrollado los días posteriores. En base al relato que se iba generando, se fueron insertando en la pared del centro comunitario, a la vista de todos los participantes, todos los elementos señalados, viendo como se relacionaban unos con otros. Posteriormente, se alentó a los participantes a profundizar en las causas, que para la comunidad, más afectaban y provocaban la desnutrición en niños/as menores de 5 años y madres embarazadas o lactantes.



Cuando ya se tuvieron todos los elementos que mencionaron y en el relato no emergían más elementos, se les pidió que fueran participando con dos votos cada uno, priorizando de todos los elementos que señalamos en la pared, aquellos que se consideraban esenciales o más importantes. Para ello, se contó con un periodo de reflexión para adjuntar dibujos a los elementos, ya que la mitad del grupo no sabe leer ni escribir. De forma participativa en grupos de 4 personas y con asistencia de la experta Link NCA y la asistente de investigación, se les dio asistencia para realizar el ejercicio de puntuación, cuyos resultados se detallan a continuación, incluyendo algunas citas textuales que mejoran la comprensión del ejercicio de clasificación.

FACTORES DE RIESGO PRIORIZADOS POR LA COMUNIDAD DE LA CEIBA DE MAYOR A MENOR
Falta de Alimento
No hay Empleo
Hogares sin condiciones de habitabilidad
Contaminación fecal del agua y los alimentos
Agua para beber no purificada, no hay agua para mini-riego, no hay almacenamiento
Escaso conocimiento de otros cultivos
Enfermedades Respiratorias
Comida Chatarra de la tienda
Químicos para los cultivos muy caros- hay plagas desde 2011 difíciles de controlar
La canícula prolongada afecta a las siembras y plantas
Animales sueltos que contaminan el agua y la comida

**Tabla 25. Factores de riesgo priorizados por la comunidad de La Ceiba**

\*Experta Link NCA (en adición; dos observaciones muy relevantes para la aparición de enfermedades respiratorias y de infecciones de orina y estomacales:

- Niños/as poco abrigados/as para el clima por no tener condiciones económicas para comprar ropa de abrigo
- Prácticas de higiene íntima a niños/as escasas (niños/as se orinan y defecan encima con el clima frío y no son cambiados de ropa ni aseados).

Las prioridades establecidas, de mayor a menor importancia por los miembros de la comunidad participantes en el ejercicio final, constituyen un bonito ejercicio de reflexión sobre las principales problemáticas comunitarias que ellos identifican para mejorar en su desarrollo. Las prioridades son las siguientes:

- Mantenimiento de Semillas Criollas
- Poder cambiar cultivos e introducir árboles frutales
- Mejorar el Huerto Comunitario con Semillas y más herramientas



- Que las familias con riesgo de colapso tengan un hogar
- Que todas las familias tengan chorro
- Cloración del agua del chorro
- Letrinas Lavables
- Puesto de Salud para la comunidad
- Más aulas para la escuela y más personal
- Que haya nivel Básico
- Cocinas con estufa mejorada
- Mejorar el almacenamiento de agua
- Capacitaciones y asesoría nutricional
- Mejor mantenimiento de la carretera
- Asesoría en el cuidado y mantenimiento de las áreas de bosque

\* Agregado por la Experta Link NCA en base a lo comentado: Sistema de basura

## **El Guayabo Escuela**

El ejercicio en el Guayabo Escuela, Camotán, inició con un repaso sobre los elementos que en la comunidad habían emergido durante el trabajo de campo desarrollado los días posteriores. En base al relato que se iba generando, se fueron insertando en la pared del centro comunitario, a la vista de todos los participantes, todos los elementos señalados, viendo como se relacionaban unos con otros. Posteriormente, se alentó a los participantes a profundizar en las causas, que para la comunidad, más afectaban y provocaban la desnutrición en niños/as menores de 5 años y madres embarazadas o lactantes.

Cuando ya se tuvieron todos los elementos que mencionaron y en el relato no emergían más elementos, se les pidió que fueran participando con dos votos cada uno, priorizando de todos los elementos que señalamos en la pared, aquellos que se consideraban esenciales o más importantes. Para ello, se contó con un periodo de reflexión para adjuntar dibujos a los elementos, ya que la mitad del grupo no sabe leer ni escribir. De forma participativa en grupos de 4 personas y con asistencia de la experta Link NCA y la asistente de investigación, se les dio asistencia para realizar el ejercicio de puntuación, cuyos resultados se detallan a continuación, incluyendo algunas citas textuales que mejoran la comprensión del ejercicio de clasificación.



FACTORES DE RIESGO PRIORIZADOS POR LA COMUNIDAD DEL GUAYABO ESCUELA DEMAYOR A MENOR
Falta de Alimento en niños/as y mujeres embarazadas
Falta de Cosecha/Empleo
Enfermedades del estómago, fiebre, diarreas, estar más delgados
Escasez de agua
Alimentos en mal estado que se consumen por escasez
Higiene, comer con manos sucias, no bañarse

**Tabla 26. Factores de riesgo priorizados por la comunidad del Guayabo**

Es interesante percibir el cambio de tipología de factores de riesgo de las comunidades de Jocotán a las de Camotán. Si bien mencionan en los discursos la importancia por ejemplo, de contar con casas que tengan mejores condiciones de habitabilidad y de letrinas, en la priorización final no salieron estos elementos, sino otros relacionados con las prácticas de higiene personales y familiares en torno al cuidado de los niños/as y al cuidado de uno mismo/a.

Las prioridades establecidas, de mayor a menor importancia por los miembros de la comunidad participantes en el ejercicio final, constituyen un bonito ejercicio de reflexión sobre las principales problemáticas comunitarias que ellos identifican para mejorar en su desarrollo. Las prioridades son las siguientes:

- Recuperación de semillas criollas
- Proyecto de servicio de agua (chorro) para las casas que no tienen
- Instalación de letrinas lavables
- Construcción de centros de estudio nivel carrera profesional
- Almacenamiento de granos básicos
- Construcción de iglesia
- Cambio de cultivos

### **Filincas Centro**

El ejercicio en Filincas Centro inició con un repaso sobre los elementos que en la comunidad habían emergido durante el trabajo de campo desarrollado los días posteriores. En base al relato que se iba generando, se fueron insertando en la pared del centro comunitario, a la vista de todos los participantes, todos los elementos señalados, viendo como se relacionaban unos con otros. Posteriormente, se alentó a los participantes a profundizar en las causas, que para la comunidad, más afectaban y provocaban la desnutrición en niños/as menores de 5 años y madres embarazadas o lactantes.

Cuando ya se tuvieron todos los elementos que mencionaron y en el relato no emergían más elementos, se les pidió que fueran participando con dos votos cada uno, priorizando de todos los elementos que señalamos en la pared, aquellos que se consideraban esenciales o más importantes. Para ello, se contó con un periodo de reflexión para adjuntar dibujos a los elementos, ya que la mitad del grupo no sabe leer ni escribir. De forma



participativa en grupos de 4 personas y con asistencia de la experta Link NCA y la asistente de investigación, se les dio asistencia para realizar el ejercicio de puntuación, cuyos resultados se detallan a continuación, incluyendo algunas citas textuales que mejoran la comprensión del ejercicio de clasificación.

FACTORES DE RIESGO PRIORIZADOS POR LA COMUNIDAD DE LA CEIBA DE MAYOR A MENOR
Falta de Alimento
No hay trabajo y está mal pagado
No hay dinero
No hay agua para regar
Falta de alimentos variados para mejorar la dieta
Mala higiene
Contaminación fecal y ausencia de letrinas

**Tabla 27. Factores de riesgo priorizados por la comunidad de Filincas**

El ejercicio final de Filincas contó con gran participación por parte de la comunidad. Se produjeron varios debates internos a la hora de abordar el número de hijos/as que las familias tienen, así como los controles de natalidad y los métodos disponibles para ello, generando un espacio de diálogo entre las mujeres y los hombres. La falta de alimento volvió a ser el factor de riesgo principal para generar desnutrición, pero también se mencionó con insistencia la falta de alimentos variados, porque no hay dinero para comprarlos pero también porque no están disponibles en la comunidad, así como la importancia de los cuidados por parte de madres y padres en torno a la higiene y buenas prácticas

Las prioridades establecidas, de mayor a menor importancia por los miembros de la comunidad participantes en el ejercicio final, son las siguientes:

- Planificación familiar
- Educación sexual y reproductiva para hombres
- Ampliación de servicios de agua
- Construir huertos familiares
- Construcción de letrina
- Proyecto de mini riego
- Construcción de centros de estudio nivel básico con personal y centro de capacitación
- Ampliación de carretera

### **Talquezal Centro**

El ejercicio en Talquezal inició con un repaso sobre los elementos que en la comunidad habían emergido durante el trabajo de campo desarrollado los días anteriores. En base al relato que se iba generando, se fueron insertando



en la pared del centro comunitario, a la vista de todos los participantes, todos los elementos señalados, viendo como se relacionaban unos con otros. Posteriormente, se alentó a los participantes a profundizar en las causas, que para la comunidad, más afectaban y provocaban la desnutrición en niños/as menores de 5 años y madres embarazadas o lactantes.

Cuando ya se tuvieron todos los elementos que mencionaron y en el relato no emergían más elementos, se les pidió que fueran participando con dos votos cada uno, priorizando de todos los elementos que señalamos en la pared, aquellos que se consideraban esenciales o más importantes. Para ello, se contó con un periodo de reflexión para adjuntar dibujos a los elementos, ya que nadie del grupo, salvo la comadrona y los líderes comunitarios, además de algunas adolescentes, no sabe leer ni escribir. De forma participativa en grupos de 4 personas y con asistencia de la experta Link NCA y la asistente de investigación, se les dio asistencia para realizar el ejercicio de puntuación, cuyos resultados se detallan a continuación, incluyendo algunas citas textuales que mejoran la comprensión del ejercicio de clasificación.

FACTORES DE RIESGO PRIORIZADOS POR LA COMUNIDAD DE LA CEIBA DE MAYOR A MENOR
Escasez de saneamiento, letrinas
No hay trabajo
Escasas condiciones de habitabilidad (bajareque)
Prácticas de higiene inadecuadas
Estufas no mejoradas
Falta Comer verduras
Escuela inaccesible
Niños/as con bajo peso al nacer

**Tabla 28. Factores de riesgo priorizados por la comunidad de Talquezal**

El ejercicio final de Talquezal contó con gran participación por parte de la comunidad. La comunidad se puso de acuerdo para priorizar los factores de riesgo pre identificados. Así, las condiciones de habitabilidad y la escasez de agua y saneamiento fueron los elementos clave que según la comunidad, contribuyen en mayor grado a la aparición de la desnutrición. Como en el resto de las comunidades, la falta de trabajo y por consiguiente la falta de recursos económicos, son el elemento central para comprender tanto la diversidad como la cantidad de alimentos que las familias pueden proveer a sus hijos/as.

- Carretera permanente de acceso a la comunidad
- Falta de maestros/as
- Recursos para desplazamiento de casas y construcción de nuevas casas
- Atención permanente en el puesto de salud
- Crear una asociación de productos de café para mejorar los precios en la época de venta
- Banco de semillas para verduras y hortalizas, además de capacitaciones para huertos familiares



## CLASIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO POR PARTE DEL EQUIPO LINK NCA

A continuación se presenta la tabla de clasificación de factores de riesgo por parte del equipo LINK NCA siguiendo la metodología Link NCA para esta parte del estudio. A través de la triangulación de información, se realiza una categorización de cada hipótesis.

CATEGORÍA
RIESGO MAYOR para el factor y el mecanismo
RIESGO IMPORTANTE para el factor y el mecanismo
RIESGO MENOR para el factor y el mecanismo
RIESGO RECHAZADO para el factor y el mecanismo

Tabla 29. Categorías de factores de riesgo

Para comprender mejor la clasificación, a continuación se presentan las categorías de análisis sobre las que se ha clasificado cada hipótesis.



PREVALENCIA EN LOS DATOS SECUNDARIOS	FUERTE ASOCIACIÓN CON LA DESNUTRICIÓN (REVISIÓN DE LA LITERATURA CIENTÍFICA)	LA ESTACIONALIDAD DEL FACTOR DE RIESGO	FUERZA Y CONSTANCIA DE LA ASOCIACIÓN ENTRE EL FACTOR DE RIESGO Y LA DESNUTRICIÓN A PARTIR DEL ESTUDIO CUALITATIVO	EJERCICIO DE CLASIFICACIÓN PARTICIPATIVA DE LA PARTE CUALITATIVA
En relación a la prevalencia nacional	Pruebas científicas de la asociación en algunos contextos	Asociación de la estacionalidad del riesgo y la desnutrición	Percepción de la analista Link NCA en base a los datos obtenidos	Realizado por las comunidades
[-] = inferior [+] = Idéntica [++] = Superior [+++] = Muy superior	[-] = Sin asociación conocida [+] = Pequeña asociación [++] = Fuerte o específica de contexto [+++] = Asociación en varios contextos	[-] = Ninguna [+] = Débil [++] = Media [+++] = Fuerte	[-] = Ninguna [+] = Débil [++] = Media [+++] = Fuerte	[-] El factor de riesgo raramente o nunca se menciona durante el ejercicio de evaluación [+] El factor de riesgo se menciona de manera irregular entre los cinco principales factores de riesgo [++] El factor de riesgo se menciona de manera constante entre los cinco principales factores de riesgo

**Tabla 30. Categorías de análisis de factores de riesgo**



HIPÓTESIS DE LOS FACTORES DE RIESGO	PREVALENCIA EN LOS DATOS SECUNDARIOS (CUAD. EXPLIC)	FUERTE ASOCIACIÓN CON LA DESNUTRICIÓN (REVISIÓN EN LITERATURA CIENTÍFICA)	ESTACIONALIDAD DEL FACTOR DE RIESGO (CUAD. EXPLIC)	FUERZA Y CONSTANCIA DE LA ASOCIACIÓN ENTRE EL FACTOR DE RIESGO Y LA DESNUTRICIÓN A PARTIR DEL ESTUDIO CUALITATIVO	EJERCICIO DE CLASIFICACIÓN PARTICIPATIVA DE LA PARTE CUALITATIVA	CLASIFICACIÓN DEL FACTOR DE RIESGO
HIPÓTESIS A: PRÁCTICAS INAPROPIADAS DE LACTANCIA	[-] = Inferior	[++] = Fuerte o específica de contexto	[-] = Ninguna	[+] = Débil	[-]	RIESGO MENOR
HIPÓTESIS B: PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIAS INAPROPIADAS	[+++] = Muy superior	[++] = Fuerte o específica de contexto	[+++] = Fuerte	[+++] = Fuerte	[-]	RIESGO IMPORTANTE
HIPÓTESIS C: MALNUTRICIÓN DE LAS MADRES	[++] = Superior	[++] = Fuerte o específica de contexto	[++] = Media	[++] = Media	[-]	RIESGO MENOR



HIPÓTESIS D: EMBARAZOS TEMPRANOS	[+] = Idéntica	[-] = Asociación débil	[+] = Débil	[++] = Media	[-]	RIESGO MENOR
HIPÓTESIS E: NACIMIENTOS POCO ESPACIADOS	[+++] = Muy superior	[++] = Fuerte o específica de contexto	[+++] = Fuerte	[+++] = Fuerte	[-]	RIESGO MAYOR
HIPÓTESIS F: LAS MADRES NO CUENTAN CON SUFICIENTE APOYO	N/A	[+] = Media	[+] = Débil	N/A	[-]	RIESGO NO TESTEADO
HIPÓTESIS G: BAJO PESO AL NACER	[-] = Inferior	[++] = Fuerte o específica de contexto	[++] = Media	[+] = Débil	[-]	RIESGO MENOR
HIPÓTESIS H: LA DESNUTRICIÓN NO ES PERCIBIDA COMO UNA PREOCUPACIÓN	N/A	N/A	[+] = Débil	[++] = Media	[-]	RIESGO RECHAZADO
HIPÓTESIS I: COMPORTAMIENTO INADECUADO DE CUIDADOS DE SALUD/ ALIMENTACIÓN	N/A	[++] = Fuerte o específica de contexto	[++] = Media	[+++] = Fuerte	[++]	RIESGO IMPORTANTE



HIPÓTESIS J: ESCASA DISPONIBILIDAD Y CALIDAD DEL AGUA PARA BEBER	[++] = Superior	[++] = Fuerte o especifica de contexto	[+++] = Fuerte	[++] = Media	[+]	RIESGO IMPORTANTE
HIPÓTESIS K: ESCASO ABASTECIMIENTO DE AGUA DOMÉSTICA	[++] = Superior	[++] = Fuerte o especifica de contexto	[+++] = Fuerte	[++] = Media	[+]	RIESGO IMPORTANTE
HIPÓTESIS L: ESCASAS INSTALACIONES DE SANEAMIENTO	[++] = Superior	[++] = Fuerte o especifica de contexto	[+++] = Fuerte	[+++] = Fuerte	[++]	RIESGO MAYOR
HIPÓTESIS M: ESCASAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD EN LAS VIVIENDAS	[++] = Superior	[++] = Fuerte o especifica de contexto	[++] = Media	[+++] = Fuerte	[+]	RIESGO IMPORTANTE
HIPÓTESIS N: BAJOS INGRESOS DEBIDO A LA INESTABILIDAD DE LAS FUENTES DE INGRESOS Y / O LA FALTA DE ACTIVIDADES GENERADORAS DE INGRESOS.	[+++] = Muy superior	[+] = Media	[+++] = Fuerte	[+++] = Fuerte	[++]	RIESGO MAYOR



HIPÓTESIS O: BAJA PRODUCCIÓN DE AGRICULTURA	[++] = Superior	[+] = Media	[+++] = Fuerte	[+] = Media	[+]	RIESGO IMPORTANTE
HIPÓTESIS P: LIMITADO ACCESO A COMIDA	[+++] = Muy superior	[++] = Fuerte o específica de contexto	[+++] = Fuerte	[+++] = Fuerte	[++]	RIESGO MAYOR
HIPÓTESIS Q: ESCASA DIVERSIDAD DE DIETA	[+++] = Muy superior	[+++] Asociación en varios contextos	[++] = Media	[+++] = Fuerte	[+]	RIESGO IMPORTANTE
HIPÓTESIS R: GESTIÓN INADECUADA DE LOS RECURSOS FAMILIARES	N/A	[++] = Fuerte o específica de contexto	[+] = Débil	[+] = Débil	[-]	RIESGO NO TESTEADO
HIPÓTESIS S: ALTA TASA DE FERTILIDAD	[++] = Superior	[++] = Fuerte o específica de contexto	[+++] = Fuerte	[+++] = Fuerte	[+]	RIESGO MAYOR

Tabla 31. Clasificación de factores de riesgo por parte del equipo Link NCA



## ATRIBUCIÓN DE NOTAS DE CONFIANZA

En el taller técnico final, después de la presentación de los resultados de la clasificación de riesgo propuesto por el equipo Link NCA, los expertos técnicos tuvieron la oportunidad de valorar la confianza que dicha clasificación les proporcionaba para cada factor de riesgo, en función de la fuerza percibida de la información recopilada y la cantidad de mecanismos a través de los cuales este factor hace sentir sus efectos.

Por lo tanto, el puntaje de confianza no constituye prueba científica de causalidad, pero indica que una gran mayoría de las partes, concuerda con la importancia causal del factor de riesgo después de revisar los datos de calidad de varias fuentes.

La segunda tabla a continuación resume las calificaciones de confianza para cada factor de riesgo, incluyendo cambios deseados y / o validados a la clasificación propuesta, si corresponde. Cualquier cambio y / o la diferencia de opinión fue discutida en el plenario y se buscó un consenso.

En la primera tabla también se presenta la clasificación final de los riesgos hipotéticos en tres categorías; riesgo mayor, riesgo importante y riesgo menor.

RIESGOS MAYORES	RIESGOS IMPORTANTES	RIESGOS MENORES
Hipótesis E: Nacimientos poco espaciados	Hipótesis B: Prácticas de alimentación complementarias inapropiadas	Hipótesis A: Prácticas inapropiadas de lactancia
Hipótesis L: Escasas instalaciones de saneamiento	Hipótesis I: Comportamiento inadecuado de cuidados de salud/ alimentación	Hipótesis C: Malnutrición de las madres
Hipótesis N: Bajos ingresos debido a la inestabilidad de las fuentes de ingresos y / o la falta de actividades generadoras de ingresos.	Hipótesis J: Escasa disponibilidad y calidad del agua para beber	Hipótesis D: Embarazos tempranos
Hipótesis O: Baja producción de agricultura	Hipótesis K: Escaso abastecimiento de agua doméstica	Hipótesis G: Bajo peso al nacer
Hipótesis P: Limitado acceso a comida	Hipótesis M: Escasas condiciones de habitabilidad en las viviendas	
Hipótesis Q: Escasa Diversidad de Dieta		
Hipótesis S: Alta Tasa de fertilidad		

**Tabla 32. Clasificación final de riesgos por categoría**



HIPÓTESIS	CLASIFICACIÓN POR LA EXPERTA LINK NCA	NOTA DE CONFIANZA POR EL GRUPO DE EXPERTOS	CLASIFICACIÓN POR CONSENSO ENTRE EL GRUPO DE EXPERTOS	NOTA DE CONFIANZA INDIVIDUAL GRUPO EXPERTOS	COMENTARIOS DE PARTICIPANTES	CLASIFICACIÓN FINAL	COMENTARIOS A LA CLASIFICACIÓN FINAL
HIPÓTESIS A: PRÁCTICAS INAPROPIADAS DE LACTANCIA	Riesgo Menor	2,25	Riesgo Menor	2,57	Se considera un riesgo menor ya que la lactancia exclusiva hasta los seis meses de edad es generalizada.	Riesgo Menor	El nivel de confianza es suficiente tanto por el grupo de expertos como en la puntuación individual de expertos. Coincidencia entre la valoración de experta Link NCA y expertos.
HIPÓTESIS B: PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIAS INAPROPIADAS	Riesgo Importante	3	Riesgo Importante	2,71	Se considera un riesgo importante para comprender por qué algunos niños/as de entre 6 meses a 59 meses bajan de peso, debido a una inadecuada introducción de alimentos complementarios (tanto en tiempo,	Riesgo Importante	El nivel de confianza es suficiente tanto por el grupo de expertos como en la puntuación individual de expertos. Coincidencia entre la valoración de experta Link NCA y expertos.



HIPÓTESIS C: MALNUTRICIÓN DE LAS MADRES					en frecuencia de tomas alimentarias, cantidad de alimento y diversidad de la dieta, sin olvidar la importancia de la ingesta de líquidos para la hidratación).		
	Riesgo menor	2,5	Riesgo menor	2,35	La malnutrición de las madres está relacionada con el bajo peso al nacer y con otros factores intrínsecos a las comunidades. Por eso se entendió que bajo peso al nacer era un factor mayor que malnutrición de las madres.	Riesgo menor	El nivel de confianza es suficiente tanto por el grupo de expertos como en la puntuación individual de expertos. Coincidencia entre la valoración de experta Link NCA y expertos.



HIPÓTESIS D: EMBARAZOS TEMPRANOS	Riesgo Menor	2,25	Riesgo Menor	2,14	Este factor fue abordado como importante en aquellas situaciones en donde los embarazos son en niñas menores de 16 años (que si se dan casos) pero cuando son mayores de 16 años, aunque tengan relación con otras problemáticas, no se puede afirmar que sea un riesgo importante para la desnutrición ( si lo es una tasa alta de fertilidad)	Riesgo Menor	El nivel de confianza es suficiente tanto por el grupo de expertos como en la puntuación individual de expertos. Coincidencia entre la valoración de experta Link NCA y expertos.
	Riesgo Mayor	3	Riesgo Mayor	2,85	En la zona es un riesgo mayor, que cuando se junta a una alta tasa de fertilidad dispara el riesgo de desnutrición.	Riesgo Mayor	El nivel de confianza es suficiente tanto por el grupo de expertos como en la puntuación individual de expertos. Coincidencia entre la valoración de



HIPÓTESIS F: LAS MADRES CUENTAN CON SUFICIENTE/ESCASO APOYO							experta Link NCA y expertos.
	Riesgo No testeado	2	Riesgo menor	2,64	El apoyo familiar según datos del estudio cualitativo ha demostrado ser importante en las ocasiones más críticas de falta de alimento y como red de soporte en familias con gran número de hijos/as y en donde el cuidado exclusivo recae exclusivamente en la madre. Sin embargo, no se ha podido determinar como un factor de riesgo en sí mismo.	Riesgo No testeado	El nivel de confianza es suficiente tanto por el grupo de expertos como en la puntuación individual de expertos. Coincidencia entre la valoración de experta Link NCA y expertos.



HIPÓTESIS G: BAJO PESO AL NACER	Riesgo Menor	2,25	Riesgo importante	2,64	El estudio cualitativo link NCA valoró que el bajo peso al nacer no tiene mucha prevalencia en la zona, a pesar de que existen prácticas de dieta que conllevan dejar de comer en el embarazo con la creencia de no tener bebés de gran tamaño que dificulten el parto en casa. El grupo de expertos lo consideró un factor importante.	Riesgo Menor	A pesar del nivel de confianza en la valoración de riesgo menor, tanto grupal como individual, vertido por los expertos, en el consenso en grupo lo consideraron un factor importante. Es necesario mencionar que existen pocos casos de bajo peso al nacer (según los estándares internacionales) pero que aquellos casos que se dan, tienen una causalidad directa con la desnutrición, por lo que para el contexto específico del estudio, se consideró riesgo menor.



HIPÓTESIS H: LA DESNUTRICIÓN NO ES PERCIBIDA COMO UNA PREOCUPACIÓN	Riesgo rechazado	2,25	Riesgo rechazado	2,21	Este factor fue rechazado porque durante el estudio Link NCA ya se realiza el abordaje de las percepciones de la desnutrición.	Riesgo rechazado	Este riesgo ha sido abordado de forma integral en el resto de hipótesis, visibilizando de forma específica las opiniones, creencias y prácticas de la comunidad en torno a su propio concepto de desnutrición.
	Riesgo Importante	3	Riesgo importante	2,78	Este factor de riesgo está directamente relacionado con la disponibilidad de tiempo de cuidados, el número de hijos/as de la familia, las condiciones de habitabilidad de la vivienda, así como las de agua y saneamiento.	Riesgo importante	El nivel de confianza es suficiente tanto por el grupo de expertos como en la puntuación individual de expertos. Coincidencia entre la valoración de experta Link NCA y expertos.



HIPÓTESIS J: ESCASA DISPONIBILIDAD Y CALIDAD DEL AGUA PARA BEBER	Riesgo Importante	3	Riesgo importante	3	Es un riesgo importante, destacando además uno de los principales hallazgos del estudio, y es que el agua sola no se consume en las comunidades, siempre se consume en forma de café, por lo que no se hierve el tiempo suficiente para hacerla segura.	Riesgo importante	El nivel de confianza es suficiente tanto por el grupo de expertos como en la puntuación individual de expertos. Coincidencia entre la valoración de experta Link NCA y expertos.
	Riesgo Importante	3	Riesgo importante	2,14	En todas las comunidades existen graves problemas de abastecimiento de agua.	Riesgo importante	El nivel de confianza es suficiente tanto por el grupo de expertos como en la puntuación individual de expertos. Coincidencia entre la valoración de experta Link NCA y expertos.



HIPÓTESIS L: ESCASAS INSTALACIONES DE SANEAMIENTO	Riesgo Mayor	3	Riesgo Mayor	2,64	En todas las comunidades existen graves problemas para un saneamiento adecuado.	Riesgo Mayor	El nivel de confianza es suficiente tanto por el grupo de expertos como en la puntuación individual de expertos. Coincidencia entre la valoración de experta Link NCA y expertos.
HIPÓTESIS M: ESCASAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD EN LAS VIVIENDAS	Riesgo Importante	3	Riesgo Importante	2,92	Las escasas condiciones de habitabilidad de las viviendas suponen	Riesgo Importante	El nivel de confianza es suficiente tanto por el grupo de expertos como en la puntuación individual de expertos. Coincidencia entre la valoración de experta Link NCA y expertos.
HIPÓTESIS N: BAJOS INGRESOS DEBIDO A LA INESTABILIDAD DE LAS FUENTES DE INGRESOS Y / O LA FALTA DE ACTIVIDADES	Riesgo Mayor	3	Riesgo Mayor	2,71	En todas las comunidades existen escasas oportunidades de trabajo y todas incluyen migraciones	Riesgo Mayor	El nivel de confianza es suficiente tanto por el grupo de expertos como en la puntuación individual de expertos. Coincidencia entre



GENERADORAS DE INGRESOS.					estacionales cortas o largas.		la valoración de experta Link NCA y expertos.
HIPÓTESIS O: BAJA PRODUCCIÓN DE AGRICULTURA	Riesgo Importante	2,5	Riesgo Mayor	2,69	El grupo de expertos consideró que la baja producción de agricultura es un factor de riesgo mayor para la aparición de la desnutrición.	Riesgo Mayor	A pesar del alto nivel de confianza, el grupo de expertos consideró elevar el riesgo de esta hipótesis a mayor, ya que la agricultura de subsistencia y su relación con los fenómenos climáticos se estiman con alta variabilidad en la zona, lo que previsiblemente va a tener alto impacto en las familias los próximos años.
HIPÓTESIS P: LIMITADO ACCESO A COMIDA	Riesgo Mayor	3	Riesgo Mayor	2,78		Riesgo Mayor	El nivel de confianza es suficiente tanto por el grupo de expertos como en la puntuación individual de expertos. Coincidencia entre



HIPÓTESIS Q: ESCASA DIVERSIDAD DE DIETA							la valoración de experta Link NCA y expertos.
	Riesgo Importante	2,25	Riesgo Mayor	2,71	Este riesgo fue considerado importante por el equipo Link NCA al integrar la opinión de las comunidades, las cuales no perciben escasa diversidad en su dieta, aunque efectivamente sea un hecho. Los expertos consideraron este riesgo como mayor.	Riesgo Mayor	A pesar del nivel de confianza en la valoración de riesgo importante tanto grupal como individual, vertido por los expertos, los mismos en el consenso en grupo lo consideraron un factor mayor. Es necesario mencionar que las comunidades (y su valoración) no perciben la escasa diversidad de dieta como una carencia nutricional.
HIPÓTESIS R: GESTIÓN INADECUADA DE LOS RECURSOS FAMILIARES	Hipótesis no testeada	1,75	Riesgo Importante	2,28	Este riesgo está relacionado fundamentalmente al control de los recursos dentro de la unidad familiar, en donde las mujeres no tienen	Riesgo No testeado	Al igual que la Hipótesis F, esta hipótesis trata de aproximarse a las desigualdades de género que en este caso se relacionan con la capacidad de



HIPÓTESIS S: ALTA TASA DE FERTILIDAD					disposición del dinero familiar ni pueden incidir en la toma de decisiones.		toma de decisiones en el uso de los recursos económicos disponibles
	Riesgo Mayor	2,75	Riesgo Mayor	1,92	*Esta hipótesis fue añadida después del trabajo de campo del estudio cualitativo, para abordar directamente el número de hijos/as por mujer como factor de riesgo mayor.	Riesgo Mayor	El nivel de confianza es suficiente tanto por el grupo de expertos como en la puntuación individual de expertos. Coincidencia entre la valoración de experta Link NCA y expertos.

Tabla 33. Atribución de notas de confianza de expertos técnicos



## Esquema Resumen de Principales Conclusiones del Link NCA en Guatemala

	SALUD, PRÁCTICAS DE HIGIENE Y CUIDADOS	AGUA Y SANEAMIENTO	MEDIOS DE VIDA Y SEGURIDAD ALIMENTARIA
PRINCIPALES CONCLUSIONES DE LA LB SETH	<p>La niñez menor de 59 meses con <b>enfermedades respiratorias</b> tiene mayor probabilidad de desnutrición</p> <p>Las <b>prácticas inexistentes o pobres en el lavado de manos de los cuidadores</b> acarrea mayor riesgo de desnutrición para la niñez</p> <p>En Camotán las mujeres que no tuvieron <b>atención prenatal</b> tienen más riesgo de hijos/as con desnutrición.</p> <p>En Jocotán, la <b>diarrea</b> está muy asociada a la desnutrición.</p>	<p><b>Defecación y micción al aire libre</b> aumenta el riesgo de desnutrición frente a letrinas</p> <p>En Jocotán, la <b>escasa disponibilidad de agua</b> (potable y no potable) está muy relacionada con la desnutrición.</p>	<p>La <b>estrategia de reducción de porción de comida</b> está relacionada con la desnutrición</p> <p>Los hogares que gastan <b>menos dinero en comida</b> tienen más riesgo de desnutrición</p> <p>El 30% de familias no tiene <b>reservas de comida</b> y otro 38% tiene reservas para menos de 1 semana.</p> <p>No sólo la niñez tiene <b>escasa diversidad de dieta</b>, sino toda la familia.</p>
PRINCIPALES CONCLUSIONES RESUMIDAS DEL ESTUDIO CUALITATIVO	<p>Drástica <b>disminución de las tomas de amamantamiento</b> después de los 6 meses e <b>introducción de dieta pobre</b> (diversidad y</p>	<p><b>No se bebe agua, no se enseña a beber agua</b> ni es la bebida principal de las familias. Se bebe café al punto de hervor</p>	<p><b>Diversidad y Cantidad de comida insuficiente</b>, con especial atención a la niñez entre 6 y 59 meses.</p>



	<p>cantidad) de alimentación complementaria.</p> <p>El <b>escaso uso de atención prenatal y de puerperio</b>, fundamentalmente en Jocotán (salud y comadronas) afecta a la salud de madres/bebés.</p> <p><b>Escasa posibilidad de planificación familiar</b> por presiones sociales, religiosas y machistas, además de que no hay siempre disponibilidad de métodos anticonceptivos.</p> <p>Fuerte <b>impacto de la dieta tradicional</b> en aquellos casos que es seguida más estrictamente, con el fin de tener bebés más pequeños, si bien el bajo peso al nacer no es un fenómeno común.</p> <p><b>Nacimientos poco espaciados</b> por el imaginario de familia extensa.</p> <p>Imaginario del <b>“susto” o “caída”</b> cuando el puesto de salud no puede curar de forma inmediata las consecuencias de la</p>	<p>con agua generalmente no potable.</p> <p>No existen <b>utensilios de almacenamiento o de cocción</b> para el agua de beber.</p> <p><b>Agua doméstica escasamente disponible</b>, de forma intermitente y sin ser almacenada correctamente</p> <p>Tener o no tener toma de agua privada o compartida cercana al hogar supone una gran diferencia que impacta directamente en las condiciones de higiene y limpieza de los hogares y de su entorno.</p> <p><b>Escasas instalaciones de saneamiento</b>, hogares sin letrina o con letrinas en mal estado. Escasa gestión de todo tipo de desechos. Letrinas existentes inadecuadas para menores de 5 años, los cuales o no las usan (<b>defecación libre</b>) o las usan sin supervisión.</p>	<p><b>Empleo no cualificado intermitente, disperso y mal retribuido</b>, sin capacidad de generar procesos de planificación o ahorro a futuro. Las consecuencias de migraciones temporales y de ausencia de ingresos estables aunque sean mínimos, repercute directamente en la canasta de cada familia, recortando en; ropa y utensilios del hogar y la cocina, productos de higiene y saneamiento, mejoras en los hogares (saneamiento, electricidad y aislamiento) y cantidad y diversidad de la dieta, acceso a educación básica o transporte.</p> <p><b>Baja producción de agricultura con tierras escasamente productivas y de monocultivo</b> (maíz, frijol) rentadas para una agricultura de subsistencia familiar, con escasas tomas de agua y de difícil acceso.</p> <p>El limitado acceso a comida viene determinado por la <b>cantidad de dinero</b> que se dispone para comprar y por la <b>cantidad de cosecha</b> de granos básicos obtenida, siendo ambas insuficientes</p>
--	---	--	---



	<p>desnutrición, que no es percibida como enfermedad a largo plazo.</p> <p>Los niños/as menores de 5 años no son supervisados mientras comen, ni lo hacen en buenas condiciones que eviten la <b>contaminación de comida</b>, la ingesta regular y el control de la cantidad de comida que ingieren. Las <b>prácticas de higiene son insuficientes</b> en aseo personal y en aseo de cocinas, patios y dormitorios, destacando la poca higiene de los genitales en la <b>micción y defecación</b>.</p>	<p><b>Materiales inadecuados de paredes, techo y suelos.</b> En los hogares sin luz eléctrica pública existe más riesgo de desnutrición. El mayor impacto para la higiene se produce en los hogares con paredes fragmentadas (riesgo chagas) y pisos difíciles de limpiar por el entorno.</p> <p>Los <b>animales domésticos</b> son los principales vectores de enfermedades en espacios del hogar sin divisiones y con acceso total a comida, agua y niñez.</p>	<p>para cubrir las necesidades familiares de las cuatro comunidades. Es por ello que en los tiempos de escasez, la cantidad de ingesta de comida decae considerablemente para todos los miembros de la familia, en una relación directa entre la reducción de la ingesta y la desnutrición.</p> <p>Las <b>mujeres con escasa diversidad de dieta</b> tienen más posibilidades de tener un hijo/a con desnutrición. Lamentablemente en la zona de intervención, la diversidad de la dieta es muy escasa y está relacionada con la disponibilidad de alimentos variados y el acceso económico a los mismos.</p>
--	--	--	---





# CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

## Conclusiones

El estudio Link NCA ha contribuido a generar un espacio de trabajo conjunto, entre expertos, comunidades y partes interesadas en el abordaje de la desnutrición en las comunidades más afectadas por dicho fenómeno en Chiquimula. Derivado de la aplicación de la metodología Link NCA, los resultados del estudio muestran que las causas de la desnutrición son multisectoriales, multifactoriales e interdependientes.

Los dos talleres que se llevaron a cabo en Chiquimula fueron oportunidades de reflexión y trabajo colectivo, para obtener una comprensión más amplia de las causas de la desnutrición en la zona, motivo de atención durante los últimos 20 años. Los resultados pueden usarse como punto de partida para reflexionar sobre el tipo de respuesta que se ha dado hasta ahora e identificar de forma conjunta, una serie de respuestas que sean más pertinentes, además de factibles y sostenibles, para abordar las causas principales y los mecanismos que desencadenan la desnutrición.

Los resultados del Link NCA ofrecen lecturas a varios niveles, gracias al trabajo desarrollado para escuchar a todos los actores de la zona, dando especial importancia a las propias comunidades en la definición de la desnutrición, pero también en la priorización de problemáticas estructurales propias y particulares que influyen directamente en la situación alimentaria y nutricional de su población.

Los factores de mayor riesgo identificados, y que se relacionan fuertemente entre sí, son aquellos que abordan la precariedad de empleo, los bajos ingresos y la baja producción de agricultura, además de altas tasas de fertilidad. Éstos factores determinan la aparición de la mayoría de los otros factores mayores identificados por los actores involucrados.

Los bajos ingresos familiares son la principal condición familiar y del entorno que constituye el mayor riesgo para la aparición de la desnutrición. En un entorno social en donde las familias tienen muchos hijos/as y en donde no existen fuentes generadoras de ingresos, las familias con más hijos/as tienen más riesgo de tener hijos/as con desnutrición. Las fuentes generadoras de ingresos disponibles son intermitentes, accesibles y de mala calidad, en donde no se respetan los derechos laborales ni salarios mínimos, por lo que con dichas fuentes de ingresos nunca se podrá obtener el suficiente recurso económico para alimentar a una familia.

Sin suficientes ingresos, todas las familias de las comunidades se encuentran en la misma situación de pobreza personal y de escasez de servicios públicos comunitarios, que puedan garantizar condiciones mínimas de higiene y agua y saneamiento, así como de habitabilidad de las viviendas. Unas prácticas inadecuadas de higiene han



sido percibidas durante el estudio cualitativo, pero han sido valoradas más en función de la dificultad de mantener óptimas condiciones de higiene en un entorno completamente desfavorable, más que en la actitud o hábitos de las personas observadas.

Aunque pudiera parecer que en situación de pobreza extrema lo más importante es controlar los factores de riesgo que afectan a las familias, como por ejemplo la promoción de la planificación familiar, el espaciamiento de hijos/as o tener familias con menos hijos/as, la realidad social muestra un itinerario más complejo que el simple control de natalidad.

Las cuatro comunidades del estudio Link NCA tienen en común el aislamiento de puntos de educación, servicios o empleo, así como su accesibilidad limitada por carretera. No existen en los alrededores espacios o lugares que ofrezcan oportunidades para jóvenes o personas laboralmente activas, por lo que la comunidad se convierte en el centro de vida de las familias.

A pesar de que todas las comunidades valoran positivamente la educación para sus hijos/as, este aislamiento territorial dificulta que una vez que la niñez va a la escuela, pueda seguir estudiando en niveles superiores, los cuales se encuentran en municipios lejanos. Estudiar para tener un oficio o una carrera profesional, se plantea un opuesto a lo conocido y supone en casi todos los casos dejar a la familia y no regresar a la comunidad. No existen recursos económicos suficientes para enviar a jóvenes a estudiar fuera, ni existen formas en las que la comunidad pueda beneficiarse de tener una juventud con oficio o más educada de manera que repercuta directamente en la mejora de las condiciones de vida comunitarias.

Este hecho es determinante para comprender la lógica por la cual a determinada edad las niñas, fundamentalmente, aunque también los niños, dejan de estudiar y comienzan una familia en un entorno que desde fuera pudiera parecer muy hostil para poder tener una familia. No existe posibilidad de continuar con un itinerario educativo que proporcione oportunidades, y si lo hubiera éste supondría dejar a la familia y aprender a vivir fuera de la comunidad, para luego no poder volver a ella, ya que no tendría nada que ofrecerle a la misma ni ésta a el/la joven. En esta lógica, muchos jóvenes deciden no terminar los ciclos de primaria o básicos que sí están disponibles en las comunidades, al saber que tienen un límite que difícilmente será alcanzado.

Por eso, el único itinerario que dichos jóvenes perciben como real y que les ofrece una visión de futuro, es casarse o unirse con una pareja y formar una familia. Para los hombres, trabajar en el campo con el padre o tío o abuelo es una realidad desde temprana edad, en donde la diferencia entre ser niño o adulto radica en la posibilidad de tener o formar una familia propia. Estas familias se forman a temprana edad al no encontrar otros objetivos o itinerarios de crecimiento profesional o personal posibles dentro de la comunidad.

Por supuesto que dentro de las comunidades Link NCA, existen prácticas machistas que limitan las opciones y oportunidades de las mujeres de forma determinante para decidir el número de hijos/as, el espaciamiento de embarazos, así como el control de los recursos familiares del hogar.

El imaginario colectivo de la comunidad se construye, en los itinerarios de vida personales y familiares, desde el mundo de las posibilidades que se perciben en el entorno. Desde los abuelos hasta los nietos, estos discursos están centrados en la escasez.

Escasez de educación, de trabajo, de tierra, de carreteras, de viviendas en buenas condiciones, de alimentos. En un viaje a través de las generaciones, los itinerarios de vida personales y familiares se circunscriben a sobrevivir a esa escasez, a través del trabajo en el campo, que es el único que es bien conocido, bien sea en tierra ajena o propia, pero que dota de sentido y supone un espacio seguro para la generación o bien de algunos recursos económicos o bien de algunos alimentos para las familias.



La baja productividad de la tierra en la actualidad, junto con los eventos climáticos más recientes, influyen fuertemente en la dependencia de las familias a los ingresos económicos externos, que por lo escasos, no pueden cubrir en los mercados, tiendas o intercambios, la compra de alimentos mínimos necesarios para sus familias, tanto en cantidad como en diversidad, generando épocas de verdadera escasez de alimentos.

En espacios de incertidumbre laboral o de escasez de empleo, generalmente los hombres salen a buscar trabajo o bien migran de forma temporal, por lo que las épocas de mayor escasez de alimentos coinciden con épocas en donde las madres se encuentran solas. Si bien no está considerado como tal, la sobrecarga de trabajo de las madres, sobre todo las que ya superan los 30 años (y por tanto ya han tenido más hijos/as) es un de los factores de mayor riesgo de los que se derivan otros importantes, como la alimentación complementaria inadecuada, las prácticas de higiene en la cocina y en el baño, el control de animales sueltos y la disponibilidad de agua segura para beber.

Dada la escasa seguridad alimentaria y nutricional en las comunidades de estudio del Link NCA, los itinerarios para reducir la desnutrición en la zona son un tema estructural y multisectorial. Dimensionar los factores de riesgo mayores e importantes, permite comenzar a generar un diálogo multi-actor que permita diseñar respuestas sostenibles y de impacto, que de manera coordinada, puedan abordar dichos factores teniendo en cuenta sus especificidades locales.

## RECOMENDACIONES

Las recomendaciones se presentan por clasificación de riesgos; mayor, importante y menor. Los riesgos se han agrupado de forma relacional.

### Riesgos mayores

#### Hipótesis E: Nacimientos poco espaciados

- Los nacimientos poco espaciados no son una cuestión exclusiva de las instituciones de salud para la promoción de métodos de planificación familiar. En dos de las comunidades existen esos servicios, por lo que se debe promocionar en las otras dos comunidades el acceso al servicio. Una vez que exista ese acceso, se debe comprender que la tasa de fertilidad y los nacimientos poco espaciados obedecen a factores relacionales, es decir, pertenecen a la propia cultura, pero no son intrínsecos de la misma, sino que se ven afectados por una serie de actores con influencia y poder dentro de las comunidades.
- Así, se debe realizar incidencia con los actores comunitarios opositores a la planificación familiar, como la iglesia y algunos liderazgos comunitarios, para que de forma conjunta, se produzca una sensibilización y



cambio de creencias, hábitos y prácticas, que fomenten, desde todos los actores comunitarios, una visión positiva de la planificación comunitaria desde una perspectiva de derechos y de género, haciendo hincapié en la importancia del espaciamiento de los embarazos en términos de salud y de calidad de vida para madres y niñez.

- De forma específica, se debe apoyar al sistema de salud existente en la sensibilización y capacitación de hombres, líderes y miembros de las iglesias, en torno a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y en cómo afectan éstos positivamente para los hombres. Estas acciones deben conllevar una estrategia de cambio de percepciones que pueda ser monitoreada y que genere liderazgos fuertes individuales dentro de las comunidades para que el cambio de percepciones sea sostenible.

### **Hipótesis S: Alta Tasa de fertilidad**

- La alta tasa de fertilidad de las cuatro comunidades de intervención, es uno de los mayores factores de riesgo que llevan a la desnutrición sobre todo cuando se combina con los nacimientos poco espaciados. Las recomendaciones que se sugieren son las mismas que para la hipótesis anterior, destacando que cada familia es libre de tener el número de hijos/as que desee, se deben escuchar aquellas opiniones de mujeres lideresas dentro de las comunidades que ejercen influencia y que consideran que la planificación familiar, entendida en esta hipótesis como una planificación de futuro, puede realizarse con los recursos disponibles en el sistema de salud actual.

### **Hipótesis L: Escasas instalaciones de saneamiento**

- Es necesario elaborar una estrategia de saneamiento a nivel comunitario que promocióne la igualdad entre familias y el uso compartido de recursos. Para ello, es necesaria una estrategia que cubra los recursos colectivos comunitarios y otra que cubra los recursos disponibles para cada familia. Asegurar dichas estrategias como un primer nivel de intervención es necesario, siempre que se haga de forma participativa y en base a una identificación de necesidades desde las propias comunidades.
- Dichas estrategias deben garantizar como mínimo un adecuado sistema de desechos animales y humanos, promoviendo un apoyo técnico para la construcción de instalaciones de saneamiento con materiales disponibles localmente, facilitando la apropiación y el uso de éstas infraestructuras y la sostenibilidad en el acceso al saneamiento básico.
- Es necesario adaptar las letrinas o pozos ciegos existentes, a condiciones mínimas de uso para menores, además de promocionar la implementación de letrinas lavables en los hogares, o al menos en un conjunto de hogares de forma compartida.
- Mejorar las prácticas de higiene y saneamiento mediante la adaptación comunicación para el cambio de comportamiento a las percepciones de la comunidad y barreras percibidas para practicar y diversificar canales y mensajes de conciencia de acuerdo con el público objetivo (por ejemplo, niñas, madres, padres, abuelas, etc.). Se debe dar especial importancia a la escasa supervisión y acompañamiento que reciben los menores de cinco años a la hora de realizar sus necesidades, fomentando que acudan a las letrinas propias o compartidas, las cuales deben garantizar a ser posible, su uso por menores en las mejores condiciones



posibles. Es necesario también sensibilizar y capacitar a las madres en la importancia de dicho acompañamiento, fomentando una higiene adecuada y el control de esfínteres en las edades recomendadas.

### **Hipótesis N: Bajos ingresos debido a la inestabilidad de las fuentes de ingresos y / o la falta de actividades generadoras de ingresos.**

- Se recomienda fuertemente generar espacios de diálogo abierto dentro de la comunidad que aborden las prioridades desde la propia comunidad en la generación de medios de vida. No todas las comunidades tienen las mismas características de trabajo estacional o de migraciones y es muy importante conocerlas para poder generar respuestas coherentes que supongan alternativas reales de crecimiento, emprendimiento o mejora de las condiciones de empleo.
- Como varias comunidades han demandado, se recomienda la capacitación en otras actividades no agrícolas, como albañilería, carpintería, instalación y mantenimiento de servicios de purificación de agua o cocina, para fortalecer las capacidades locales de mejora de servicios básicos autogestionados, en el caso de que se puedan acceder a recursos económicos que permitan mejorar la infraestructura.
- En las comunidades de Jocotán, se recomienda incentivar la creación de cooperativas comunitarias que permitan la venta de café de pequeños lotes de productores propios de forma conjunta, incluyendo la venta y gestión de transporte colectiva, para obtener precios más competitivos en mercados más lejanos. De igual forma, se recomienda establecer, junto con otros actores, un diálogo abierto con los empleadores de la zona para mejorar las condiciones laborales y salariales de los mismos, ajustándolas al derecho laboral guatemalteco.
- En las comunidades de Camotán, se recomienda mapear los flujos de migración estacional de forma más exhaustiva, para valorar cuáles son las necesidades de las familias cuando los hombres no están durante meses, pudiendo así crear planes de contingencia organizados por la comunidad, para atender a las familias con más necesidades de forma previa a la crisis. De igual forma, se recomienda explorar la posibilidad de generar en espacios comunitarios, la introducción de café autogestionado o de árboles frutales como el aguacate, que permitan generar ingresos propios.
- De igual forma, es necesario desarrollar un Plan de Desarrollo Comunitario, de forma específica para cada comunidad, que sea capaz de planificar y establecer objetivos a corto, medio y largo plazo que mitiguen la incertidumbre familiar de no saber cuántos recursos económicos contarán durante el año. De igual forma, se deben crear estrategias de micro-financiación gestionadas desde la comunidad pero con apoyo de instituciones u organizaciones externas, que permitan a la comunidad poder gestionar un nivel mínimo de recursos económicos en las épocas de mayor riesgo de pobreza.

### **Hipótesis O: Baja producción de agricultura**

- Se recomienda seguir el ejemplo de La Ceiba y generar huertos comunitarios autogestionados que sirvan como capacitación a las familias en otro tipo de cultivos, además de proveer frutos, semillas o pequeñas hortalizas o verduras que complementen la dieta tradicional de maíz y frijol.
- Se recomienda generar bancos de semillas para los huertos comunitarios y realizar, en base a los datos obtenidos proporcionados por los abuelos/as sobre cultivos anteriores en la zona, un diagnóstico sobre



posibles nuevos cultivos en base a las recetas tradicionales que todavía abuelas/os conocen y pueden socializar.

- Se recomienda generar un banco comunitario de alimentos, gestionado por mujeres, en donde a través de redes personales y de incidencia, se puedan apoyar a las familias más necesitadas de alimento en base a sus necesidades. Como no existen excedentes de producción agrícola a nivel comunitario, se debe desarrollar una estrategia para que la propia comunidad a través de esta estructura organizacional, encuentre rutas de diálogo con otros actores para cubrir estas necesidades. El valor de la estructura organizacional comunitaria, recae en que de forma autogestionada identifica problemas de carencia de alimento para buscar una solución conjunta, en vez de dejar que instituciones u organizaciones no gubernamentales creen sus propias estrategias para la identificación familia por familia, descapitalizando así el valor social del trabajo conjunto de la comunidad.
- Se recomienda como segundo paso, identificar aquellas familias en cada comunidad, que tengan condiciones para desarrollar huertos familiares (espacio físico y tiempo disponible para el cuidado) capacitando a las familias en su uso y conservación, además de proporcionar materiales de construcción necesarios e insumos para su puesta en marcha, acompañando a las familias y proporcionando asistencia técnica apropiada.
- Se recomienda generar espacios de capacitación permanente para la réplica entre pares, capacitando en técnicas agrícolas que aseguren y mejoren la producción, desde los recursos disponibles, proporcionando los necesarios insumos agrícolas.
- Por último, se debe abordar el acceso a tierra disponible para siembra, ya que es escaso y su renta es fluctuante. Se deben generar estrategias que aborden preferiblemente de forma conjunta y no individual, un mejor acceso a la tierra y una reducción de la incertidumbre en torno a su acceso. Por ejemplo, a nivel individual una familia de las comunidades que no posea tierra en propiedad y que su hogar no tenga tierra alrededor, debe rentar una parcela para cultivo de maíz o frijol para subsistencia, pero de forma individual se enfrenta a mucha incertidumbre ya que no sabe cuanto dinero dispondrá después del trabajo estacional, ni si con ese dinero podrá rentar una parcela de las que estén disponibles, ya que sus precios son muy fluctuantes. Si se considerara una estrategia colectiva, se podrían agrupar familias que pudieran reducir el riesgo de incertidumbre, a través de una negociación colectiva previa sobre terrenos más grandes de mejor calidad.

### **Hipótesis P: Limitado acceso a comida**

- El acceso limitado a comida es una grave situación que viven las cuatro comunidades del estudio, relacionado directamente con la escasa disponibilidad de recursos económicos y de fuentes generadoras de ingresos. Si no se resuelven mínimamente estas dos situaciones, todas las intervenciones asistenciales en momentos de crisis que proporcionen alimentos, si bien serán necesarias, no supondrán un cambio en las causas que producen una ingesta insuficiente de alimentos, elemento clave y estructural para comprender el origen de la desnutrición en la zona.
- Se deben generar estrategias desde las propias comunidades, que supongan una reducción del riesgo de “pasar hambre” o “comer sólo tortillas” en las épocas de mayor escasez. Dichas estrategias deben ser construidas con las instituciones y organizaciones que trabajan en la zona, para que exista una verdadera armonización y coherencia de políticas, que valore la auto-organización de la comunidad para hacer frente a la escasez de alimentos, en detrimento de la atomización de acciones puntuales que sólo contribuyen a



fragmentar los espacios sociales y a generar envidias o redencillas entre familias de la misma comunidad, al ser unas beneficiarias de asistencia y otras no, sin que haya mediado un consenso comunitario previo.

- Dichas estrategias de protección y atención de las familias frente a la escasez de alimentos deben ser lideradas por las mujeres de la comunidad, ya que son ellas las que sufren este episodio cuando sus esposos están en migración estacional.

### **Hipótesis Q: Escasa Diversidad de Dieta**

- Se deben promover otras cadenas de valor nutricional, pero éstas deben originarse desde los saberes y experiencias de las personas ancianas, las cuales, en las cuatro comunidades, cuentan con un acervo en la memoria sobre alimentos de la zona que ya no están presentes, pero que se han consumido en el pasado, aportando un incremento en la diversidad de la dieta. Para ello, se recomienda realizar un estudio introspectivo en esta memoria colectiva que vaya asociado a una estrategia de; (1) Socialización entre pares, desde las familias y para las familias; (2) Acompañamiento técnico a nivel comunitario y familiar para semillas, plantación y conservación de cultivos; (3) Recuperación de prácticas de búsqueda y conservación de hortalizas, verduras y hierbas salvajes tradicionales que las propias abuelas pueden enseñar a cocinar.
- Existe una fractura generacional entre abuelos/abuelas e hijos/as y nietos/as en torno a la diversidad de alimentos conocida y socializada como normalidad en la dieta. Las madres en edad fértil han consumido menos variedad de alimentos en su dieta debido a la escasez de ingresos y a la baja disponibilidad de otros alimentos en las comunidades. En la medida que se genere una conciencia de la diversidad, se podrá dar valor posteriormente a lo que significa una dieta diversa en términos sociales y culturales. Empezar por hablar de diversidad de la dieta sin esa mediación cultural inicial, supondrá un distanciamiento entre los agentes externos y la propia comunidad. La conciencia de la diversidad debe ser generada con acompañamiento técnico, pero desde las propias abuelas, demostrando así que la dieta variada es tradicional y culturalmente enriquecedora, además de buena para la salud.
- De igual forma, asociado a este primer paso estratégico, se pueden desarrollar acciones que promuevan guías o recetas locales, siempre desde el saber de las abuelas, que sensibilicen sobre los alimentos y la nutrición, y que aborden de forma directa las distintas opciones de contar con alimentos más diversos que tengan disponibilidad local.
- Por cuestiones de aislamiento geográfico y de escasez de recursos económicos, existen pocos comercios comunitarios que ofrezcan otros alimentos distintos a (maíz, frijol, arroz, tomate, cebolla, huevo, sopa instantánea, refrescos y paquetes de comida chatarra). La diversidad de frutas, verduras y hortalizas debiera ser más variada que la actual, sin un incremento de precio sustancial a otras zonas del departamento, elemento que podría solucionarse creando una red de comercios comunitarios que promoviera el acceso a una mayor diversidad de dieta.

## **Riesgos importantes**

### **Hipótesis B: Prácticas de alimentación complementaria inapropiadas**



- Para abordar las prácticas de alimentación complementaria inadecuadas es necesario considerar la carga de trabajo de las madres así como las condiciones de habitabilidad de las viviendas y de acceso a utensilios de cocina y alimentación.
- Es importante capacitar a las madres/madres en la necesaria supervisión de la niñez menor de cinco años, promoviendo una ingesta adecuada (cantidad) de comida en un entorno lo más higiénico posible (silla, plato y mesa y a ser posible cuchara) y alejado de animales domésticos, promoviendo también tiempos de comida estables y de duración determinada.
- Es importante capacitar a las madres de niñez entre 6 y 24 meses sobre las necesidades nutricionales de la niñez, para garantizar la diversidad y cantidad de dieta, además de la promoción de la lactancia materna hasta al menos los 24 meses.

### **Hipótesis I: Comportamiento inadecuado de cuidados de salud/ alimentación**

- Se debe concienciar a las familias, desde un liderazgo comunitario, en el uso de espacios familiares protegidos de los animales de cría, tanto cocina como espacios abiertos en donde los niños/as acompañan a sus madres en las labores diarias. Ya que no es posible encerrar a los animales de cría debido a que no se cuenta con alimento suficiente para su encierro, es necesario concienciar sobre espacios libres de animales para los niños/as, delimitando la cocina y las zonas de esparcimiento con vallas u obstáculos.
- Se debe concienciar a las familias en el adecuado uso de las letrinas, de forma adaptada a cada grupo etario.
- Se debe concienciar a las familias en la higiene personal, proporcionando los utensilios adecuados para ello y fomentando el lavado de manos antes de cada comida.
- Se deben recuperar los saberes tradicionales de elaboración de jabones con elementos de la naturaleza propios del lugar, ya que la compra de jabón supone un porcentaje de los ingresos y sólo se usa un tipo de jabón para todo, disminuyendo las necesidades específicas de limpieza e higiene.
- Promover la producción de cloro y su uso para potabilización de agua y desinfección.

### **Hipótesis J: Escasa disponibilidad y calidad del agua para beber**

- Se recomienda apoyar en el desarrollo y / o la rehabilitación de fuentes / redes de agua y apoyar el estrategias sostenibles para su manejo. Hay que proporcionar apoyo técnico a las comunidades para la construcción de instalaciones Las comunidades de Jocotán y Camotán no tienen agua y saneamiento disponibles adecuados, pero sin embargo sus condiciones son diferentes y exigen una respuesta diferenciada y adaptada localmente. Es necesario establecer diálogos permanentes con la propia comunidad para que se prioricen las estrategias de agua y saneamiento más adecuadas.
- Mejorar las prácticas de higiene en la cocina, siendo también importante ser conscientes de que las familias no cuentan con utensilios específicos para hervir el agua o beber agua, capacitando en la importancia de tener una “cuarta” olla específica sólo para hervir agua y almacenarla para beber. También es importante



capacitar a las madres en la necesidad de que los hijos/as aprendan a beber agua con regularidad para evitar la deshidratación, valorando el sabor del agua, en detrimento de las bebidas azucaradas o del café suministrado a bebés menores de dos años, siempre que esté hervida.

- Mejorar el acceso al agua potable para consumo humano a nivel familiar, escolar y de salud.
- Promover la gestión sostenible de puntos de agua en comunidades, centros de salud y escuelas.
- Promover técnicas ecológicas para el tratamiento de aguas y mantenimiento de pozos.
- Promover la obtención de pozos (cierre, etc.) y mejorar el suministro y la calidad de la cadena de suministro de agua.
- Apoyar proyectos comunitarios para la creación de torres de agua (asesoramiento, asistencia técnica, edición de archivos, búsqueda de subsidios)

#### **Hipótesis K: Escaso abastecimiento de agua doméstica**

- Mejorar el acceso o dotar de equipamiento de almacenamiento de agua suficiente a las familias, tanto bidones grandes para épocas de escasez de agua, como de recipientes pequeños, que contengan tapa y no puedan ser manipulados por animales o niños/as
- Se recomienda apoyar en el desarrollo y / o la rehabilitación de fuentes / redes de agua y apoyar el estrategias sostenibles para su manejo. Hay que proporcionar apoyo técnico a las comunidades para la construcción de instalaciones de saneamiento con materiales disponibles localmente, facilitando la apropiación y el uso de éstas infraestructuras y la sostenibilidad en el acceso al saneamiento básico.
- Las comunidades de Jocotán y Camotán no tienen agua y saneamiento disponibles adecuados, pero sin embargo sus condiciones son diferentes y exigen una respuesta diferenciada y adaptada localmente. Es necesario establecer diálogos permanentes con la propia comunidad para que se prioricen las estrategias de agua y saneamiento más adecuadas.

#### **Hipótesis M: Escasas condiciones de habitabilidad en las viviendas**

- Es necesario abordar las condiciones de habitabilidad de las viviendas como algo estructural y no como algo tangencial. Es imprescindible mejorar las condiciones de las viviendas, sobre todo de forma inmediata las condiciones de los pisos y las paredes, bien a través de cal en las mismas y cemento en el suelo, bien a través de materiales locales que permitan mantener condiciones de higiene y limpieza durante el mayor tiempo posible.
- De igual forma, se recomienda proveer o mejorar una clara división de las viviendas en espacios donde pueden estar los animales y espacios como; el porche, la cocina y los dormitorios, en donde no pueden estar



los animales de cría. Se recomienda también favorecer cercas protectoras de espacios seguros y capacitar a toda la familia en la importancia de dividir espacios para mantenerlos limpios y seguros de animales y suciedad.

- Para Talquezal y la Ceiba, se recomienda capacitar y apoyar en la generación de un Plan de Desarrollo Comunitario, en donde se prioricen objetivos y estrategias que permitan solucionar los problemas de deslaves, derrumbamientos y casas susceptibles de colapso.
- Se recomienda la promoción y uso de estufas mejoradas, que reduzcan el uso de leña y reduzcan también la búsqueda de la misma por parte de las mujeres y niños/as.

## **Riesgos menores**

### **Hipótesis A: Prácticas inapropiadas de lactancia**

- Se recomienda capacitar a las madres en un uso adecuado de las posiciones de lactancia.
- Se recomienda capacitar a las madres en una correcta frecuencia de tomas acorde a la edad de los lactantes.
- Se recomienda generar estrategias conjuntas entre comadronas locales y servicios de salud, en el uso de hierbas tradicionales como remedios médicos frente a los síntomas comunes de enfermedades de lactantes, promoviendo mejores prácticas que no perjudiquen a los lactantes.

### **Hipótesis C: Malnutrición de las madres e Hipótesis G Bajo peso al nacer**

- Mejorar el acceso y el uso de la atención médica en las comunidades de Jocotán. Para ello habría que mejorar la carretera de acceso que permita al personal de salud acceder a su puesto de trabajo, así como mejorar los suministros de medicamentos del puesto de salud. Por otra parte, se debería fortalecer la capacidad del Hospital de la Palmilla para que pudiera atender a la comunidad de la Ceiba con mayor proximidad, o bien establecer un puesto de salud específico para la Ceiba.
- Una vez que estos dos puestos de salud estuvieran operativos, se recomienda realizar un mapeo de las comadronas activas de las comunidades, para que el puesto de salud trabaje de forma coordinada con ellas y se pueda generar un plan de trabajo concreto para abordar; (1) la dieta tradicional de embarazadas y puérperas, no para eliminarla, sino para fortalecer prácticas positivas que eviten que las mujeres embarazadas tengan miedo de ir al hospital, además de mejorar la suplementación vitamínica de las mujeres embarazadas, abordando las causas por las cuales no consideran importantes o sabrosas dichas suplementaciones; (2) Mejorar la percepción de los métodos de planificación familiar con los hombres de la comunidad. (3) Trabajar de forma conjunta con las personas que la comunidad identifica como curanderos



de “sustos” y “espantos” para un trabajo conjunto con niñez menor de 5 años en casos de desnutrición; (4) Trabajar de forma conjunta con líderes comunitarios y líderes de la iglesia, para sensibilizar y mejorar la percepción de los métodos de planificación familiar, además de los hombres de la comunidad.

#### **Hipótesis D: Embarazos tempranos**

- Es necesario trabajar con niñas/niños adolescentes y jóvenes para profundizar en los itinerarios de vida que perciben como posibles, para generar estrategias de juventud dentro de las comunidades que permitan la mejora de las condiciones de vida a futuro, y no les aboquen a matrimonios tempranos. Los embarazos tempranos de por sí no tienen relación con la desnutrición, únicamente si se leen en un contexto más amplio de lo que suponen las uniones tempranas y la búsqueda de una familia extensa, en un contexto de escasez de oportunidades laborales y pobreza. Alentar a las mujeres y hombres para que terminen los ciclos de educación primaria y básica debe ser esencial para el diseño de los programas de desarrollo que intervienen en la zona.

# ANEXOS

## **ANEXO 1. CROQUIS DE COMUNIDADES**

### **1.1. CROQUIS DE LA CEIBA**

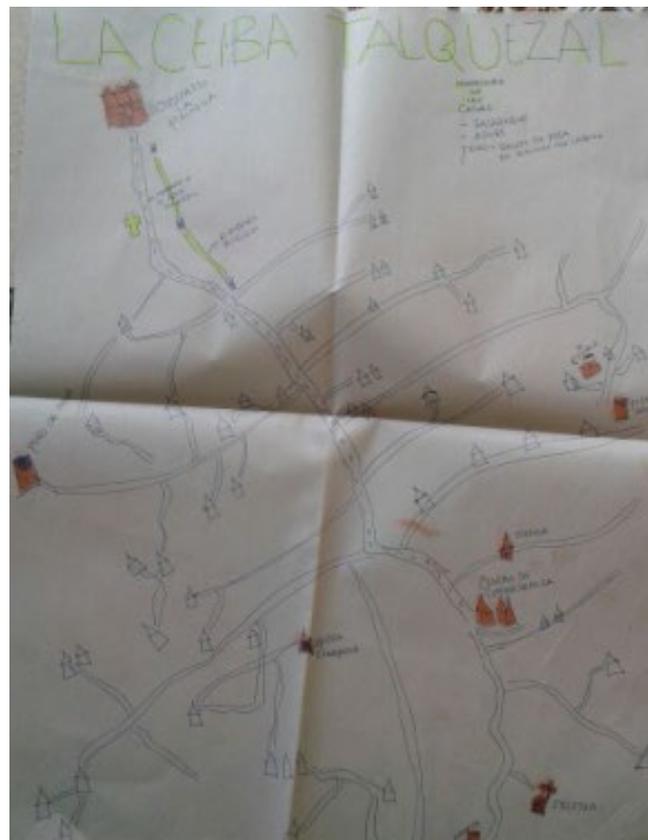


Figura 19.  
Ceiba

Croquis de la

1.2. CROQUIS DE EL

GUAYABO ESCUELA



Figura 20. Croquis de El Guayabo Escuela

### 1.3. CROQUIS DE FILINCAS CENTRO

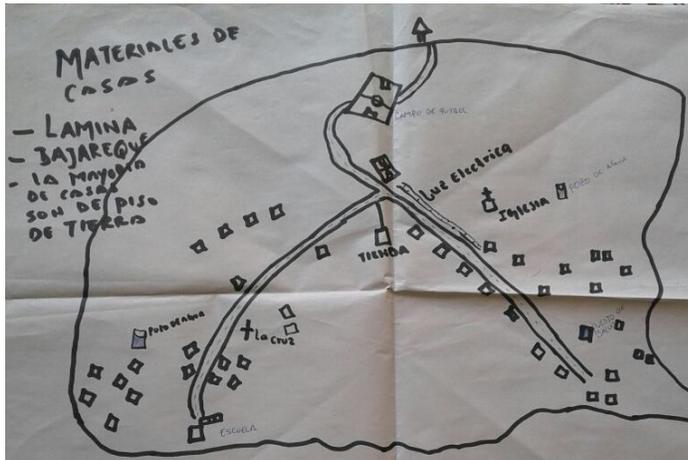


Figura 21.  
Centro

Croquis de Filincas

\*Croquis de

Talquezal no disponible.



## ANEXO 2. DOCUMENTACIÓN METODOLÓGICA ESTUDIO CUALITATIVO

### 2.1. CALENDARIO Y GUÍAS DE PRESENTACIÓN PARA LAS COMUNIDADES

Ejemplo de Talquezal Centro.



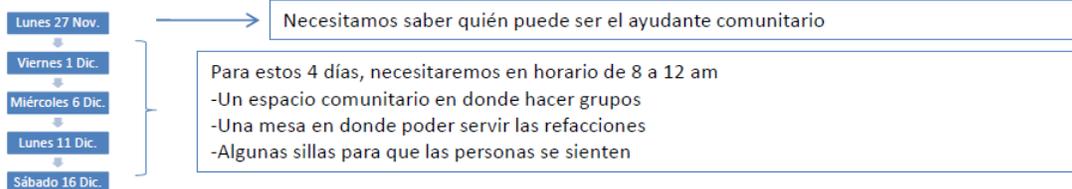
#### ANÁLISIS CAUSAL DE LA DESNUTRICIÓN TALQUEZAL CENTRO

El estudio que se está realizando en 4 comunidades de Jocotán y Camotán es el primero en América y busca entender la desnutrición desde las propias personas que tienen esta situación y las comunidades que les rodean. En el estudio lo importante es que las personas de la comunidad que participen sientan que sus opiniones son valoradas.

Todas las personas que participen deben hacerlo voluntariamente y siempre será una participación anónima.

Acción contra el Hambre no condiciona la participación en el estudio con que se elija posteriormente a las personas para participar en otros programas de Acción contra el Hambre.

El estudio consiste en **visitar la comunidad durante 5 días**, pero no seguidos en el calendario, realizando actividades diferentes cada día.



En el estudio hay actividades distintas que son:

- 1- Visitas a casa de familias con hijos/as menores de 5 años. Vamos a visitar 4 hogares con niños con desnutrición y 4 hogares con niños sin desnutrición.
- 2- Vamos a entrevistar personas de la comunidad para que nos cuenten qué es la desnutrición y qué piensan de ella. Hablaremos con maestros/as, líderes comunitarios de grupos de trabajo, comadronas, parteras, personas que saben de salud.
- 3- Vamos a hacer grupos de trabajo de **6 personas cada grupo y que no duren más de 30 minutos** para no quitar tiempo a las personas de la comunidad para que puedan hacer sus tareas diarias. Durante varios días haremos 4 grupos al día seguidos, necesitando la participación de 48 mujeres con hijos/as menores de 5 años, 18 hombres con hijos/as menores de 5 años, 6 abuelos, 10 abuelas y 10 adolescentes niñas entre 13 y 18 años. Para el último día, haremos una actividad con 20 personas, incluyéndole a usted como líder comunitario y a las personas que hayan participado en las actividades y que les haya gustado participar. Para que lo entienda mejor, le ponemos un dibujo que lo explica muy bien.

*Figura 22. Guía de presentación para las comunidades*



ANÁLISIS CAUSAL DE LA DESNUTRICIÓN  
TALQUEZAL CENTRO

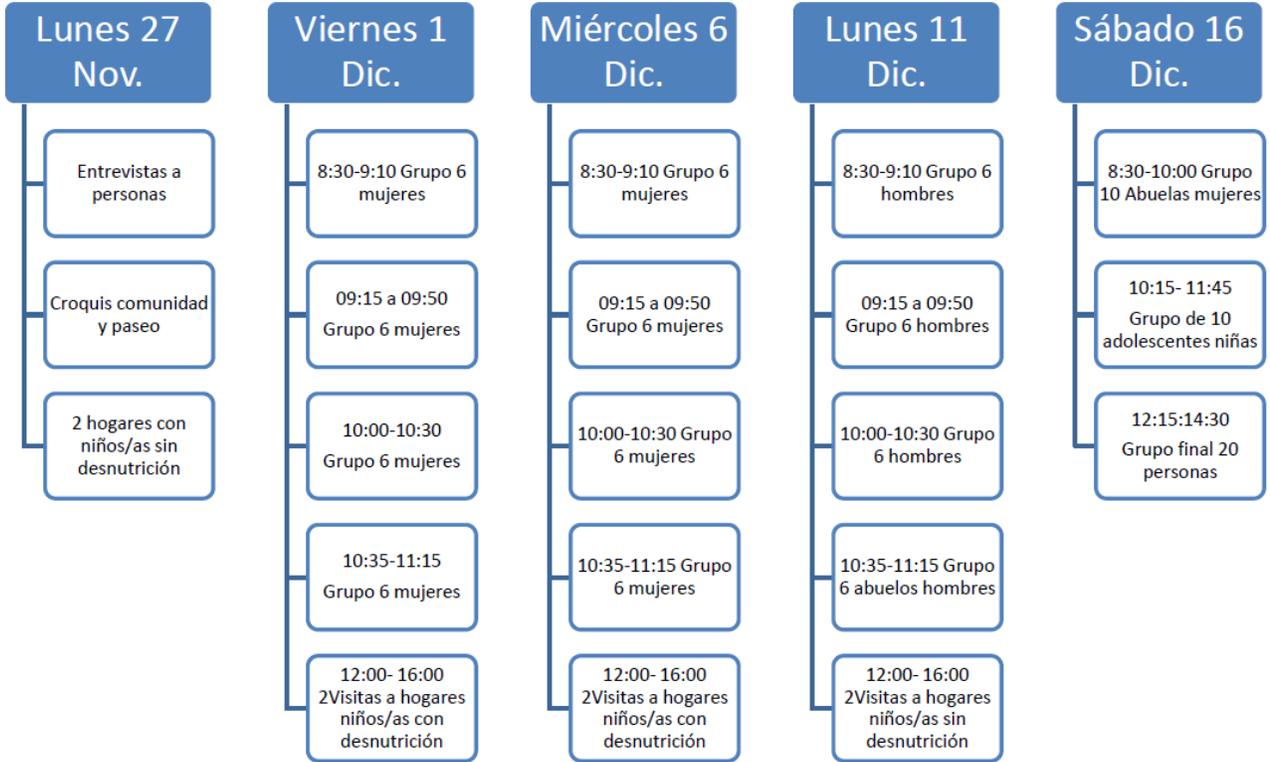


Figura 23. Calendario ejemplo de trabajo de campo en 1 comunidad



## 2.2. GUIONES DE GRUPOS FOCALES, ENTREVISTAS Y EJERCICIO FINAL

### Consentimiento Oral para Líder Comunitario

Nuestros nombres son ..... Estamos trabajando para Acción contra el Hambre, una organización que lucha contra el hambre y en Guatemala, su objetivo es aumentar el acceso a la atención médica y mejorar la gestión de la desnutrición aguda. ACH está trabajando en Guatemala desde hace más de 20 años.

Estamos haciendo un proyecto de investigación para aprender más sobre las causas de la desnutrición infantil en las comunidades de Jocotán y Camotán. Para obtener más información sobre la desnutrición, debemos realizar varios grupos focales y nos gustaría invitar a su comunidad a participar en este estudio. Explicaré el estudio y si desea hacer alguna pregunta, pregunte en cualquier momento.

Esperamos que este estudio ayude a mejorar la comprensión de la desnutrición para usted, su comunidad, las autoridades locales y otras agencias a fin de reducir la desnutrición en el futuro. Como miembro de la comunidad, usted está en condiciones de proporcionarnos una idea de la situación, y le agradeceríamos si pudiéramos entrevistar a varias mujeres durante varias discusiones de grupos focales.

Para hacerlo, nos gustaría visitar su comunidad durante 5 días no seguidos durante las próximas semanas. Organizaremos grupos focales donde debatiremos sobre nutrición, salud, prácticas de cuidado, saneamiento y desnutrición.

Nos gustaría venir en los días que le señalamos. Cada día hablaremos de un tema, y tendremos varios grupos focales con 6 participantes para cada uno, con duraciones de no más de media hora por grupo, teniendo varios al día. Para estos grupos proporcionaremos algo de comer y agua a las personas que participen.

¿Qué le parece la idea de participar en el estudio? ¿Cree que el estudio puede ser útil para su comunidad? ¿Tiene alguna pregunta que quiera usted hacernos?

2 - Para hoy, nos gustaría pedirle ayuda para encontrar un movilizador/a comunitario. Esta persona nos ayudará a identificar a los participantes potenciales de los grupos focales y de las visitas a los hogares. Estamos buscando a alguien de la comunidad. Idealmente, esta persona nos ayudará a tener una lista de hogares que cumplan con los criterios de selección y de personas que deseen participar en los grupos focales. Puede ser un maestro/a, organizador/a comunitaria, matrona, un trabajador/a comunitario, o cualquier persona que piense que será feliz y capaz de ayudarnos.

3- También nos gustaría entrevistar a algunos informantes clave como trabajadores/as de salud, educación, líderes comunitarios o grupos de trabajo que ya existen, matronas, médicos o enfermeras o personas que usted sabe que saben curar. ¿Puede ayudarnos a conocerlos hoy?

4- Los participantes a los que nos gustaría participar en el grupo focal de desnutrición son madres con niños/as menores de 5 años, padres con desnutrición severa o curada o niños/as con desnutrición severa o curada menores de cinco años. También nos gustaría hacer algo de grupo focal de desnutrición con los padres (hombres) de los mismos niños/as y con dos grupos de abuelos, y de abuelas, además de un grupo con niñas adolescentes. En la hoja que le maestro a continuación sale un dibujo que explica cuántas personas pueden llegar a participar con su colaboración. Si podemos dar la bienvenida a madres diversas (más disponibilidad económica o menos) podría ser muy útil para nuestro estudio.

Será muy bueno si también podemos tener algunas madres con hijos desviados positivos (bien nutridos, sanos pero de la misma comunidad).



¿Cree usted que podría ayudarnos? ¡Le agradecemos profundamente su colaboración!

Entrevista a Líder Comunitario	
<b>Información de la comunidad:</b>	No. de familias/hijos por familia
Tipos de iglesias	
Maestros de la comunidad Tipo de escuela	
Puestos de salud (quién y donde esta)	
Comadronas/parteras/ ¿Quiénes son? Grupos organizados/otros grupos de la comunidad/¿Quiénes son, dónde están?	
¿Qué instituciones tienen presencia en la comunidad/ que hacen?	
No. de niños/as (CRN, muertos, desnutridos)?	
¿Qué ha pasado en la semana en la comunidad?	
¿Qué problemas tiene la comunidad ahora, cual es el más importante y menos importante? ¿Existe discriminación en la atención médica	
¿Qué servicios hay en la comunidad? Carreteras, asfaltada Luz en todos los hogares Tiendas, comercios, molinos Transporte, carros, tuc,tuc. Servicio de agua, privada o pública, quién gestiona, tiene tratamiento, ¿dónde están las fuentes, pozos? Existe mercado o personas que venden productos en un día en la semana ¿De qué están hechas la mayoría de las casas?	



¿Existe migración, a dónde, en que época?
No. de madres solteras (motivo) Casos de divorcios (motivo)
Problemas de alcoholismo, hay lugares de venta de alcohol.
¿Existen familias reacias a servicios de salud?
¿Qué tipos de violencia contra la mujer (casos)?

**Tabla 34. Guión Entrevista Líder Comunitario**

### **PERSONAS PROPUESTAS PARA ENTREVISTAS EL PRIMER DIA**

Maestros

Iglesia

Comadronas/parteras

Curanderos/curanderas

Lideresas comunitarias

Migrantes estacionales

Mujeres Empoderadas

Miembros de Comités Comunitarios

### **CONSENTIMIENTO ORAL PARA PERSONAS ENTREVISTADAS EL PRIMER DÍA**

1 - Nuestros nombres son .... Estamos trabajando para Acción contra el Hambre, una organización que lucha contra el hambre y en Guatemala, su objetivo es aumentar el acceso a la atención médica y mejorar la gestión de la desnutrición aguda. ACH está trabajando en Guatemala desde hace más de 20 años.

Estamos haciendo un proyecto de investigación para aprender más sobre las causas de la desnutrición infantil en las comunidades de Jocotán y Camotán. Para obtener más información sobre la desnutrición, nos gustaría hacerle unas preguntas. Pero primero explicaremos el estudio y si desea hacer alguna pregunta, pregunte en cualquier momento.

Nos gustaría hacerle algunas preguntas para obtener una "orientación" a las facetas claves de la cultura: creencias, normas sobre los roles de mujeres y hombres, la maternidad, la paternidad y el ciclo de vida. Y también



nos gustaría pedir su ayuda para identificar a las madres de niños/as desnutridos y desviados positivos (es decir que están muy sanos).

Tenemos 3 objetivos con este estudio: desarrollar una definición local de desnutrición, caracterizar la seguridad alimentaria, la salud y la atención en su comunidad, comprender sus percepciones de las causas y consecuencias de la mala seguridad alimentaria, la salud y la atención en relación con la malnutrición.

### ¿Acepta usted discutir un rato sobre esos temas con nosotros?

#### DEFINICIÓN / COMPRENSIÓN LOCAL DE LA DESNUTRICIÓN

¿Qué significa para usted la desnutrición, y qué palabras usaría para definirla?

¿Conoce diferentes formas de desnutrición? Si es así, ¿qué son?

¿Cómo se puede reconocer a un niño/a que sufre de desnutrición? ¿Cómo describiría a este niño/a?

¿Cuáles son las causas de la desnutrición? Cualquier comportamiento o práctica da desnutrición?

¿Hay niños/as que puedan sufrir malnutrición? ¿Quiénes son? ¿Y por qué? ¿Son más niñas que niños? Si es así ¿por qué lo cree usted?

¿Son todos los niños que conoce iguales en la forma de crecer, en lo que han crecido? Si no, ¿qué piensa? ¿Por qué no crecen de la misma manera?

Cuando usted era pequeño/a ¿Crecía a la vez que sus compañeritos/as? ¿Crecía más o menos, mejor o peor que ahora?

¿Alguien puede verse afectado por la desnutrición? ¿Quién puede? ¿Adultos o niños/as?

¿La malnutrición es una enfermedad? Si es así, ¿es contagioso? ¿Por qué cree que ocurre? Cuénteme un caso que conozca

¿Algunas madres sufren de desnutrición? ¿Probablemente cuáles? Hay algún enlace con la edad? ¿Y si si, que cree usted que les afecta?

¿Es la desnutrición un gran problema en la comunidad? ¿Cuales son los principales problemas aquí en la comunidad

¿Qué hace si ve a un niño/a desnutrido? ¿Qué cree que se debe hacer? ¿Y cómo puede evitar eso?

¿Todos los niños /as/ madres están desnutridos? Si no, ¿cómo se las arreglan para estar sanos?



## SEGURIDAD ALIMENTARIA

¿Cuál es su definición de seguridad alimentaria? ¿Qué significa “tener” seguridad alimentaria”?

¿Cuáles son los medios de vida en la comunidad? ¿Qué recursos hay? ¿Qué hace la gente para poder vivir mejor? ¿Cuánto se usa el dinero o existen otros medios de intercambio o de préstamo de cosas y comida?

¿Sabe si la gente obtiene fácilmente su tarjeta de racionamiento? ¿Lo tienen? ¿Lo usan? Si no lo hacen, ¿sabe por qué?

¿Cuando se vende/compra el maíz o intercambia? ¿qué beneficios tiene eso?

¿Hay alguna tienda en la comunidad? ¿Qué se vende? ¿Quién compra?

¿Cómo obtienen las personas su comida?

¿Hay algún alimento que se pueda comer directamente de los árboles o que crezca sólo?

¿La gente tiene animales aquí? (¿cuales animales?) ¿Para que los usan? ¿Qué comen dichos animales? ¿Cuánto viven esos animales?

¿Existen hombres o mujeres que migren de la comunidad de forma permanente o temporal a trabajar fuera? ¿Todo el pueblo o quiénes? ¿Por qué? ¿Está migrando todo el hogar? ¿Cuando se van suelen volver? ¿Mandan dinero? ¿Cómo lo Mandan? ¿Cómo mantienen a sus familias cuando se van?

¿A dónde van?

¿Sabe lo que hacen allí? ¿Donde viven? ¿Si pueden encontrar comida fácilmente?

¿Sabe quién prepara la comida en casa?

¿Qué alimentos se compran? ¿Quién compra los alimentos?

¿Me puede contar cual es la comida normal de tres o dos tiempos que se come aquí en la comunidad? ¿Cuándo hay celebraciones qué se come?

¿Toda la familia comen juntos o hay algún tipo de orden? Si es así, ¿quién come primero?

¿Crees que la familia le da más comida a los niños / niñas / a los dos?

¿Qué tipo de comida comen los niños?

¿Alguien da consejos sobre la dieta del niño/a?

## SALUD



Si un niño/a está enfermo, ¿qué hace la familia primero? ¿A dónde van? ¿Quién cuida al niño enfermo? ¿De qué se enferman los niños? ¿Quién tiene la culpa? ¿Qué niños/as se enferman más y por qué? ¿Las niñas se enferman más? ¿Qué hace la familia si el niño enfermo no mejora? ¿Si es así, ¿qué hace la comunidad?

¿Hay algunos tratamientos tradicionales disponibles en el pueblo? ¿Qué tipo? ¿Quién da consejos para usar este tipo de tratamientos?

¿Se vacunan a los niños/as? ¿Terminan todas las vacunas que deben ponerse? ¿Es algo bueno o malo?

¿Cómo reconocemos a un niño/a saludable?

Lavado

¿Tiene la comunidad algún problema con respecto al agua? ¿Qué clase de agua tiene la comunidad? ¿Está disponible 24 horas? ¿Dónde? ¿Quién mira que haya agua y la cuida?

¿Esa agua se bebe o solo se usa para cocinar y qué se cocina con ella? ¿Cómo son las cocinas de la comunidad, dónde están? ¿El agua de beber dónde está? ¿Cómo se sabe que es agua de beber?

¿Cuáles son los problemas que hay con respecto al agua? ¿Dónde están las letrinas? ¿Cómo son las letrinas? ¿Quiénes van a la letrina? ¿Cómo diría usted que son las letrinas buenas o malas? ¿Los niños/as más pequeños a qué edad van a la letrina? ¿Van solos los más pequeños a las letrinas o pozos?

¿Para lavarse las manos como le hacen? ¿Hay jabón disponible para las manos?

¿Dónde se tira la basura en la comunidad? ¿La basura se usa para algo, qué se hace con ella?

¿De qué están hechas las casas en la comunidad? ¿Cuántos cuartos tienen? ¿Todas son iguales?

## **CUIDADOS / ATENCIÓN/ ACTITUDES**

Prácticas y Cuidados Médicos y materno-infantiles

¿Quién está cuidando a los bebés? ¿Cuidan los padres hombres a los niños/as?

Cuando nace un bebé, ¿qué come primero? ¿Y durante los primeros 6 meses qué comen? ¿Y después? ¿Y cuando la leche de la mama no es buena o el bebé no quiere comer que ocurre? ¿Conoce usted algún caso de estos? Cuéntemelo

¿Las mamás amamantan a sus hijos? ¿Algunas madres no amamantan a sus hijos? ¿Por qué? ¿La lactancia materna es algo bueno? ¿Por qué?

Cuando nace un bebé, ¿la madre se queda con su esposo o regresa con su familia?



¿Es lo mismo tener una bebé o un bebé? ¿Qué debe comer una mama en sus primeros días de haber dado a luz? ¿qué alimentos son Buenos y malos para las mamas?

¿Todo el año los niños/as comen la misma comida?

¿Si la leche de la mama no es Buena o no la quiere el bebé ¿quién cree que tiene la culpa?

Maternidad, relaciones parentales y relaciones de género

¿Hay ayudas que se entregan solo a los niños/as? ¿ Y a las madres? ¿Quién maneja esas ayudas?  
¿Quién las controla?

¿Alguien le da consejos al padre y a la madre con respecto a los niños/as, quién?

¿Cuál es el papel de las suegras con respecto al nuevo bebé?

¿A qué edad se casan en la comunidad? ¿Quién aprueba los casamientos en la comunidad? ¿Qué Iglesias hay en la comunidad? ¿Cuándo suele nacer el primer bebé después de casados? ¿Cuántos niños/as por familia se suelen tener en la comunidad y a qué edades? ¿Es mejor tener muchos hijos o tener pocos hijos? ¿Por qué? ¿Qué es lo más importante de casarse? ¿Cómo decide uno/a con quién se casa? ¿Por cuánto tiempo se tiene novia/o en la comunidad antes de casarse? ¿Cómo se elige a un buen esposo/a?

¿Qué trabajo hacen los hombres que sea diferente al de las mujeres en la comunidad? ¿Quién suele trabajar más? ¿De qué se quejan los hombres y las mujeres de la comunidad con respecto a sus esposo/as? ¿Cuántas horas se trabaja en la comunidad? ¿qué hacen las mujeres y qué hacen los hombres? ¿Existen mujeres y hombres que solo están unidos? ¿Existen madres solas o padres solos?

¿Cuando comienzan las mujeres a volver a hacer sus tareas de la casa después del parto? ¿Por qué?  
¿En qué? ¿Las mujeres embarazadas cuentan con ayuda de alguien mientras están embarazadas?  
¿Cómo saben ellas lo que necesitan si están embarazadas por primera vez?

Violencia de género y actitudes machistas

¿En esta comunidad hay mujeres solteras ya grandes?

¿Hay mujeres que no estén casadas?

¿Hay hombres con varias mujeres e hijos/as de distintas mujeres que viven todos juntos? ¿Quién cuida de las niñas adolescentes para que no se embaracen antes de casarse?

¿Qué opinan los padres de esas niñas cuando alguna se embaraza?

¿Qué es lo que se puede hacer cuando ocurre esto? ¿Qué opción es la mejor?

¿Las mujeres pueden tomar la decisión de no casarse con el padre?

¿Qué ocurre cuando se casan dos adolescentes? ¿Dónde van a vivir y de qué van a vivir?

¿Existen parejas que discuten en esta comunidad?



¿Qué autoridad decide mediar entre ellos?

¿Quién toma decisiones sobre si se enfadan o se agreden?

¿Cuándo se toma licor en la comunidad, los fines de semana, en bodas y celebraciones? ¿Qué hombres no cumplen con estos días y beben un poquito más de lo común?

¿Qué suele suceder cuando beben de más?

¿Existe el divorcio en la comunidad?

¿Usted conoce a mujeres que hayan abandonado a sus maridos?

¿Alguna mujer ha sido asesinada por su marido?

**Tabla 35. Guión Entrevista Actores Clave en la Comunidad**

## HISTORIAS DE VIDA DE UN NIÑO DESVIADO POSITIVO Y SAM / MAM / NIÑO CURADO-SAM

Introducción de los encuestadores y de la NCA, breve explicación del objetivo de la entrevista y el formulario de consentimiento oral.

- ¿Qué edad tiene tu bebé y cuántos años tienes?
- ¿Planeabas estar embarazada de (nombre)?
- Cuando descubrió que estaba embarazada de (nombre), ¿cómo se sintió (feliz, triste, sin sentimientos especiales)?
- ¿Consultaste a un médico, un trabajador de salud o una matron comunitaria durante tu embarazo? ¿Qué tipo de consejos obtuviste de ellos? ¿Cuántas veces los viste? ¿Recibió consejos de otra persona? ¿Qué tipo de consejos?
- ¿Tomaste algún medicamento específico durante tu embarazo? ¿Cambiaste tu consumo de comida? ¿Te cuidó más tu marido o tu suegra durante el embarazo?
- ¿Hasta cuándo trabajaste antes del parto? ¿Cómo te sentiste con respecto a tu embarazo? ¿a quién le cuentas como te sientes con el embarazo?
- ¿Dónde nació (nombre)?
- ¿Ha visto (nombre) a un médico cuando nació?



- ¿Cuál fue el primer alimento que tomó y cuándo? Si no hay leche materna, ¿por qué? ¿Hasta cuándo?
- Muchas personas nos han explicado lo difícil que es ir al centro de salud debido a los costos y la distancia. Me preguntaba qué harías para superar estas barreras / desafíos. ¿Has necesitado ir al centro de salud?
- Muchas personas nos dijeron que consultan una matrona o a gente mayor cuando su hijo se enfermó. ¿Qué haces por tu hijo? ¿Qué piensas sobre los resultados?
- ¿De qué tipo de enfermedad tu hijo puede sufrir? ¿Cómo vio a su hijo enfermarse? ¿Qué haces cuando (nombre) te enfermas? ¿Cómo sabe de que se enferma su hijo y qué tratamiento es mejor para él? ¿Los tratamientos cuestan dinero?
- Muchas personas nos dijeron que su hijo está sufriendo de diarrea. ¿Le está pasando a menudo a su hijo? ¿Sabes por qué? ¿Qué haces cuando tu hijo sufre de diarrea?
- ¿Cuántos hijos tienes?
- Después de que nació (nombre), ¿cuándo volviste a trabajar?
- En este momento, ¿quién se ocupó de (nombre)? ¿Cómo se las arregló para alimentar (nombre) en este momento?
- Y ahora, ¿cuál es tu horario diario? ¿Quién se está ocupando de (nombre)? ¿Cómo logras alimentarlo?
- ¿Alguna vez te sientes demasiado cansado para cuidar (nombre)? ¿Cómo te las arreglas en este momento?
- ¿Cuáles son los principales problemas que enfrenta (nombre)? ¿Cómo te enfrentas a estos problemas?
- Migrantes: la misma pregunta en la migración.
- ¿Qué tipo de comida le das a tu hijo? ¿Estás cocinando especialmente para él / ella? ¿Cómo lo alimentas? ¿Qué haces si ella / él se niega a comer? ¿Cómo sabes qué tipo de comida es buena para él y ella? ¿Me puede explicar cuándo cambia la dieta de su hijo? ¿Para qué tipo de comida?
- Algunas madres nos dijeron que no podían tomar ninguna decisión en casa. ¿Eres capaz de tomar una decisión por ti mismo con respecto a la salud y educación de tu hijo? ¿Cuáles son los problemas que enfrenta al respecto? ¿Cómo te las arreglas?
- Si el niño es el último nacido: ¿Quieres más hijos después de (nombre)? Si no, ¿hace algo para evitar un nuevo embarazo? ¿Tomaste esta decisión por ti mismo? Si es así, ¿quiere otro hijo ahora o más tarde? Si luego, ¿cómo logras espaciar los embarazos? ¿Tomaste esta decisión por ti mismo? ¿Quién te aconseja sobre la anticoncepción / esterilización temporal? Entre (nombre) y su hermano mayor, ¿hiciste algo para espaciar los embarazos?



- Si el niño tiene un hermano menor: ¿hizo algo especial para espaciar ambos embarazos? ¿Quién te dio consejos para hacer eso? ¿Tomaste esta decisión por ti mismo?
- Algunas mujeres nos dijeron que discuten a veces con sus esposos, que aquí en la comunidad es frecuente eso y que a veces pues se agarran a golpes, ¿te está sucediendo a ti? ¿Cómo te sientes? ¿Que haces entonces? ¿Sabes por qué está sucediendo?
- ¿A qué se dedica su esposo o usted? ¿Qué tipo de ingresos tienen? ¿Y a lo largo del año?
- ¿Usted tiene animales de cría? ¿Dónde duermen? ¿Qué comen?
- ¿De qué material está hecha su casa? ¿puede enseñarme la toma de agua? ¿Dónde guarda el agua? ¿Y puede enseñarme la letrina? ¿Su cocina tiene salida de humo? ¿Qué problemas considera que tiene su casa actualmente? ¿Qué le gustaría cambiar?

## Grupos Focales

Para que las mujeres no tengan que esperar toda la mañana a su participación, se establecen dos convocatorias; la primera es a las 8:30 am y la segunda es a las 10:00 am, de tal manera que en la primera convocatoria hay 12 mujeres y en la segunda otras 12 mujeres.

Durante el registro, se les pide nombre y apellidos y que firmen en la hoja de registro y se les pone una pegatina con su nombre a fin de facilitar la participación en el grupo. Se les invita a pasar al espacio habilitado para el desarrollo del grupo focal, que tiene instalados dos micrófonos en distintos puntos del espacio para un mejor audio de la grabación. El espacio está siempre compuesto por 6 sillas para las participantes, una silla para la experta Link NCA y una silla y una mesa para la asistente de investigación, la cual toma nota del desarrollo del taller. En un primer lugar, se presenta al equipo de Link NCA, el tema del que se va a hablar y la duración del grupo focal. Se les insta a participar y se les recuerda que no tienen que contar o hablar de cosas que no quieran. Posteriormente se hace una ronda de presentaciones en donde se les pide su nombre, el número de hijos/as que tienen y las edades de los mismos, lo que permite conocer si existen embarazos tempranos y el espaciamiento de hijos/as, también se conocen con estos datos si existen hijos/as fallecidos y se les pregunta, con sensibilidad y si se considera apropiado, el motivo del fallecimiento y la edad de fallecimiento. Cuando se termina esta dinámica de presentación, se inicia con los contenidos de cada grupo establecido. Cuando se termina el grupo focal, se les agradece su participación y se les invita a volver a pasar con el facilitador el cual está en el exterior, para que puedan tomar su refrigerio y posteriormente puedan irse a casa a realizar sus labores cotidianas.

### GRUPOS FOCALES MADRES

#### Desnutrición- Madres



1 - ¿Alguna vez escuchó hablar de "desnutrición" o "malnutrición"?

¿Qué significa?

2- ¿Aquí en la comunidad existen otras formas de llamarle a eso? ¿Qué significan esas formas?  
¿Desde cuándo se usan esas formas?

3- ¿Que tipos de desnutrición conocen? Si es así, ¿qué son esas formas distintas, unos niños están de una manera, otros de otra?

4- Se les enseñan fotos de niños/as con desnutrición y sanos.

5- ¿Cuáles de estas fotos muestran niños sanos y niños no sanos? ¿Por qué no están sanos? ¿En qué se ve? ¿Cómo se dan cuenta ustedes? ¿Qué más cosas que no se ven, como comportamientos nos dicen que un niño/a tiene desnutrición? ¿Los que están bien (sanos) se comportan igual?

6- ¿Los adultos pueden tener desnutrición? ¿Qué adultos y cuál es la causa probable que ustedes creen? ¿La desnutrición se contagia? ¿Cómo?

7- ¿Por qué algunos niños/as y adultos tienen desnutrición y otros no?

8- ¿De qué depende que un niño crezca sano?

9- ¿Los niños crecen distinto a las niñas? ¿Las niñas se desnutren más que los niños?

10- Se pone un ejemplo entre causa y consecuencia con una foto de embarazada. Se les pregunta a continuación cual es la consecuencia de la desnutrición y cuál es la causa.

### **Seguridad alimentaria y nutricional y medios de vida- Madres**

1- Se va participante por participante preguntando si en su familia se trabaja la tierra y si la tierra es propia o rentada, dando paso a que nos digan el tamaño (si quieren y sin ser forzado) y el cultivo principal del mismo.

2- Se les pregunta si ellas salen a trabajar el campo o si solo van sus esposos, en el caso de madres solas se les pregunta cómo obtienen ellas los ingresos y si ellas migran a los trabajos estacionales.

3- Se pregunta por el calendario de ingresos anual. ¿Cuándo se cosecha, qué cosas y para cuánto tiempo duran esos alimentos? ¿Cuándo se busca trabajo fuera? ¿Cuánto dura? ¿Cuánto pagan?

4- Después, se les pregunta por los meses en donde no existe disponibilidad de comida para ahondar en las estrategias de abastecimiento.

5- Se les enseñan 5 fotos (padre, madre, niños/as de 7 años, bebé de 9 meses y embarazada) y se les pregunta; ¿Cuánta comida comen cada uno de ellos en el almuerzo de un día normal?

6- Después se usan unas tarjetas de comida proporcionadas dentro del Kit, con fotos de comida con más de 40 alimentos y se ponen en el suelo. Primero se les pide que seleccionen los alimentos que comen todos los días y los precios que tienen y la cantidad que consumen diaria en su familia y cuáles



los compran y cuales no. Posteriormente se hace este mismo ejercicio con los alimentos que consumen al menos una vez a la semana, al mes y al año.

7- Con todas las tarjetas de comida, se le proporciona a cada participante en la mano unos frijoles blancos y se les pide que pongan frijoles en aquellas comidas que más les gustan, sin preocuparse del precio de las mismas. Luego se ponen en común y se señalan los alimentos que hay en la comunidad y aquellos que no están disponibles. También se les pregunta por cómo los cocinan.

8- Posteriormente se les pide que se vuelvan a sentar y se les pregunta por los animales de crianza que poseen, viendo qué comen los animales y para qué sirve tenerlos en casa y si se ponen enfermos y como solucionan esas enfermedades.

9- A continuación se les pregunta por cómo se almacena la comida.

10- La última pregunta trata de volver a las estrategias de sobrevivencia cuando la comida escasea.

### Salud- Madres

1-Se les enseña un grifo de agua y se va participante por participante preguntando quiénes tienen grifo y quiénes no, para que faciliten datos de a dónde van a traer agua, cuántas veces lo hacen y cómo es el agua del grifo y la que recogen. ¿Dónde hay agua? ¿Siempre hay agua? ¿Qué agua sirve para beber? ¿Cuánta agua beben al día y en qué forma (agua sola, agua con café, agua con atol, agua con incaparina, agua de sabores)?

2- ¿Cómo sabemos que el agua está buena? ¿Cómo sabe un agua rica? ¿Cómo huele el agua buena? ¿Qué pasa cuando el agua no es buena? ¿Qué hacen ustedes para que el agua sea buena? ¿Cómo se guarda el agua? ¿Cuánto vale el agua?

3- Se les enseña a continuación una tarjeta en donde aparece un inodoro ¿Cómo van ustedes al baño? ¿Qué tipo de baños tienen? ¿Se necesita agua para ir al baño? ¿Cuándo van los niños/as solos al baño? ¿Cómo se limpian cuando van al baño, qué tipo de productos se necesitan?

4- A continuación se enseña una tarjeta donde aparece un cubo de basura. ¿Qué tipo de basura hay en sus casas? ¿Qué hacen con ellas? ¿Cada cuánto recogen la basura?

5- A continuación se les enseña una tarjeta en donde aparece un puesto de salud ¿Dónde hay puestos de salud cerca? ¿Qué ofrecen ahí? ¿Cuándo están abiertos? ¿Ustedes para qué van allí? ¿Cómo les tratan cuando van allí?

6- ¿De qué materiales están hechas sus casas? ¿Cómo es el suelo de sus casas? ¿Sus casas se limpian fácilmente? ¿Cómo son sus camas? ¿Qué problemas tienen en sus casas?

7- ¿Qué es importante para bañarse, limpiar la casa, y asear a los niños?

8- ¿De qué se enferman los niños en las comunidades? ¿Cómo se ve que un niño/a está enfermo? ¿De qué se enferman ustedes? ¿Y cuando estaban embarazadas? ¿Por qué se enferman? ¿Hay gente que se enferma por susto o espanto? ¿Cómo se curan esas enfermedades? ¿Qué hace si su hijo/a está enfermo? ¿Quién le da consejos? ¿Y qué hacen si la salud de su hijo/a empeora? ¿Qué



recursos hay aquí en la comunidad? ¿Quién atiende esos recursos? ¿Y si no se pone mejor a donde se lo llevan? ¿Para qué se lo llevan? ¿Quién tiene carro y lo lleva? ¿Cómo curamos a los niños que se ponen enfermos de estas cosas que les pasan? ¿Saben lo que es un Centro de Recuperación nutricional Bethania? Si no, ¿escucharon sobre lo que es? ¿Es bueno / malo? ¿Suficiente, para qué sirve? Lejos / caro para ir y quedarse? ¿Qué han escuchado sobre esos centros, si son Buenos o malos, si se alienta a los niños/as, si el personal es bueno con los niños/as, si es caro? ¿Qué piensan de los centros que existen en esta zona? ¿Los conocen?

9- ¿Es la desnutrición una enfermedad? ¿Cuál es la causa y cual es la consecuencia? ¿Por qué pasa? ¿Qué hay que hacer para que no pase? ¿Conocen alguna historia de desnutrición?

### Cuidados- Madres

1. En casa, ¿quién cuida a su hijo/as? Y cuando están en el guatal? ¿Es lo mismo cuando están migrando?

2. ¿Recuerdan cuando su bebé acaba de nacer? ¿Cómo le alimentan a él / ella la primera vez? O ¿cuál era su comida? ¿Cuándo? ¿Por qué? ¿cuánto tiempo se le da esa comida? ¿Y si el bebe no quiere teta que hacen? Si no amamantó en la primera hora, ¿qué le diste? ¿Por cuánto tiempo? ¿Por qué? ¿Tuviste algún problema para amamantar a tu hijo? ¿Qué solución encontraste?

3. Hasta 6 meses, ¿qué comió su bebé? ¿Algo más? ¿Depende de cada bebé o todos los bebés son iguales? Por qué?

4. ¿Cuándo le diste a él / ella un alimento diferente la primera vez? Qué (huevo, frijolito aplastado, incaparina, qué?). ¿Cuándo le diste a él / ella la primera vez un alimento sólido? ¿Qué? ¿Qué frecuencia? ¿De qué depende que coman otras cosas o no?

5. ¿Cuándo dejas de amamantar? ¿Qué comida le diste en este momento? ¿Cómo reaccionó su hijo/a? Si no es una buena respuesta, pregúntese: ¿entonces qué hizo? / ¿Qué le dio?

6. ¿Cuándo alimentas a tu hijo? ¿Quién alimenta a su hijo? En la migración, ¿cuándo alimentas y a quién alimentas a tu hijo?

7. Cuando un bebé puede comer solo? ¿Cuándo comen solos comen mejor? ¿Es importante ayudarlos a comer o no? por qué?

8. ¿Cuando el bebé puede comer exactamente la misma comida que sus padres o hermanos? ¿Usted cocina especialmente para su bebé? ¿Es exactamente la misma comida? ¿Todos los bebés de la misma familia comen lo mismo o no?

9. ¿A qué edad cambiaste la cantidad de comida que tu hijo/a está comiendo?



10. ¿Quién te aconseja sobre la dieta de tu hijo/a? ¿Quién decide qué comerá tu hijo/a? ¿Tú? ¿Alguien más? ¿Quién compra la comida en la casa? ¿Cómo sabes la cantidad de comida que necesita tu hijo/a? ¿Qué comen las embarazadas?
11. ¿Qué considera como buenas / malas prácticas de cuidado?
12. ¿Estás enfrentando alguna restricción para cuidar a tu hijo/a? (enfoque en migración y trabajadores de campo)
13. ¿Los hermanos mayores están alimentando a su hijo/a? ¿Qué edad?
14. ¿Le das la misma cantidad de comida a niños y niñas?
15. ¿Cuántas ollas tienen en su casa? ¿Para qué las usan? ¿Cuántos cubiertos tienen en su casa? ¿Para qué los usan?
- 16- ¿Cada cuanto tiempo se bañan los niños? ¿Qué es lo más difícil de bañar a un niño?
- 17- ¿Por qué hay bebés que comen menos que otros? ¿Es verdad que la leche de la mamá a veces no es suficiente y es por eso que los niños se quedan delgaditos? ¿Qué consecuencias tiene que el niño tenga bajo peso al nacer? ¿Por qué tiene bajo peso al nacer?
- 18- ¿Qué significa ser un buen padre y una buena madre?

### Salud Mental- Madres

- 1-¿Cuántos hijos/as les gustaría tener? ¿Por qué? ¿Qué es lo mejor y lo peor de tener muchos hijos/as? ¿Cómo deciden ustedes los hijos que van a tener? ¿Qué piensan sus maridos de tener muchos hijos/as? ¿Conocen la planificación familiar? ¿Es buena o mala y por qué?
- 2- ¿Ustedes dieron a luz en la comunidad o en el hospital? ¿Por qué? ¿Desde que una está embarazada que cuidados deben hacerse para que no pase nada malo? ¿Usaron ustedes los controles prenatales de salud y de las comadronas? ¿Cómo y dónde tuvieron a sus bebés? ¿Quién las acompañó y enseñó a dar a luz? ¿Por qué las mujeres van a dar a luz al hospital? ¿Cómo tiene que ser una mamá para tener un parto con éxito? ¿Qué hicieron después de parir? ¿Existe una dieta para antes y después de parir? ¿Qué pasa si una no realiza esa dieta?
- 3- ¿Ustedes fueron a la escuela? ¿Hasta qué grado? ¿Por qué no estudiaron más? ¿Saben leer y escribir? ¿Creen que sus hijas estudiarán? ¿Por qué? ¿Es importante estudiar? ¿Si uno estudia qué puede hacer aquí en la comunidad? ¿Ustedes salieron de la comunidad a visitar otros lugares? ¿Qué lugares conocen, cuándo los visitaron y por qué?
- 4- ¿Ustedes eligieron a sus maridos o fueron entregadas por sus padres? ¿Habían hablado antes con sus esposos? ¿Fueron entregadas o ustedes se fueron? ¿Piensan que es una buena forma de tener una familia? ¿Entregarán a sus hijas y sí es que sí por qué y a qué edad?



5- Cuando ustedes se fueron con sus maridos, ya bien sea porque fueron entregadas o porque se unieron a ellos, ¿Sus mamás les habían hablado de la menstruación antes? Y de las relaciones sexuales? Ustedes hablarán con sus hijas de las relaciones sexuales y de la menstruación?

6- ¿Ustedes cuando les pasa algo a quién se lo cuentan? ¿Tienen amigas con las que platicar que vivan cerca de su casa? ¿Cuándo ven a esas amigas? ¿Quién les apoya cuando tienen un problema? ¿Y si son mujeres viudas, separadas o madres solteras? ¿Cómo le hacen?

7- ¿Qué es lo más difícil de mantener una familia? ¿Cuándo tienen ustedes tiempo de descansar? ¿Cuándo van a la iglesia? ¿Cuándo no están realizando labores de cuidar a sus hijos su casa qué les gusta hacer?

8- ¿Cómo fueron sus padres y madres con ustedes? ¿Fueron cariñosos? ¿Qué es enseñaron sobre tener una familia, qué es lo más importante?

9- ¿Cómo se sienten si su hijo está demasiado activo / demasiado llorando? ¿Se sienten apoyadas, por quién?

10 - Cuando quedó embarazada, ¿vio a un trabajador de salud? ¿Un médico? ¿Una superstición? Si respondió sí a la última pregunta, ¿cómo lo ayudó? Dónde dieron a luz?

11 - ¿Cuáles son sus relaciones con sus suegros/as? ¿Te sientes apoyada por ellos? Si no está de acuerdo con ellos, ¿qué está pasando?

12 - En cada pareja, se puede discutir, uno de sí discute. ¿Qué tipo de conflictos pueden ocurrir entre una esposa y su esposo? ¿Y cuáles son las razones (educación infantil, anticoncepción, interferencia de los suegros, consumo de alcohol / drogas, juegos de azar...)? ¿Cómo se solía resolver este conflicto?

13- Hay hombres que tratan bien a sus esposas y hombres que no las tratan bien. Hay mujeres que tratan bien a su marido y mujeres que no lo hacen. ¿Me puede dar algunos ejemplos? /¿Qué es tratar bien y mal? ¿Y a los hijos/as qué es tratar bien y mal?

14-¿Crees que está sucediendo demasiado en tu comunidad? ¿Por qué? ¿Cómo te sientes al respecto?

**Tabla 36. Guión grupos focales Madres**

Para el día 4 de trabajo se contempló la participación de 18 hombres padres con niños/as menores de 5 años además de la participación de 6 abuelos. El horario sigue siendo igual a los días 2 y 3.



## GRUPOS FOCALES PADRES-ABUELOS

### Desnutrición- Padres

1 - ¿Alguna vez escuchó hablar de "desnutrición" o "malnutrición"?

¿Qué significa?

2- ¿Aquí en la comunidad existen otras formas de llamarle a eso? ¿Qué significan esas formas?  
¿Desde cuando se usan esas formas?

3- ¿Que tipos de desnutrición conocen? Si es así, ¿qué son esas formas distintas, unos niños están de una manera, otros de otra?

4- Se les enseñan fotos de niños/as con desnutrición y sanos.

5- ¿Cuáles de estas fotos muestran niños sanos y niños no sanos? ¿Por qué no están sanos? ¿En qué se ve? ¿Cómo se dan cuenta ustedes? ¿Qué más cosas que no se ven, como comportamientos nos dicen que un niño/a tiene desnutrición? ¿Los que están bien (sanos) se comportan igual?

6- ¿Los adultos pueden tener desnutrición? ¿Qué adultos y cual es la causa probable que ustedes creen? ¿La desnutrición se contagia? ¿Cómo?

7- ¿Por qué algunos niños/as y adultos tienen desnutrición y otros no?

8- ¿De qué depende que un niño crezca sano?

9- ¿Los niños crecen distinto a las niñas? ¿Las niñas se desnutren más que los niños?

10- Se pone un ejemplo entre causa y consecuencia con una foto de embarazada. Se les pregunta a continuación cual es la consecuencia de la desnutrición y cual es la causa.

### Seguridad alimentaria y nutricional y medios de vida- Padres

1-¿Cuáles son sus medios de vida? ¿ A qué edades comienzan a trabajar los niños y adolescentes aquí? ¿Desde cuándo ustedes comenzaron a trabajar?

2-¿Qué tipo de cultivo tienen ustedes? ¿Tienen una tierra? ¿Alquilan una tierra? ¿Es mejor alquilar o ir a trabajar? ¿Cómo era antes? ¿La tierra es buena o mala? ¿Qué se puede cultivar en la tierra? ¿Qué crece? ¿En qué estaciones crece lo que se planta? ¿Cómo se arruina la cosecha? ¿De qué depende que se arruine? ¿Qué le gustaría mejorar si tuviera dinero suficiente, comprar más tierra, alquilar tierra mejor, poner un negocio, irse a otro lugar? ¿Cuando los hombres migran por qué lo hacen?

3- ¿Por qué no cultivan otras cosas? ¿Creen que se pueden cultivar otras cosas? ¿De qué depende?



4-¿Tienen animales?¿Vacunan a los animales o los controlan de alguna manera? ¿Sirven los animales en esta comunidad o no mucho? Algunas veces, parte de su ganado puede estar enfermo, ¿está sucediendo a menudo? ¿Qué tipo de enfermedades? ¿Cómo los tratan? ¿Algunos de ellos mueren de enfermedades? ¿De qué sirve tu ganado?

5- ¿Ustedes fueron a la escuela? ¿De qué sirve que los niños/as vayan a la escuela?

6- ¿Qué es lo más difícil como padres a la hora de alimentar a sus hijos/as?

7- ¿Cuánto dinero necesitan ustedes al mes para alimentar a sus familias? ¿Cómo lo consiguen?

8- ¿Dónde está el trabajo aquí en la comunidad? ¿Tienen que migrar? ¿Hacia dónde? ¿Por cuánto tiempo? ¿Qué ocurre durante ese tiempo? ¿Dónde viven? ¿Cuánto ganan? ¿Cuánto dinero consiguen traer a sus casas? ¿Consideran que es suficiente?

9- ¿Como consideran que se podrían generar mejores trabajos u oportunidades laborales? ¿Consideran que las iniciativas comunitarias son posibles? ¿Existen formas de conseguir créditos o comprar tierras?

10- La última pregunta trata de volver a las estrategias de sobrevivencia cuando la comida escasea.

### Salud y Cuidados-Padres

1-¿Consideran que tener agua de grifo, una letrina y un sistema de basuras es positivo para sus familias?

2- ¿Estas condiciones tienen que ver con las enfermedades y con que exista desnutrición en la comunidad?

3- ¿Por qué eligieron esta comunidad para vivir? ¿Consideran que sus casas tienen buena estructura y condiciones? ¿Qué les gustaría mejorar de las mismas?

4- ¿Qué es importante para bañarse, limpiar la casa, y asear a los niños? ¿Siempre hay agua? ¿Qué problemas creen que tienen las mujeres en torno a la casa, el agua y el cuidado de sus hijos/as?

5-¿De qué se enferman los niños en las comunidades? ¿Cómo se ve que un niño/a está enfermo? ¿De qué se enferman ustedes? ¿Y cuando estaban embarazadas? ¿Por qué se enferman? ¿Hay gente que se enferma por susto o espanto? ¿Cómo se curan esas enfermedades? ¿Qué hace si su hijo/a está enfermo? ¿Quién le da consejos? ¿Y qué hacen si la salud de su hijo/a empeora? ¿Qué recursos hay aquí en la comunidad? ¿Quién atiende esos recursos? ¿Y si no se pone mejor a donde se lo llevan? ¿Para qué se lo llevan? ¿Quién tiene carro y lo lleva? ¿Cómo curamos a los niños que se ponen enfermos de estas cosas que les pasan? ¿Saben lo que es un Centro de Recuperación nutricional Bethania? Si no, ¿escucharon sobre lo que es? ¿Es bueno / malo? ¿Suficiente, para qué sirve? Lejos / caro para ir y quedarse? ¿Qué han escuchado sobre esos centros, si son Buenos o malos, si se alienta a los niños/as, si el personal es bueno con los niños/as, si es caro? ¿Qué piensan de los centros que existen en esta zona? ¿Los conocen?



6- ¿A qué edad se casaron? ¿Cómo eligieron a sus esposas? ¿Qué es ser una buena madre y una buena esposa? ¿Qué ocurre cuando no son buenas madres y esposas? ¿Qué es ser un buen padre y esposo? ¿Qué es lo más difícil de ser padre y esposo?

7- ¿Es la desnutrición una enfermedad? ¿Cuál es la causa y cuál es la consecuencia? ¿Por qué pasa? ¿Qué hay que hacer para que no pase? ¿Conocen alguna historia de desnutrición?

### Abuelos

1-¿Ustedes nacieron aquí en la comunidad? ¿Cómo era la comunidad cuando ustedes tenían 15 años? ¿Cuántas familias había? ¿Cuánta tierra había para cada familia? ¿Cómo era esa tierra? ¿Qué se cultivaba? ¿Por qué no se cultivaban otras cosas? ¿Cuál es la diferencia entre la tierra de antes y la de ahora? ¿Qué ha pasado? ¿Cómo era el clima antes y como es ahora? ¿Quién les enseñó lo que saben sobre la tierra? ¿Hay diferencias entre lo que comen ahora y lo que comían antes? ¿Cómo es una buena comida para ustedes? ¿Qué significa comer bien para ustedes?

2- ¿Ustedes fueron a la escuela? ¿Qué servicios hay ahora en la comunidad que antes no había? ¿Qué servicios le faltan todavía? ¿Qué es lo que más les gusta de su comunidad y lo que menos les gusta?

3-¿Recuerdan cuando se casaron? ¿Cómo eligieron a sus esposas? ¿Cómo debe ser una buena esposa? ¿Cómo enseñaron esos valores a sus hijos? ¿Sus hijos/as viven distinto a ustedes cuando eran jóvenes? ¿Se acuerdan como eran sus casas antes y cómo son ahora?

4- ¿Tuvieron que migrar en su juventud? ¿Antes había más ingresos económicos que ahora o al revés? ¿Por qué creen que será eso? ¿Qué soluciones propondrían ustedes? ¿Qué aconsejarían a sus hijos/as?

5- ¿Cómo se han curado las enfermedades en la comunidad desde que ustedes eran pequeños? ¿Qué enfermedades eran las más comunes? ¿Y ahora? ¿Ven diferencias? ¿Saben lo que es la desnutrición? ¿Antes también había desnutrición?

6- ¿Cómo será que se previene y se cura la desnutrición? ¿Se puede curar? ¿Por qué pasará esto aquí en la comunidad?

7- ¿Antes tenían muchos o pocos hijos? ¿Por qué es importante la familia? ¿Es bueno o malo tener muchos hijos? ¿Se les murió algún hijo? ¿Por qué?

8- ¿Qué aconsejan a sus nietos sobre el trabajo, la familia, las novias y esposas y la educación?

**Tabla 37. Guión grupos focales Padres-Abuelos**



Para el último día, se habrán seleccionado a las 20 personas participantes y se habrá realizado una convocatoria suficiente para garantizar su participación. A lo largo de los días previos se han identificado a las personas con mayor entusiasmo y compromiso en los grupos focales y las entrevistas realizadas, buscando siempre la mayor diversidad de opiniones y situaciones personales a fin de obtener un consenso amplio en el ejercicio de contraste y puntuación. Durante el desarrollo de los días 4 de metodología, la experta Link NCA y la asistente de investigación, realizarán la presentación final previa del día 5 y prepararán los materiales para el ejercicio final. A continuación se presentan las guías para los grupos focales 1 y 2 a realizar:

## GRUPOS FOCALES ABUELAS Y ADOLESCENTES

### Abuelas

1-¿Ustedes nacieron aquí en la comunidad? ¿Cómo era la comunidad cuando ustedes tenían 15 años? ¿Cuántas familias había? ¿Cuánta tierra había para cada familia? ¿Cómo era esa tierra? ¿Qué se cultivaba? ¿Por qué no se cultivaban otras cosas? ¿Cuál es la diferencia entre la tierra de antes y la de ahora? ¿Qué ha pasado? ¿Cómo era el clima antes y como es ahora? ¿Quién les enseñó lo que saben sobre la tierra? ¿Hay diferencias entre lo que comen ahora y lo que comían antes? ¿Cómo es una buena comida para ustedes? ¿Qué significa comer bien para ustedes?

2- ¿Ustedes fueron a la escuela? ¿Qué servicios hay ahora en la comunidad que antes no había? ¿Qué servicios le faltan todavía? ¿Qué es lo que más les gusta de su comunidad y lo que menos les gusta?

3-¿Recuerdan cuando se casaron? ¿Cómo eligieron a sus esposos? ¿Cómo debe ser una buena esposa? ¿Cómo enseñaron esos valores a sus hijos? ¿Sus hijos/as viven distinto a ustedes cuando eran jóvenes? ¿Se acuerdan como eran sus casas antes y cómo son ahora? ¿Ustedes fueron entregadas? ¿Qué ventajas tiene ser entregada a elegir ustedes a sus maridos? ¿Es una buena o mala práctica?

4- ¿Ustedes han viajado mucho, a dónde? ¿Antes había más ingresos económicos que ahora o al revés? ¿Por qué creen que será eso? ¿Qué soluciones propondrían ustedes? ¿Qué aconsejarían a sus hijos/as?

5- ¿Cómo se han curado las enfermedades en la comunidad desde que ustedes eran pequeñas? ¿Qué enfermedades eran las más comunes? ¿Y ahora? ¿Ven diferencias? ¿Saben lo que es la desnutrición? ¿Antes también había desnutrición?

6-¿Cómo era antes quedarse embarazada? ¿Cuántos hijos tuvieron ustedes? ¿Algunos murieron? ¿Por qué? ¿Existían antes las comadronas? ¿Quién les enseñaba? ¿Qué tiene que saber una mujer embarazada para cuidarse bien? ¿Qué pasos tiene que hacer?

7- Desde que nace un niño ¿Cómo se le cuida bien a los 6 meses, a los 2 años y a los 5 años? ¿Qué come un niño? ¿Cómo se cuida un niño para que no se enferme? ¿De qué se enferman los niños?



¿Cómo se puede evitar que se enfermen? ¿Qué remedios existían antes que ahora no hay para curar las enfermedades?

7- ¿Cómo se cuida bien a una familia? ¿En el trabajo de la casa, cuales son las labores más importantes? ¿Qué cosas enseñaron a sus hijas sobre el mantenimiento de la casa? ¿Y del mantenimiento de la salud y la alimentación de la familia?

7- ¿Cómo será que se previene y se cura la desnutrición? ¿Se puede curar? ¿Por qué pasará esto aquí en la comunidad? ¿Qué formas hay de curarla? ¿Los médicos del puesto curan? ¿Qué curan?

7- ¿Antes tenían muchos o pocos hijos? ¿Por qué es importante la familia? ¿Es bueno o malo tener muchos hijos? ¿Se les murió algún hijo? ¿Por qué?

8- ¿Creen que existen enfermedades que se pueden curar con otro tipo de médicos? ¿Quién enseña a estas personas a curar?

### Niñas y adolescentes

1-¿Ustedes saben leer y escribir? ¿Quiénes van a la escuela y quienes no? ¿Por que no han seguido yendo a la escuela? ¿Es importante ir a la escuela? ¿Por qué?

2-¿Tienen ustedes teléfono? ¿Internet? ¿Ven la televisión? ¿Qué música les gusta escuchar? ¿Escuchan la radio? ¿Cuales son las cosas que más les gusta hacer?

3- Cuéntenme que hacen desde que se levantan hasta que se van a la cama.

4- Ahora cuéntenme cuáles son las cosas que más les gustan y que menos les gustan de su comunidad.

5- Ahora quiero que una por una me digan qué es lo que más desean en el mundo para su futuro.

6- ¿Quieren tener muchos o pocos hijos? ¿Por qué?

7- Cuando salen de la casa, ¿A dónde van y con quién? ¿Qué lugares han visitado? ¿Es peligroso salir sola de la casa? ¿Cuándo es peligroso? ¿Qué les dicen sus mamás?

8- ¿Tienen muchas amigas? ¿Y amigos? ¿Tienen novio o esposo? ¿Cómo lo conocieron? ¿Cómo se hace una de novia aquí en la comunidad?

9- ¿Saben cómo se tienen bebés? ¿Qué familia les gustaría tener cuando sean ustedes mayores?

10- ¿Qué les cuentan sus mamas y abuelas sobre la familia? ¿Qué es lo más importante para tener una familia? ¿A qué edad hay que tener una familia? ¿Cuántos hijos hay que tener para tener una buena familia?

11-A ustedes les gustaría trabajar ¿En qué se puede trabajar aquí en la comunidad? ¿Es fácil trabajar de algo distinto para las jóvenes?



12- ¿Qué es lo más fácil de ser joven?

13- ¿Qué es lo más difícil de ser joven?

### Grupo final

El propósito de esta etapa es pedir a los miembros de la comunidad que jerarquicen los factores según a) las causas consideradas problemáticas (es decir, cuya prevalencia y gravedad son altas) y b) las causas susceptibles de ser modificadas en vista de los conocimientos y recursos de la comunidad.

Se debe realizar un ejercicio de pile sorting para valorar los factores abordados en los grupos de discusión focal de acuerdo con la presión que ejercen sobre el bienestar (y la nutrición adecuada, si se incluye este concepto) de los niños de los participantes.

Al comienzo del ejercicio los participantes se reparten en grupos de dos o tres personas. Las principales causas de la desnutrición identificadas en los FGD de los últimos días deben ser leídas en voz alta una a una por el analista NCA antes de ser escritas (si los participantes saben leer) o representadas por dibujo en una hoja grande de papel. Puede ser útil solicitar voluntarios entre los miembros del grupo para escribir o dibujar las causas con el fin de fomentar la participación.

Una vez enumeradas las causas, se debe invitar a los participantes que trabajan en los grupos pequeños a que seleccionen los cuatro o cinco factores que creen más problemáticos dentro de su comunidad. El término "problemático" se refiere tanto a la prevalencia como a la gravedad. Tapas de botellas o piedras pequeñas pueden servir como fichas durante el ejercicio. Se pueden colocar por ejemplo cinco piedras junto a la imagen de la causa considerada como más problemática en la comunidad, cuatro junto a la imagen de una causa importante pero menos preocupante, y así sucesivamente.

El analista NCA debe entonces recoger las respuestas de los grupos pequeños y hacer una lista de las 10 o 12 causas citadas más frecuentemente por el conjunto de participantes. Los participantes que han vuelto a formar el grupo completo deben entonces seleccionar, de entre esas 10 o 12 causas de la lista, las cinco que según ellos constituyen los principales factores que están en el origen de la desnutrición en la comunidad.

El resultado de este ejercicio es una representación visual de los resultados de la valoración así como una explicación de por qué ciertos factores han recibido una valoración superior o inferior a los demás.

Los resultados pueden ser fotografiados (si se utilizaran elementos visuales tales como fichas e imágenes). Pueden representarse en el informe en forma de fotografía o gráfico (gráfico de barras en Excel, por ejemplo).

Recuerde a los participantes una definición breve, fácil de entender y correcta de la desnutrición: enfermedad que resulta de no obtener los nutrientes correctos con respecto a lo que el cuerpo necesita.

Proponer una definición de desnutrición diseñada de acuerdo con los pensamientos de las comunidad en cuestión:



“ Es una enfermedad que a veces le cae a los niños y a las mamás, en parte por un mal cuidado del niño y en parte porque a veces no hay alimentos, y tiene que ver con comer tierra y con los animales sueltos y en que a veces las mamás no pueden cuidar bien a sus hijos”

¿Estás de acuerdo con esta definición? (Debate si no, para diseñar una definición más cercana a sus pensamientos).

Proporcione pizarra negra a los participantes, explique el ejercicio y pregunte "si está de acuerdo en que es una de las principales causas de desnutrición en su comunidad, dibuje una cruz; de lo contrario dibuja una sola línea". Y se presentan las hipótesis planteadas

Se les agradece su participación y contribución al estudio señalando lo que el equipo ha aprendido y el valor de sus relatos, historias y opiniones, como principio generador de comprensión del entorno.

**Tabla 38. Guión grupos focales abuelas, adolescentes y ejercicio fina**



## CALENDARIO HISTÓRICO



*Figura 24. Calendario Histórico de Comunidades Link NCA*



## CALENDARIO ESTACIONAL

VARIACIONES ESTACIONALES	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
VARIACIONES ESTACIONALES DEL HAMBRE												
DISPONIBILIDAD DE COMIDA	Fácil	Regular	Regular	Difícil	Difícil	Muy Difícil	Muy Difícil	Muy Difícil	Difícil	Regular	Fácil	Fácil
CARACTERÍSTICAS DE CADA ESTACIÓN												
ESTACIÓN DE LLUVIAS					x	x	x	x	x	x		
ESTACIÓN FRÍA	x										x	x
VERANO			x	x	x	x	x	x				
DISPONIBILIDAD DE AGUA	Regular	Regular	Regular	Regular	Mala	Mala	Mala	Mala	Buena	Buena	Buena	Regular
ESTADOS DE RUTAS/PROBLEMAS DE VIAJE (EN LAS COMUNIDADES DE JOCOTÁN)	Regular	Regular	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Mala Deslaves				
COSECHA DE ALIMENTOS BÁSICOS												
MAÍZ	Recogida	Recogida	Recogida	Siembra	Siembra						Recogida	Recogida
FRIJOL								Siembra	Siembra		Recogida	Recogida
CAFÉ	Recogida	Recogida	Recogida								Recogida	Recogida
COSECHA DE FRUTAS/VEGETALES FRUTOS SILVESTRES)	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	Si	Si



(LOS HUERTOS SE DAN CUANDO HAY AGUA)												
DISPONIBILIDAD DE CARNE/ PESCADO	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
PRECIO ALTO DE MERCADO						x	x	x	x			
EJEMPLO DE LA LIBRA DE MAÍZ (PRECIO QUETZALES)	1,10	1,20	1,25	1,45	1,90	2,00	2,00	2,00	1,90	0,90	0,90	0,90
COMERCIO DE GANADO/PEQUEÑOS ANIMALES	Los pollos, gallinas, chumpes y patos se venden en época de necesidad extrema (junio a septiembre) pero puede ocurrir la venta frente a cualquier imprevisto (enfermedades, etc.)											
COMERCIO DE MAÍZ/FRIJOL					Compra	Compra	Compra	Compra	Compra			
OPORTUNIDADES DE TRABAJO	x	x	x								x	x
ESTACIÓN DE AGRICULTURA	x	x	x	x	x			x	x		x	x
<b>OCURRENCIA ESTACIONAL DE PELIGROS RELACIONADOS CON EL CLIMA</b>												
SEQUÍAS				x	x	x	x	x				
INUNDACIONES								x	x	x		
REGISTROS DE AGUA	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	xx	
<b>OCURRENCIA DE OTROS PELIGROS</b>												
DIARREA					x	x	x	x	x			
FIEBRE/ MALARIA/DENGUE					x	x	x	x				
INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA	x	x									x	x



ACTIVIDADES DE TEMPORADA PARA LAS PRINCIPALES ESTRATEGIAS DE MEDIOS DE VIDA EN LA COMUNIDAD												
AGRICULTURA (PLAGAS)						Maiz	Maiz			Frijol	Frijol	
ANIMALES (PLAGAS)			gallina-newcastle	gallina-newcastle Viruela aviar	Plagas de gallina ciega Plagas de gusano de alambre Gallina-newcastle Viruela aviar	Plagas de gallina ciega Plagas de gusano de alambre	Plagas de gallina ciega					
RECOLECCIÓN DE PRODUCTOS DE LA NATURALEZA	x								x	x	x	x
TRABAJO TEMPORAL EN LA COMUNIDAD	x	x	x								x	x
TRABAJO ASALARIADO	x	x	x								x	x
MISCELÁNEA												
PERIODOS DE ESCUELA	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
CENTROS DE SALUD ABIERTOS CERCANOS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

**Tabla 39. Calendario Estacional**

## CRONOGRAMA LINK NCA

Cronograma Guatemala	Link	NCA	Semanas																						
Actividades			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
Revisión de la Fase Preparatoria																									
Compilar y analizar datos secundarios																									
Definir objetivos, población de estudio y metodología aplicada																									
Revisión de presupuesto, cronograma y recursos humanos necesarios																									
Definición de perfiles y funciones																									
Identificación de hipótesis causales																									
Revisión de datos secundarios y algunas entrevistas a informantes clave																									
Análisis de datos existentes																									
Primer taller técnico de expertos																									
Encuesta Cualitativa																									





GUATEMALA

CHIQUIMULA

REPORTE FINAL LINK NCA

## LISTA DE EXPERTOS TALLERES INICIAL Y FINAL

### TALLER INICIAL DE EXPERTOS

#### ANÁLISIS CAUSAL DE LA DESNUTRICIÓN

Taller Final de Expertos/as

21 de Noviembre 2017

Chiquimula

09.00-9.15	Inscripción de los participantes y apertura del taller
09.15-9.30	Presentación de objetivos para el día
09.30-10.00	Presentación de la metodología Link NCA
10.00-10.30	Preguntas sobre metodología e introducción a grupos multi-sectoriales
10.30-10.45	Refrigerio
10.45-11.30	Identificación de grupos vulnerables a la desnutrición y diseño del modelo causal de la desnutrición Grupos de trabajo multi-sectoriales
11.30-11.45	Presentación de los hallazgos de la revisión de datos secundarios realizada por la experta de Link NCA para Guatemala
11.45-12.30	Definir los factores de riesgo hipotéticos de los grupos de trabajo multisectoriales
12.30-14.00	Plenaria de resultados



GUATEMALA

CHIQUIMULA

REPORTE FINAL LINK NCA

	Debate y recapitulación del consenso obtenido
14.00-14.30	Almuerzo
14.30-16.00	Ejercicio de Puntuación Conclusiones

**Tabla 41. Agenda Taller Inicial de Expertos**

Organización	Nombre del participante
Consultora de Género en el area de las comunidades	Delfina Pú
Ministerio de Agricultura Ganadería y Alimentación	Sandra De Vázquez
Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional	Juan Manuel Ceballos
Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional	Jennifer Calderón
Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional	Abelardo Villafuerte
Acción Contra el Hambre	Glenda Isabel Rodas
Médicos del Mundo	Abel Gálvez
Asociación de Investigación y Estudios Sociales	Emidia Alvizures
Programa Mundial de Alimentos	Gustavo Vicente
Acción Contra el Hambre	Mónica Gabriela Solís
Ministerio de Agricultura Ganadería y Alimentación	Dennis Valdéz Flores
Ministerio de Agricultura Ganadería y Alimentación	René Pinto España
Acción Contra el Hambre	Rudy Suchite Roque
Acción Contra el Hambre	Jessica Coronado
Médicos del Mundo	Hugo Aldana
Médicos del Mundo	Alejandra Ortega



GUATEMALA

CHIQUIMULA

REPORTE FINAL LINK NCA

Acción contra el Hambre	Victoria Castro
-------------------------	-----------------

**Tabla 42. Participantes Taller Inicial de Expertos**

## TALLER FINAL DE EXPERTOS

### ANÁLISIS CAUSAL DE LA DESNUTRICIÓN

Taller Final de Expertos/as

22 de febrero de 2018

Chiquimula

08:30-8:45	Inscripción de los participantes / Apertura del taller
08:45-9:00	Presentación de objetivos para el taller
09:00-10:30	Presentación de los Hallazgos del Estudio Cualitativo Link NCA Guatemala
10.30-10.45	Refrigerio
10.45-11.30	Preguntas sobre los Hallazgos
11.30-13.00	Revisión de la evidencia de NCA y calificación de los factores de riesgo
13.00-14:00	Almuerzo
14:00-15:00	Ejercicio de Grupos Multi-Sectoriales
15:00-16:30	Calificación y Discusión de Resultados

**Tabla 43. Agenda Taller Final de Expertos**

Organización	Nombre del participante
Consultora de Género en el área de las comunidades	Delfina Pú
Ministerio de Agricultura Ganadería y Alimentación	Sindy Fernández
Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional	Juan Manuel Ceballos
Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional	Jennifer Calderón
Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional	Abelardo Villafuerte
Acción Contra el Hambre	Glenda Isabel Rodas



**GUATEMALA**

**CHIQUIMULA**

REPORTE FINAL LINK NCA

Médicos del Mundo	Abel Gálvez
Asociación de Investigación y Estudios Sociales	Emidia Alvizures
Programa Mundial de Alimentos	Gustavo Vicente
Acción Contra el Hambre	Mónica Gabriela Solís
Ministerio de Agricultura Ganadería y Alimentación	Dennis Valdéz Flores
Ministerio de Agricultura Ganadería y Alimentación	René Pinto España
Acción Contra el Hambre	Rudy Suchite Roque
Acción Contra el Hambre	Jessica Coronado
Médicos del Mundo	Hugo Aldana
Médicos del Mundo	Alejandra Ortega
La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura	Baltasar Moscoso
Médicos del Mundo	Alfonso Huerta
Municipalidad de Chiquimula	José Miguel Ortega
Ministerio de Agricultura y Ganadería	Lourdes Olivet
Puesto Salud Camotán	Liliana Guzmán
Acción contra el Hambre	Victoria Castro
Salud Chiquimula	Isabel Cerezo

**Tabla 44. Participantes Taller Final de Expertos**



GUATEMALA

CHIQUIMULA

REPORTE FINAL LINK NCA

## BIBLIOGRAFÍA

### Libros

García, J. L. (2003). Símbolos en la comida indígena Guatemalteca: una etnografía de la culinaria MayaCho'ortí. Abya Yala.

Gillespie, B., & Rivera, L. (2017). Las "chispitas dan desnutrición": escuchando a las madres en el área rural de la región Maya Chortí.

INCAP. (2012). Metas nutricionales para Guatemala Documento base para la revisión de las Guías Alimentarias.

López García, J. (2003). Símbolos en la comida indígena Guatemalteca: una etnografía de la culinaria Maya-Cho'ortí. Abya Yala.

López García, J. Mariano Juárez, L. (2008) "Cultura, derecho a la alimentación e (in)seguridad alimentaria". En Derecho a la alimentación y soberanía alimentaria. Ed Diputación de Córdoba, Cátedra de Estudios contra el Hambre y la Pobreza

López García, J., & Metz, B. E. (2002). Primero Dios: etnografía y cambio social entre los Mayas Ch'ort's del oriente de Guatemala. FLACSO, Sede Académica de Guatemala.

Mariano Juárez, L. (2011). Palabras, significados y políticas de representación en la arena de la interculturalidad en salud. Los espacios de la cultura en la atención al hambre y la desnutrición en el oriente de Guatemala. Nuevo mundo mundos nuevos.

Mariano Juárez, L. (2014). Las Hambres en la región Ch'ort' del Oriente de Guatemala. Cultura, Política y Representación en los diálogos de la cooperación y el desarrollo. G. Editorial, Ed.

### Informes

Acción Contra el Hambre, Ayuda Humanitaria y Protección Civil. C.A.Diciembre 2012.



## GUATEMALA

### CHIQUIMULA

#### REPORTE FINAL LINK NCA

Crónica de una crisis alimentaria anunciada. Oxfam, Save the Children, Programa Mundial de Alimentos, Mercy Corps, Cooperazione Internazionale. Guatemala, febrero 2014.

Cuarto Censo Nacional de Talla en escolares del primer grado de educación primaria del sector público de la República de Guatemala. Ministerio de Educación, Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Instituto Nacional de Estadísticas. Noviembre. 2015

Determinación de la mortalidad, Estado Nutricional y Seguridad Alimentaria en Situaciones de crisis en el Corredor Seco de Guatemala, Evaluación SMART. Acción Contra el Hambre. Guatemala. 2009.

Estudio de caracterización del Corredor Seco Centroamericano. Tomo I. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.

Evaluación de Seguridad Alimentaria derivada de la Roya de café en Guatemala, Programa Mundial de Alimentos. Agosto 2013

Guatemala: Perfiles de medios de vida. USAID, MFEWS, FAO. Febrero. 2009.

Informe de Situación de Nutrición y Seguridad Alimentaria de Comunidades Rurales del Corredor Seco de Guatemala. Acción contra el Hambre. Guatemala. Noviembre 2010.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Salas Situacionales. 2015, 2016, 2017

Organización Mundial de la Salud. Alimentación Complementaria para los Niños con Malnutrición Aguda Moderada.

Pronóstico de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Guatemala. Marzo, 2016.

Situación de Medios de Vida en Zonas Vulnerables de la Región Chortí. Save the Children. Febrero 2015.

VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, (ENSMI) 2014-2015, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto de Estadística, Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. Noviembre 2015.

### **Sobre la Metodología Link NCA**

Acción contra el Hambre, Toolkit Link NCA, Edición 2015

Acción contra el Hambre, Manual Link NCA Español, Edición 2017

Acción contra el Hambre, Pathways Module, Edición 2015

Acción contra el Hambre, Link NCA Indicator Guide, Edición 2015



**GUATEMALA**

CHIQUIMULA

REPORTE FINAL LINK NCA