


**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y FARMACIA**

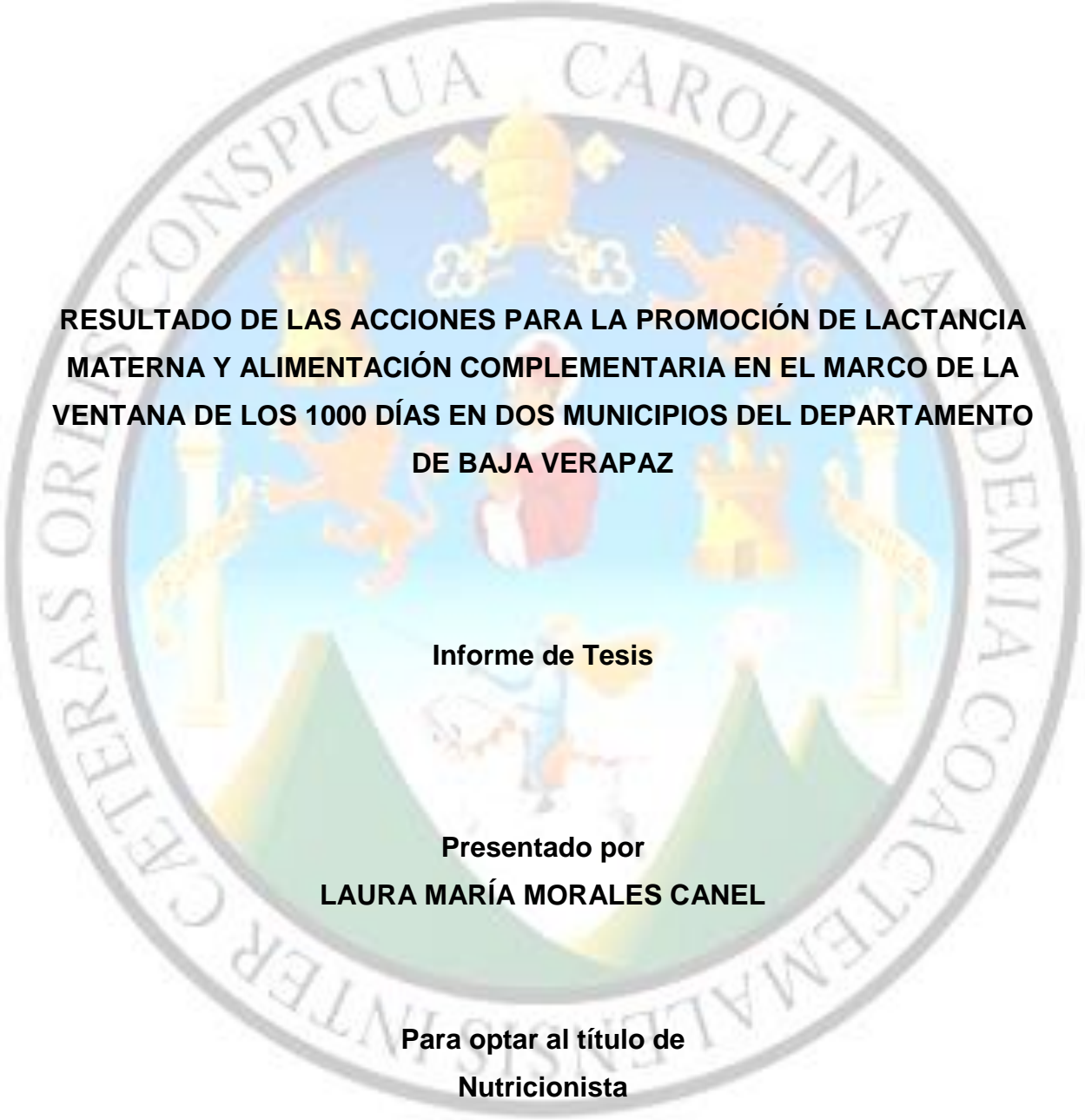
The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central shield with a blue background. On the shield, there is a golden crown at the top, a golden lion rampant on the right, and a golden figure holding a staff on the left. Below the shield, there are green hills. The shield is surrounded by a circular border containing the Latin motto: "CETERAS OBIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTEMMALENSIS INTER".

**“RESULTADO DE LAS ACCIONES PARA LA PROMOCIÓN DE LACTANCIA
MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN EL MARCO DE LA
VENTANA DE LOS 1000 DÍAS EN DOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO
DE BAJA VERAPAZ”**

LAURA MARÍA MORALES CANEL
Nutricionista

Guatemala, abril 2015.

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y FARMACIA**

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central shield with a blue background, depicting a figure holding a staff and a book, surrounded by various symbols including a sun, a cross, and a globe. The shield is set against a background of green hills and a blue sky. The outer ring of the seal contains the Latin motto "CETERAS ORIBUS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTEMALENSIS INTER" in a serif font.

**RESULTADO DE LAS ACCIONES PARA LA PROMOCIÓN DE LACTANCIA
MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN EL MARCO DE LA
VENTANA DE LOS 1000 DÍAS EN DOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO
DE BAJA VERAPAZ**

Informe de Tesis

**Presentado por
LAURA MARÍA MORALES CANEL**

**Para optar al título de
Nutricionista**

Guatemala, abril 2015

JUNTA DIRECTIVA
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y FARMACIA

Dr. Rubén Dariel Velásquez Miranda	Decano
Licda. Elsa Julieta Salazar Meléndez de Ariza, M.A.	Secretaria
MSc. Miriam Carolina Guzmán Quilo	Vocal I
Dr. Sergio Alejandro Melgar Valladares	Vocal II
Br. Michael Javier Mó Leal	Vocal IV
Br. Blanqui Eunice Flores de León	Vocal V

ACTO QUE DEDICO A:

- Dios** Porque todo lo que sé, todo lo que soy y todo lo que tengo viene de Él, que nunca ha dejado de buscarme para hacerme sentir su amor en todo lo que hago.
- Mi madre** Letty. Por estar siempre junto a mí, por su amor, consejos, valores y motivación constante que me han permitido ser una persona de bien.
- Mi padre** Julio. Por apoyarme en todo momento, por su ejemplo de perseverancia, lucha y valor mostrado para seguir adelante.
- Mi abuela** María del Tránsito. Porque su amor es pilar fundamental en todo lo que soy.
- Mi hermano** Julio Roberto. Por ser un buen ejemplo de hermano mayor, porque he aprendido de aciertos y malos momentos.
- Mi familia** Tías/os, por animarme siempre a seguir adelante. Mis primos/as y sobrinos/as para que puedan ver en mí un ejemplo a seguir, especialmente Aliyah, Laila, Camila y Josué.
- Mi futuro** Josué Tello. Por su amor, ayuda y entrega incondicional, por siempre enseñarme con su ejemplo, que puedo ser mejor y dar más en todo lo que hago.
- Mis amigos** Hermanas del colegio, comunidad Juan Pablo II y colegas nutricionistas por compartir momentos de alegría, angustia, trabajo, nervios y desvelos.

AGRADECIMIENTOS A:

La Gloriosa y Tricentenaria Universidad de San Carlos de Guatemala

Mi Alma Mater, por el privilegio de formarme como profesional y así poder saldar mi deuda con la población guatemalteca.

Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia

Por proveerme de conocimientos para desempeñarme exitosamente en mis labores.

Doctora María Isabel Orellana de Mazariegos. Por su apoyo incondicional y valiosa colaboración en la supervisión y revisión de este trabajo.

Licenciado Jorge Pernillo. Por el apoyo recibido y los conocimientos transmitidos a lo largo de la carrera, culminada con este documento, especialmente en el área comunitaria.

Docentes Integrantes de la Escuela de Nutrición, por compartir tiempo y conocimientos para enriquecer mi formación profesional.

Ingeniero Rolando Grajeda Tobar. Por apoyarme incondicionalmente en todo el proceso académico y personal, por su cariño y paciencia.

TABLA DE CONTENIDO

Abreviaturas.....	1
Índice de Cuadros.....	2
Índice de Tablas.....	2
Índice de Figuras.....	3
Resumen.....	6
Introducción.....	8
Antecedentes.....	10
Referente Teórico.....	10
Seguridad Alimentaria y Nutricional –SAN-.....	10
Componentes de la SAN.....	14
Disponibilidad de Alimentos.....	14
Acceso a los Alimentos.....	16
Consumo de los Alimentos.....	17
Utilización Biológica.....	18
Indicadores de Inseguridad Alimentaria y Nutricional –INSAN-.....	20
Contexto de SAN en Guatemala.....	21
Política Nacional de SAN.....	21
Ley de SAN.....	26
Desnutrición.....	30
Causas y Efectos de la Desnutrición Crónica.....	32
Desnutrición en Guatemala.....	35
Importancia de la Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en el Combate Contra la Desnutrición.....	38
Pacto Hambre Cero –PHC-.....	42
Plan del Pacto Hambre Cero –PPHC-.....	43
La Ventana de los Mil Días.....	43
Componentes Directos del Plan del Pacto Hambre Cero.....	45
Situación de SAN en Guatemala.....	48

Situación de SAN en Rabinal y San Jerónimo.....	53
Justificación.....	54
Objetivos.....	56
Materiales y Métodos.....	57
Universo de Trabajo.....	57
Materiales.....	57
Tipo de Estudio.....	57
Criterios de Selección.....	58
Instrumento.....	58
Metodología de Trabajo.....	58
Resultados.....	65
Características Socioeconómicas de la Población Estudiada.....	65
Conocimientos de desnutrición, uso de fórmulas, LM y AC.....	67
Actitudes acerca de LM y AC.....	70
Prácticas acerca de LM y AC.....	75
Relación de Encuesta CAP de LM, AC y Uso de Fórmulas Infantiles....	79
Indicadores de la OMS para Prácticas de LM y AC.....	79
Acciones de las Instituciones Responsables de la Promoción de LM y AC.....	81
Percepción de las Acciones del MSPAS y MIDES.....	82
Acceso a la Red de Servicios de Salud.....	83
Discusión.....	84
Características Socioeconómicas de la Población Estudiada.....	84
Conocimientos de desnutrición, uso de fórmulas, lactancia materna y alimentación complementaria AC.....	85
Actitudes acerca de lactancia materna y alimentación complementaria.....	88
Indicadores de la OMS para Prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria.....	92

Acciones de las Instituciones Responsables de la Promoción de LM y AC.....	95
Percepción de las Acciones del MSPAS y MIDES y Acceso a la Red de Servicios de Salud.....	96
Conclusiones.....	98
Recomendaciones.....	100
Referencias.....	102
Anexos.....	105

ABREVIATURAS

AC	Alimentación complementaria
BV	Baja Verapaz
COMUSAN	Comisión Municipal de Seguridad Alimentaria y Nutricional
CONASAN	Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional
CRN	Centro de Recuperación Nutricional
DA	Desnutrición aguda
DAS	Dirección de Área de Salud
DC	Desnutrición crónica
INCAP	Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá
INCOPAS	Instancia de Consulta y Participación Social
INSAN	Inseguridad Alimentaria y Nutricional
LM	Lactancia materna
LME	Lactancia materna exclusiva
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones no gubernamentales
OPS	Organización Panamericana de Salud
PHC	Pacto Hambre Cero
POA	Plan Operativo del Año
PPHC	Plan del Pacto Hambre Cero
SAN	Seguridad Alimentaria y Nutricional
SEPREM	Secretaría Presidencial de la Mujer
SIINSAN	Sistema de Información Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional
SINASAN	Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional
SOSEP	Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro	Nombre	Página
1	Líneas de Acción y Estrategias para la Vigilancia Epidemiológica de la Desnutrición en Guatemala.	37
2	Componente Directo Dos del PPHC.	48
3	Categorías de Análisis y Variables de Estudio (según resultados de la validación del instrumento utilizado).	60
4	Caracterización Socioeconómica de la población estudiada.	66
5	Acciones en el Municipio de Rabinal de las Instituciones Responsables de la Promoción de la LM y AC.	81

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla	Nombre	Página
1	Indicadores de INSAN en los municipios de Rabinal y San Jerónimo, 2014.	54
2	Conocimientos, Actitudes y Prácticas.	79
3	Prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño según OMS 2007.	79

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura	Nombre	Página
1	Condicionantes de la Disponibilidad de Alimentos.	16
2	Determinantes del Acceso a los Alimentos.	18
3	Algunos Factores que Condicionan el Consumo de Alimentos.	19
4	Determinantes de la Utilización Biológica de los Alimentos.	21
5	Árbol de problemas de la Inseguridad Alimentaria y Nutricional en el Ámbito Local.	22
6	Estructura del SINASAN.	28
7	Efectos en las conexiones neuronales cerebrales según el estado nutricional de un niño.	34
8	Rentabilidad de inversión nacional para combatir la desnutrición.	38
9	La Ventana de los Mil Días.	45
10	Esquema de los Componentes Directos del PPHC.	48
11	Casos de DA de la República de Guatemala, reportados por las DAS del MSPAS, del 1 de enero al 20 de septiembre (semana epidemiológica del MSPAS #38) del 2014.	50
12	Resumen de casos de muerte por desnutrición de la República de Guatemala, reportados por las DAS del MSPAS, del 1 de enero al 20 de septiembre (semana 38) del 2014.	51
13	Casos y Tasas de DA de la República de Guatemala, reportados por las DAS del MSPAS, del 1 de enero al 20 de septiembre (semana 38) del 2014.	52
14	Clasificación por edad de población menor de 5 años.	66
15	Clasificación por género de población menor de 5 años.	67
16	Conocimientos básicos de desnutrición.	67
17	Conocimientos básicos acerca del uso de fórmulas infantiles.	68
18	Conocimientos básicos acerca de lactancia materna.	68

19	Personas que brindan consejería en prácticas de lactancia materna.	69
20	Beneficios de la lactancia materna.	69
21	Conocimiento del inicio de la alimentación complementaria.	70
22	Actitudes con respecto a la alimentación complementaria.	70
23	Razones de iniciar la alimentación complementaria antes de los 6 meses de edad.	71
24	Actitudes frente al uso de fórmulas infantiles antes de los 6 meses de edad.	71
25	Razones de alimentar con fórmula infantil a menores de 6 meses de edad.	72
26	Actitudes frente a la lactancia materna.	72
27	Tipos de molestia al momento de dar lactancia materna.	73
28	Opciones de alimentación en sustitución de la lactancia materna.	73
29	Razones de no ser una madre lactante.	74
30	Razones de ser una madre lactante.	74
31	Prácticas básicas de lactancia materna.	75
32	Práctica de lactancia materna el día anterior a la entrevista según rangos de edad.	75
33	Práctica de alimentación complementaria el día anterior a la entrevista según rangos de edad.	76
34	Frecuencia mínima de comidas según la edad del niño/a.	76
35	Diversidad alimentaria mínima.	77
36	Variedad alimentaria.	77
37	Uso de fórmulas infantiles en biberón el día anterior a la entrevista según rangos de edad.	78
38	Número de tomas de biberón con fórmula infantil según edad.	78
39	Percepción de las actividades que realiza el MSPAS y/o MIDES con respecto a la promoción de la LM y AC.	82

40	Requisitos para recibir el bono seguro de MIDES como actividad de promoción de LM y AC.	82
41	Acceso a la red de Servicios de Salud.	83

RESUMEN

La desnutrición crónica –DC- en Guatemala es un problema preocupante a nivel nacional por sus graves efectos en los niños/as especialmente menores de dos años, el Pacto del Plan Hambre Cero –PPHC- aborda el tema y menciona estrategias como la promoción de la lactancia materna –LM- y alimentación complementaria –AC- para reducir los porcentajes de desnutrición aguda –DA- y así evitar la DC, se ha evidenciado científicamente que las prácticas adecuadas de LM y la adecuada AC a partir de los 6 meses de edad del niño/a reducen las incidencias de DA. La OMS en el 2008, propone indicadores para evaluar las prácticas de LM y AC en niños/as menores de 2 años, adecuadas para esta investigación hasta los 5 años, ya que son la población más vulnerable según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS-.

La presente investigación evalúa los resultados de estas acciones a través de la encuesta acerca de Conocimientos, Actitudes y Prácticas de LM, AC, uso de fórmulas infantiles y desnutrición, agregando información general de la población y la percepción de dichas actividades por parte de las madres beneficiadas.

Los resultados caracterizan a la población de estudio, evalúan según los indicadores de la OMS prácticas de LM y AC, verifica si las acciones interinstitucionales han funcionado en éstas dos prácticas tan importantes para combatir la DC y delimitan las acciones de instituciones corresponsables del PPHC (MSPAS, MIDES, SOSEP y SEPREM) que deben apoyar dicho componente.

El trabajo de campo se focaliza en el departamento de Baja Verapaz, específicamente en los municipios de Rabinal y San Jerónimo ya que tienen conformada la COMUSAN y los relaciona para evidenciar que existen diferencias que deberían comprobar que dichas acciones en un municipio priorizado (Rabinal) han alcanzado mejores logros que San Jerónimo que no es priorizado.

San Jerónimo reporta menor porcentaje de conocimientos generales acerca de LM, sin embargo los dos municipios reportan 89% de práctica de LM, por lo que no existe diferencia alguna. En el tema de AC, en cuanto al conocimiento San Jerónimo reporta un porcentaje menor al de Rabinal, pero en la práctica Rabinal reporta menor porcentaje que San Jerónimo. En el uso de fórmulas infantiles Rabinal mantiene porcentajes más altos de conocimiento y de no uso de fórmulas infantiles en comparación con San Jerónimo.

Según los indicadores de la OMS de las prácticas de LM y AC, Rabinal obtuvo 10% más de niños/as que inician tempranamente la LM, a diferencia de la práctica de LME, San Jerónimo obtuvo 14% y un 12% de LM continuada hasta el año, más que Rabinal. Tan solo el 69% de los niños/as en total tienen una LM continuada hasta los 2 años. En Rabinal, a ningún niño/a menor de 6 meses lo alimentan con biberón, en San Jerónimo el 29% de ellos/as sí. En cuanto a la AC, 64% más de los niños/as en San Jerónimo tienen una AC oportuna en comparación con Rabinal. Los datos que alarman y deben tomarse en cuenta para reforzarlos y comenzar a mejorar su promoción, son la frecuencia de comidas según la edad, ya que tan sólo 44% en Rabinal y 7% en San Jerónimo de los niños/as entre 12 y 23 meses reciben mínimo 4 tiempos de comida y la diversidad alimentaria de los niños/as menores de 5 años, ya que tan sólo el 17% para Rabinal y el 15% de San Jerónimo obtienen una alimentación variada.

Realmente no existen diferencias marcadas que justifiquen el progreso de las acciones en un municipio “priorizado” por el PHC, por lo tanto, deben retomarse las acciones y adecuarlas en las diferentes características de la población, creando estrategias para ir más allá de compartir el conocimiento y lograr que las madres lleven a la práctica dichos conocimientos para así realmente tener impacto en la salud de los niños/as.

INTRODUCCIÓN

En Guatemala se tienen índices de Desnutrición Crónica muy alarmantes, el 49.8% de los niños y niñas del país la padecen (ENSMI, 2008), el problema actualmente, se aborda con estrategias del Plan de Acción del Pacto Hambre Cero –PPHC-, el cual pretende reducir para el 2015, el 10% de la desnutrición crónica en Guatemala.

Se ha evidenciado científicamente que una de las causas de que un niño/a desarrolle desnutrición son las inadecuadas prácticas de lactancia materna –LM-, como por ejemplo, el no brindarle al niño/a lactancia materna exclusiva –LME- hasta los seis meses de edad, dar LM continuada hasta los dos años de edad, según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud –OMS- y la inadecuada introducción de alimentos a partir de los seis meses de edad del niño/a.

El PPHC propone diez acciones contra el “hambre crónica” (desnutrición crónica), las cuales forman parte de la llamada Ventana de los Mil Días¹. De las diez acciones, la promoción y apoyo a la lactancia materna y el mejoramiento de la alimentación complementaria a partir de los seis meses de edad, han sido tomadas como objeto de estudio en la presente investigación, ya que juntas forman el segundo componente directo del Pacto Hambre Cero –PHC- y tienen una relación y efecto inmediato con la situación de desnutrición que se vive en el país.

Es así como la presente investigación evalúa los resultados de estas acciones, primero, delimitando las acciones de instituciones corresponsables del PHC (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS-, Ministerio de Desarrollo Social –MIDES-, Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente –SOSEP- y la Secretaría Presidencial de la Mujer –SEPREM-) que deben apoyar

¹ La cual consiste en el tiempo desde la concepción hasta los dos años de vida de un niño/a, tiempo en el que son totalmente vulnerables a desarrollar desnutrición.

dicho componente. Luego a través de una encuesta, utilizando los indicadores que la OMS propone para evaluar dichas prácticas de LM y AC, se verifica si las acciones interinstitucionales han funcionado en éstas dos prácticas tan importantes para combatir la desnutrición crónica.

El trabajo de campo se focaliza en el departamento de Baja Verapaz –BV-, uno de diez departamentos que presentan mayor porcentaje de niños/as con desnutrición crónica en Guatemala (ENSMI, 2008), y que tiene un índice de desnutrición crónica del 59.4%.

Se seleccionaron los municipios de Rabinal y San Jerónimo, ya que tienen conformada la Comisión Municipal de Seguridad Alimentaria y Nutricional –COMUSAN-, con la diferencia que el primero es uno de los tres priorizados² por el PHC y San Jerónimo no. Es por esto que la investigación también busca descubrir la existencia de diferencias en las acciones interinstitucionales que apoyan y promueven la LM y la AC en la población menor de cinco años de estos dos municipios.

² Los tres municipios priorizados por el Pacto Hambre Cero en el departamento de Baja Verapaz son: Rabinal, Cubulco y Purulhá.

ANTECEDENTES

Referente Teórico

Seguridad Alimentaria y Nutricional –SAN-. La SAN se define como “un estado en el cual todas las personas gozan, en forma oportuna y permanente, de acceso físico, económico y social a los alimentos que necesitan, en cantidad y calidad, para su adecuado consumo y utilización biológica, garantizándoles un estado de bienestar general que coadyuve al logro de su desarrollo” (INCAP, 1999).

La Ley del Sistema Nacional de SAN (2005) la define como “el derecho de toda persona a tener acceso físico, económico y social, oportuna y permanentemente, a una alimentación adecuada en cantidad y calidad, con pertinencia cultural, preferiblemente de origen nacional, así como su adecuado aprovechamiento biológico, para mantener una vida saludable y activa”.

La SAN ha sido un proceso en muchos países del mundo, hace más de 20 años, sin embargo la investigación se enfoca a Centroamérica, específicamente Guatemala, en donde se han discutido las soluciones y apoyo para poder trabajar en ella. De las primeras reuniones, en donde sobresalen aportes importantes para el tema en SAN, es la Resolución 20 de la XIV Cumbre de Presidentes, celebrada en Guatemala, en octubre de 1993, describiendo lo siguiente:

“Acogemos la Iniciativa Regional para la Seguridad Alimentaria Nutricional en los países de Centroamérica impulsada por los Ministros de Salud y les instruimos para que den seguimiento con el apoyo técnico y científico del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), con el apoyo de la Secretaría General del SICA³” (Murillo, 2005).

³ Sistema de Integración Centroamericana

Se acordó que la primera institución involucrada para impulsar SAN sean los Ministerios de Salud en los países centroamericanos.

Otro aporte sobresaliente se dio en 1994, en la resolución 38 de la XV Cumbre de Presidentes celebrada en Guácimo, Costa Rica, donde se consensuó acerca de la operacionalización de la SAN:

“Apoyar la puesta en práctica de la estrategia de Seguridad Alimentaria y Nutricional basada en los criterios de equidad, sostenibilidad, productividad, suficiencia y estabilidad, a fin de garantizar el acceso, producción, consumo y adecuada utilización biológica de los alimentos, articulando la producción agropecuaria con la agroindustria y mecanismos de comercialización rentables, prioritariamente para nuestros pequeños y medianos productores” (Murillo, 2005).

Desde ese momento se ha mencionado lo que actualmente se conoce como los “Componentes de la SAN”, los cuales se explican posteriormente.

Para el año 2000 en la II Reunión de Ministros y Ministras de Salud de Iberoamérica, celebrada en la ciudad de Panamá, el compromiso de los representantes de los diferentes países, incluyendo Guatemala, fue:

“Los Ministros y Ministras de Salud de Iberoamérica, nos comprometemos a mejorar la situación nutricional de niños, niñas, adolescentes y mujeres en edad fértil, intensificar programas de educación permanente, promover la defensa de la lactancia materna, garantizar que los suministros de micronutrientes lleguen a los grupos más vulnerables a través de programas de fortificación de los alimentos, e integrar la Seguridad

Alimentaria Nutricional en procesos e iniciativas de desarrollo local” (Murillo, 2005).

A partir de la anterior reunión, se evidencia el inicio de resolver los problemas de desnutrición en los países, principalmente de la desnutrición crónica en niños/as menores de 5 años.

En el trabajo a nivel comunitario se ha tomado desde el año 2000 como punto clave y muy importante el apoyo a la lactancia materna.

7 años después de buscar la solución a la problemática, según el acuerdo de SAN en la XVII Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD), dice que:

“Los Países Miembros de la RESSCAD reconocen la importancia de fortalecer la iniciativa de Seguridad Alimentaria y Nutricional como una estrategia para la reducción de los efectos de la pobreza en la salud y la nutrición humana, y en el desarrollo de las poblaciones de la subregión.

Por tanto, acuerdan elevar a la consideración de los Excelentísimos Señores Presidentes de los países miembros, ratifiquen la resolución 20 de la XIV Cumbre de Presidentes y Jefes de Estado, celebrada en Guatemala en octubre de 1993, y otorguen el máximo apoyo político para que todos los países miembros adopten como política regional y de Estado, la estrategia de Seguridad Alimentaria y Nutricional en sus cuatro componentes, fortalezcan el marco jurídico y promuevan la elaboración y ejecución de planes de acción intersectoriales en cada país” (Murillo, 2005).

Conforme avanzaron los años, se identifica como necesidad el presionar políticamente, ya que sólo así, puede quedar establecido en cada país y conforme a las necesidades o debilidades existentes, que éstas se puedan fortalecer a través

de leyes pertinentes. En la XXII Reunión ordinaria de Jefes de Estado y de Gobierno de Centroamérica, celebrada en Costa Rica en el año 2002, de acuerdo con Murillo 2002, las conclusiones más relevantes con respecto a SAN fueron:

Ratificación de la estrategia regional de SAN aprobada en la XIV Cumbre Presidencial, Guatemala 1993, como parte de la estrategia de reducción de pobreza.

Adopción del “Marco Estratégico para enfrentar la situación de inseguridad alimentaria y nutricional asociadas a condiciones de sequía y cambio climático”.

Creación de un “Seguro Alimentario Nutricional” o “Fondo Regional de Contingencias” Constitución de Equipo Regional para atender crisis alimentarias.

Adopción de iniciativas: a) Formulación de una política de ordenamiento y optimización de la inversión social para la seguridad alimentaria y nutricional y reducción de la pobreza en Centroamérica; b) Elaboración del programa Bono Alimentario Nutricional Centroamericano, según, edades u características de cada país; c) Ampliación de programas de desarrollo integral con enfoque de género; y d) Coordinación con organismos internacionales para fortalecer la vigilancia epidemiológica y de alerta temprana de riesgos de desnutrición (Murillo, 2005).

Las iniciativas abordadas en la reunión antes mencionada, comienzan a cubrir temas relacionados con SAN que son importantes como, combatir la pobreza, ampliación de programas de desarrollo integral, especialmente en las comunidades en donde se debe empoderar a la población de la problemática de INSAN y sus consecuencias graves, principalmente la desnutrición y generar desde la misma población la solución a diferentes problemáticas para crear SAN en la comunidad.

Componentes de la SAN. Existen cuatro pilares básicos que componen la SAN, los cuales son:

Disponibilidad de Alimentos. Se define como la cantidad de alimentos destinada para el consumo humano de un país (Murillo, 2005).

De acuerdo con Murillo (2005), para lograr la disponibilidad de alimentos en un país es importante tomar en cuenta varios factores, primero, la producción interna de alimentos, ya que una de las definiciones de la SAN dice que, los alimentos deben tener pertinencia cultural de preferencia, por lo tanto, en las acciones que van dirigidas para mejorar la SAN, se debe tomar en cuenta qué tipo de alimentos se producen a nivel nacional y local, si la intervención va dirigida a una comunidad en específico, tomar en cuenta también la producción de alimentos que no va destinada a consumo humano, si no a la alimentación de animales o productos a nivel industrial.

Seguidamente, es necesario tomar en cuenta, el comercio interno de alimentos, después de conocer los alimentos que se producen en el país, se debe conocer, cuáles son los que tienen mayor demanda interna y qué alimentos se encuentran disponibles en las diferentes regiones del país, ya que, al menos en el caso de Guatemala, en los diferentes departamentos se tienen diferentes tipos de alimentos disponibles para la población, pero no siempre los alimentos que se producen, son los que están disponibles para la población.

En tercer lugar, es necesario tomar en cuenta, las importaciones y exportaciones de los alimentos, éstos datos son sumamente importantes para conocer la demanda internacional que puedan tener algunos alimentos y conocer qué tanto pueden afectar la disponibilidad en el país, los alimentos que son importados, para confirmar si amplían o no la disponibilidad a nivel regional, siempre cumpliendo con la premisa de tener pertinencia cultural.

En cuarto lugar está la ayuda alimentaria recibida de otros países, particularmente la que se envía a una comunidad o población específica para contribuir con SAN; quinto, las reservas de alimentos, se debe verificar la duración de los alimentos a partir de la cosecha o en su defecto de la elaboración a nivel industrial; y sexto, pérdidas post cosecha, principalmente en este tiempo de calentamiento global, en donde las estaciones del año no duran lo que deberían, se sufren más desastres naturales y principalmente en las regiones donde se sabe que se padece de sequía, como por ejemplo, en algunos municipios del departamento de Baja Verapaz.

Según Murillo (2005), la *“disponibilidad de alimentos en un país debe ser estable, es decir, no presentar fluctuaciones y autónoma, o sea, reducir al mínimo la dependencia de suministros externos”*.

El Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá –INCAP- hace referencia a los factores condicionantes de la disponibilidad de alimentos tal como se presenta en la siguiente gráfica:

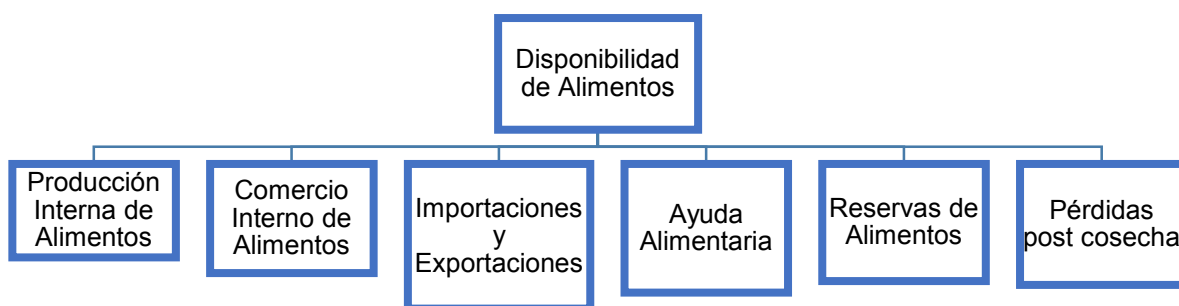


Figura 1. Condicionantes de la Disponibilidad de Alimentos. Fuente: INCAP 2002.

Acceso a los alimentos. Está definido por la disponibilidad de alimentos, el poder adquisitivo de las familias y de los individuos, las regulaciones de comercialización existentes en el país y el autoconsumo (Murillo, 2005).

Para comprender mejor el concepto, se define el poder adquisitivo de las personas como *la capacidad de la población para satisfacer sus necesidades básicas, es decir, la capacidad económica de la población para adquirir (comprar o producir) suficientes y variados alimentos para cubrir sus necesidades nutricionales* (INCAP, 2002).

Existen dos determinantes para que la persona (hogar o familia) pueda tener acceso a alimentos, la primera, son los ingresos, estos pueden ser económicos, por ejemplo, si la persona posee un trabajo o no, si éste mismo es asalariado o no, si es asalariado, tiene sueldo mínimo e incluso la inversión que realiza la persona en alimentación. En los no económicos, se debe tomar en cuenta si la persona recibe algún tipo de subsidio o pertenece a un programa (especialmente en el área rural) en donde reciba algún tipo de ayuda económica.

La segunda determinante son los precios de los alimentos, principalmente condicionada por la disponibilidad de los alimentos y los precios de otros bienes servicios, sin embargo, también los precios se condicionan por el lugar donde son vendidos y si son de comercio interno o importaciones.

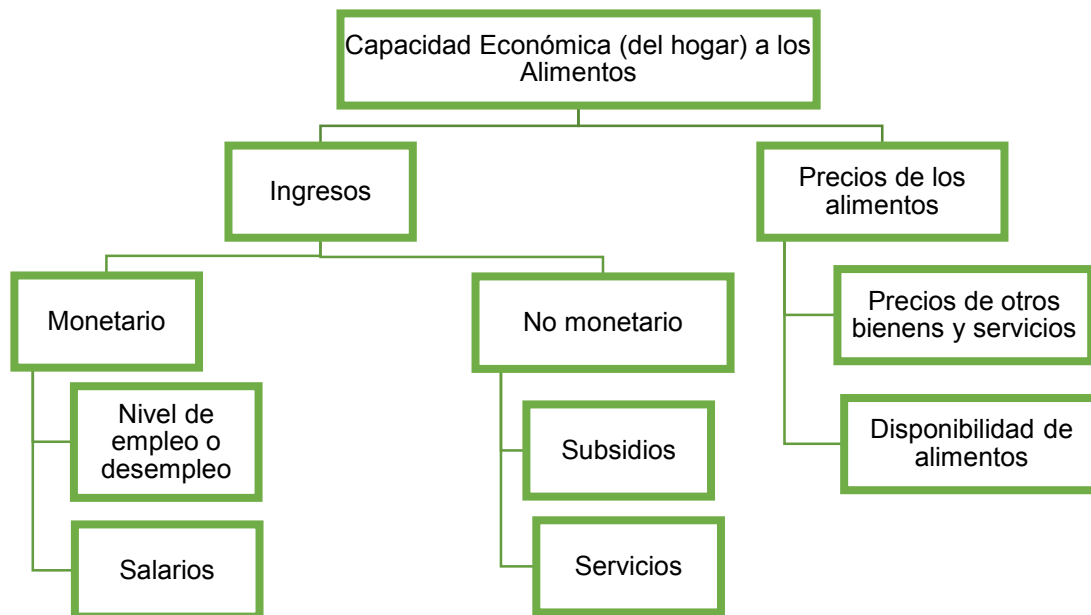


Figura 2. Determinantes del Acceso a los Alimentos. Fuente: INCAP, 2002.

Consumo de los alimentos. Está condicionado por los hábitos alimentarios, costumbres, tradiciones y estilo de vida de las familias (Murillo, 2005).

El consumo de alimentos está condicionado por otros factores que se relacionan con factores sociales como, el número de integrantes de una familia, cómo se reparten los alimentos entre los integrantes de las familias, el conocimiento (que depende en gran parte de la educación) acerca de qué alimentos son los que aportan diferentes nutrientes para mantener saludable a la familia, especialmente, el conocimiento de todos los integrantes de la familia acerca de la importancia de la práctica de LM, sin embargo, todo esto es influenciado por la publicidad ya sea a favor o en contra de una alimentación saludable.

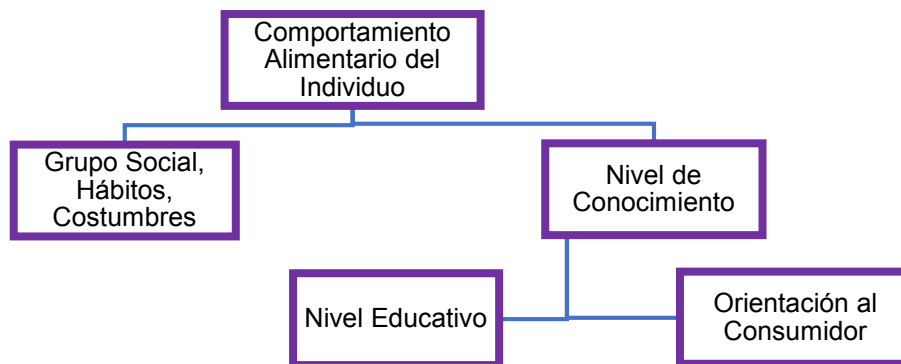


Figura 3. Algunos Factores que Condicionan el Consumo de Alimentos.

Fuente: INCAP, 2002.

Utilización biológica. Se define como “la utilización que hace el organismo de los nutrientes ingeridos en los alimentos, la cual dependen del alimento mismo (composición química, combinación con otros alimentos), y de la condición de salud de la persona que pueden afectar la absorción y la biodisponibilidad de nutrientes de la dieta. Además, las condiciones de salud individuales pueden provocar un aumento de los requerimientos nutricionales de los individuos” (INCAP, 2002).

Todo el concepto indica que la persona para poder aprovechar de manera óptima el consumo de alimentos y pueda a través de ellos sentirse mejor y más sana, deben existir tres condicionantes que se deben de tomar en cuenta para aprovechar los alimentos que la disponibilidad, el acceso y el consumo brinda. El primero es el conocimiento de la morbilidad relacionada con la nutrición, especialmente en las poblaciones más vulnerables como mujeres embarazadas, personas de la tercera edad y niños/as menores de cinco años; ya que una persona enferma, no aprovecha de manera eficiente y eficazmente los alimentos en comparación con una persona sana.

El estado nutricional actualmente de los niños/as menores de cinco años para Guatemala, que padecen de desnutrición crónica es del 49.6% (MSPAS, 2010), siendo esta una de las mayores causas de morbilidad entre los niños/as, por eso debe fortalecerse la LM, asegurando que la madre antes, durante y después del embarazo tenga buen aprovechamiento de los alimentos y sea lo más sana posible, incluso que mantengan buen peso para la talla, y que la introducción de alimentos del niño/a sea en condiciones de estado nutricional óptimas del niño/a.

La cobertura de los servicios de salud, saneamiento y atención primaria son sumamente importantes para mantener un estado de salud óptimos en la población, ya que existiría más control de las enfermedades (especialmente en el área rural, en comunidades lejanas al casco urbano), en donde probablemente existan casos de muerte de varias personas sin notificación alguna, poniendo en riesgo el brote de algún virus que pueda afectar a toda la comunidad, no solamente implica tener un puesto de convergencia, sino el equipo, material y personal necesario para atender cualquier tipo de emergencia.

La fortificación de alimentos ayuda indudablemente a mejorar el estado nutricional de las personas, siempre que ésta intervención tenga pertinencia cultural, tendrá siempre buenos resultados.

La AC constituye la columna vertebral del aumento de energía que se da en la etapa de los 6 meses de los niños/as, etapa en la que los niños/as son muy vulnerables a padecer de desnutrición aguda y esto complica la utilización biológica de los alimentos ingeridos y aún más si la introducción de la AC no es la adecuada.

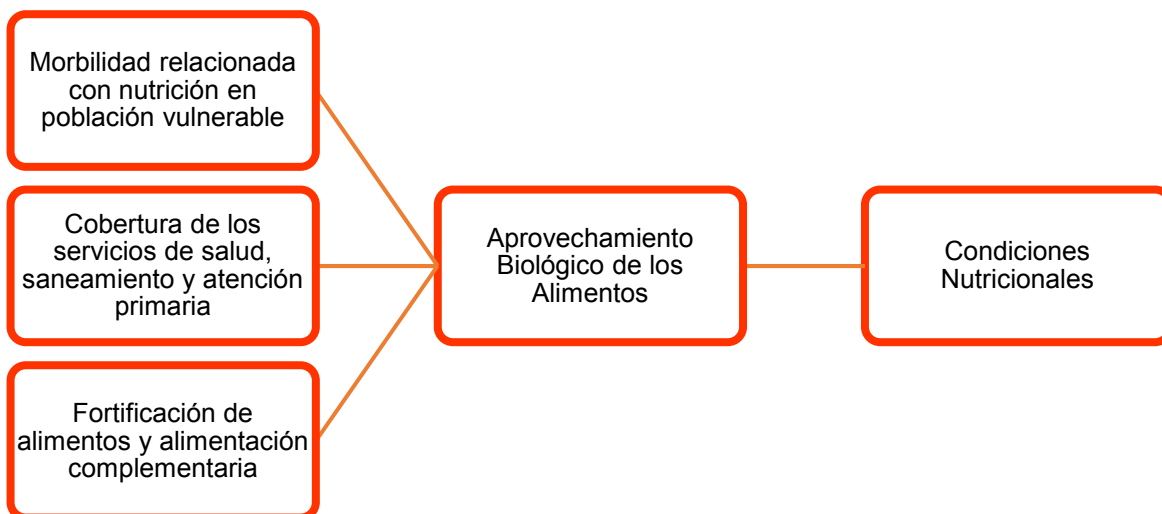


Figura 4. Determinantes de la Utilización Biológica de los Alimentos.

Fuente: INCAP, 2002.

Indicadores de Inseguridad Alimentaria y Nutricional –INSAN–. Los factores que contribuyen a la INSAN son de diversos orígenes, principalmente políticos, sociales y también tienen que ver los ambientales, como la mala utilización o la no redistribución de los recursos, la falta de democracia, la inestabilidad o simplemente los cambios de coyuntura económica y política, las guerras, la falta de infraestructura, la debilidad del poder adquisitivo de la población y las degradaciones ambientales (Murillo, 2005).

El INCAP en el año 1999, realizó un árbol de problemas que sugiere son los que contribuyen a que en un país exista INSAN:



Figura 5. Árbol de problemas de la Inseguridad Alimentaria y Nutricional en el Ámbito Local. Fuente: INCAP, 1999.

Contexto de SAN en Guatemala

Política Nacional de SAN. Guatemala ha tenido un proceso muy largo para generar una política nacional, aproximadamente 40 años, desde que la Secretaría General del Consejo Nacional de Planificación Económica –SEGEPLAN- en 1974

elaborara los “Lineamientos para una política Nacional de Nutrición”, seguido en 1990 por la creación del Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional – CONASAN-, el cual través del decreto 32-2005, crea el Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional –SINASAN- integrado por 14 entidades tanto gubernamentales como de la sociedad civil (Política SINASAN, 2012), tomando responsabilidades de implementar acciones encaminadas a erradicar la desnutrición (con un enfoque especial en la Ventana de los Mil Días); entre otros objetivos, creando y fortaleciendo condiciones que contribuyan a que toda la población acceda a oportunidades de desarrollo humano digno.

Los ejes transversales que deben aplicarse de forma intrínseca, integral y apropiada a la política del SINASAN, son los siguientes, (Política SINASAN, 2012):

“Ambiente: actuar con propiedad en la preservación y restablecimiento de las condiciones ambientales, potenciando el conocimiento ancestral de los pueblos indígenas y la ciudadanía sobre su ambiente, garantizando su sostenibilidad a través de patrones de desarrollo y sostenibles que conserven la capacidad de producción de los ecosistemas naturales para las generaciones futuras. (Política SINASAN, 2012).

Priorizar a la población vulnerable: definida como aquella población cuya capacidad de respuesta es limitada ante un evento natural o causal que la pone en condición de riesgo o peligro determinado. La priorización deberá centrarse en:

Niños y niñas de 0 a 3 años, particularmente indígenas

Mujeres embarazadas y lactantes, particularmente indígena extremadamente pobre

Pueblos indígenas en extrema pobreza

Grupos sociales en situación de pobreza extrema

Adulto (a) mayor (tercera edad) en situación de vulnerabilidad

Población inmunodeprimida

Población altamente desnutrida que requiere dieta especial

Discapacitados en situación de vulnerabilidad (Política SINASAN, 2012)

Salud: el objetivo es lograr un nivel de salud y condiciones adecuadas para que el organismo humano pueda utilizar adecuadamente las sustancias nutritivas contenidas en los alimentos que ingiere. (Política SINASAN, 2012)

Vulnerabilidad ante desastres: en términos de seguridad alimentaria y nutricional, definimos la vulnerabilidad ante desastres como la probabilidad de disminución aguda de la producción y acceso a los alimentos, la cual alcanza, en ciertas condiciones, valores críticos. Esta situación se debe a una reducida capacidad de respuesta ante situaciones imprevistas. (Política SINASAN, 2012)

Agua potable o apta para consumo humano y para la utilización en la producción de alimentos: se define como agua potable aquella que por su calidad química, física, bacteriológica y organoléptica es apta para el consumo humano y para la producción de alimentos. Es agua que ha sido sometida a algún proceso de potabilización no purificación, y cuya calidad es verificada por el ente correspondiente.

El agua, sin lugar a dudas, constituye un recurso importante para promover la seguridad alimentaria, desde la fase de producción agropecuaria hasta el consumo de los productos alimenticios. La calidad e inocuidad del agua es importante a lo largo de toda la cadena alimentaria: producción, transformación y procesamiento” (Política SINASAN, 2012).

Según la política, Guatemala deberá seguir 11 estrategias que le permitirán vivir en SAN:

Primero, estableciendo un SINASAN el cual da el marco normativo e institucional para llevar a cabo la coordinación interinstitucional y la ejecución de las diferentes acciones dirigidas a SAN.

Segundo, la sensibilización a todos y cada uno de los guatemaltecos y entidades extranjeras de las consecuencias graves de vivir en INSAN, y compromiso que se deben asumir para involucrarse y ser parte de la solución.

Tercero, la concertación y articulación de los actores principales, esto con el objetivo de que las acciones sean descentralizadas e incluyentes, promoviendo la participación de la mujer y de los pueblos indígenas en distintas acciones.

Cuarto, la generación de empleo, exclusivamente en la promoción de políticas públicas que contribuyan a SAN, se cuente con la generación de empleo local; quinto, la promoción de sistemas de producción sostenibles, con un enfoque principalmente en la producción agrícola, con marco de la interculturalidad.

Sexto, priorización de poblaciones y áreas geográficas, éstas deben ser con alta vulnerabilidad alimentaria y nutricional, con enfoque en niños/as menores de tres años y mujeres embarazadas y lactantes, focalizando acciones dirigidas a las personas que viven en pobreza, hambre y desnutrición.

Séptimo, formación de capital humano, a través del desarrollo de programas integrados de información, educación y adiestramiento para la integración y promoción de la participación ciudadana en las acciones de la SAN.

Octavo, respuesta ante emergencias, desarrollando las capacidades necesarias para que las respuestas gubernamentales y sociales sean eficientes y oportunas, frente a fenómenos de INSAN.

Noveno, establecimiento del sistema de información, monitoreo, evaluación y alerta de la SAN, con el fin de facilitar la toma de decisiones, evidenciar causas, población vulnerable, datos estadísticos, emitir alertas tempranas y medir la eficacia de las acciones implementadas.

Décimo, respeto a la diversidad étnica y cultural, para asegurar el respeto de identidad y derechos culturales, patrones de consumo, formas de organización, sistemas normativos y prácticas productivas.

Por último, la articulación con políticas nacionales de desarrollo económico, social y ambiental, asegurando así su vigencia en convenios y tratados en los que Guatemala forme parte.

Los ejes programáticos en los que trabaja la política de SAN, basándose principalmente en sus pilares, de la cual el punto 10.3.2 dice *“Fortalecer los programas de promoción de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses, extendiéndola hasta entrados los 2 años con alimentación complementaria”*, es importante para la investigación.

El quinto eje se basa en la prevención y tratamiento de la desnutrición, en el cual el punto 10.5.5 dice, *“Establecer un programa de alimentación complementaria para niños de 6 meses a 3 años, mujeres embarazadas y lactantes”*, realzando la importancia que estos dos temas tienen para mejorar SAN.

Los últimos cuatro ejes son, sistemas de información, monitoreo y alerta de INSAN, el fortalecimiento institucional, la asignación de recursos y la cooperación internacional.

Ley de SAN. Los ejes temáticos de coordinación en el que las acciones dirigidas a SAN deben regirse según la Ley son:

La solidaridad, dentro del cual existe un punto muy importante, *“debe fomentar la identificación de los miembros de la sociedad a sentir como propio el problema de inseguridad alimentaria y nutricional”*.

La transparencia, que todo tipo de información y métodos sean objetivos en las intervenciones.

Soberanía alimentaria, que se define como *“El Estado de Guatemala define soberanamente la modalidad, época, tipo y calidad de la producción alimentaria, en forma sostenida y con el menor costo ambiental y garantiza la seguridad alimentaria y nutricional de la población guatemalteca”*.

La tutelaridad del Estado de Guatemala.

La equidad en todos los aspectos.

La integralidad, partiendo de los pilares de la SAN.

La sostenibilidad, principalmente mediante normas, políticas públicas e instituciones necesarias, teniendo éstas, recursos financieros, técnicos y humanos necesarios.

La precaución a la modificación genética de semillas y que los productos alimentarios utilizados deben cumplir con todas las normas del Estado.

Descentralización, permitiendo que las municipalidades tomen un rol de liderazgo para afrontar los problemas propios.

La participación ciudadana en la formulación, ejecución y seguimiento de las acciones que beneficien en temas de SAN.

La Ley posteriormente menciona la creación del SINASAN, teniendo como objetivo primordial *“establecer y mantener, en el contexto de la Política nacional de*

Seguridad Alimentaria y Nutricional, un marco institucional estratégico de organización y coordinación para priorizar, jerarquizar, armonizar, diseñar y ejecutar acciones de SAN a través de planes...” su estructura es sencilla:



Figura 6. Estructura del SINASAN. Fuente: Elaboración propia en base a la Política Nacional de SAN, 2012.

El CONASAN es el ente rector y está constituido por instituciones que tienen responsabilidad para cumplir y velar por que se cumplan acciones que promuevan la SAN, en los ámbitos político, económico, cultural, operativo y financiero del país, se mencionan a continuación dichas instituciones:

Vicepresidencia de la República, quien lo preside

Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional, quién actuará como secretario del Consejo –SESAN-

Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación –MAGA-

Ministerio de Economía –MINECO-

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS-

Ministerio de Educación –MINEDUC-

Ministerio de Comunicaciones, Infraestructura y Vivienda –CIV-

Ministerio de Ambiente y Recursos Naturales –MARN-
 Ministerio de Trabajo y Previsión Social –MINTRAB-
 Ministerio de Finanzas Públicas –MINFIN-
 Secretaría de Coordinación Ejecutiva de la Presidencia –SCEP-
 Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente –SOSEP-
 Dos representantes del sector empresarial
 Cinco representantes de la sociedad civil, miembros de la Instancia de Consulta y Participación Social –INCOPAS-

Por mandato, las municipalidades locales deben ser parte de las acciones a nivel local en coordinación con SESAN.

De SESAN se menciona que es el ente coordinador del SINASAN, el cual *“tendrá la responsabilidad de la coordinación operativa interministerial del Plan Estratégico de SAN, así como de la articulación de los programas y proyectos de las distintas instituciones nacionales e internacionales vinculados con la Seguridad Alimentaria y Nutricional del país”*, de las atribuciones que por ley le confiere, *“será la encargada de establecer los procedimientos de planificación técnica y coordinación entre las instituciones del Estado, la sociedad guatemalteca, las organizaciones no gubernamentales y las agencias de cooperación internacional vinculadas con la seguridad alimentaria y nutricional, en los diferentes niveles del país (nacional, departamental, municipal y comunitario)”* (Política Nacional de SAN, 2012).

La INCOPAS tiene un papel importante en la Política de SAN, siendo éste quien brinde apoyo técnico, *“identificará e instrumentará acciones en temas relacionados con la SAN cuando le sea requerido por la SESAN.”* (Política Nacional de SAN, 2012). En cuanto a sus atribuciones, principalmente debe brindar asesoría técnica necesaria a través de los campos de acción de los sectores que son representados y promover la integración y participación de todos los sectores.

La ley especifica corresponsabilidad institucional, en dos pilares de SAN, el primero, consumo de alimentos y dice: *“En el ámbito sectorial, corresponde al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, al Ministerio de Educación y al Ministerio de Economía en coordinación con otras instituciones del Estado representadas o no en el CONASAN, impulsar las acciones para desarrollar capacidades en la población para decidir adecuadamente sobre la selección conservación, reparación y consumo de alimentos”*. (Política Nacional de SAN, 2012)

El segundo pilar de base es la utilización biológica de los alimentos y dice que: *“corresponde al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en coordinación con otras instituciones del Estado representadas o no en el CONASAN, impulsar las acciones que permitan a la población mantener las condiciones adecuadas de salud e higiene ambiental que favorezcan el máximo aprovechamiento de los nutrientes que contienen los alimentos que consume”* (Política Nacional de SAN, 2012).

Para el tratamiento de la desnutrición en la corresponsabilidad institucional también compete al MSPAS *“impulsar las acciones que permitan fortalecer y actualizar de forma continua los recursos humanos institucionales y de otras instancias sobre el diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación del desnutrido”* (Política Nacional de SAN, 2012).

Citando a Jiménez, A. et.al. s.f. *“de ser operado como la Ley lo indica, Guatemala, estaría ante una institucionalidad fortalecida, no obstante lo anterior existen disparidades y diferencia de focalización e intervención en el seguimiento de los planes y programas que los gobiernos cambiantes trazan”*.

Desnutrición

Existen dos tipos de desnutrición, la desnutrición aguda –DA-, la cual es un problema de salud *“resultante del desequilibrio entre el aporte y el gasto de nutrientes en el organismo. Refleja una pérdida reciente de peso manifestado por un peso reducido en relación a la talla”* (Desnutrición, s.f.).

El MSPAS la define como: *“un conjunto de manifestaciones clínicas, alteraciones bioquímicas y antropométricas causadas por la deficiente ingesta y/o aprovechamiento biológico del macro y micronutrientes ocasionando la insatisfacción de requerimientos nutricionales”* (Protocolo de Tratamiento en CRN⁴ para la desnutrición aguda, 2009).

La DA puede ser moderada o severa, según las normas y protocolos del MSPAS. La DA moderada se produce cuando la relación peso-talla (o longitud para los menores de dos años), está entre -2 a -3 DE (desviaciones estándar), de la medida establecida por los estándares internacionales de peso y talla de la OMS. La DA severa, es el estado más grave de la DA y se da cuando la relación peso y talla está por debajo de -3 DE, ésta puede tener tres manifestaciones clínicas como el marasmo, kwashiorkor o una mixta, que es la combinación de las anteriores.

El niño que padece de marasmo, no sufre de edema, y es *un estado en el que el niño presenta una delgadez extrema y la piel pegada a los huesos como consecuencia de la desaparición del tejido muscular y adiposo. El niño con marasmo presenta una profunda alteración somática y funcional del organismo provocado por una grave deficiencia de calorías que, unida al fracaso del hígado y páncreas, afecta a todos los procesos corporales, incluyendo el metabolismo y el crecimiento, provocando un retraso tanto físico como cognitivo.* (Desnutrición... s.f.)

⁴ Centros de Recuperación Nutricional

El MSPAS, define el marasmo como: “...emaciación de tejidos magros y ausencia de tejido muscular que le da apariencia de anciano. Suele ser consecuencia de una disminución del aporte energético combinado con un desequilibrio en el aporte de proteínas, carbohidratos, grasas y carencia de vitaminas y minerales” (MSPAS, 2009).

Otro tipo de DA severa es el kwashiorkor⁵, que está caracterizado por la presencia de edemas en las extremidades y el vientre distendido, producto de la acumulación anormal de agua y sodio, y atonía muscular. Son niños con un cabello quebradizo, decolorado, que se arranca con facilidad (Desnutrición... s.f.).

El MSPAS, 2009, la define como “destete abrupto (aunque no muy claro como el anterior, también acá se relaciona con la lactancia materna) y es un cuadro clínico que se presenta como consecuencia de alimentación deficiente en proteínas. El niño o niña presenta edema (hinchazón) en la cara y extremidades o bien lesiones pelagroides como costras y descamación en las piernas. El cabello es quebradizo y decolorado (signo de bandera) y se desprende fácilmente” (MSPAS, 2009).

La desnutrición tiene un impacto emocional, ya que un niño con DA severa padece de alteraciones del comportamiento, *mientras que el niño con kwashiorkor se muestra apático, triste, estático e indiferente, el niño que sufre marasmo se muestra irritable e inquieto. Ambos suelen perder el apetito y las ganas de jugar* (Desnutrición... s.f.)

El otro tipo de desnutrición que existe, y que es la que más preocupa a nivel mundial, es la desnutrición crónica –DC-, también llamada en Guatemala, específicamente en el PHC, “Hambre Crónica”, la cual *supone un retraso en el*

⁵ Palabra de origen ghanés que quiere decir “lejos del pecho”, ilustrando así la crucial importancia de la lactancia materna para la nutrición (Desnutrición... s.f.)

crecimiento y se caracteriza por una estatura menor a la normal para la edad del niño (Desnutrición... s.f.), la importancia real de este tipo de desnutrición, se evidencia en los graves efectos que tiene en el niño/a.

Causas y Efectos de la Desnutrición Crónica. La DC que se produce por el déficit de nutrientes por un período largo de tiempo, provoca que los movimientos del niño/a sean más lentos que los de un niño/a sano, que preste menos atención en la escuela y su capacidad de concentración sea menor.

Aunque los síntomas son menos visibles exteriormente que los de la DA, los niños/as con DC son más vulnerables a las infecciones, las cuales reducen el apetito, prolongan la desnutrición e inhiben el crecimiento.

En la edad escolar, el pobre desarrollo cerebral limitará la capacidad de aprender y será más difícil conseguir un buen puesto de trabajo, perpetuando así el círculo vicioso pobreza-desnutrición. *Se calcula que la pérdida de productividad de un niño/a desnutrido a lo largo de su vida será de un 10% de su potencial de ingresos. Debido a la desnutrición, un país puede perder hasta el 3% de su Producto Interno Bruto (Desnutrición... s.f.).*

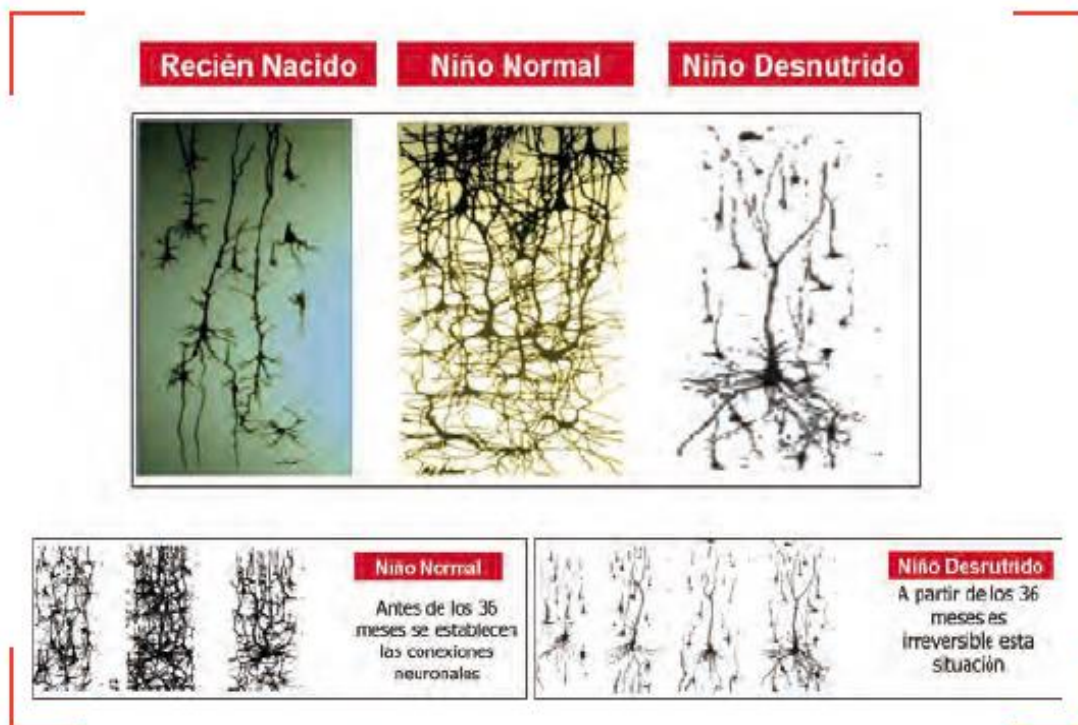


Figura 7. Efectos en las conexiones neuronales cerebrales según el estado nutricional de un niño. Fuente: Desnutrición... s.f.

Es importante conocer que, la DC en los primeros mil días de vida de un niño/a, tiene consecuencias irreversibles y es precisamente por eso que las intervenciones deben ir dirigidas principalmente a las madres embarazadas o con hijos menores de dos años.

La DC es multicausal, lamentablemente no sólo depende de una inadecuada ingesta que la persona encargada del niño/a pueda brindarle, ya que es importante conocer el porqué de los diferentes escenarios que un niño/a pueda vivir.

Existen causas estructurales (por llamarlas así), entre las cuales se puede encontrar, los medios de subsistencia. En Guatemala, aproximadamente el 13% de la población en general, vive en pobreza extrema, y un 50% vive en pobreza, principalmente el área rural es la más afectada, por lo que todas estas personas

escasamente tienen recursos, medios y preparación para cubrir sus necesidades básicas.

La segunda causa estructural es la falta de agua segura, ésta carencia es *“uno de los mayores factores desencadenantes de la desnutrición. Las enfermedades relacionadas con el agua son hoy la segunda causa de mortalidad infantil en el mundo”* (Desnutrición... s.f.).

Tercero, mujer sin poder. Increíblemente la persona que tiene en sus manos la solución, al mismo tiempo padece de desnutrición. El género femenino es el más afectado por esta problemática, quienes al mismo tiempo son las encargadas de la nutrición de sus hijos/as.

Los desastres naturales, son la cuarta causa, *“el cambio climático está aumentando la recurrencia e intensidad de los desastres naturales, lo que ha convertido la prevención y preparación ante los mismos en una prioridad para la acción humanitaria”* (Desnutrición... s.f.), definitivamente afecta a los pequeños agricultores que dependen de ese producto para subsistir.

Por último, la volatilidad de los precios de los alimentos como quinta causa. El aumento de la demanda en la industria agroalimentaria, los biocombustibles, la especulación y el incremento de los costes de transporte provocan un aumento generalizado de los precios de alimentos básicos que, lejos de beneficiar a la población que depende exclusivamente de la agricultura, dificultan aún más la disponibilidad y acceso a los mismos.

“La desnutrición que se sufre en los primeros mil días de vida influirá en el desarrollo físico, cognitivo y emocional del niño y, por extensión en su productividad durante la edad adulta y en el desarrollo del país. No se trata solo de argumentos humanitarios. Se estima que la pérdida de productividad de un niño desnutrido equivale al 10% de los ingresos medios que conseguirá durante su vida y que una apuesta por la nutrición podría aumentar entre un 3 y un 10% el PIB de un país en desarrollo. Ello hace de la nutrición la más rentable de las inversiones posibles para el planeta” (Desnutrición... s.f.).

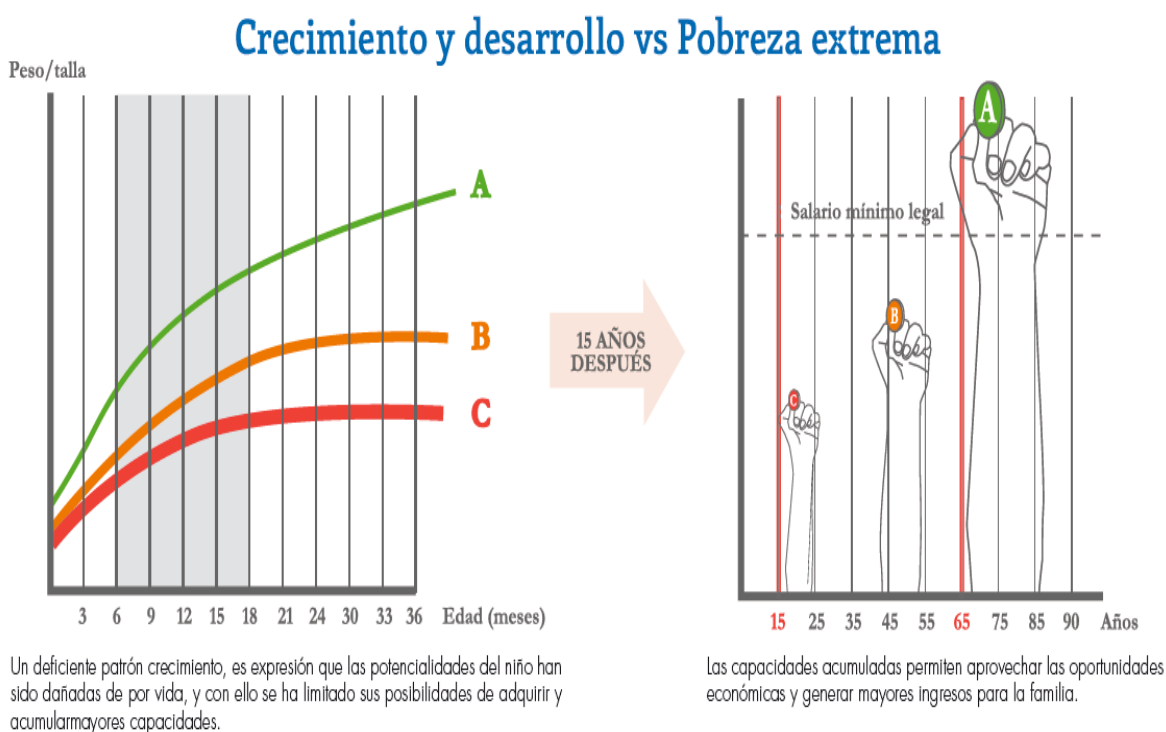


Figura 8. Rentabilidad de inversión nacional para combatir la desnutrición.

Fuente: Desnutrición... s.f.

Desnutrición en Guatemala. El MSPAS es el encargado de llevar y resolver los casos de niños/as con desnutrición aguda a través del Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional –PROSAN-, existen diferentes protocolos que los trabajadores en salud deben aplicar adecuadamente.

Las líneas de acción y estrategias de la vigilancia epidemiológica de la desnutrición en Guatemala se resumen en el siguiente cuadro:

Cuadro 1.

Líneas de Acción y Estrategias para la Vigilancia Epidemiológica de la Desnutrición en Guatemala.

Líneas de Acción	Estrategias	Actividades	Metas
Vigilancia epidemiológica activa	Búsqueda activa de casos de DA en niños/as menores de 5 años y mujeres embarazadas en las comunidades priorizadas	Modalidad 1: Extensión de Cobertura. La búsqueda activa de casos la realiza el equipo básico de salud (Facilitadores comunitarios, educadoras, facilitadores institucionales y médicos ambulatorios) cuando rutinariamente brindan el servicios en los centros de convergencia y a través de visitas domiciliare	Identificación de casos de DA en niños/as menores de 5 años en el 100% de las localidades priorizadas.
		Modalidad 2: Servicios de Salud. (Centros y puestos): La búsqueda activa de casos la realiza el personal contratado para hacer la cobertura institucional (educadora, enfermera o auxiliar de enfermería), estos equipos pueden identificar los casos mediante visitas domiciliare o mini concentraciones en las que se aprovecha para suplementar con micronutrientes, sesiones de monitoreo de crecimiento, vacunación y distribución de alimentos complementarios.	
		Modalidad 3: Contratación de equipos básicos. Estos equipos realizaran la búsqueda activa de casos en forma itinerante recolectando información en los municipios detectados como riesgo nutricional.	
		Modalidad 4: Clínicas móviles. Búsqueda activa de casos a través de atención por clínicas móviles donde exista y jornadas médicas coordinadas por el área de salud u otras instituciones y organismos relacionados.	
Vigilancia epidemiológica pasiva		Modalidad 1: Monitoreo del crecimiento en los niños/as menores de 5 años. Peso para talla, talla para edad y peso para la edad.	Identificar al 100% de los casos de DA y DC en los niños/as menores de 5 años que acuden a las

			unidades de salud.
		Modalidad 2: Identificación de mujeres embarazadas con DA.	Identificar al 100% de los casos de DA en embarazadas que acuden a las unidades de salud.
		Modalidad 3: Vigilancia de la mortalidad en menores de 5 años por enfermedades respiratorias, diarreicas y desnutrición.	Incorporar al 100% de las unidades notificantes en la vigilancia de la mortalidad.
Monitoreo y supervisión	Realizar el seguimiento de la implementación del SVED ⁶ .	Lograr que hospitales y áreas de salud cuenten con información de DA y DC incorporada a las salas situacionales.	100% de las unidades con sistema de vigilancia implementado.
Capacitación	Desarrollar las competencias y habilidades en el personal de salud para aplicar el SVED.	Contar con un plan de capacitación permanente a epidemiólogos, estadígrafos, responsables de programa y enfermeras en áreas de salud y hospitales que incorpore nuevas tecnologías.	Realizar al menos 2 capacitaciones anuales.
Sistema de información	Incorporación de las tecnologías de la información para la implementación del SVED.	Gestionar el acceso a las tecnologías de la información y su mantenimiento periódico.	100% de los distritos de salud con la tecnología apropiada.
Alianzas estratégicas	Involucrar al resto del sector salud y otros sectores en la vigilancia epidemiológica de la desnutrición.	Formalizar alianzas estratégicas que permitan ampliar la cobertura de la vigilancia incluyendo el componente comunitario. Identificación y mapeo de cooperantes o actores.	Contar con al menos una alianza funcionando por región.

Fuente: Elaboración propia en base al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la desnutrición en Guatemala, del MSPAS, 2009.

⁶ SVED = Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Desnutrición.

Para el procesamiento y reporte de datos recolectados en el primer y segundo nivel de atención, específicamente para los de DC se *notifica y registra en el SIGSA 3 y en el SIGSA 5 Cuaderno del niño/niña, consolidando semanalmente en el SIGSA 18 en forma mensual y para la captura se efectúa en los instrumentos oficiales de consolidación (5c y 7) como se presenta en el cuadro de operacionalización de indicadores. Los instrumentos de registro primario para los indicadores descritos son: SIGSA 5-A Y 3 P/S Y C/S. Para la información hospitalaria, el registro es el SIGSA 3HS. (MSPAS, 2009)*

Así mismo se cuenta con formatos primarios y secundarios para la vigilancia activa y captura de la información.

El registro diario se genera a través del modelo de reporte enviado por el Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS).

Toda la información de casos de niños (as) con peso bajo y retardo en crecimiento, bajo peso al nacer y mujeres con desnutrición al inicio del embarazo debe ser consolidada en la parte posterior del SIGSA 5C. Los datos de bajo peso al nacer se encuentran en la partida de nacimiento de los registros municipales, estos se trasladan al SIGSA 1 y luego deben reportarse al nivel inmediato superior. (MSPAS, 2009)

Importancia de la Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en el combate contra la desnutrición.

Una adecuada nutrición durante la infancia y niñez temprana es esencial para asegurar que los niños/as alcancen todo su potencial en relación al crecimiento, salud y desarrollo. Cuando la nutrición es deficiente, se incrementa el riesgo de padecer enfermedades y en muchos casos es responsable (directa o indirectamente) de muertes en niños/as menores de cinco años. La nutrición inapropiada puede también, provocar desnutrición u obesidad, principalmente la

desnutrición durante los primeros dos años de vida es causa de DC, la cual provocará que el adulto no alcance su potencial para el crecimiento en talla, entre otros graves efectos.

La OPS, 2010 indica que *los primeros dos años de vida brindan una ventana de oportunidad crítica para asegurar el apropiado crecimiento y desarrollo de los niños, mediante una alimentación óptima. Teniendo en cuenta datos confiables sobre la eficacia de las intervenciones, se estima que el logro de la cobertura universal de una lactancia materna óptima podría evitar, globalmente, el 13% de las muertes que ocurren en los niños menores de 5 años, mientras que las prácticas apropiadas de una alimentación complementaria podrían significar un beneficio adicional del 6% en la reducción de la mortalidad de los menores de cinco años.*

Las recomendaciones que mundialmente, tanto la OMS como UNICEF reconocen para la alimentación óptima infantil, tal como se encuentran establecida en la Estrategia Mundial son:

LME durante los primeros 6 meses de vida y el inicio de la AC, adecuada y segura, a partir de los 6 meses de edad, manteniendo la LM hasta los dos años de edad o más.

La OMS/UNICEF/USAID, 2008 definen la LME como aquella en la que *“el lactante recibe solamente leche del pecho de su madre o de una nodriza, o recibe leche materna extraída del pecho y no recibe ningún tipo de líquidos o sólidos, ni siquiera agua, con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos”*.

La alimentación complementaria está definida como *“el proceso que se inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante, por lo tanto son necesarios otros alimentos y líquidos, además de la leche materna. El rango etario para la alimentación complementaria, generalmente*

es considerado desde los 6 a los 23 meses de edad, aun cuando la lactancia materna debería continuar más allá de los dos años” (OMS/UNICEF/USAID, 2008).

Según la OPS 2010 si la técnica de la LM es satisfactoria, la LME durante los primeros 6 meses de vida cubre las necesidades de energía y de nutrientes para la gran mayoría de niños y no son necesarios otros alimentos ni líquidos.

Varios estudios han demostrado que, si los lactantes sanos reciben LME, no requieren agua adicional durante los primeros 6 meses de vida, incluso en climas cálidos. La leche materna, que está compuesta por un 88% de agua, es suficiente para satisfacer la sed del lactante. Los líquidos adicionales desplazan la leche materna y no incrementan la ingesta total. Sin embargo, el agua y los tés son administrados frecuentemente a los lactantes, muchas veces desde la primera semana de vida. Esta práctica se ha asociado con riesgo de diarrea, que en condiciones de malnutrición del niño/a puede provocar la muerte.

Las ventajas de la lactancia materna exclusiva, en comparación con la LM “parcial”, se reconocen desde el año 1984. *“Una revisión de estudios disponibles encontró que el riesgo de muerte por diarrea entre lactantes de menos de 6 meses de edad, alimentados con lactancia materna parcial, fue 8.6 veces mayor, en comparación con niños alimentados con lactancia materna exclusiva. Para aquellos que no recibieron lactancia materna, el riesgo fue 25 veces mayor” (OPS, 2010).*

“Un estudio realizado en Brasil en el año 1987, encontró que el riesgo de muerte entre lactantes alimentados con lactancia materna parcial fue 4.2 veces mayor que aquellos que recibieron lactancia materna exclusiva, mientras que el riesgo de muerte entre los lactantes que no recibieron lactancia materna fue 14.2 veces mayor” (OPS, 2010).

“Asimismo, un estudio realizado en Dhaka, Bangladesh encontró que se podría reducir las muertes por diarrea y neumonía en un tercio si los lactantes recibiesen lactancia materna exclusiva, en vez de lactancia materna parcial, durante los primeros 4 meses de vida. La lactancia materna exclusiva reduce el riesgo de diarrea y de infecciones agudas si su duración es de 6 meses de vida, en comparación con una duración de tres o cuatro meses respectivamente” (OPS, 2010).

Si la técnica de LM que la madre aprende es satisfactoria, los primeros 6 meses de vida del niño/a cubrirá todas las necesidades nutricionales, el grave problema de administrar líquidos u otros alimentos en esta etapa, es que desplazan la leche materna y sus beneficios nutricionales, sociales, económicos, ambientales, etc.

Uno de éstos beneficios que son importantes en el ambiente social de Guatemala, es que si las madres que amamantan de manera exclusiva y frecuente, tienen menos del 2% de riesgo para volver a embarazarse durante los 6 meses siguientes al parto, siempre y cuando sigan con amenorrea (OPS, 2010).

A partir de los 6 meses de edad, las necesidades nutricionales del niño/a incrementan más allá de lo aportado por la LM. Es en esa etapa donde la AC se vuelve necesaria para cubrir esas necesidades nutricionales. Si no se introducen alimentos a esta edad o ésta es inadecuada, el crecimiento del niño/a se ve afectado, ya que tiene un papel importante para combatir la desnutrición, porque si no se educa a la madre en el tema de AC de los 6 a los 23 meses, es en ese momento donde existe un incremento de incidencias en el retraso del crecimiento (DC), deficiencias de micronutrientes y enfermedades infecciosas.

“Incluso después de la introducción de los alimentos complementarios, la lactancia materna continúa siendo una fuente crítica de nutrientes para el niño pequeño. La leche materna aporta el 50% de las necesidades de energía del

lactante hasta el año de edad, y hasta un tercio durante el segundo año de vida. La leche materna continúa aportando nutrientes de mayor calidad que los aportados por los alimentos complementarios y, también, aporta factores protectores. Por lo tanto, se recomienda que la lactancia materna a demanda continúe hasta los 2 años de edad o más” (OPS, 2010).

La OPS afirma que los alimentos complementarios requieren ser nutricionalmente seguros y administrados de manera apropiada, para que cubran las necesidades de energía y de nutrientes del niño pequeño. Sin embargo, la AC frecuentemente adolece de muchos problemas; por ejemplo, si los alimentos están muy diluidos, no se alimenta al niño con la frecuencia necesaria o las raciones son muy pequeñas o el reemplazo de la leche materna por una de menor calidad. Tanto los alimentos como las prácticas de alimentación influyen sobre la calidad de la AC, las madres y las familias necesitan apoyo para aplicar buenas prácticas de éstas.

Pacto Hambre Cero

Según el documento oficial del PHC, 2012, es el movimiento nacional para erradicar el hambre, “Un Pacto de todos los sectores del Estado de Guatemala”, y el PPHC es el instrumento del Gobierno para operativizar dicho Pacto.

El PHC está firmado por diferentes sectores de la sociedad, los cuales reconocen una corresponsabilidad para combatir la desnutrición.

Lo pactado en el 2012 es lo siguiente:

- 1. Disminuir en 10% la prevalencia de la desnutrición crónica infantil en un plazo de cuatro años, lo cual será la base para una reducción del 24% en los próximos diez años.*
- 2. Evitar y reducir las muertes por desnutrición aguda mediante acciones de prevención de la desnutrición y la atención en salud de los niños y niñas menores de cinco años, mujeres embarazadas y madres lactantes.*

3. Enfrentar la pobreza y promover el desarrollo que lleve a su erradicación, reconociendo que en Guatemala la pobreza y la exclusión tienen fundamentalmente rostro rural, indígena y de mujer. (PHC, 2012)

Plan del Pacto Hambre Cero. Como se menciona anteriormente, el PPHC, es la operativización de la participación de todos los sectores que tengan acciones en contra de la desnutrición, en la primera etapa de éste, se cubren “municipios priorizados” los cuales, son los más afectados por la DC y DA, gradualmente deben descentralizarse las acciones para cubrir todo el país.

“Para hacer realidad el Pacto Hambre Cero, la SESAN, coordinó con Ministerios, Secretarías de Estado y distintas entidades públicas, privadas y de cooperación internacional, la formulación del Plan Hambre Cero, el cual fue aprobado en el seno del CONASAN. Este Plan es la concreción política y operativa del Plan Estratégico de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PESAN) 2012-2016” (PHC, 2012).

Los objetivos del PPHC 2012 son los siguientes:

- a. “Reducir en 10% la prevalencia de la desnutrición crónica infantil, para finales del 2015, promoviendo el desarrollo infantil temprano.*
- b. Prevenir el hambre estacional y reducir la mortalidad en la niñez menor de 5 años, por la desnutrición aguda.*
- c. Promover la seguridad alimentaria y nutricional, fundamento del desarrollo integral de toda la población guatemalteca.*
- d. Prevenir y atender las emergencias alimentarias, relacionadas con el cambio climático y los desastres naturales” (PHC, 2012).*

La Ventana de los Mil Días. Tanto el PHC como su Plan, tienen como primer objetivo la reducción de la DC, la estrategia para erradicarla es un grupo de intervenciones llamada “Ventana de los Mil Días”, la cual tiene su base en la Scaling

Up Nutrition⁷ y el PRDC⁸, la cual da un énfasis en la prevención, manejo de enfermedades prevalentes en la infancia, deficiencias nutricionales y alimentos fortificados. “Además, las acciones específicas incluirán la expansión de la cobertura de los servicios básicos de salud y nutrición (inmunizaciones, control de crecimiento, promoción de la lactancia materna y alimentación complementaria, con énfasis en los primeros 2 años de vida, entre otros), consejería para el auto cuidado de la salud y la nutrición en el hogar, educación alimentaria y nutricional” (PHC, 2012)



Figura 9. La Ventana de los Mil Días. Fuente: PPHC, 2012.

⁷ También llamado SUN por sus siglas en inglés, es un movimiento fundado en el principio de que todas las personas tienen derecho a una buena alimentación. Reúne a representantes de los gobiernos, la sociedad civil, las Naciones Unidas, a donantes, empresas e investigadores en un esfuerzo colectivo para fomentar la nutrición.

⁸ Programa de Reducción de la Desnutrición Crónica (PRDC) formulado por el Ing. Andrés Botrán.

Considerando que, los grupos objetivos de las intervenciones contra la DC son los niños/as menores de 2 años, las mujeres embarazadas, madres lactantes y mujeres en edad fértil, que dentro de la priorización de la población están las que se encuentra en riesgo de INSAN; la cobertura inició en 166 municipios priorizados (dentro de los cuales está Rabinal del departamento de Baja Verapaz), que cuentan con prevalencias altas de DC según el Tercer Censo Nacional de Talla en Escolares 2008; se priorizaron 10 acciones o intervenciones que tienen relación con la Ventana de los Mil Días, las cuales son:

1. *“Promoción y apoyo de la lactancia materna.*
2. *Mejoramiento de la alimentación complementaria, a partir de los seis meses de edad.*
3. *Mejoramiento de prácticas de higiene incluyendo el lavado de manos.*
4. *Suplementación de Vitamina A.*
5. *Suplementación de zinc terapéutico en el manejo de la diarrea.*
6. *Provisión de micronutrientes en polvo.*
7. *Desparasitación y vacunación de niños y niñas.*
8. *Suplementación de hierro y ácido fólico para prevención y o tratamiento de la anemia en mujeres embarazadas.*
9. *Prevención de la deficiencia de yodo, a través de sal yodada.*
10. *Fortificación con micronutrientes a los alimentos básicos”.*

(PPHC, 2012)

Componentes Directos del Plan del Pacto Hambre Cero. Para el fortalecimiento de la coordinación interinstitucional que plantea el PPHC, en los cuales están involucrado el MIDES, MAGA, MINECO, MSPAS, MINTRAB, MICIVI, MARN, MINEDUC, SOSEP, SEPREM, SBS, SESAN, MINFIN, SEGEPLAN, se establecen objetivos con responsabilidad institucional, para la investigación solamente se toman los relacionados con lactancia materna y alimentación complementaria.

Objetivo del PHC	Instituciones Responsables
Reducir en 10% la prevalencia de la desnutrición crónica infantil, para finales del 2015, promoviendo el desarrollo infantil temprano.	SEPREM, MSPAS, FONAPAZ, MINEDUC, MIDES, MINECO, MINFIN, SOSEP, MAGA, MINTRAB, MICIVI, MARN, CONJUVE, SEGEPLAN, SCEP, INFOM, SBS.

Fuente: PPHC, 2012.

Los componentes directos del PPHC se dividen en tres, de los cuales, los componentes directos propiamente son los que se enfocan en LM y AC, los cuales *“tienen una relación y efecto inmediato con la situación que se identifica. Se espera ejercer un efecto positivo en el estado de salud y nutrición de niños y niñas menores de dos años, a través de mejoras en la oferta de servicios de atención a la salud y reforzamiento de las prácticas de cuidado infantil, acciones de educación alimentaria y nutricional, así también la mejora de higiene personal y doméstica”* (PPHC, 2012.).

Otras divisiones de los componentes son de viabilidad y sostenibilidad, y éstos *“tienen como objetivo asegurar que las acciones de los componentes directos tengan un impacto real en la salud y nutrición de la población meta”* (PPHC, 2012.).

Los ejes transversales serán *“aquellos temas y áreas cuyo contenido debe ser aplicado en forma integral y apropiada en cada uno de los componentes del Plan Hambre Cero”*, para tener una idea más clara de lo descrito anteriormente, se muestra el siguiente esquema:

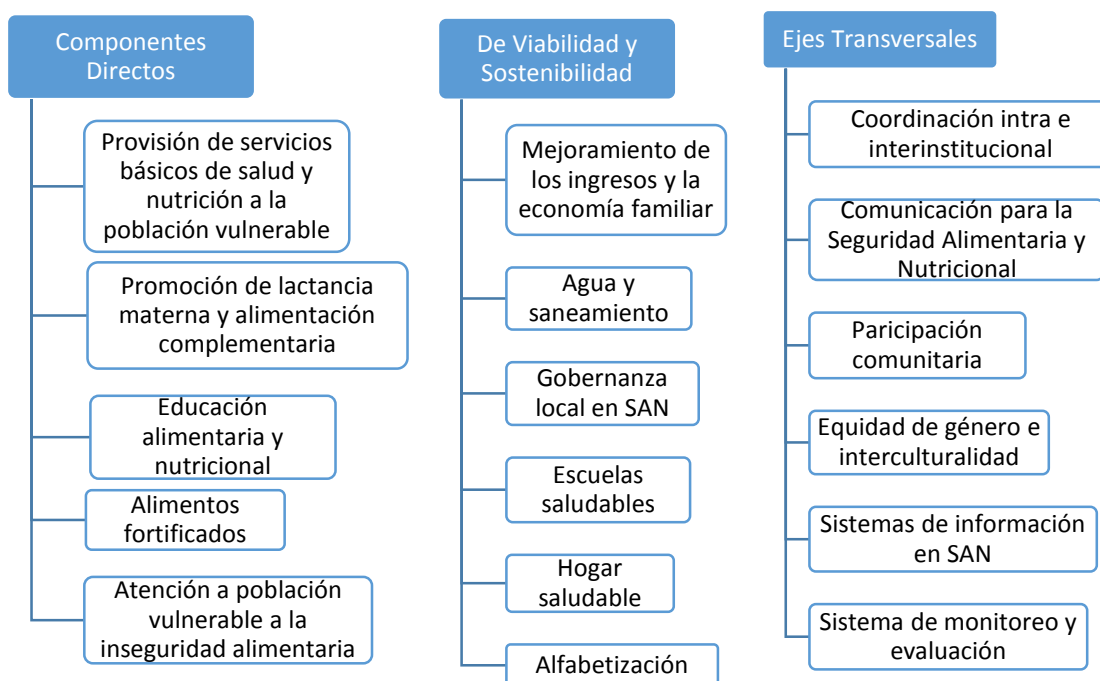


Figura 10. Esquema de los Componentes Directos del PPHC. Fuente: Elaboración propia en base al PPHC, 2012.

Siguiendo los objetivos de investigación, se toma como referencia el componente directo dos, que aborda el tema de LM y AC, citando textualmente el PPHC de la siguiente manera:

Cuadro 2. Componente Directo Dos del PPHC.

Componente	Promoción de lactancia materna y alimentación complementaria.
Temas	Promoción y protección de la lactancia materna exclusiva y continuada hasta al menos dos años, y alimentación complementaria.
Acciones-Áreas de Trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio de la lactancia materna en la primera hora posparto • Aplicación de los principios de alimentación infantil

	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses • Consejería sobre las ventajas y buenas prácticas de la lactancia materna • Mejoramiento de la alimentación complementaria a partir de los seis meses de edad (calidad, cantidad y frecuencia)
Actores Gubernamentales	MSPAS, MIDES, SEPREM y SOSEP
Actores de Apoyo	Red de cooperantes en salud. Sociedad civil organizada. Sector empresarial Cooperación internacional.

Fuente: PPHC, 2012.

Situación de SAN en Guatemala

El incumplimiento del derecho a la alimentación, se evidencia en el país por la alta prevalencia de desnutrición, una de las más altas en el ámbito mundial, situación que limita las posibilidades de desarrollo humano, que incide negativamente en la capacidad productiva y en el rendimiento y aprendizaje escolar, lo cual provoca morbilidad severa y altas tasas de mortalidad materna e infantil (Ley SINASAN, 2012).

Tomando como fuente el SIINSAN en donde se reportan todos los casos a nivel nacional y son los oficiales, se presentan la siguiente figura, (se tomó en cuenta sólo la información de SAN, publicada en la página):

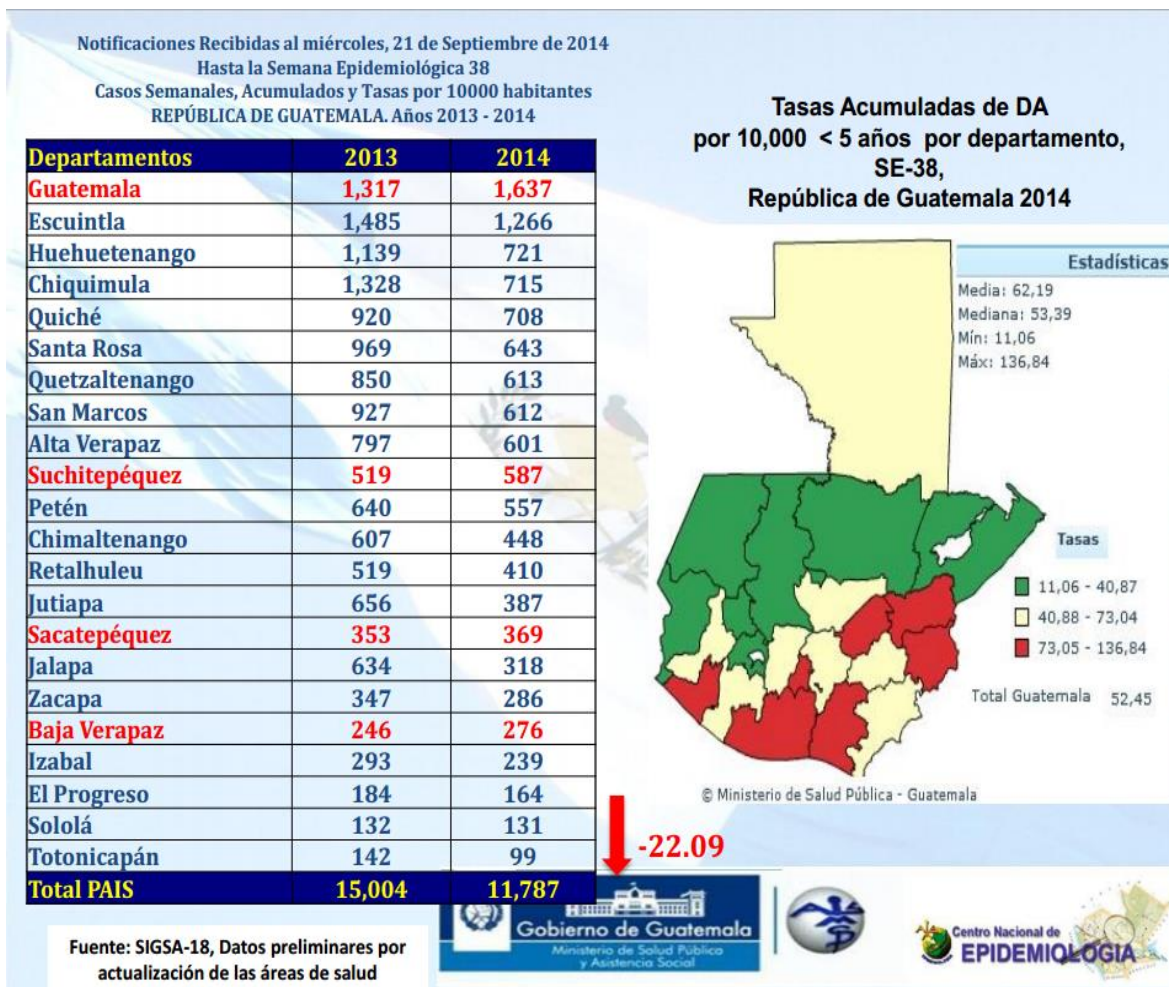


Figura 11. Casos de DA de la República de Guatemala, reportados por las DAS del MSPAS, del 1 de enero al 20 de septiembre (semana epidemiológica del MSPAS #38) del 2014. Fuente: SIINSAN, 2014.

Como dato importante se observa que para el año 2013 el total de casos fueron de 15,004 y para el mes de septiembre 2014 se reportaron 11,787, ¿se espera reducción de los casos para el año 2014?

De acuerdo con el MSPAS, a la semana epidemiológica 21 del 2014, existe una reducción del 20%, en el reporte de casos de desnutrición aguda, respecto al mismo período del 2013. Este porcentaje se ha mantenido en las últimas 4 semanas. Sin embargo, persiste el subregistro, ya que solamente el

74% de los servicios de salud han cumplido con reportar de forma oportuna. Adicionalmente, en el trimestre siguiente se esperaría un incremento en el número de casos de desnutrición aguda y podría ocurrir un comportamiento similar o superior al de 2013 (Pronóstico de SAN, 2014).

El departamento de Baja Verapaz, muestra un aumento en el número de casos, comparado según la semana epidemiológica 38 que utiliza el MSPAS, esto lo posiciona en la zona la “alerta”.

RESUMEN	SEMANA ANTERIOR (37)	SEMANA 38/2014
TOTAL CONFIRMADOS	92	103
INVESTIGACIÓN	79	68
TOTAL	171	171
DESCARTADO	104	108

Total Fallecidos niños menores de 5 años: 3,112

Figura 12. Resumen de casos de muerte por desnutrición de la República de Guatemala, reportados por las DAS del MSPAS, del 1 de enero al 20 de septiembre (semana 38) del 2014. Fuente: SIINSAN, 2014.

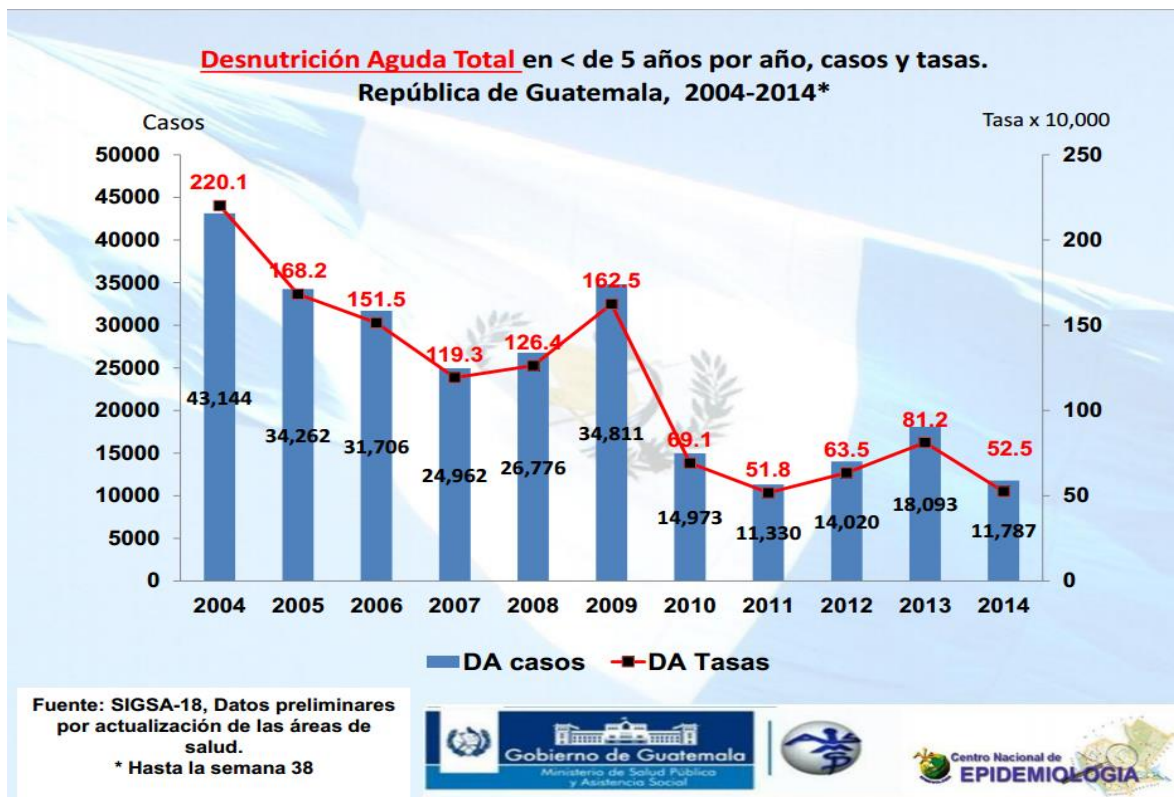


Figura 13. Casos y Tasas de DA de la República de Guatemala, reportados por las DAS del MSPAS, del 1 de enero al 20 de septiembre (semana 38) del 2014.

Fuente: SIINSAN, 2014.

En la página web del SIINSAN 2014, se encuentra un apartado de Sistema de Indicadores, los cuales proporcionan información por correlaciones con los indicadores que se deseen conocer por departamento. Los datos que se presentan son de los primeros cinco departamentos afectados por diferentes indicadores:

La prevalencia de DC total en menores de cinco años: Totonicapán con 82.2%, Sololá 72.3%, Quiché 72.2%, Huehuetenango 69.5% y Chiquimula con 61.8%. (Baja Verapaz 59.4%).

Mediana de meses de duración de LME: Zacapa, Jutiapa y Santa Rosa con un promedio de 0.3 meses, El Progreso y Chimaltenango con 0.4 meses. (Baja Verapaz 3.6 meses).

Porcentaje de analfabetismo en población femenina: Quiché 39.92%, Alta Verapaz 36.35%, Baja Verapaz 30.26%, Huehuetenango 29.55% y Jalapa 27.86%.

Porcentaje de hogares en extrema pobreza: Alta Verapaz 43.5%, Sololá 29.3%, Chiquimula 27.7%, Quiché 25.6% y Jalapa 22.7%. (Baja Verapaz 21.2%).

Número de lugares poblados “medio” riesgo a la INSAN: Chiquimula 105 lugares, Zacapa 78, Totonicapán 33, Sololá 26 y San Marcos 15. (Baja Verapaz 4).

Número de lugares poblados “alto” riesgo a la INSAN: Zacapa 90, Chiquimula 86, Totonicapán 31, Sololá 21 y Suchitepéquez 18. (Baja Verapaz 12).

Número de lugares poblados “muy alto” riesgo a la INSAN: Totonicapán 5, Izabal 3, Escuintla 3, Quiché 2 y Suchitepéquez 1. (Baja Verapaz 1).

Situación de SAN en Rabinal y San Jerónimo. A continuación se presentan indicadores que evidencian la situación de SAN en los municipios en estudio.

Tabla 1.

Indicadores de INSAN en los municipios de Rabinal y San Jerónimo, 2014.

INDICADOR	RABINAL	SAN JERÓNIMO
Prevalencia de DC en escolares (2008)	46.18%	37.68%
Porcentaje de la población en pobreza general (2002)	68.85%	65.25%
Porcentaje de la población en pobreza extrema (2002)	27.57%	26.08%
Porcentaje de la población analfabeta de 15 años o más (2002)	40.53%	25.07%
Consejería en LM a mujeres embarazadas o lactantes (2013)*	1,321 mujeres	814 mujeres
Consejería en AC a mujeres en edad fértil y madres (2013)*	2,397 mujeres	1,518 mujeres
Tratamiento de la DA según protocolos establecidos (2013)*	62 niños/as menores de 5 años	40 niños/as menores de 5 años
Casos de DA reportados por el PROSAN de la DAS de BV hasta el 9 de octubre 2014	36	28

Fuente: Elaboración propia en base al SIINSAN 2014.

*Cuadro de Metas de la Ventana de los Mil Días de la SIINSAN 2014.

JUSTIFICACIÓN

En el departamento de Baja Verapaz existen diferentes instituciones que se interesan en contribuir con la reducción de la desnutrición crónica y aguda, especialmente la Delegación de SESAN, dirige acciones en pro de los niños/as que padecen desnutrición.

SESAN es la institución que coordina y la DAS de BV es la ejecutora de las acciones de la Ventana de los Mil Días que presenta el PPHC, por lo que estas instituciones deben coordinarse entre sí para dirigir y coordinar a otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales –ONG- para el cumplimiento en conjunto de dichas acciones, especialmente las que en el PHC tienen una responsabilidad de llevar a cabo acciones que están relacionadas con el componente directo de LM y AC.

Durante la experiencia del Ejercicio Profesional Supervisado –EPS- Comunitario de la carrera de Nutrición de la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia de la Universidad de San Carlos de Guatemala –FACUSAC-, realizado en la DAS de BV de febrero a julio 2014, se participó activamente en las COMUSAN de los municipios de Rabinal y San Jerónimo, y se observó que a pesar del esfuerzo de SESAN por reunir a todas las instituciones para realizar acciones en conjunto, especialmente con las que tienen una responsabilidad directa para prevenir la desnutrición, no existen esfuerzos unificados, permanecen propuestas y acciones sin obtener resultados concretos, según la percepción de la investigadora.

Como debilidad observada en las COMUSAN, no todos/as las personas que la integran, conocen de temas relacionados con la desnutrición y se pretende que las acciones consensuadas por dichas comisiones logren para el 2015 reducir en un 10% la DC.

Dicha reducción es un reto muy grande en tan poco tiempo; por estas razones la presente investigación documenta los resultados de las acciones que se llevan a cabo y evidencia la necesidad de una visión compartida, trabajo en equipo y refuerzo de las acciones llevadas a cabo para el logro de mejores resultados.

Diversos autores refieren que para lograr realmente algún cambio, todas las instituciones deben estar comprometidas, conocer el tema, tener un documento de evaluación de sus acciones, específicamente sobre el impacto que están teniendo en la población objetivo, para que desde su ámbito de acción, formulen propuestas de estrategias para abordar los temas de LM y AC, con pertinencia cultural, empoderando a las madres de las comunidades, fortaleciendo las acciones a través de diferentes instituciones y estrategias pedagógicas, y con esto lograr que las madres lleven a cabo buenas prácticas de LM y AC .

OBJETIVOS

General

Evaluar los resultados de las acciones para la promoción de lactancia materna y alimentación complementaria de los actores gubernamentales presentes en los municipios de Rabinal y San Jerónimo del departamento de Baja Verapaz.

Específicos

Identificar las acciones que desarrollan los actores gubernamentales presentes en los municipios objeto de estudio y que están orientadas a la promoción de lactancia materna y alimentación complementaria.

Determinar el efecto en la población objetivo de las acciones identificadas en los municipios de Rabinal y San Jerónimo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Universo de Trabajo

Todas las madres de familia del departamento de Baja Verapaz.

Población. Todas las madres de familia de los municipios de Rabinal y San Jerónimo, del departamento de Baja Verapaz.

Muestra. Todas las madres de familia beneficiarias de los programas de MIDES, MSPAS, SOSEP y SEPREM, de los municipios de Rabinal y San Jerónimo del departamento de Baja Verapaz.

Materiales

Los materiales a utilizados para la encuesta fueron: computadora marca Sony línea vaio, impresora marca Hp, hojas de papel bond tamaño carta en blanco, lapiceros de color negro y azul, escritorio.

Tipo de estudio

El estudio realizado es descriptivo y exploratorio debido a que no existen estudios previos en Guatemala en el marco de la Ventana de los mil días.

Por conglomerados, porque se estudian y analizan comparativamente dos grupos de población, uno con intervención y otro sin intervenciones.

Dada la metodología utilizada, el estudio es de tipo mixto, ya que se emplearon técnicas cualitativas y cuantitativas para la recolección y análisis de datos.

Criterios de Selección

Criterios de inclusión. Familias que tengan hijos/as menores de cinco años y sean beneficiarias de los programas o acciones principalmente de MIDES, y/o de MSPAS, SOSEP y SEPREM.

Instrumento

Encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas –CAP- (Ver anexo 9.1)

Metodología de Trabajo

Diseño del instrumento: para la recolección de la información se utilizó el instrumento elaborado para el efecto (ver anexo 9.1), el cual fue diseñado según lo que refiere la literatura relacionada con conceptos básicos, actitudes y prácticas de LM y AC que deben ser socializados.

Se tomaron como ejemplos cuestionarios utilizados en estudios previos realizados en México, “Propuesta de Intervención para Promover una Práctica Correcta de la Lactancia Materna Exclusiva en Adolescentes Embarazadas de Santo Tomás Ajusco”, Infant Feeding Practices, Attitudes and Demographic Characteristics de Inglaterra, entre otros.

Una vez validado y revisado, el instrumento final incluyó seis categorías de análisis: caracterización socioeconómica de la población, conocimientos, actitudes, prácticas, percepción de las acciones interinstitucionales del MIDES y MSPAS y el acceso de la red de servicios de salud, con sus respectivas variables de estudio, tal como se presenta en el siguiente cuadro:

Cuadro 3. Categorías de Análisis y Variables de Estudio (según resultados de la validación del instrumento utilizado).

Categoría de Análisis	Definición Conceptual	Variables	Instrumento de Recolección de Información
Caracterización socioeconómica	Características sociales y económicas de las personas, utilizadas para comparar entre la sí y evidenciar diferencias o similitudes que definan e identifiquen a la población de madres de familia con hijos/as menores de 2 años.	Edad de la madre de familia	Pregunta 0101
		Estado civil	Pregunta 0102
		Número de hijos/as	Pregunta 0103
		Número de integrantes por familia	Pregunta 0104
		Idioma de la madre	Pregunta 0105
		Alfabetismo	Preguntas 0106 y 0107
		Estado laboral	Pregunta 0108
		Edad del hijo/a menor de 5 años	Pregunta 0109
		Género del hijo/a menor de 5 años	Pregunta 0109
Conocimientos	Es el conjunto de información verídica que las madres de familia obtuvieron por medio del aprendizaje sin la creencia u opinión de las mismas.	Desnutrición	Preguntas 0201, 0202, 0203 y 0204.
		Fórmulas infantiles	Preguntas 0205 y 0208.
		Lactancia materna	Preguntas 0206, 0207, 0209,

			0210, 0211, 0212 y 0214.
		Alimentación complementaria	Pregunta 0213.
Actitudes	Es la disposición voluntaria, ya sea positiva o negativa de una persona (en este caso de las madres de familia) frente a la lactancia materna y alimentación complementaria, la cual define su comportamiento.	Alimentación complementaria	Preguntas 0301 y 0302.
		Fórmulas infantiles	Preguntas 0303 y 0304.
		Lactancia materna	Preguntas 0305, 0306, 0307, 0308 y 0309.
Prácticas	Son las acciones que llevan a cabo la aplicación de los conocimientos, en este caso de lactancia materna y alimentación complementaria, basándose en los recursos que disponen o en la resolución de situaciones sin necesidad de un conocimiento previo.	Lactancia materna	Preguntas 0401, 0402 y 0403.
		Alimentación complementaria	Preguntas 0404, 0405 y 0406.
		Biberón	Preguntas 0407 y 0408.

Percepción de las acciones del MSPAS y MIDES.	Es el conocimiento o interpretación que tienen las madres de familias con respecto a las acciones que desarrollan tanto el MSPAS como el MIDES.	Lactancia materna	Preguntas 0501, 0502 y 0503.
		Bono seguro	Pregunta 0504.
Acceso a la red de servicios de salud.	Es el grado o nivel en el que las madres de familia, más allá de sus condiciones socioeconómicas y demográficas, puedan hacer uso del servicio de salud más cercano al lugar donde reside sin que exista alguna complicación.	Servicios de salud	Preguntas 0601, 0602, 0603, 0604 y 0605.

Fuente: Elaboración propia.

Validación del instrumento. Se realizó utilizando una prueba piloto en una población similar, en la cual se entrevistó a 10 madres que asisten al Centro de Salud Justo Rufino Barrios zona 21 de la Ciudad de Guatemala, con el fin de retroalimentar el diseño del instrumento y hacer las modificaciones correspondientes.

De acuerdo al resultado de la validación realizada, se modifica el cuestionario, unificando las preguntas 0103 con 0104 y añadiendo la pregunta del idioma que

domina la madre, debido al análisis de que ese dato era un buen aporte para la caracterización socioeconómica.

Se modificó la redacción de la pregunta 0201, ya que se comprobó que la palabra “informan”, creaba confusión por lo que se empleó la frase “usted sabe...”.

Se decidió modificar las preguntas 0202, 0207 y 0504 de abiertas a ser de opción múltiple, para facilitar la recolección de datos pero siempre dejando en la mayoría una opción para que se pudiera colocar información extra. Las opciones de respuestas se seleccionaron según las respuestas más comunes que resultaron de la validación.

Para la pregunta 0207, se modificó la respuesta y se reemplazó el término de “lactancia materna exclusiva”, por una pregunta que respondiera con las opciones que se les colocó.

Se elimina la pregunta 0213 por la modificación de la pregunta 0207 acerca de LME.

La pregunta 0214 se redacta de tal manera que la madre tuviera que responder únicamente la edad en la que se inicia la introducción de alimentos en el niño/a.

En la última categoría de la encuesta se modifica la pregunta 0603 para la comodidad del encuestador.

Y por último se agrega una pregunta que refleja si los servicios de salud atienden o no todos los días en las comunidades. (Ver encuesta utilizada, Anexo 9.1)

Selección de la muestra. Se seleccionaron a todas las madres de familia beneficiarias de los programas de MIDES, MSPAS, SOSEP y SEPREM, de los municipios de Rabinal y San Jerónimo del departamento de BV que al momento de la encuesta recibieron su bono seguro. La participación fue voluntaria.

Se decide ampliar la edad de los niños/as de las familias hasta menores de cinco años, ya que, al recibir la base de datos de MIDES Baja Verapaz, sólo el 6% de las familias tenían hijos/as menores de dos años.

Aplicación del Instrumento. Se coordinó con el delegado departamental de MIDES en BV, quién asignó fechas para la aplicación durante la entrega de bonos seguros a las familias beneficiarias (1 de diciembre 2014 San Jerónimo, 8 de diciembre 2014 Rabinal), luego se coordinó con personas encargadas de la entrega de bonos en cada municipio para que introdujeran a las madres a la encuesta antes de antes recibir el bono y colaboraran con responderla (Anexo 9.1).

Se coordinó con la enfermera profesional encargada de los jóvenes servidores cívicos de la DAS de BV, para que algunos pudieran colaborar encuestando a las madres, se contó con el apoyo de una estudiante con cierre de pensum de la carrera de Nutrición; a todos ellos/as se les envió un documento (Anexo 9.2) con indicaciones de cómo aplicar la encuesta.

Recolección de información de otras fuentes. Se realizó una investigación en la delegación departamental de SESAN en BV de las acciones que se realizaron durante el 2014 en Rabinal y San Jerónimo, dirigidas o con relación al componente número dos (LM y AC) del PPHC, tomando en cuenta el Plan Operativo del Año – POA 2014-, realizado por todas las instituciones que participan en las COMUSAN de cada municipio. En este documento se incluyen todas las actividades, por institución, de las cuales se tomaron sólo las de interés para la investigación (MIDES, MSPAS, SOSEP y SEPREM).

Procesamiento de la información. La información recolectada en la delegación departamental de SESAN en BV se unificó en un cuadro descriptivo de las acciones de cada institución investigada.

Para las encuestas CAP de LM y AC, se creó un formulario en una hoja de cálculo de Excel, utilizando google docs, en la cual se ingresaron todas las respuestas de las madres entrevistadas en los dos municipios de BV.

Tabulación y análisis de datos. Se utilizó estadística descriptiva tanto para variables cualitativas como cuantitativas, según las características de las variables y categorías de análisis descritas en el cuadro 3.

Elaboración y Presentación del Informe de Investigación. Haciendo uso de la técnica narrativa, que es la que más se ajusta al tipo de investigación, se organizaron los resultados de acuerdo a la normativa vigente en la Escuela de Nutrición de la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

RESULTADOS

Características Socioeconómicas de la población estudiada

Cuadro 4.

Caracterización Socioeconómica de la población estudiada.

Característica	Rabinal	San Jerónimo
Edad de las madres	El 58% de las madres se encuentra entre 30 y 44 años	Tanto los rangos de 19 a 29 años, como de 30 a 44 años, cada uno comprende el 48% de las madres.
Estado civil	El 86% de las madres están casadas.	El 69% de las madres están casadas.
Número de hijos/as vivos	El 59% de las madres afirma tener entre 4 y 6 hijos/as vivos.	El 48% de las madres tienen entre 1 y 3 hijos/as, y el 45% entre 4 y 6 hijos/as vivos.
Número de Integrantes de la Familia	El 73% de las familias tiene entre 6 y 10 integrantes.	El 56% de las familias tiene entre 6 y 10 integrantes.
Idioma de la madre	El 65% de las madres dominan el idioma español y achí.	El 89% de las madres hablan solamente español.
Alfabetismo	El 71% de las madres saben leer y escribir.	El 83% de las madres saben leer y escribir.
Ingresos económicos	El 79% de las madres no poseen un trabajo que les genere ingresos económicos.	El 90% de las madres no poseen un trabajo que les genere ingresos económicos.

Tipo de trabajo	Del grupo de madres que sí trabajan, el 89% reporto que se dedica a la agricultura y el otro 11% a la artesanía.	Del grupo de madres que sí trabajan, el 67% se dedica a la agricultura, el 17% a la artesanía y el otro 17% tienen un trabajo con salario fijo.
-----------------	--	---

N = 292. Fuente: Elaboración propia.

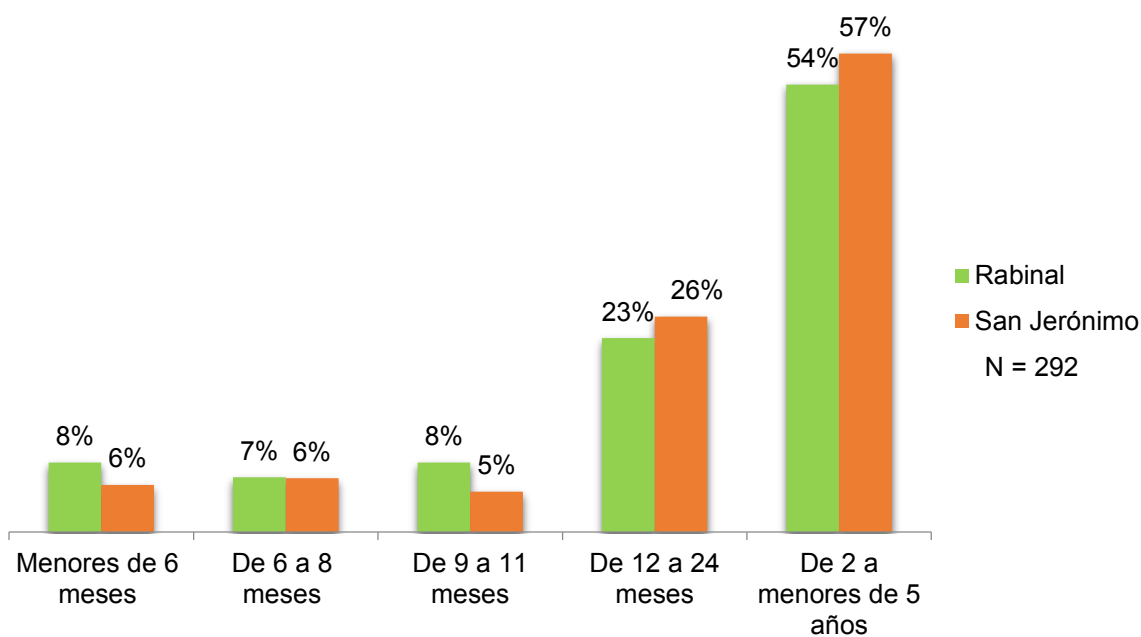


Figura 14. Clasificación por edad de población menor de 5 años.

Fuente: elaboración propia.

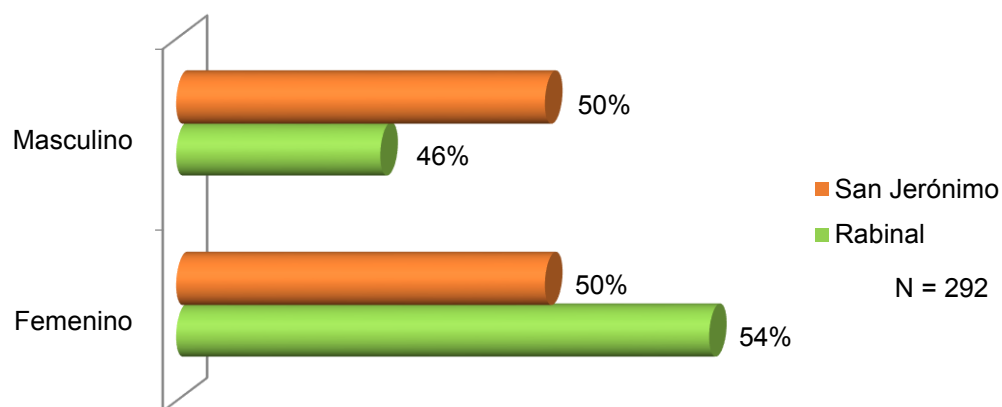


Figura 15. Clasificación por género de población menor de 5 años.

Fuente: elaboración propia.

Conocimientos acerca de desnutrición, fórmulas infantiles, LM y AC

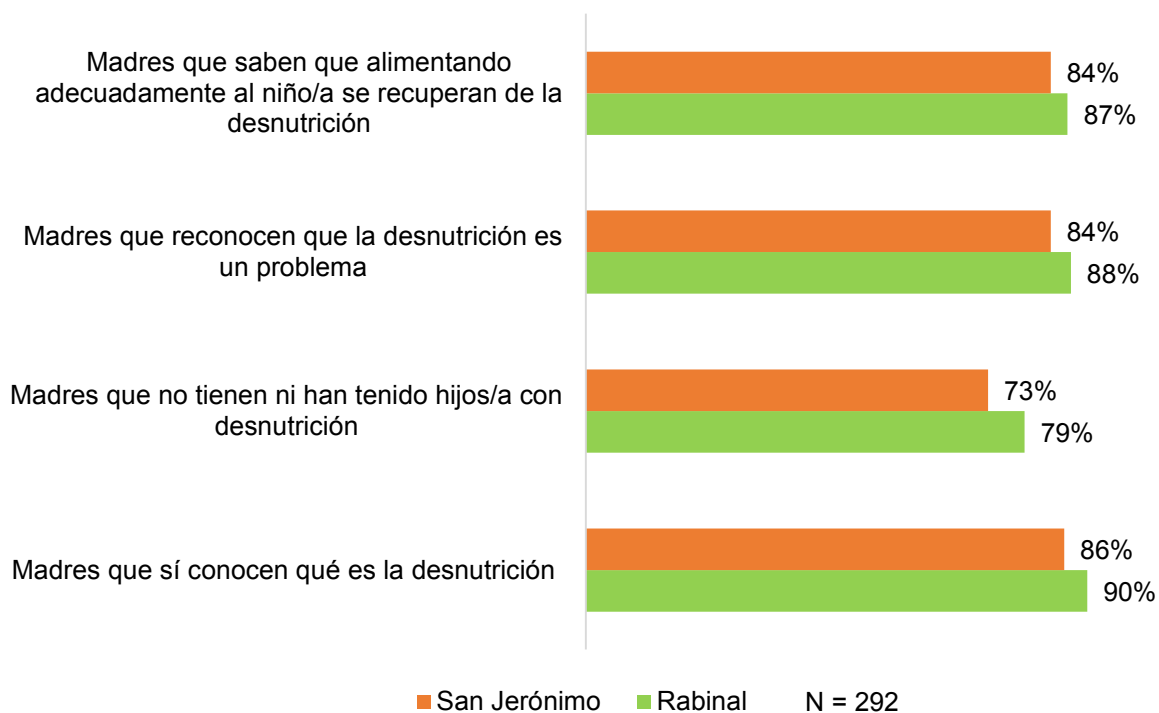


Figura 16. Conocimientos básicos de desnutrición.

Fuente: elaboración propia.

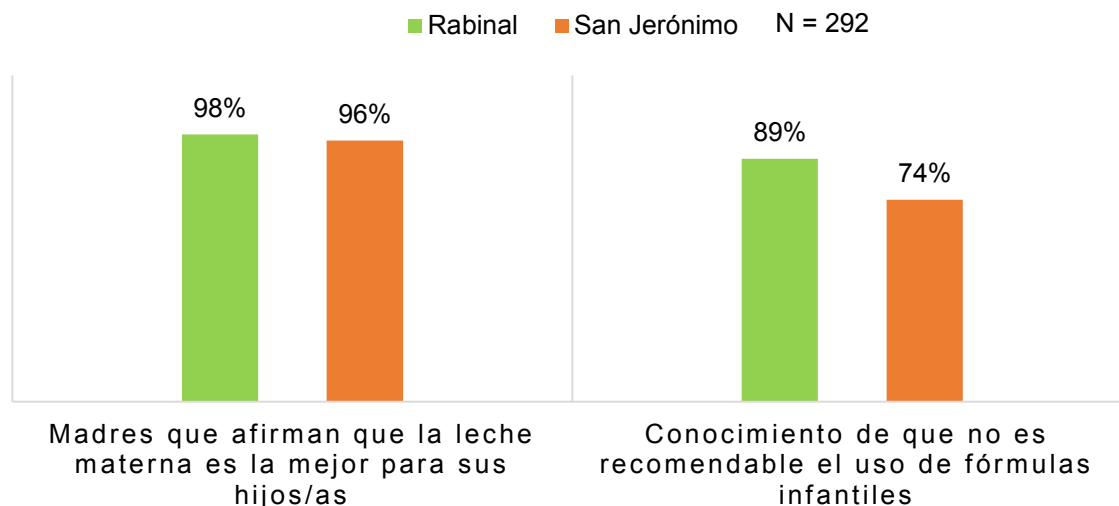


Figura 17. Conocimientos básicos acerca del uso de fórmulas infantiles.

Fuente: elaboración propia.

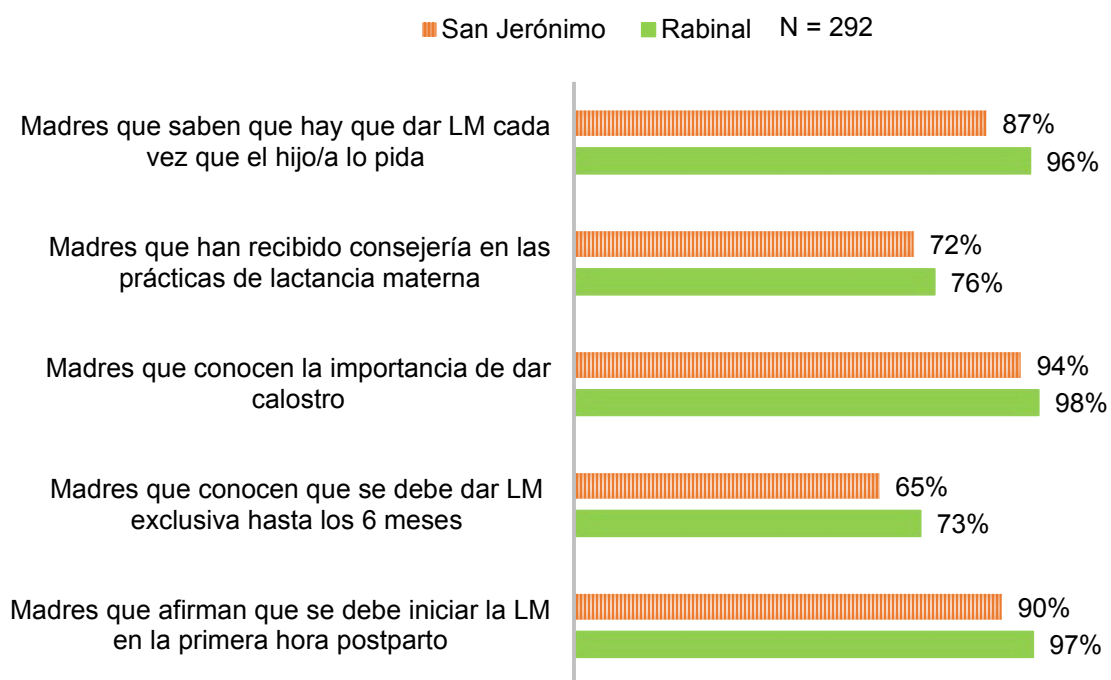


Figura 18. Conocimientos básicos acerca de lactancia materna.

Fuente: elaboración propia.

LM= lactancia materna.

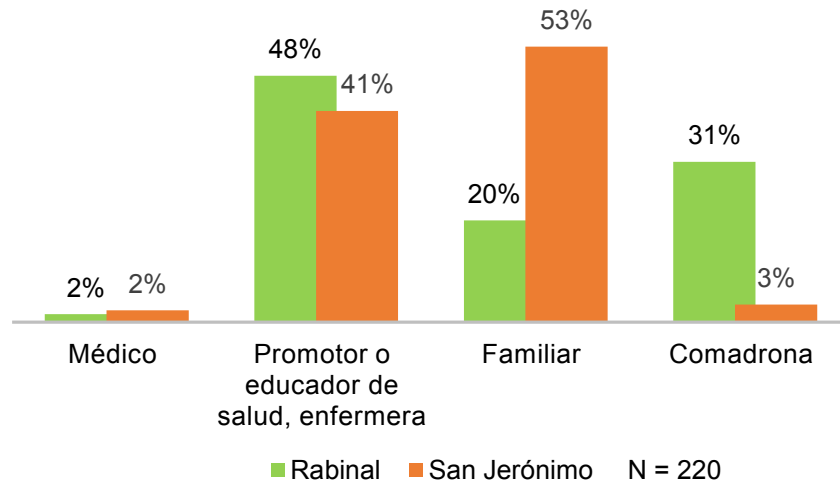


Figura 19. Personas que brindan consejería en prácticas de lactancia materna.

Fuente: elaboración propia.

Para esta N se toma en cuenta solo las madres que en la pregunta 0210 afirmaron recibir consejería en prácticas de LM.

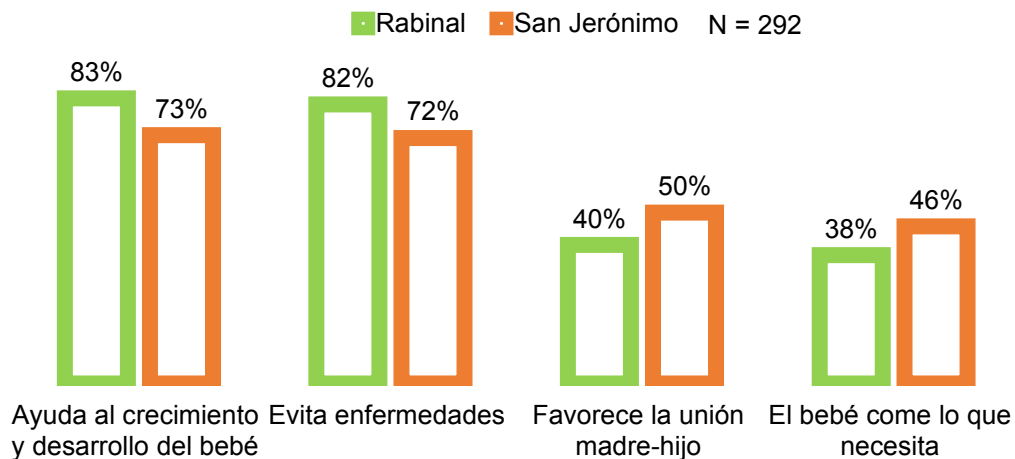


Figura 20. Beneficios de la lactancia materna.

Fuente: elaboración propia.

La N es para cada respuesta.

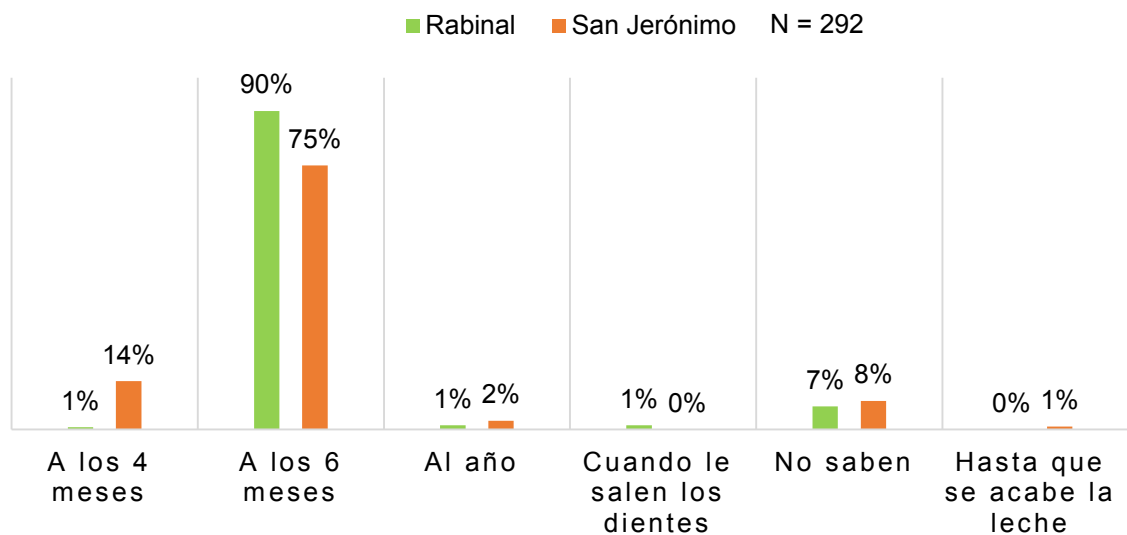


Figura 21. Conocimiento del inicio de la alimentación complementaria.

Fuente: elaboración propia.

Actitudes acerca de lactancia materna y alimentación complementaria

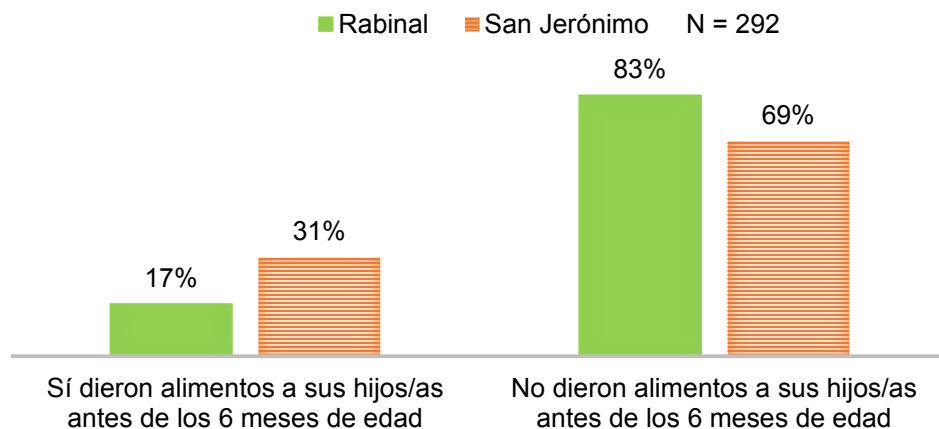


Figura 22. Actitudes con respecto a la alimentación complementaria.

Fuente: elaboración propia.

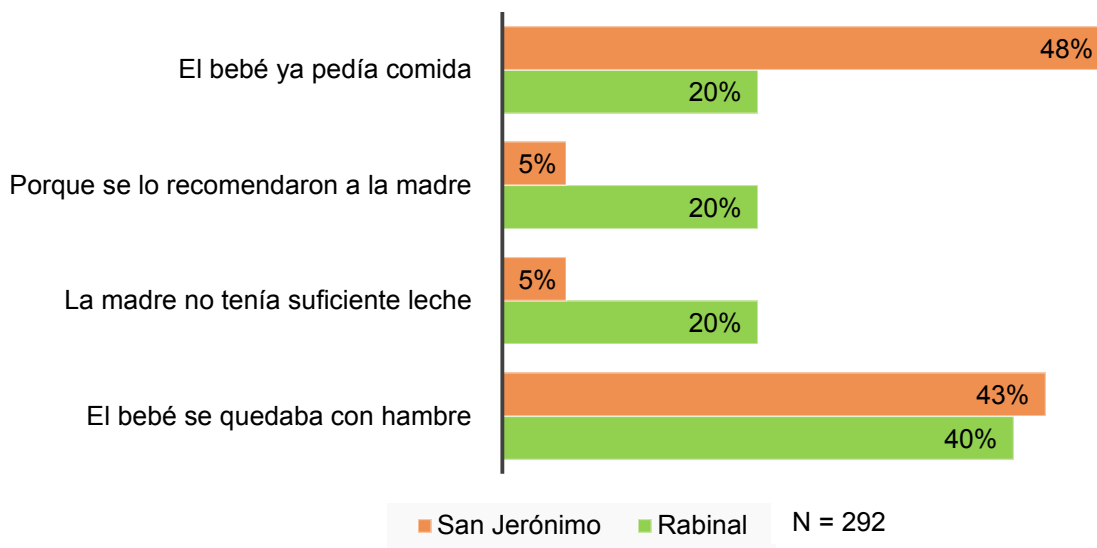


Figura 23. Razones de iniciar la alimentación complementaria antes de los 6 meses de edad.

Fuente: elaboración propia.

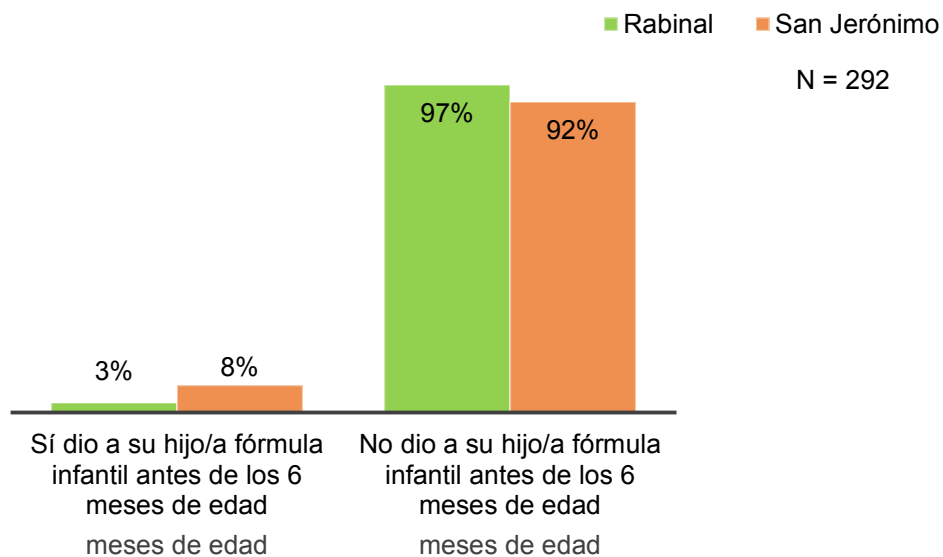


Figura 24. Actitudes frente al uso de fórmulas infantiles antes de los 6 meses de edad.

Fuente: elaboración propia.

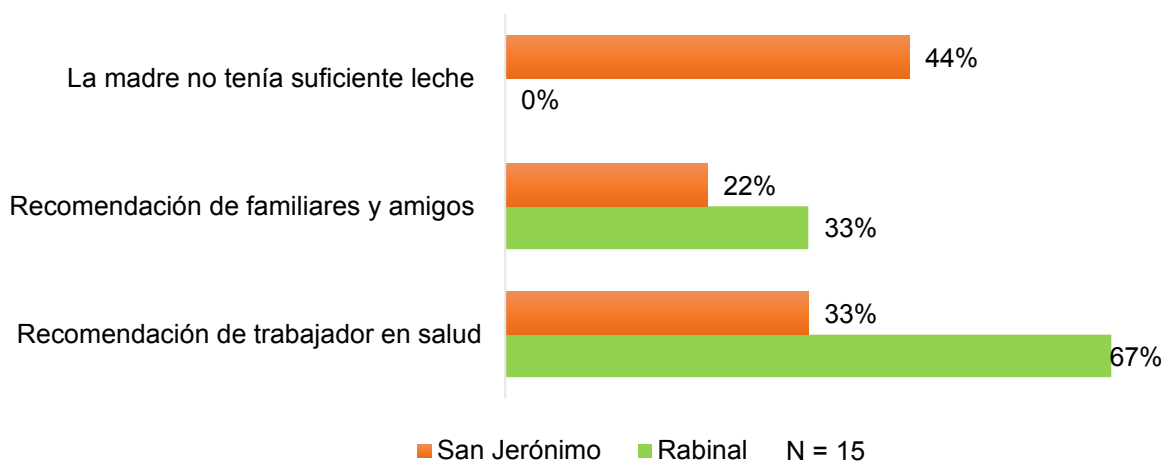


Figura 25. Razones de alimentar con fórmula infantil a menores de 6 meses de edad.

Fuente: elaboración propia.

Para esta N, sólo se toma en cuenta a las madres que en la pregunta 0303 afirmaron alimentar al hijo/a con fórmula infantil

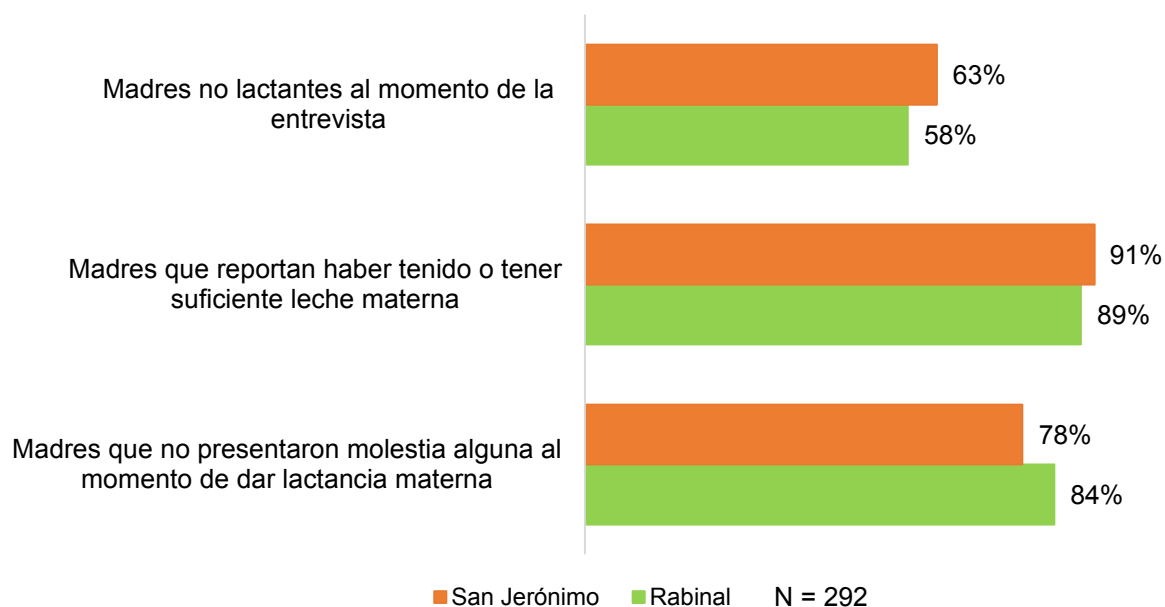


Figura 26. Actitudes frente a la lactancia materna.

Fuente: elaboración propia.

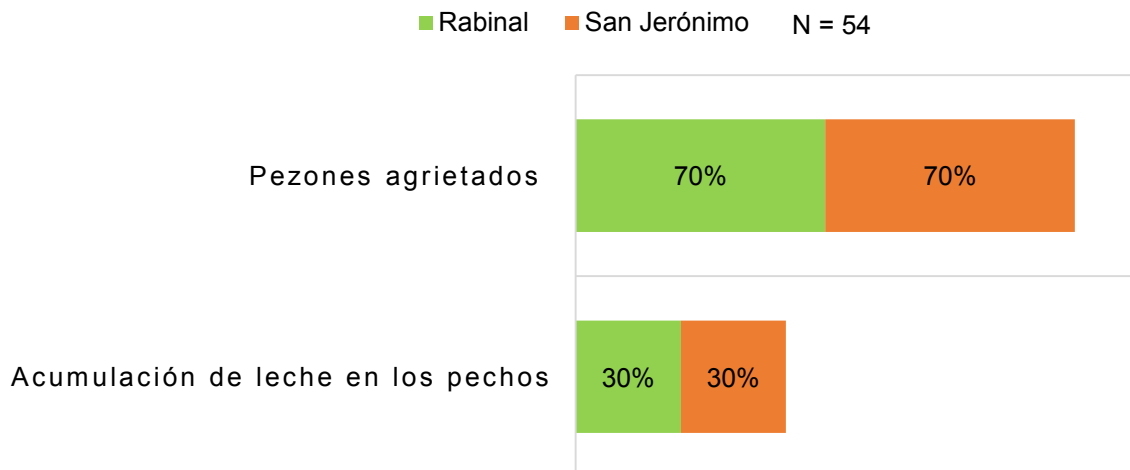


Figura 27. Tipos de molestia al momento de dar lactancia materna.

Fuente: elaboración propia.

Para esta N, sólo se toma en cuenta a las madres que en la pregunta 0305 afirmaron tener molestias al dar lactancia materna

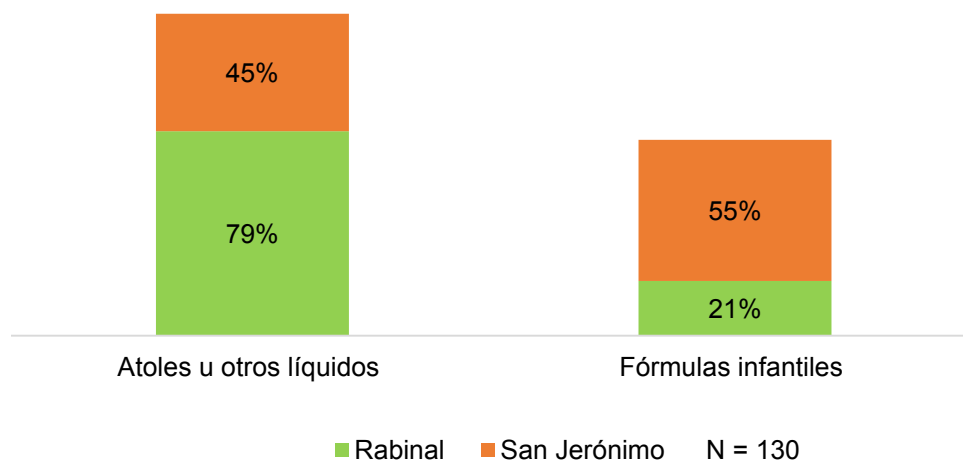


Figura 28. Opciones de alimentación en sustitución de la lactancia materna.

Fuente: elaboración propia.

Para esta N se utilizó el número de madres que en la pregunta 0306 afirmaron no “tener suficiente leche”.

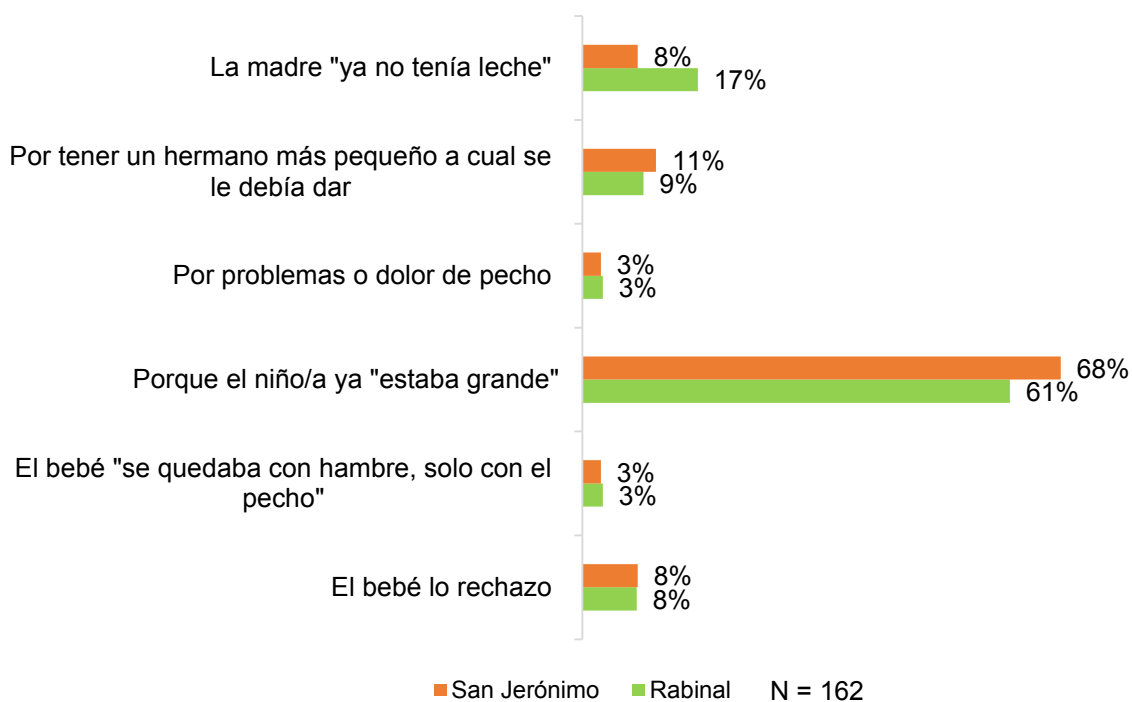


Figura 29. Razones de no ser una madre lactante.

Fuente: elaboración propia.

Ésta N es el número de madres que según la respuesta de la pregunta 0307 estaban dando de lactar al momento de la entrevista.

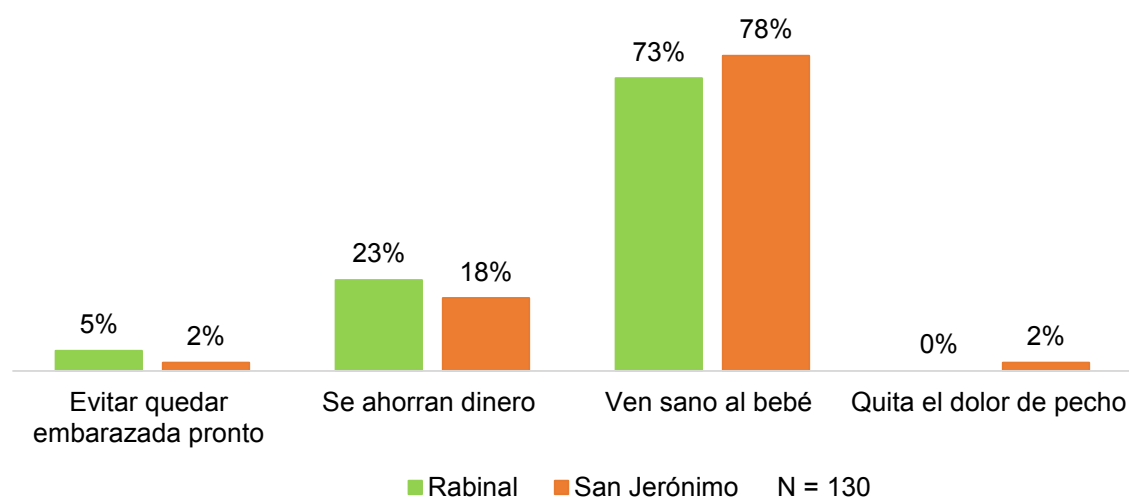


Figura 30. Razones de ser una madre lactante.

Fuente: elaboración propia.

Ésta N es el número de madres que estaba dando de lactar al momento de la entrevista, según pregunta 0307.

Prácticas acerca de lactancia materna y alimentación complementaria

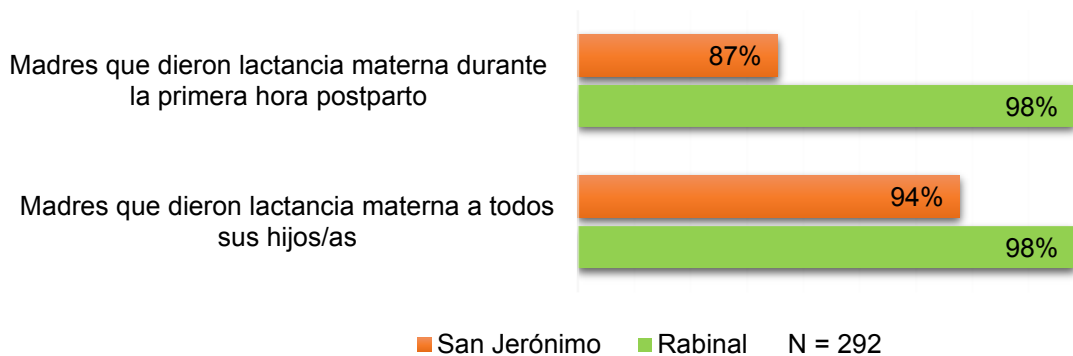


Figura 31. Prácticas básicas de lactancia materna.

Fuente: elaboración propia.

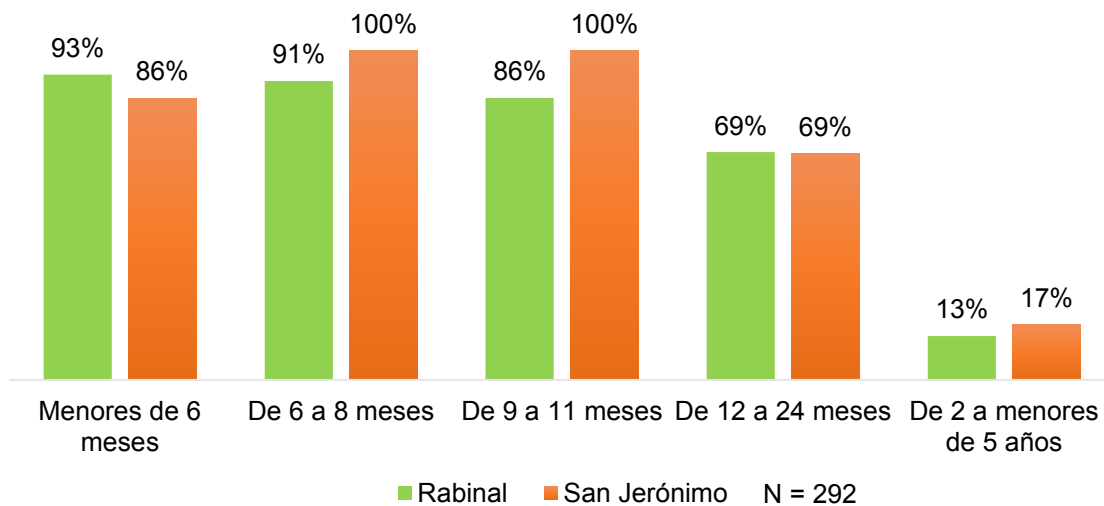


Figura 32. Práctica de lactancia materna el día anterior a la entrevista según rangos de edad.

Fuente: elaboración propia.

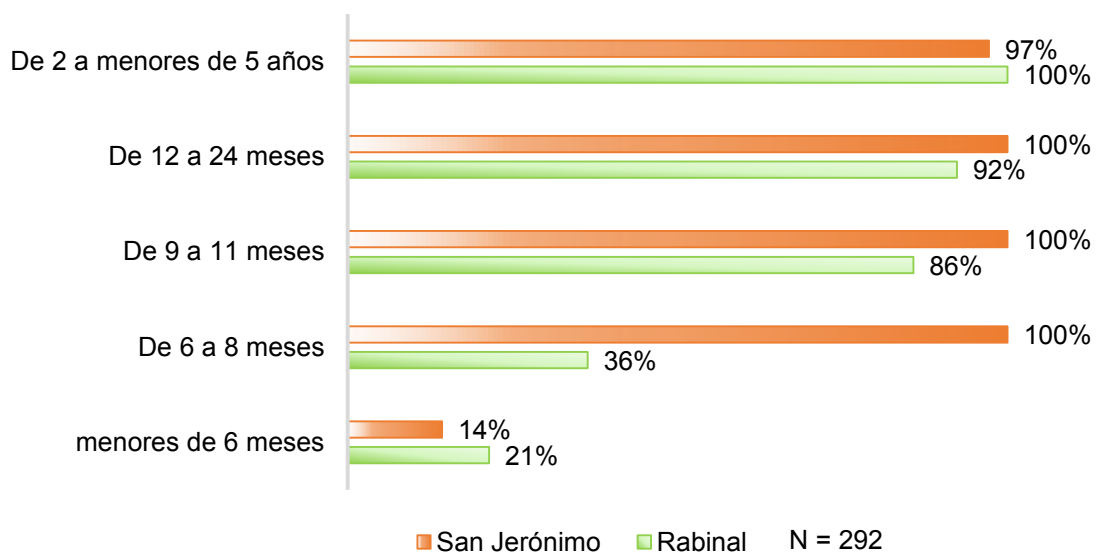


Figura 33. Práctica de alimentación complementaria el día anterior a la entrevista según rangos de edad.

Fuente: elaboración propia.

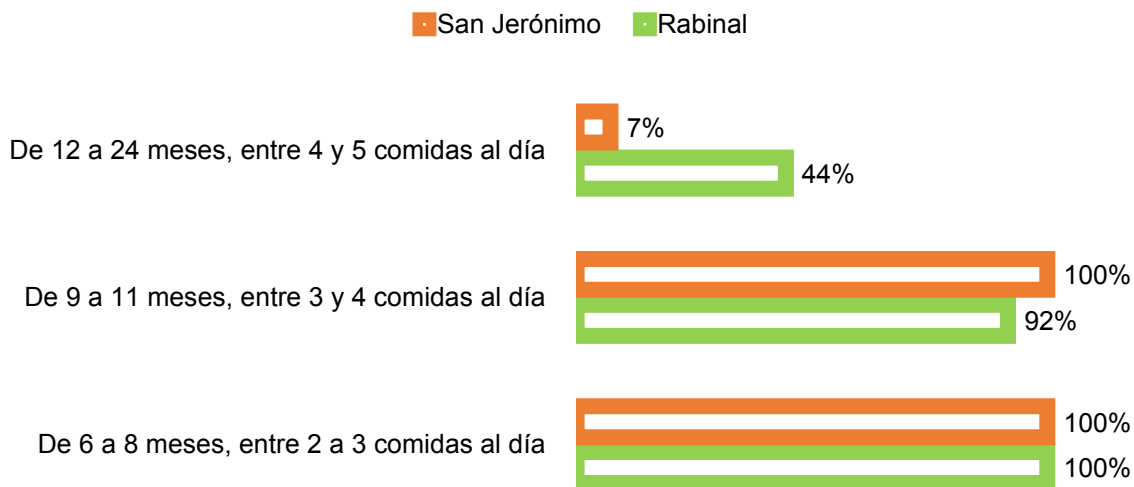


Figura 34. Frecuencia mínima de comidas según la edad del niño/a.

Fuente: elaboración propia.

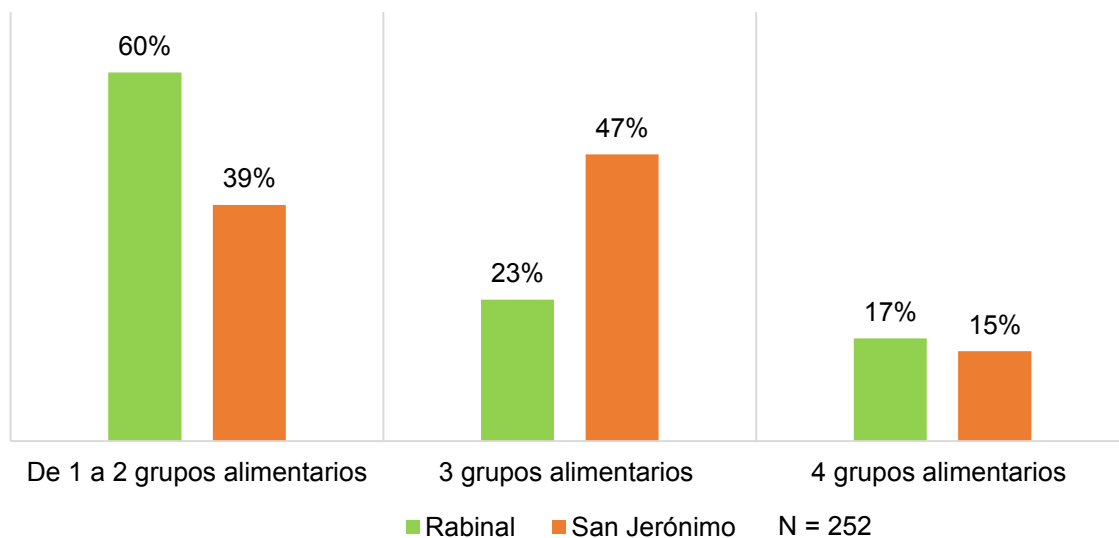


Figura 35. Diversidad alimentaria mínima.

Fuente: elaboración propia.

Ya que no todos los niños/as de la población consumían alimentos, la N es de 252.

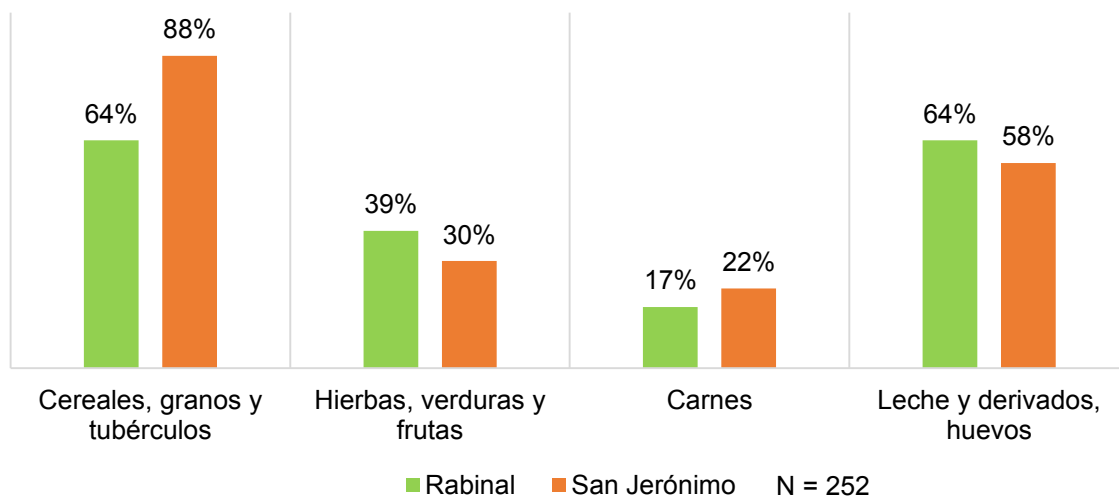


Figura 36. Variedad alimentaria de la población.

Fuente: elaboración propia.

Ya que no todos los niños/as de la población consumían alimentos, la N es de 252.

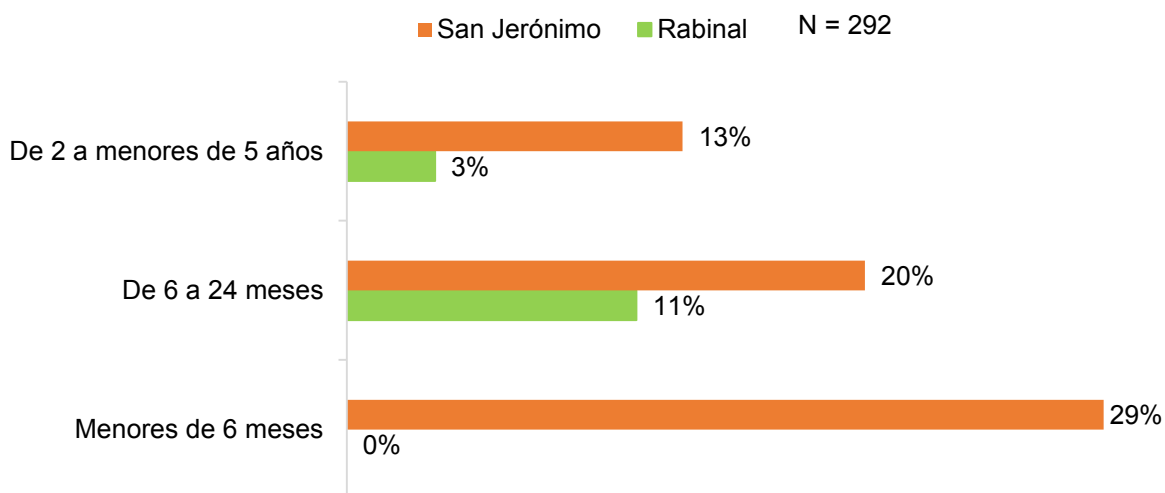


Figura 37. Uso de fórmulas infantiles en biberón el día anterior a la entrevista según rangos de edad.

Fuente: elaboración propia.

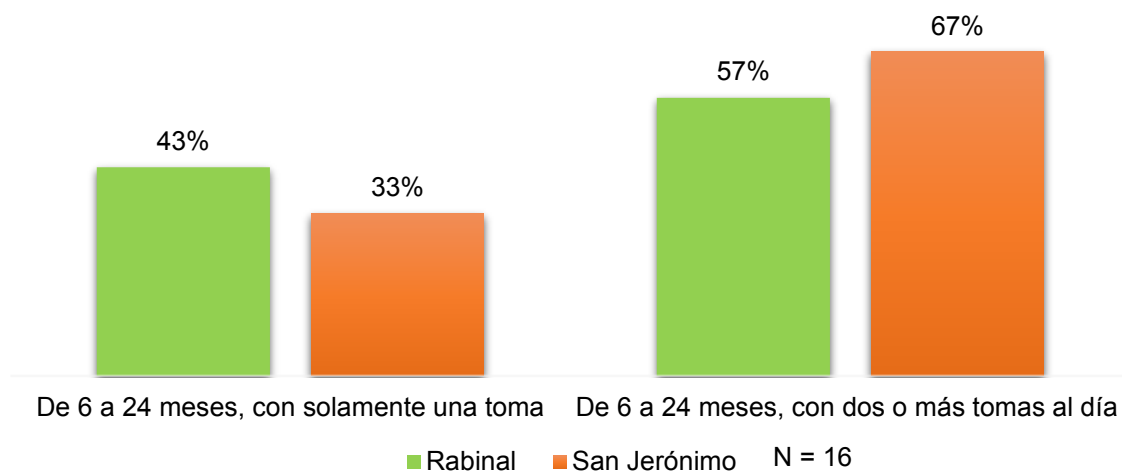


Figura 38. Número de tomas de biberón con fórmula infantil según edad.

Fuente: elaboración propia.

N = 16, número de niños/as que al momento de la entrevista tomaban biberón

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna, Alimentación Complementaria y Uso de Fórmulas Infantiles

Tabla 2.

Conocimientos, Actitudes y Prácticas.

	Lactancia Materna		Alimentación Complementaria		Uso de fórmulas infantiles	
	Rabinal	San Jerónimo	Rabinal	San Jerónimo	Rabinal	San Jerónimo
Conocimiento	88%	82%	90%	75%	94%	85%
Actitud	86%	84%	83%	69%	97%*	92%*
Práctica	89%	89%	78%	86%	95%**	79%**

Fuente: Elaboración propia.

Los promedios presentados son una relación de los porcentajes de las gráficas y Cuadro 3.

*porcentaje de madres que no dieron fórmulas infantiles antes de los 6 meses de edad de los hijos/as.

**porcentaje de madres que el día anterior a la entrevista no dieron a sus hijos/as fórmulas infantiles en biberón.

Indicadores de la OMS para Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria.

Tabla 3.

Prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño según OMS 2007.

Indicador	Rabinal	San Jerónimo
Inicio temprano de la LM	98% de los niños/as menores de 5 años	87% de los niños/as menores de 5 años
LME	72% de los niños/as menores de 6 meses	86% de los niños/as menores de 6 meses
LM continuada hasta el año de vida	88% de niños/as entre 6 y 11 meses	100% de niños/as entre 6 y 11 meses

LM continuada hasta los dos años de vida	69% de niños/as entre 12 y 23 meses	69% de niños/as entre 12 y 23 meses
AC oportuna	36% de niños/as entre 6 y 8 meses	100% de niños/as entre 6 y 8 meses
Frecuencia mínima de comidas	<ul style="list-style-type: none"> • 100% de niños/as entre 6 y 8 meses que reciben mínimo 2 comidas al día* • 92% de niños/as entre 9 y 11 meses que reciben mínimo 3 comidas al día • 44% de niños/as entre 12 y 23 meses que reciben mínimo 4 comidas al día 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% de niños/as entre 6 y 8 meses que reciben mínimo 2 comidas al día* • 100% de niños/as entre 9 y 11 meses que reciben mínimo 3 comidas al día • 7% de niños/as entre 12 y 23 meses que reciben mínimo 4 comidas al día
Diversidad alimentaria mínima	17% de niños/as de 6 meses a menores de 5 años	15% de niños/as de 6 meses a menores de 5 años
Niños/as alimentados con biberón	<ul style="list-style-type: none"> • 0% niños/as menores de 6 meses • 11% niños/as entre 6 y 23 meses • 3% niños/as de 2 a menores de 5 años 	<ul style="list-style-type: none"> • 29% niños/as menores de 6 meses • 20% niños/as entre 6 y 23 meses • 13% niños/as de 2 a menores de 5 años

Fuente: elaboración propia.

*Se toma como comida al día, refacciones, comidas no líquidas y cualquier tipo de preparación de los alimentos, independiente de la edad del niño/a.

Acciones de las Instituciones Responsables de la Promoción de la LM y AC

Cuadro 5.

Acciones en el Municipio de Rabinal de las Instituciones Responsables de la Promoción de la LM y AC.

Institución	Actividad	Beneficiarios	Indicador de Evaluación y Monitoreo de SESAN	Descripción de la actividad
MSPAS	Promoción de lactancia materna exclusiva	12 comunidades	Mujeres dando lactancia materna exclusiva	No hay información
SOSEP	Promoción de lactancia materna exclusiva	12 comunidades	Mujeres dando lactancia materna exclusiva	No hay información
FUNDAMENO	Mejorar la alimentación complementaria a partir de los 6 meses	1,287 niños de 0 a 2 años	Niños con alimentación complementaria	No hay información
Actores de Apoyo: en la promoción de lactancia materna exclusiva, dos ONG: Cáritas Arquidiocesana y Fundación Menonita K'ekchi' -FUNDAMENO-				
En la información oficial de SESAN, no se reportan actividades del MIDES y SEPREM que tengan relación alguna con lactancia materna y alimentación complementaria.				

Fuente: Elaboración propia en base al POA, 2014 de la Delegación departamental de SESAN en Baja Verapaz. COMUSAN de Rabinal.

*No se encontró información precisa del POA 2014 del Municipio de San Jerónimo, al parecer aún no está bien conformada la COMUSAN.

Percepción de las Acciones del MSPAS y MIDES

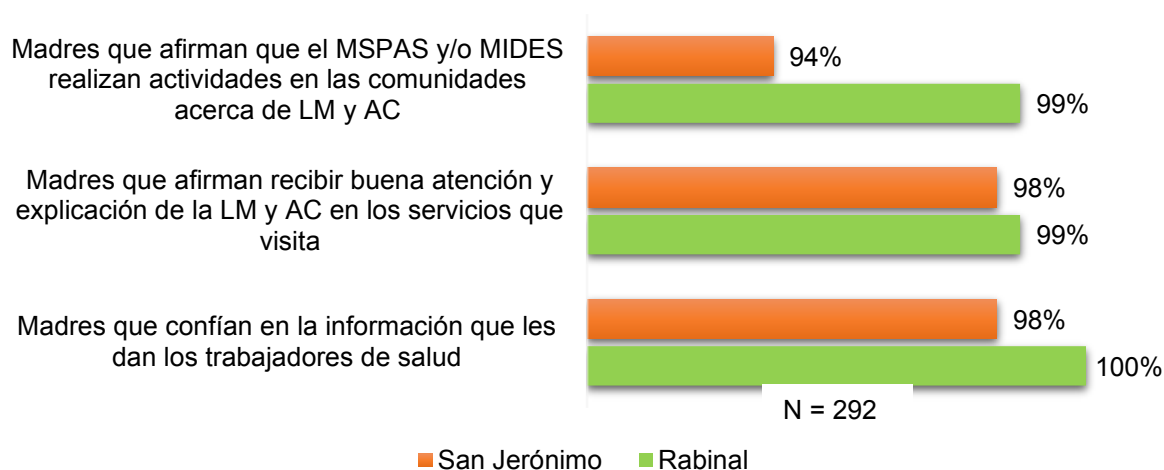


Figura 39. Percepción de las actividades que realiza el MSPAS y/o MIDES con respecto a la promoción de la LM y AC.

Fuente: elaboración propia.

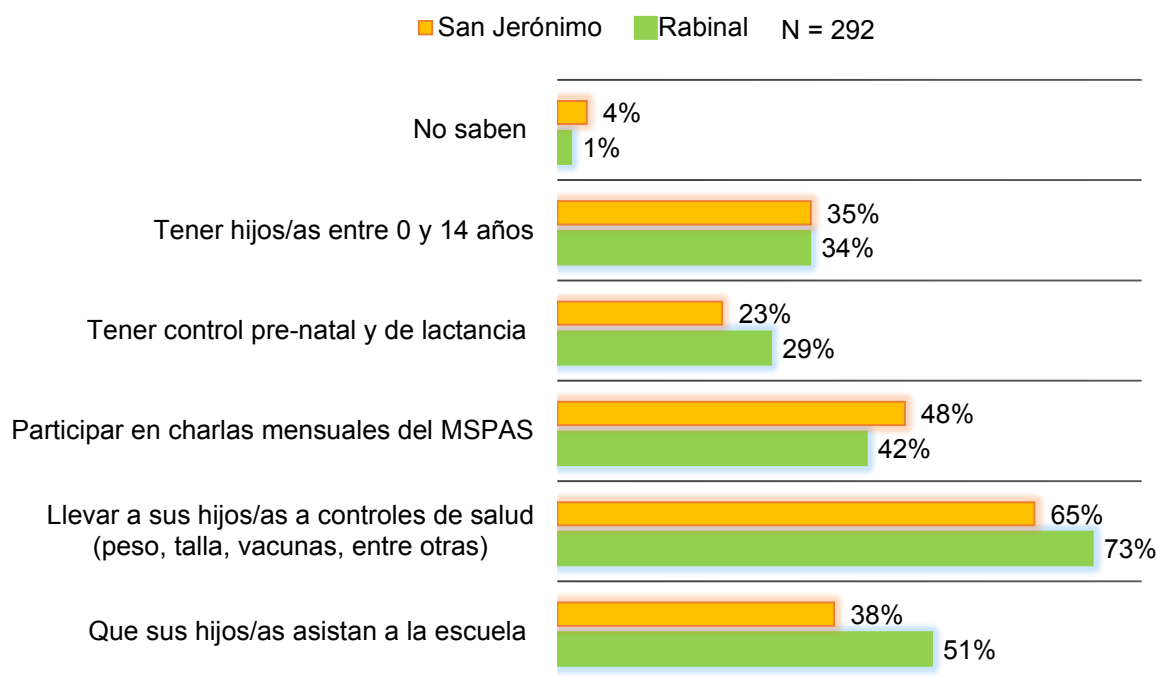


Figura 40. Requisitos para recibir el bono seguro de MIDES como actividad de promoción de LM y AC.

Fuente: elaboración propia.

Acceso a la Red de Servicios de Salud

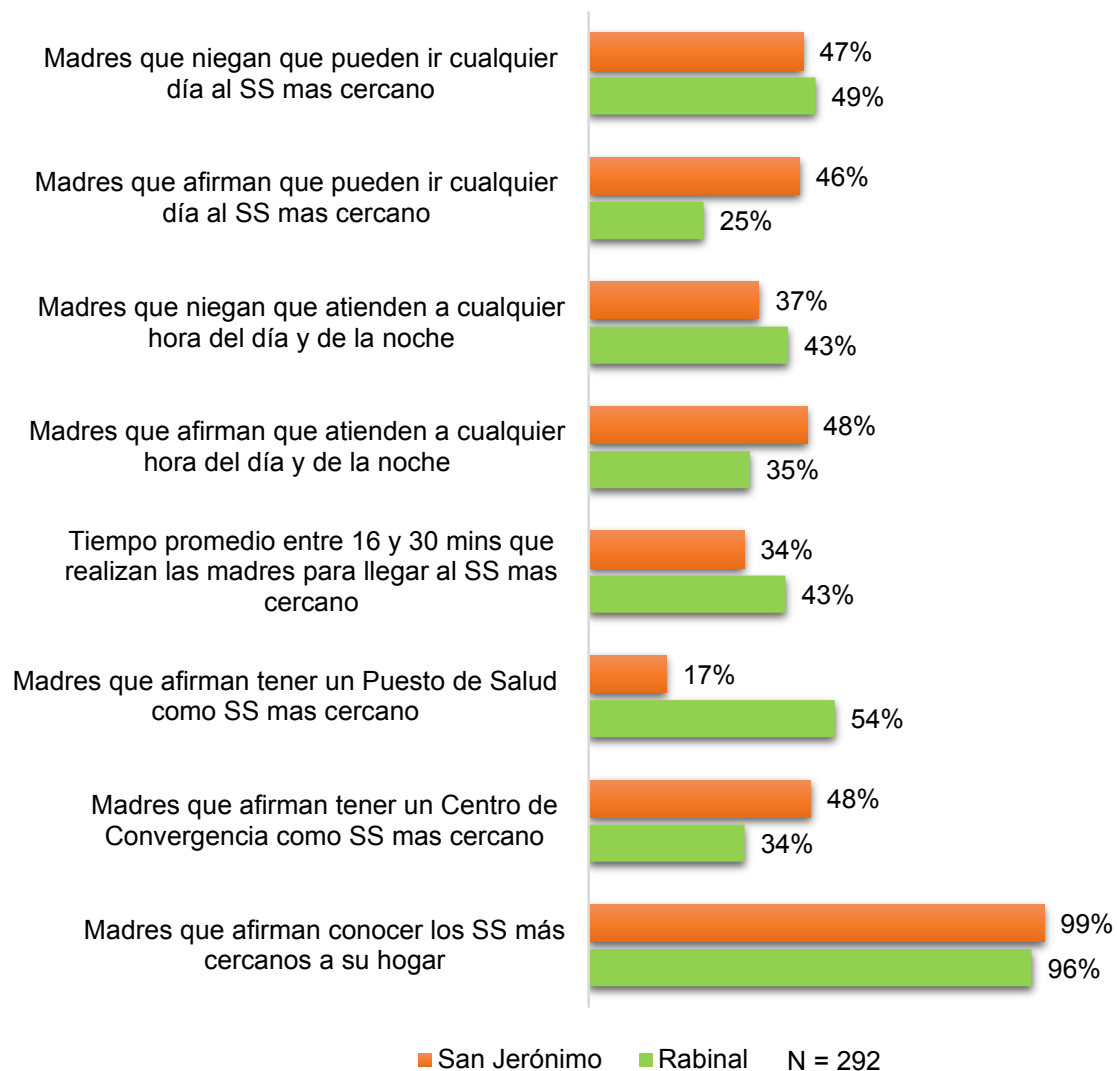


Figura 41. Acceso a la red de Servicios de Salud.

Fuente: elaboración propia.

SS= servicio de salud.

DISCUSIÓN

Características Socioeconómicas de la Población Estudiada

En Rabinal la mayoría de las madres tienen entre 4 y 5 hijos/as vivos. La edad de las madres está comprendida entre los 30 y 44 años. Se resalta el dato ya que se sugiere intervenciones de planificación familiar para no arriesgar a las madres a tener hijos/as en edades que pasen los 35 años, pues está comprobado que conforme aumenta la edad, aumenta el riesgo de tener hijos/as con problemas cromosómicos como Síndrome de Down, muerte fetal o aborto espontáneo. A diferencia de San Jerónimo el rango de edad de las madres es más amplio, pero se sugiere el mismo tipo de educación en cuanto a reproducción sexual.

Con respecto al tema económico y nutricional, entre más son los integrantes de una familia (entre 6 y 10 según los resultados) y menos ingreso económico tengan (madres que no tienen trabajo), más difícil resulta alimentar adecuadamente a cada uno de sus miembros.

Cabe resaltar que según los resultados del presente estudio, la mayoría de las madres saben leer, escribir y dominan el idioma español. Esto representa una ventaja para la aplicación de acciones que promocionen la LM y AC y que ésta tenga una buena recepción por parte de quienes la reciben, ya que como se discutirá posteriormente, la mayoría de las madres tienen conocimientos muy claros acerca de las generalidades de LM y AC.

La población menor de 5 años según los resultados del presente estudio es similar para los dos municipios, 57% para San Jerónimo y 54% para Rabinal son niños/as mayores de 2 años, mientras que los demás niños/as (46% para Rabinal y 43% para San Jerónimo) son menores de dos años.

La decisión de ampliar la muestra de trabajo se debió a los registros de MIDES Baja Verapaz, ya que solamente 46 familias tenían hijos/as menores de 2 años y la investigación amplía el número de madres a entrevistar para que la información fuera más confiable de acuerdo al número de madres entrevistadas, a pesar de que a la madre se le dificulta más recordar su experiencia después de los dos años del niño/a.

La clasificación de los niños/as menores de dos años se realiza conforme el tipo de AC que deben recibir según su edad, se debe tomar en cuenta que los menores de 6 meses reciben LME, en los dos municipios la proporción de niños/as por rango de edad fue similar.

Al igual que la proporción según los rangos de edad, la clasificación por género presenta proporciones similares entre municipios (50% para cada género en San Jerónimo, 46% masculino y 54% femenino para Rabinal), este dato muestra que tanto los niños como las niñas son igualmente vulnerables a padecer de desnutrición.

Conocimientos de desnutrición, uso de fórmulas, lactancia materna y alimentación complementaria

Con respecto a los conocimientos básicos acerca de la desnutrición y reconocerla como un problema, el 80% de las madres lo sabe, más del 75% no tienen o tuvieron hijos/as con desnutrición. En ambos municipios se obtuvieron buenos resultados en cuanto al conocimiento básico de la desnutrición.

A pesar de que las madres reconocen que la desnutrición es un problema, cuando se le preguntó el por qué creía que era un problema, no todas respondieron con claridad, algunos ejemplos como “no crecen bien”, “les puede dar de adultos”, “pueden morir”, “no tener alimentos para recuperarlos”, “les puede dar otra enfermedad”, aunque son argumentos válidos y verdaderos, también deben resaltar los efectos de una desnutrición crónica y no enfatizar solo la aguda, para

complementar el conocimiento básico, aprovechando que la mayoría de madres entienden el español y saben leer y escribir, se debe dejar a un lado las charlas básicas y profundizar en el tema, no comunicarles sólo del peso del niño/a según su edad sino la importancia de la combinación con la talla.

Al igual que el conocimiento de la desnutrición, el 80% de las madres conocen que la lactancia materna es el mejor alimento, y que no es recomendable el uso de fórmulas infantiles en los menores de dos años. Existe una diferencia del 15% entre Rabinal y San Jerónimo en madres que respondieron acerca del uso de fórmulas infantiles, probablemente la diferencia sea que las madres de San Jerónimo viven más cerca del casco urbano y la publicidad de los medios de comunicación sea más accesible para ellas, a diferencia de las madres de Rabinal, quienes, por así decirlo “con ventaja”, no tienen ese tipo de acceso.

A pesar de que las madres en los dos municipios obtuvieron muy buenos resultados en cuanto a conocimientos generales de la LM, se considera que existe una influencia por recibir el bono seguro que hace que sus respuestas sean un conocimiento de memoria, sin razonamiento alguno, esto se constató al preguntar “¿Hasta cuándo, el bebé debe tomar sólo y únicamente pecho?”, y hasta qué edad es la ideal para dejar de dar LM. De las preguntas de conocimiento, ésta última obtiene los porcentajes más bajos, las madres que no respondieron “hasta los 6 meses” respondieron que era hasta los dos años.

Tanto en los conocimientos de desnutrición, fórmulas infantiles, LM y AC, San Jerónimo tiene porcentajes por debajo de Rabinal, no se puede comprobar que sea porque Rabinal es un municipio priorizado por el PPHC, ya que la diferencia no es tan amplia, pero si puede deberse a que en Rabinal trabajan ONG´s independientes del MSPAS que tienen sus propias acciones en la misma línea de combate a la desnutrición y llevan varios años de trabajar con las comunidades, tal es el caso de Cáritas Arquidiocesana.

A diferencia, en San Jerónimo sólo trabajó (hasta julio 2014) una prestadora de servicio (ONG) del MSPAS para todas las comunidades, lamentablemente por falta de financiamiento (según lo indicado por la DAS de BV), sin embargo, las charlas que les brinda el MIDES son “obligatorias” y mensualmente deben asistir para poder recibir el bono. Esta es la razón por la que las madres tienen conocimientos generales de los temas, lo cual no genera distinción alguna entre municipios, pero sí exclusión a las madres que no lo reciben, porque, sin prestadora de servicios, sin cobertura de los servicios básicos de salud (como se discutirá más adelante), ¿Quiénes son las personas que llevan estos conocimientos a las familias que no reciben el bono?

Para responder a la pregunta formulada con anterioridad, ésta investigación identificó que en San Jerónimo el 53% de las madres adquieren los conocimientos sobre la práctica de la LM de familiares, tales como la madre, la suegra y/o la abuela; comprobando así que no precisamente los conocimientos de LM (cómo darle pecho al niño/a) los obtienen de las intervenciones interinstitucionales (ver figura 19).

En Rabinal, el 48% de las madres respondieron que reciben los conocimientos de un trabajador de salud, principalmente de la persona que atiende los partos, en este caso, la enfermera profesional (al igual que San Jerónimo) y 31% de las comadronas. Por lo tanto, la confianza y credibilidad de cómo dar pecho la obtienen de las personas de su entorno y son ellas las que tienen el poder de convencer y educar a la madre en estos temas.

Los resultados del presente estudio permiten inferir que las intervenciones no tienen pertinencia cultural y se limitan a exponer dejando atrás el dinamismo que conlleva la educación. Para llegar a la práctica correcta de la LM y AC, la madre tiene que convivir con otras madres en la misma etapa para que los temas sean de interés y pueda también involucrarse; en el caso de las bases de datos del MIDES,

las familias que tiene hijos menores de dos años son pocas y no se tienen datos de madres embarazadas.

Con respecto al conocimiento sobre el inicio de la AC en Rabinal el 90% reportan que se debe esperar a los 6 meses para iniciar con la alimentación del niño/a. Existe una diferencia del 15% con San Jerónimo, ya que se reporta un inicio temprano de la AC en cuanto a conocimiento se refiere. Para identificar los conocimientos en cuanto a la frecuencia de la alimentación, tipo de alimentos y preparación de los mismos en las diferentes edades del niño/a, es necesario explorar desde el conocimiento hasta la puesta en práctica.

Actitudes acerca de lactancia materna y alimentación complementaria

Los resultados en cuanto a las actitudes de las madres frente a la LM muestran diferencias entre los municipios. El 31% en San Jerónimo decidieron introducir alimentos a los niños/as antes de los 6 meses de edad, la razón más común fue que “el bebé se quedaba con hambre”, esta frase fue interpretada por la investigadora cuando las madres comentaban de algunos comportamientos del niño/a antes de los 6 meses como, “se le queda viendo a la comida”, “ya pide comer”, “se saborea la comida”, entre otros. Otra razón identificada fue que algunas madres reportan que su hijo/a “se quedaba con hambre” después de la LM.

Todos estos datos reflejan que debe educarse a la madre en los principios básicos de la AC, por ejemplo, la identificación del momento en el que el niño/a esté preparado para recibir alimentos como, el niño/a debe sentarse solo y mantener su cabeza erguida para que pueda deglutir adecuadamente los alimentos e idealmente haber duplicado su peso al nacer.

Otras indicaciones pertinentes (incluyendo a Rabinal) son, la información específica en cuanto a agarre, succión y posición del niño/a al momento de la LM, para evitar que la madre piense que el niño/a “se queda con hambre” pues hasta

los 6 meses de vida, la LM cubre todos los requerimientos tanto energéticos como de macro y micronutrientes que el niño/a necesita; deben ser parte de los mensajes al momento de promocionar la LM. Es importante recordarle a las madres que al iniciar más temprano la AC expone a sus hijos/as a infecciones gastrointestinales (diarreas principalmente que hacen que el niño/a baje de peso) y desnutrición.

Sin embargo más del 50% de las madres (83% para Rabinal y 69% para San Jerónimo) inician la alimentación complementaria después de los 6 meses de edad, al momento de compararlo con el conocimiento que reporta Rabinal, el 90% de las madres tienen un buen conocimiento general de la AC, pero el porcentaje que responden a una actitud positiva frente a la misma es menor (83%). Por lo tanto, no todos los hijos/as recibirán AC correctamente debido a que la actitud negativa impide llevar a la práctica los conocimientos, pero de la práctica se discutirá más adelante.

El 75% en San Jerónimo reporta conocimiento general satisfactorio sobre alimentación complementaria, similar a Rabinal. El porcentaje de madres con actitud positiva (69%) es igual a Rabinal. Esto no precisamente indica que la madre que tiene buen conocimiento, tiene buena actitud, o viceversa, en este caso, *“También deberían tener acceso (refiriéndose a las madres) a la asistencia práctica especializada, por ejemplo de agentes de salud cualificados, de asesores especializados y no especializados, y de consultores en lactancia acreditados, que aumenten la confianza de las madres, mejoren las técnicas de alimentación y prevengan o solucionen los problemas de amamantamiento”* (OMS, 2003).

La actitud frente al uso de fórmulas infantiles antes de los 6 meses de edad es buena (97% Rabinal y 92% San Jerónimo), incluso mejor que el conocimiento reportado, en cuanto a calidad de las “leches” que fue de 94% para Rabinal y 85% para San Jerónimo. A pesar de que probablemente el tema específico del uso de fórmulas infantiles no se imparta, los conocimientos generales de LM han logrado

una buena actitud sin tener conocimientos (incluso generales) del uso de fórmulas infantiles. Esto contribuye a mejorar tanto la actitud positiva como llevar a cabo la práctica correcta de la lactancia materna.

El porcentaje del uso de fórmulas antes de los 6 meses para Rabinal (67%) y San Jerónimo (33%) se vio influenciado por las recomendaciones de un trabajador de salud (enfermeras, auxiliares de enfermería, educadores, promotores de salud, etc.), no especificando el personal, pero como se mencionaba anteriormente, lo importante es contar con personal calificado que pueda dar información verídica.

En San Jerónimo el 44% de madres afirma “tener suficiente leche”, por lo que se debe reforzar toda la información brindada, la cual debe ser congruente para quienes la reciben y en especial que las madres no duden de su capacidad para amamantar. El rol de la familia, la comunidad y los servicios básicos de salud también juegan un papel importante de apoyo a las madres lactantes.

La actitud positiva para dar de lactar está por arriba del 75%, refiriendo contar con suficiente leche materna y no presentar molestia alguna al dar pecho. Entre los municipios la diferencia que existe es del 2% reportando más madres en San Jerónimo con suficiente leche materna y del 6% con ventaja para Rabinal ya que se reportó que las madres sufrían menos de dolores durante la lactancia. Éste tema es importante para que la madre se sienta segura, con confianza y logre realmente disfrutar el momento de la lactancia sin molestia alguna. Claro que el éxito de esto depende de la orientación de buenas posiciones, succión y agarres del bebé al momento de iniciar con la LM.

Con respecto a la relación entre conocimiento y actitud, para Rabinal el porcentaje de madres es baja en ambos municipios y como ya se ha discutido antes, la actitud positiva es indispensable para la práctica.

Dentro de las molestias más comunes reportadas para los dos municipios, fueron los pezones agrietados. Este dato es importante ser presentado a las personas que trabajan en la promoción de LM para orientar a las madres sobre cómo prevenir, sanar y lo que debe y no hacerse si las madres lo padecen.

Las opciones de alimentación que reportaron las madres que “no tenían suficiente leche materna”, son diferentes entre los municipios. Para Rabinal la opción es darles “atoles o agüitas”, las más comunes, de arroz, de masa (maíz), incaparina, entre otras. Lamentablemente aunque la calidad sea “buena” no se preguntó la preparación y dilución de estos alimentos para conocer realmente si llenan los requerimientos energéticos y nutricionales que necesitan los niños/as, se puede decir que la mitad de San Jerónimo (45%) también reportó los “atoles o agüitas” como opción de alimentación, pero el 55% reportó utilizar fórmulas infantiles. Como se ha mencionado con anterioridad y con otro dato más, a favor, probablemente sea por el mejor acceso a medios de comunicación de las madres de San Jerónimo.

Un 63% en San Jerónimo y un 58% en Rabinal del total de la muestra no eran madres lactantes al momento de la encuesta. La principal razón reportada es que el hijo/a ya “estaba grande”, interpretándose como un niño/a que tiene más de dos años y hasta a esa edad debe tomar leche materna. Sin embargo, según la edad reportada en las encuestas el porcentaje de niños mayores de dos años es menor que el porcentaje de madres que afirman “ya estar grandes”, lo cual indica que a pesar del conocimiento de la madre que se debe dar LM hasta los dos años, no todas tienen la disposición de dar hasta esa edad.

Por el contrario, las madres lactantes reportan que la razón principal de dar y desear seguir dando leche materna, era porque veían sanos a sus hijos/as, estos resultados son iguales para los dos municipios.

Indicadores de la OMS para Prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria

Lo más importante de la promoción de LM y AC debería ser que la madre ponga en práctica los conocimientos adecuadamente con sus hijos/as. La encuesta CAP para evaluar la parte de práctica se basa en los indicadores de la OMS, los cuales permiten identificar las prácticas de alimentación de los niños/as entre 0 y 23 meses y su sobrevivencia hasta los 5 años. En base a esto, se realizó un recordatorio de 24 horas a la madre para obtener la información correspondiente y que se detalla a continuación.

Evaluando el inicio temprano de la LM se encontró que más del 87% en los dos municipios dieron LM durante la primera hora post parto, ésta práctica es importante porque permite que el niño/a reciba el calostro el cual tiene un alto contenido de inmunoglobulinas que ayudarán al niño/a a madurar sus defensas, ayuda a la digestión, entre otros beneficios importantes para la salud del niño/a.

También se encontró un alto porcentaje (arriba del 94%) de madres que afirmaron dar pecho a todos/as sus hijos/as. Este dato confirma que tanto el conocimiento como la actitud afianzan la práctica, siempre dejando claro que se tomó en cuenta la información general de LM y AC.

En cuanto a la práctica de LME se evidenció que el 86% de San Jerónimo y 93% de Rabinal de niños de 0 a 6 meses recibieron LM y al momento de preguntarle a la madre si el niño/a había sido alimentado el día anterior, en San Jerónimo ese 86% de niños/as recibieron LME, pero en Rabinal se reportó que el 21% de los niños/as de 0 a 6 meses habían recibido AC, por lo que solamente el 72% de los niños/as menores de 6 meses en Rabinal recibieron LME, tomando en cuenta que, al utilizar la técnica del recordatorio de 24 horas, es una estimación excesiva de la proporción de niños/as que realmente reciben LME ya que algunos otros niños/as irregularmente pueden recibir otro tipo de líquidos u alimentos y no haberlos consumido el día anterior.

Al evaluar lactancia materna continuada al año de vida, para San Jerónimo el 100% de los niños/as entre 6 y 11 meses reciben LM y ese mismo número recibe AC. En Rabinal, los porcentajes son bajos, ya que en promedio el 88% de los niños/as entre 6 y 11 meses siguen con LM y sólo el 61% con AC. Por lo tanto, estas estadísticas muestran un comportamiento diferente entre los municipios. El municipio de San Jerónimo a pesar de no reportar conocimientos básicos en LM y AC sí lo lleva a la práctica, al contrario de Rabinal, donde se reporta tener conocimiento y actitud positiva pero no lo llevan a la práctica.

La lactancia materna continuada hasta los dos años de vida disminuye en un 31% para los dos municipios, pero un 92% para Rabinal y 100% para San Jerónimo muestran que sí reciben alimentación, este dato apoya la afirmación que las madres reportaron para no seguir dando LM que era “su hijo/a ya estaba grande”, y los resultados muestran el mismo comportamiento mencionado anteriormente cuando se relacionan con conocimiento y actitud.

En Rabinal la introducción de alimentos es gradual a la edad, sin embargo, el inicio de ésta es antes de los 6 meses, lo cual no concuerda con el 90% de las madres que indican conocer que se inicia la alimentación hasta los 6 meses de edad, en comparación a la tendencia en San Jerónimo que se da una aplicación correcta del inicio de la AC. Tal como se mencionó antes la accesibilidad a medios de comunicación y alimentos pudiera afectar este crucial inicio de la AC. Esto evidencia la necesidad del reforzamiento del tema de la AC con pertinencia cultura en el municipio priorizado de Rabinal. Probablemente una modificación en la estructura de la información básica que se les brinda a las madres pudiera reforzar la alimentación complementaria. También es importante recalcar que en estos resultados no se está tomando en cuenta la calidad y preparación de los alimentos que reciben los niños/as.

Según la OMS los niños/as deben tener una frecuencia mínima de comidas según su edad, pues es parte fundamental de la alimentación complementaria y por lo tanto debe ir en el contenido de la información general que se les brinda a las madres. Los resultados indican que los niños/as entre 6 y 11 meses de edad reciben los tiempos de comida necesarios para los dos municipios por igual. Este es un factor a tomar en cuenta para la prevención de la desnutrición ya que queda demostrado que no todos los niños/as inician correctamente la AC y es la edad en la que el niño/a esté expuesto a desnutrirse.

Lamentablemente, los niños entre 12 y 23 meses no cumplen con la frecuencia mínima de comidas, pues tan solo el 7% en San Jerónimo realiza entre 4 y 5 comidas al día, mientras que en Rabinal 44%, aunque el porcentaje es mayor, ni siquiera es la mitad de la población. Este dato es fundamental para realizar una búsqueda activa de casos de DA en estas edades, ya que también está demostrado que el porcentaje de LM continuada hasta los dos años es baja, corriendo el riesgo de no ser detectados a tiempo y padecer posteriormente DC.

En la evaluación de la diversidad alimentaria mínima que debe recibir un niño/a, según los grupos de alimentos que propone la OMS/UNICEF/USAID, 2008: 1. Cereales, raíces y tubérculo, 2. Legumbres y nueces (lo más común el frijol), 3. Lácteos (leche, yogurt y queso), 4. Carnes (carne, pescado, aves e hígado o carnes provenientes de vísceras), 5. Huevos, 6. Frutas y verdura ricas en vitamina A y 7. Otras frutas y verduras; se acepta como mínima si el niño/a consumió 4 o más grupos de alimentos diferentes en su alimentación diaria, ya que esto asegura una dieta de mejor calidad y significa que por lo menos recibieron un alimento de origen animal, una fruta o verdura y un alimento básico como los cereales, granos y tubérculos. La tendencia de consumo son los alimentos básicos y los de origen animal, quedando con porcentajes bajos el consumo de frutas y verduras, limitando así las vitaminas y minerales de mayor absorción en los niños/as. Lamentablemente tan sólo el 17% de Rabinal y el 15% para San Jerónimo consumen una diversidad

alimentaria mínima, con estos resultados, se confirma la necesidad del refuerzo de la información de alimentación complementaria, que sea completa en cuanto a frecuencia y variedad de los alimentos, definitivamente con pertinencia cultural.

La información del uso del biberón representa una amenaza para las prácticas óptimas de lactancia materna y alimentación complementaria, el incremento de morbilidad y mortalidad de los niños/as y de padecer de diarreas. Los resultados muestran porcentajes bajos (según la edad) para los dos municipios, siendo Rabinal el de mejor tendencia reportando pocos casos (Figura 37).

Con respecto al número de tomas, se tomó como número mínimo dos tomas al día según lo referido por la OMS. A este respecto, el 67% de San Jerónimo y el 57% de Rabinal fueron los niños/as que tuvieron dos tomas mínimo de biberón al día. Se comprueba que de cada 10 niños/as que toman biberón, 6 de ellos/as consumen la cantidad energética y de nutrientes que requiere.

Acciones de las Instituciones Responsables de la Promoción de LM y AC

El estudio también permitió identificar que en Rabinal 12 comunidades de 73 que son en total del municipio de Rabinal, son las priorizadas para la implementación de las acciones de promoción de LM y AC.

De las 4 instituciones responsables, solamente SEPREM no mantiene ninguna acción en el municipio y tampoco existen descripciones de las acciones que se van a realizar en cada aldea o caserío. Por lo que no se pueden discutir el tipo de acciones o intervenciones que realizan dichas instituciones debido a la falta de información clara y precisa, incluso de la evaluación y monitoreo de SESAN.

Lamentablemente para el municipio de San Jerónimo, la COMUSAN no está organizada, por lo que no se cuenta con información clara de las intervenciones que realiza cada institución en el municipio, la única información es la que brinda el

MIDES, donde se encontró que son aproximadamente 35 comunidades entre aldeas y caseríos los que reciben bono seguro. Sin embargo, no se tiene el registro de otras intervenciones interinstitucionales en esas 35.

Percepción de las Acciones del MSPAS y MIDES y Acceso a la Red de Servicios de Salud

Según la percepción de las madres de los municipios estudiados, las actividades que realizan MIDES y/o el MSPAS en promoción de lactancia materna y alimentación complementaria, arriba del 94% afirman que estas dos instituciones realizan actividades de promoción, reciben una buena atención y explicación de la LM y AC en los servicios de salud que visitan y confían en la información que se les brinda.

A pesar de no encontrarse información detallada de las actividades en pro de la lactancia materna y alimentación complementaria, según los resultados de esta investigación, la calidad de la información que se brinda debe mejorar, reforzando temas de AC principalmente pero también de posición, agarre y succión de LM, monitorear el crecimiento de los niños/as que van a iniciar AC y de los niños/as que comprendan las edades entre 12 y 23 meses, ya que se evidencia que es población vulnerable por no cumplir con las prácticas básicas de AC, aumentar al 100% los esfuerzos por darle acompañamiento a la madre en la Ventana de los Mil Días, ya que una persona no puede ni debe recibir tanta información en una sola sesión, la información debe ser adecuada al período en el que se encuentra para mejorar así las prácticas y no sólo conocimientos, ya que estos no van a erradicar la desnutrición; debe evitarse la exclusión de la población que no recibe el bono y compartir la información a quienes estén interesados/as.

Se cuestionó a las madres los requisitos que debían cumplir para recibir el bono seguro y el 65% de San Jerónimo y 73% de Rabinal respondió que deben llevar a sus hijos/as al monitoreo de peso y talla, a todos sus controles de vacuna según la

edad. Sin embargo al momento de la encuesta (momento previo a recibir el bono), no se observa que se pidiera el carne del niño/a para verificar el cumplimiento de este requisito.

En Rabinal el 51% de las madres indicó que debían cumplir con la asistencia escolar de sus hijos/as, se desconoce cómo se verifica la asistencia del niño/a a la escuela, se hace la observación que existen diferentes tipos de bono y las madres que reportaron este último requisito es porque reciben el bono escolar.

Tan sólo el 48% de San Jerónimo y el 42% de Rabinal indicaron que deben asistir mensualmente a una charla acerca de diferentes temas, siendo ésta la fuente de información para la promoción de la lactancia materna y alimentación complementaria del MIDES.

CONCLUSIONES

La alimentación desde el inicio de vida hasta los 6 meses del niño/a está asegurada en los dos municipios, ya que las prácticas generales de lactancia materna de inicio en la primera hora post parto y lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses del niño/a las llevan a cabo 8 de cada 10 madres que reciben charlas de MIDES y MSPAS.

En el cumplimiento de las prácticas de lactancia materna en el marco de la ventana de los mil días está la lactancia materna continuada hasta los dos años, ésta la practican 6 de cada 10 madres, aumentando la vulnerabilidad de niños/as a padecer desnutrición aguda y prolongándola hasta desnutrición crónica.

Los resultados de alimentación complementaria no son tan alentadores para Rabinal como los de lactancia materna, tan sólo 3 de 10 niños/as inician su alimentación complementaria a los 6 meses, siendo éste un municipio priorizado por el Pacto Hambre Cero pero que solamente cuenta con educadores de una ONG como extensión de cobertura del MSPAS y de las charlas mensuales de salud del MIDES.

Desde los 6 hasta los 11 meses de vida del niño/a que recibe alimentación complementaria, la frecuencia mínima de comidas es adecuada, pero al igual que en la lactancia materna, conforme va creciendo el niño/a se va afectando el requerimiento necesario porque tan sólo 4 de cada 10 niños/as en Rabinal y ninguno en San Jerónimo reciben mínimo 4 comidas al día según su requerimiento para la edad.

Existe una debilidad en cuanto a la educación alimentaria a madres que brinda tanto MIDES como el MSPAS, ya que 1 de cada 10 niños/as en los dos municipios reciben la diversidad alimentaria necesaria para asegurar una dieta de calidad en la población menor de 5 años.

Los indicadores de evaluación de SESAN para las intervenciones interinstitucionales de promoción de lactancia materna y alimentación complementaria carecen de relación entre variables, son simples enunciados que no permiten obtención de información pertinente y actualizada.

No existen diferencias entre los municipios estudiados en cuanto a los indicadores de lactancia materna y alimentación complementaria que reflejen el avance de las intervenciones interinstitucionales responsables de dicho componente.

RECOMENDACIONES

Toda acción que se implemente en la promoción de lactancia materna y alimentación complementaria debe ser evaluada adecuadamente, las propuestas pueden ser creadas por las comunidades con apoyo de profesionales o adecuar existentes como las que la OMS propone este fin. Por lo tanto, ya que es importante conocer el avance de las intervenciones es necesario sistematizar la educación alimentaria y nutricional en el primer nivel de atención.

A las intervenciones de promoción de lactancia materna y alimentación complementaria se les debe dar seguimiento para reforzar el conocimiento de acuerdo a evaluaciones periódicas que deben implementarse para ir cubriendo cada uno de los aspectos específicos, ya que esto afianzará una actitud positiva de la madres y por ende se pondrán en práctica los conocimientos aprendidos por las madres.

Es indispensable la cobertura que la educación alimentaria debe tener en todo el país por eso, la creación de grupos de apoyo a la lactancia materna y alimentación complementaria en cada comunidad es importante para que se les dé seguimiento a las madres desde el embarazo hasta los mil días del niño/a, junto con el asesoramiento de trabajadores de salud especializados en los temas.

REFERENCIAS

Desnutrición Aguda Infantil. Nutrir, la mejor inversión en futuro. (s.f.). Acción Contra el Hambre. Recuperado el 10 del mes de octubre del 2014, de http://www.accioncontraelhambre.org/files/file/pdfs/folleto_desnutricion_arte_sf_baja_pdf.pdf

El Plan del Pacto Hambre Cero Guatemala. (2012). Guatemala: Gobierno de Guatemala.

Guatemala. (2005). *Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.* (Decreto Número 32-2005). Guatemala: Centro Nacional de Análisis y Documentación Judicial. CENADOJ.

Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2009). *Manual para la Vigilancia Epidemiológica de la Desnutrición.* Guatemala: MSPAS.

Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2009). *Protocolo para el Tratamiento a Nivel Hospitalario de la Desnutrición Aguda Severa y sus Complicaciones en el Paciente Pediátrico.* (3º ed.) Guatemala: MSPAS.

Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2009). *Protocolo para el Tratamiento en Centros de Recuperación Nutricional de la Desnutrición Aguda Severa y Moderada sin Complicaciones en el Paciente Pediátrico.* Guatemala: MSPAS.

Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2010). *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil.* (ENSMI 2008/09). Guatemala: MSPAS/INE/CDC.

Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2010). *Protocolo para el Tratamiento Ambulatorio de Niños y Niñas con Desnutrición Aguda Moderada Sin Complicaciones*. Guatemala: PMA. Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas.

Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2011). *Guía Operativa del Protocolo para el Tratamiento Ambulatorio de Niños y Niñas con Desnutrición Aguda Moderada Sin Complicaciones en la Comunidad*. Guatemala: Sergrafica.

Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá. (1999). *La Iniciativa de Seguridad Alimentaria y Nutricional en Centroamérica*. (2º ed.). Guatemala: INCAP.

Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá. (2002). *Seguridad Alimentaria y Nutricional en Centroamérica (Documento de Trabajo)*. Guatemala: INCAP.

Jiménez, A.; Morales, Z. y Velásquez, H. (s.f.). *Guatemala: la alimentación, un derecho que no existe*. Guatemala: Magna Terra Editores.

Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. (2012). Guatemala: SESAN.

Murillo Gonzáles, S. (2005). *Seguridad Alimentaria y Nutricional en el Nivel Local: Ejemplo de un Modelo de Gestión Comunitaria*. Costa Rica: OMS/OPS/INCAP.

Organización Mundial de la Salud. (2003). *Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño*. Ginebra, Suiza: OMS.

Organización Mundial de la Salud/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia/Organismos de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. (2008). *Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño*. Ginebra, Suiza: OMS/UNICEF/USAID.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2002). *Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado*. Washington DC: OPS/OMS.

Organización Panamericana de la Salud. (2010). *La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud*. Washington DC: OPS.

Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. (2012). Guatemala: SESAN.

Pronóstico de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Período de junio a agosto. (2014). Guatemala: SESAN.

Sistema de Información Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional SIINSAN. Recuperado el 9 del mes de octubre del año 2014, de <http://www.siinsan.gob.gt/>.

ANEXOS

Anexo 9.1 Encuesta

No. De formulario 000

Encuesta sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) en el abordaje de la Lactancia Materna y Alimentación Complementaria

Nombre del entrevistador: _____ Fecha: _____

Departamento: _____ Municipio: _____ Comunidad: _____

Se está realizando una investigación acerca de lactancia materna y alimentación complementaria en el departamento de Baja Verapaz, éste cuestionario permitirá saber lo que opina sobre lactancia materna y alimentación complementaria, sus conocimientos y como la lleva a cabo. Su participación es totalmente voluntaria y anónima. Se le agradece su tiempo prestado y su aporte.

01. CARACTERIZACIÓN SOCIOECONÓMICA			
0101 ¿Cuántos años tiene? (madre): _____ años	0102 Usted es... Casada _____ Soltera _____ Viuda _____ Unida _____	0103 ¿Cuántos hijos tiene? _____ ¿Cuántos años tiene cada uno? _____, _____, _____, _____, _____, _____.	0104 ¿Cuántas personas viven en su casa? (colocar número, incluyendo a la madre) _____
0105 ¿Entiende y habla bien el español? Sí _____ No _____ ¿Qué idioma materno habla? Q'eqchi' _____ Achí _____ Kaqchiquel _____ Poqomchi _____ Otro _____ Sólo español _____	0106 ¿Sabe leer? Sí _____ No _____ 0107 ¿Sabe escribir? Sí _____ No _____	0108 ¿Trabaja? Sí _____ ¿En qué trabaja? Agricultura _____ Ganadería _____ Jomalera _____ Artesanía _____ Obrera _____ Otra (especifique) _____ Profesión u oficio (especifique) _____ No _____	

No. De formulario 000

02. CONOCIMIENTO			
0201 ¿Sabe qué es la desnutrición? Sí _____ No lo tiene claro _____ No _____ (pasar a la pregunta 0205)	0202 ¿Se han enfermado sus hijos de desnutrición? Sí _____ No _____	0203 ¿La desnutrición puede ser un problema para usted y sus hijos/as? Sí _____ No _____ ¿Por qué? _____ _____	
0204 ¿Cómo se cura la desnutrición? Alimentando bien al niño/a _____ Dándole cualquier tipo de comida al niño/a _____ No sabe _____	0205 ¿Qué leche es la mejor para sus hijos/as pequeños? Leche de bote (polvo) _____ Leche de vaca _____ Leche Materna _____ Otra (especifique) _____ _____	0206 Según lo que usted sabe, ¿Cuándo se debe empezar a dar pecho a un bebé? Inmediatamente después de que nace _____ A las dos horas después de que nace _____ Después de las 2 hrs. De nacido _____ No sabe _____	0207 ¿Hasta cuándo, el bebé debe tomar sólo y únicamente pecho? Hasta que se acabe el pecho _____ Hasta los 3 meses _____ Hasta los 6 meses _____ Hasta el primer año _____ Hasta los dos años _____ No sabe _____
0208 ¿Es bueno darle leche de bote a sus hijos/as? Sí _____ No _____ No sabe _____ Depende _____ ¿De qué? _____ _____	0209 ¿La primera leche que sale del pecho (calostro), la debe tomar el bebé? Sí _____ No _____ ¿Por qué? _____ _____ _____		0210 ¿Le enseñaron a dar pecho a su bebé? Si _____ No _____ (pasar a la pregunta 0212)

No. De formulario 000

0211 ¿Quién le enseñó? El doctor _____ El promotor de salud o enfermera _____ De mamá, abuela o tía _____ Comadrona _____ Lo vio en la televisión _____ De carteles en los servicios de salud _____ Otras (especifique) _____	0212 ¿Cada cuánto se le debe dar pecho al bebé? Cada hora _____ Cada vez que lo pida el bebé _____ Cada 3 horas _____ Como le recomienda el doctor _____ Otro (especifique) _____ No sabe _____	
0213 ¿A qué edad se debe empezar a dar comida al bebé? Hasta que se acabe la leche _____ A los 2 meses _____ A los 4 meses _____ A los 6 meses _____ Al año _____ Cuando le salen los dientes _____ No sabe _____ Otra (especifique) _____	0214 ¿Cuál es el beneficio de dar leche materna? (puede ser más de una opción) Ayuda al crecimiento y desarrollo del bebé _____ Evita enfermedades _____ Favorece la unión madre-hijo _____ El bebé come lo que necesita _____ Otro _____	
SI LA MADRE TIENE DOS O MAS HIJOS MENORES DE CINCO AÑOS, DEBE TENER UNA ENCUESTA POR CADA HIJO/A QUE TENGA, LLENANDO SÓLO LAS SECCIONES 03 Y 04, A PARTIR DEL SEGUNDO HIJO/A		
0109 Las preguntas que contestará a continuación van a ser sólo de su hijo/a que tenga: _____ años _____ meses, de género... femenino _____ masculino _____		
03. ACTITUD		
0301 En los primeros 6 meses de su hijo/a, ¿Decidió darle comida además de pecho? Si _____ No _____ (pasar a la pregunta 0303)	0302 ¿Por qué decidió darle comida además de pecho? Porque el bebé se quedaba con hambre _____ Porque no tenía suficiente leche _____ Porque no tenía tiempo _____ Porque así se lo recomendaron _____ Otra _____	0303 En los primeros 6 meses de su hijo/a, ¿Le dio leche de bote a su hijo/a? Si _____ No _____ (pasar a la pregunta 0305)
0304 ¿Por qué decidió darle a su hijo/a otra leche que no sea pecho? Por la recomendación del doctor, enfermera, promotor de salud, etc. _____ Por la recomendación de familiares y amigos _____ Porque se lo dieron en el hospital o clínica _____ Otra _____		

No. De formulario 000

0305 ¿Tuvo o ha tenido molestias al dar pecho? No _____ Sí _____ ¿Cuáles? Pezones agrietados o lastimados _____ Cuando comenzó a dar pecho _____ Acumulación de leche en los pechos _____ Pena al hacerlo enfrente de otros _____ Otra _____		0306 ¿Tiene suficiente leche materna? Sí _____ No _____ ¿Qué hace para alimentar a su bebé? <i>(puede ser más de una opción)</i> Cambia al bebe de pecho _____ Le da leche de bote _____ Le da atoles u otros líquidos <i>(agüitas)</i> _____ Fue con el doctor, enfermera o promotor de salud _____ Se hizo masaje en el pecho _____ Dejó de dar pecho _____ Otro _____	
0307 ¿A su bebé todavía le da pecho? Si _____ <i>(pasar a la pregunta 0309)</i> No _____	0308 ¿Por qué dejó de darle pecho a su hijo/a? <i>(puede ser más de una opción)</i> El bebé lo rechazó _____ Edad del bebé (ya está grande) _____ Ya no le salía leche _____ El bebé se quedaba con hambre _____ Porque tienen un hermano/a más pequeño/a al que hay que darle _____ Problemas o dolor en pecho o pezón _____ Porque a su esposo no le gusta _____ Porque no tiene apoyo de su familia o esposo _____ Otra _____ <i>(pasar a la pregunta 0401)</i>		
0309 ¿Por qué quiere seguirle dando pecho a su bebé? Quita el dolor del pecho _____ Se ahorra dinero _____ Ve sano a su bebé _____ Evita quedar embarazada pronto _____ Otro _____			
04. PRÁCTICA			
0401 ¿Le ha dado pecho a todos sus hijos/as? Si _____ No _____	0402 ¿Dio pecho a su hijo/a durante la primera hora después de que nació? Si _____ No _____	0403 ¿El día de ayer le dio pecho a su hijo/a? Si _____ No _____	0404 ¿Ayer le dio comida a su hijo/a? Si _____ No _____ <i>(pasar a la pregunta 0407)</i>
0405 ¿Cuántas veces comió ayer su hijo/ar? 1 vez _____ 2 veces _____ 3 veces _____ 4 veces _____ más de 5 veces _____			

No. De formulario 000

0406 ¿Qué alimentos le dio ayer a su hijo/a? Cereales, raíces y tubérculos _____ Legumbre y nueces _____ Lácteos (leche, yogurt, queso) _____ Carnes (pescado, aves, hígado o vísceras) _____ Huevos _____ Frutas y/o verduras _____		0407 ¿Ayer le dio pacha a su hijo/a? Si _____ No _____ (pasar a la pregunta 0501)	0408 ¿Cuántas pachas le dio? _____ _____
05. PERCEPCIÓN DE LAS ACCIONES DEL MSPAS Y MIDES			
0501 ¿Confía en la información que le da su promotor de salud o enfermera/o? Si _____ No _____	0502 ¿Recibe una buena atención y explicación de la lactancia materna y alimentación complementaria en el servicio de salud que usted visita? Si _____ No _____	0503 ¿El MSPAS y/o MIDES realizan actividades que hablen de lactancia materna y alimentación complementaria en su comunidad? Si _____ No _____	0504 ¿Qué debe cumplir usted, para recibir su bono? (puede ser más de una opción) Llevar a su hijo/a a controles de salud _____ Tener hijos/as entre 0 y 14 años _____ Tener control prenatal y de lactancia _____ Que sus hijos vayan a la escuela _____ No sabe _____
06. ACCESO A LA RED DE SERVICIOS DE SALUD			
0601 ¿Conoce los servicios de salud a los que puede ir en su comunidad? (Centros de convergencia, Puestos de Salud) Si _____ No _____	0602 ¿A qué servicio de salud va usted? (puede ser más de una opción) Centro de Convergencia _____ Puesto de Salud _____ Centro de Atención Permanente –CAP- _____ Centro de Salud –CS- _____ Centro de Atención Integral Materno-Infantil –CAIMI- _____ Maternidad Cantonal _____ Otro _____		
0603 ¿Cuánto tiempo se hace para llegar al _____ (respuesta de la pregunta anterior 0602, que esté más cerca de su casa)? _____	0604 ¿Lo atienden a cualquier hora del día y de la noche? Sí _____ No _____ Sólo en la mañana _____	0605 ¿Puede ir cualquier día? Sí _____ No _____ Sólo de lunes a viernes _____	

Anexo 9.2

Guatemala, noviembre 2014. L.M.M.C.

Universidad de San Carlos de Guatemala
 Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia
 Escuela de Nutrición
 Tesis

Laura María Morales Canel.



GUÍA DE ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

La encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas -CAP- de lactancia materna y alimentación complementaria, tiene como objetivo recaudar información para la investigación titulada "Resultados de las Acciones para la Promoción de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en el Marco de la Ventana de los 1,000 días en dos municipios del departamento de Baja Verapaz". La encuesta está dirigida a MADRES que tengan hijos/as menores de cinco años, en los municipios de San Jerónimo y Rabinal.

METODOLOGÍA

1. La delegación departamental del Ministerio de Desarrollo Social -MIDES- convocará a las familias beneficiadas con el bono seguro, en San Jerónimo los días lunes 1 y martes 2 de diciembre 2014, y en Rabinal los días lunes 8, martes 9 y miércoles 10 de diciembre del 2014, en los respectivos bancos de las cabeceras municipales, a partir de las 7:00 am.
2. La encuesta se pasará a las madres las fechas mencionadas en el punto 1, lo ideal es que se entreviste al mayor número posible de madres el primer día (idealmente 150), pero esto dependerá del número de encuestadores y de madres que tengan hijos/as menores de 5 años que asistan a recibir el bono a los bancos respectivos.
3. Los días citados, se deberán presentar en el BANRURAL de la cabecera municipal, a las 6:30 am, para resolver dudas, instrucciones generales y entregarles las encuestas y su respectivo lapicero.
4. Antes de iniciar con la encuesta se debe llenar los datos de la primera hoja de la encuesta, en donde deben anotar su nombre, fecha (en números), departamento (escribir B.V.), municipio (si es en San Jerónimo escribir solamente S.J., si es en Rabinal se debe escribir completo), la comunidad es la que la señora indique), a continuación se enlista las comunidades posibles para que anticipadamente puedan leer como se escribe el nombre de la comunidad y estén asociados a los nombres.

Guatemala, noviembre 2014. L.M.M.C.

San Jerónimo	Rabinal	
Aldea El Astillero	Caserío Joya de Ramos	Caserío Plan de las Tunas
Aldea El Cacao	Rabinal	Caserío El Palmar
Aldea El Durazno I	Aldea Paoj	Caserío Cumbre del Durazno
Aldea El Jícaro	Caserío La Cumbre	Caserío Chuacimarron
Aldea Los Ramones	Aldea Buena Vista	Caserío Chipacapox
Aldea Matanzas	Aldea Pichec	Caserío Cuchilla de Enmi
Aldea San Isidro	Aldea Guachipilin	Caserío Toloxcoc
Aldea Santa Barbara	Aldea Pachalum	Aldea Xesiguan
Aldea Santa Catarina	Asentamiento Pacux	Aldea Chirrum
Aldea Santa Cruz	Aldea La Ceiba	Aldea Las Ventanas
Aldea Santa Marta	Aldea Chiticoy	Caserío Pacacja
Aldea Sibabaj	Aldea San Rafael	Aldea Patixlan
Aldea Vega del Chile	Aldea Chuaperol	Aldea Chuategua
Caserío Agua Zarca	Caserío Las Delicias	Aldea Panacal
Caserío El Aguacate	Caserío Chuaracana	Caserío Chuaracana
Caserío El Cerron	Caserío Palimonix	Caserío Piedra de Cal
Caserío El Chaguite	Aldea Las Vegas Santo Domingo	Aldea Concul
Caserío El Coyolito	Aldea Nimacabaj	Colonia La Ladrillera
Caserío El Durazno II	Aldea Concul	
Caserío El Hornito	Caserío Pamaliche	
Caserío El Jute	Caserío El Tablon	
Caserío El Naranja	Aldea Xococ	
Caserío El Terrero	Aldea Chixim	
Caserío El Zapotillo	Caserío Coxojabaj	
Caserío La Guinea	Caserío Chisaliya	
Caserío La Rinconada	Aldea Chichupac	
Caserío Las Astras	Aldea San Luis	
Caserío Las Carboneras	Caserío Quebrada Honda	
Caserío Los Cerritos	Caserío San Luis el R.	
Caserío Los Encuentros	Aldea Raxjut	
Caserío Los Jocotes	Aldea Chiac	
Caserío Los Mangales	Caserío Corralabaj	
Caserío Planes y Bodegas	Caserío Pachica	
Caserío San Antonio T.	Caserío Pantulul	
Caserío Santa Elena	Caserío Chuacotzij	
Finca Cañas Viejas	Caserío Plan de Sánchez	
Finca El Aguacatal	Caserío Los Mangales	
Finca El Castaño	Aldea Canchun	
Finca El Valle	Aldea Chitucan	
Finca Las Impresiones	Paraje Plan de Godinez	
Finca San Dimas	Caserío Conculito	
Finca San Francisco	Aldea El Sauce	

Guatemala, noviembre 2014. L.M.M.C.

Finca San Lorenzo	Aldea Río Negro	
Paraje La Laguna	Caserío Pacaal Rural	
Paraje Las Tapias	Aldea Xeabaj	
Pueblo San Jerónimo	Caserío Chijon	

*No es necesario escribir en la encuesta las palabras: Aldea, Caserío, Finca, Asentamiento, Paraje, Pueblo o Colonia.

5. Al iniciar la encuesta deberán saludar y presentarse, por ejemplo, "Buenos días, mi nombre es _____", luego preguntar si la señora tiene hijos/as menores de cinco años, si la señora afirma tener hijos/as entre esas edades, luego, se debe leer el encabezado de la encuesta que dice: "Se está realizando una investigación acerca de lactancia materna y alimentación complementaria en el departamento de Baja Verapaz, éste cuestionario permitirá saber lo que opina sobre lactancia materna y alimentación complementaria, sus conocimientos y como la lleva a cabo. Su participación es totalmente voluntaria y anónima. Se le agradece su tiempo prestado y su aporte". Después comenzarán las preguntas de la encuesta.

Si la señora responde que no tiene hijos menores de 5 años, deberán entregarle un papelito que significa que a esa persona ya le preguntaron, a la madre que afirmó tener hijos/as entre esas edades se lo entregarán de último, indicándoles que deben entregarlo en la entrada del banco para poder recibir su bono (los papelitos tendrán diferentes colores, el día de la entrevista se les confirmará qué color pertenece a cada grupo de madres).

6. Luego comenzarán con la encuesta, las preguntas de toda la encuesta deberán leerse textualmente a las madres, el texto que están entre paréntesis son indicaciones para el encuestador. La encuesta está dividida en 6 partes y cuenta con 5 páginas y las respuestas se deben marcar con una X donde corresponda.

En la primera parte que es de datos personales, no se le leerán las opciones de respuesta a la madre, excepto la pregunta 0102.

01. CARACTERIZACIÓN SOCIOECONÓMICA			
0101 ¿Cuántos años tiene? (madre): _____ años	0102 Usted es... Casada _____ Soltera _____ Viuda _____ Unida _____	0103 ¿Cuántos hijos tiene? _____ ¿Cuántos años tiene cada uno? _____, _____, _____ _____, _____, _____	0104 ¿Cuántas personas viven en su casa? (colocar número, incluyendo a la madre) _____
0105 ¿Entiende y habla bien el español? Sí _____ No _____ ¿Qué idioma materno habla? Q'eqchi' _____ Achi _____ Kaqchiquel _____ Pocomchi _____ Otro _____ Sólo español _____	0106 ¿Sabe leer? Sí _____ No _____ 0107 ¿Sabe escribir? Sí _____ No _____	0108 ¿Trabaja? Sí _____ ¿En qué trabaja? Agricultura _____ Ganadería _____ Jornalera _____ Artesanía _____ Obrera _____ Otra (especifique) _____ Profesión u oficio (especifique) _____ No _____	

Guatemala, noviembre 2014. L.M.M.C.

- Si la madre no entendiera bien el español, por favor pedirle ayuda a una persona en la fila para que los/as pueda apoyar.

7. A partir de la segunda parte de la encuesta que se trata acerca del CONOCIMIENTO, se le leerán las opciones de respuesta a las madres, esto deberán indicárselos a ellas.

02. CONOCIMIENTO			
0201 ¿Sabe qué es la desnutrición? Sí _____ No lo tiene claro _____ No _____ <i>(pasar a la pregunta 0205)</i>	0202 ¿Se han enfermado sus hijos de desnutrición? Sí _____ No _____	0203 ¿La desnutrición puede ser un problema para usted y sus hijos/as? Sí _____ No _____ ¿Por qué? _____	
0204 ¿Cómo se cura la desnutrición? Alimentando bien al niño/a _____ Dándole cualquier tipo de comida al niño/a _____ No sabe _____	0205 ¿Qué leche es la mejor para sus hijos/as pequeños? Leche de bote (polvo) _____ Leche de vaca _____ Leche Materna _____ Otra (especifique) _____	0206 Según lo que usted sabe, ¿Cuándo se debe empezar a dar pecho a un bebé? Inmediatamente después de que nace _____ A las dos horas después de que nace _____ Después de las 2 hrs. De nacido _____ No sabe _____	0207 ¿Hasta cuándo, el bebé debe tomar sólo y únicamente pecho? Hasta que se acabe el pecho _____ Hasta los 3 meses _____ Hasta los 6 meses _____ Hasta el primer año _____ Hasta los dos años _____ No sabe _____
0208 ¿Es bueno darle leche de bote a sus hijos/as? Sí _____ No _____ No sabe _____ Depende _____ ¿De qué? _____	0209 ¿La primera leche que sale del pecho (colostró), la debe tomar el bebé? Sí _____ No _____ ¿Por qué? _____	0210 ¿Le enseñaron a dar pecho a su bebé? Sí _____ No _____ <i>(pasar a la pregunta 0212)</i>	
0211 ¿Quién le enseñó? El doctor _____ El promotor de salud o enfermera _____ De mamá, abuela o tía _____ Comadrona _____ Lo vio en la televisión _____ De carteles en los servicios de salud _____ Otras (especifique) _____	0212 ¿Cada cuánto se le debe dar pecho al bebé? Cada hora _____ Cada vez que lo pida el bebé _____ Cada 3 horas _____ Como le recomienda el doctor _____ Otro (especifique) _____ No sabe _____	0213 ¿A qué edad se debe empezar a dar comida al bebé? Hasta que se acabe la leche _____ A los 2 meses _____ A los 4 meses _____ A los 6 meses _____ Al año _____ Cuando le salen los dientes _____ No sabe _____ Otra (especifique) _____	0214 ¿Cuál es el beneficio de dar leche materna? <i>(puede ser más de una opción)</i> Ayuda al crecimiento y desarrollo del bebé _____ Evita enfermedades _____ Favorece la unión madre-hijo _____ El bebé come lo que necesita _____ Otro _____

Si la madre no comprendiera cuando se utiliza la palabra "pecho", sin pena se puede utilizar la palabra "chiche" ya que probablemente sea la palabra con la que ella está más relacionada.

- Pregunta 0201, la respuesta de "No lo tiene claro", deberán marcarla si la madre dice que sí e intenta explicarlo pero lo que dice no es claro, o les dice "mas o

Guatemala, noviembre 2014. L.M.M.C.

menos" o "tengo la idea", entre otras. Si la madre les responde que no sabe, deberán irse hasta la pregunta 0205.

- Pregunta 0203, la respuesta del por qué, deben escribirla brevemente con palabras (idealmente) textuales de la señora.
- Pregunta 0208, si la madre duda y les dice "depende", deben preguntarle el por qué y escribirlo brevemente.
- Pregunta 0210, si la respuesta es "No", pasar a la pregunta 0212.

8. La tercera parte es acerca de la ACTITUD, que tiene la madre frente a la lactancia materna y alimentación complementaria. En esta parte es importante resaltar que, si la madre a la que van a entrevistar tiene más de un hijo/a entre las edades de 0 a 5 años, deberán llenar ésta y la cuarta parte tantas veces como hijos/as tenga en diferentes encuestas. Ya que las preguntas de ésta y la cuarta sección son la experiencia que tuvo con cada hijo/a. Estas preguntas van a variar en la manera de preguntarle a la madre de acuerdo a la edad del niño/a. por ejemplo, si el niño tiene menos de 6 meses, la pregunta 0301 deberá ser modificada a: "Ha decidido darle comida además del pecho?", al igual que en la pregunta 0303.

SI LA MADRE TIENE DOS O MAS HIJOS MENORES DE CINCO AÑOS, DEBE TENER UNA ENCUESTA POR CADA HIJO/A QUE TENGA, LLENANDO SOLO LAS SECCIONES 03 Y 04, A PARTIR DEL SEGUNDO HIJO/A		
0109 Las preguntas que contestará a continuación van a ser sólo de su hijo/a que tenga: _____ años _____ meses, de género... femenino _____ masculino _____		
03. ACTITUD		
0301 En los primeros 6 meses de su hijo/a. ¿Decidió darle comida además de pecho? Si _____ No _____ (pasar a la pregunta 0303)	0302 ¿Por qué decidió darle comida además de pecho? Porque el bebé se quedaba con hambre _____ Porque no tenía suficiente leche _____ Porque no tenía tiempo _____ Porque así se lo recomendaron _____ Otra _____	0303 En los primeros 6 meses de su hijo/a. ¿Le dio leche de bote a su hijo/a? Si _____ No _____ (pasar a la pregunta 0305)
0304 ¿Por qué decidió darle a su hijo/a otra leche que no sea pecho? Por la recomendación del doctor, enfermera, promotor de salud, etc. _____ Por la recomendación de familiares y amigos _____ Porque se lo dieron en el hospital o clínica _____ Otra _____		
0305 ¿Tuvo o ha tenido molestias al dar pecho? No _____ Si _____ ¿Cuáles? Pezones agrietados o lastimados _____ Cuando comenzó a dar pecho _____ Acumulación de leche en los pechos _____ Pena al hacerlo frente de otros _____ Otra _____	0306 ¿Tiene suficiente leche materna? Si _____ ¿Qué hace para alimentar a su bebé? (puede ser más de una opción) Cambia al bebé de pecho _____ Le da leche de bote _____ Le da atoles u otros líquidos (agüitas) _____ Fue con el doctor, enfermera o promotor de salud _____ Se hizo masaje en el pecho _____ Dejó de dar pecho _____ Otra _____	
0307 ¿A su bebé todavía le da pecho? Si _____ (pasar a la pregunta 0309) No _____	0308 ¿Por qué dejó de darle pecho a su hijo/a? (puede ser más de una opción) El bebé lo rechazó _____ Edad del bebé (ya está grande) _____ Ya no le salía leche _____ El bebé se quedaba con hambre _____ Porque tienen un hermano/a más pequeño/a al que hay que darle _____ Problemas o dolor en pecho o pezón _____ Porque a su esposo no le gusta _____ Porque no tiene apoyo de su familia o esposo _____ Otra _____ (pasar a la pregunta 0401)	
0309 ¿Por qué quiere seguirle dando pecho a su bebé? Quita el dolor del pecho _____ Se ahorra dinero _____ Ve sano a su bebé _____ Evita quedar embarazada pronto _____ Otra _____		

Guatemala, noviembre 2014. L.M.M.C.

9. La cuarta parte es de PRÁCTICA, y al igual que la tercera debe llenarse tantas veces, como hijos/as entre 0 y 5 años tenga la madre entrevistada.

04. PRACTICA			
0401 ¿Le ha dado pecho a todos sus hijos/as? Si _____ No _____	0402 ¿Dio pecho a su hijo/a durante la primera hora después de que nació? Si _____ No _____	0403 ¿El día de ayer le dio pecho a su hijo/a? Si _____ No _____	0404 ¿Ayer le dio comida a su hijo/a? Si _____ No _____ (pasar a la pregunta 0407)
0405 ¿Cuántas veces comió ayer su hijo/a? 1 vez _____ 2 veces _____ 3 veces _____ 4 veces _____ más de 5 veces _____			
0406 ¿Qué alimentos le dio ayer a su hijo/a? Cereales, raíces y tubérculos _____ Legumbre y nueces _____ Lácteos (leche, yogurt, queso) _____ Carnes (pescado, aves, hígado o vísceras) _____ Huevos _____ Frutas y/o verduras _____	0407 ¿Ayer le dio pacha a su hijo/a? Si _____ No _____ (pasar a la pregunta 0501)	0408 ¿Cuántas pachas le dio? _____ _____	

- Pregunta 0404, la palabra comida no incluye que la madre le haya dado atoles u otros líquidos, debe ser comida sólida, semisólida o tipo papilla.
- Pregunta 0405, no se debe incluir las veces que recibió pecho o pacha, la pregunta va dirigida a los tiempos de comida (desayuno, refacciones, almuerzo y/o cena).
- Pregunta 0406, para ésta pregunta NO DARLE LAS OPCIONES DE RESPUESTA A LA MADRE, ya que debe ser el encuestador quien tenga el conocimiento de qué alimentos se encuentran en los diferentes grupos, a continuación se dan los ejemplos más comunes que se pueden presentar:

Grupo de alimentos	Ejemplos
Cereales, raíces y tubérculos	Pan, elote, papa, tortilla, tamales (de cualquier tipo), arroz, fideos, pastas, plátanos, yuca, ichintal, mosh, galletas, camote.
Legumbres y nueces	Frijol (de cualquier color), manías, habas, soja, arvejas.
Lácteos	Leche, incaparina, queso y yogurt
Carnes	De res, pescado, cualquier ave, hígado, vísceras, jamón, chorizo, longaniza, salchichas (embutidos), de cerdo.
Huevos	De gallina.
Frutas y/o verduras	Zanahoria, tomate, cebolla, lechuga, rábanos, pepinos, chile pimiento, peruleros, brócoli, repollo, ejotes, güicoy, limón, banano, Sandía, melón, naranjas, manzanas, peras, fresas, zapote, mangos, jocotes, papaya, uvas, etc.

Guatemala, noviembre 2014. L.M.M.C.

- Pregunta 0407, las pachas que se toman en cuenta son las preparadas con leche de cualquier tipo que no sea materna, o cualquier otro atol, las que no se toman en cuenta, son las de "agüitas", como de aniz, ciruela, etc.

10. La quinta parte de la encuesta, percepción de las acciones del MSPAS (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social) y MIDES (Ministerio de Desarrollo Social), ya no están relaciones a preguntas directas con lactancia materna y alimentación complementaria, son directas y la madre es libre de dar explicación o no.

05. PERCEPCION DE LAS ACCIONES DEL MSPAS Y MIDES			
0501 ¿Confía en la información que le da su promotor de salud o enfermera/o? Sí _____ No _____	0502 ¿Recibe una buena atención y explicación de la lactancia materna y alimentación complementaria en el servicio de salud que usted visita? Sí _____ No _____	0503 ¿El MSPAS y/o MIDES realizan actividades que hablen de lactancia materna y alimentación complementaria en su comunidad? Sí _____ No _____	0504 ¿Qué debe cumplir usted, para recibir su bono? (puede ser más de una opción) Llevar a su hijo/a a _____ controles de salud Tener hijos/as entre 0 y 14 años _____ Tener control prenatal y de lactancia _____ Que sus hijos vayan a la escuela _____ No sabe _____

- Pregunta 0503, no leerle a la madre MSPAS, decirle "Minsiterio de Salud" y MIDES.

11. La sexta y última parte es acerca del ACCESO A LA RED DE SERVICIOS DE SALUD, en las cuales también son preguntas muy directas.

06. ACCESO A LA RED DE SERVICIOS DE SALUD		
0601 ¿Conoce los servicios de salud a los que puede ir en su comunidad? (Centros de convergencia, Puestos de Salud) Sí _____ No _____	0602 ¿A qué servicio de salud va usted? (puede ser más de una opción) Centro de Convergencia _____ Puesto de Salud _____ Centro de Atención Permanente –CAP– _____ Centro de Salud –CS– _____ Centro de Atención Integral Materno-Infantil –CAIMI– _____ Maternidad Cantonal _____ Otro _____	
0603 ¿Cuánto tiempo se hace para llegar al _____ (respuesta de la pregunta anterior 0602, que esté más cerca de su casa)? _____	0604 ¿Lo atienden a cualquier hora del día y de la noche? Sí _____ No _____ Sólo en la mañana _____	0605 ¿Puede ir cualquier día? Sí _____ No _____ Sólo de lunes a viernes _____

12. Cuando se concluye la encuesta, recordar siempre dar GRACIAS a las madres, y darles el papelito correspondiente.

GRACIAS por su colaboración en esta investigación.

Cualquier duda, escribirme al correo jauramoralessnutricion@gmail.com



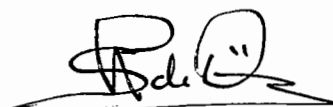
Br. Laura María Morales Canel.
Estudiante



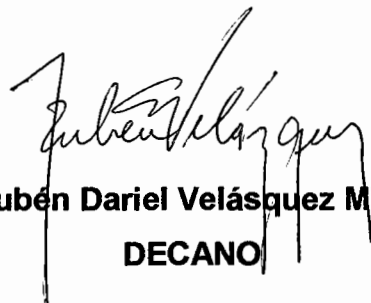
Lic. Jorge Pernillo
Asesor



Dra. María Isabel Orellana de
Mazariegos
Asesora



MSc. Licda. Silvia Rodríguez de Quintana
Directora Escuela de Nutrición



Dr. Rubén Dariel Velásquez Miranda
DECANO