



EL CONTEXTO CULTURAL DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL



Hallazgos y Líneas de Acción

Serie: **Cultura y Nutrición**
Documento **No. 02**

EL CONTEXTO CULTURAL DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL

Hallazgos y Líneas de Acción

ACCIÓN CONTRA EL HAMBRE EN EL PERÚ

A stylized, light gray graphic of a plant with several pointed leaves, located in the bottom right corner of the page.



I. INTRODUCCIÓN

Acción contra el Hambre en El Perú (ACF-E por su siglas en francés), tiene como objetivo principal disminuir la desnutrición infantil, trabajando estrechamente con los servicios de salud y el gobierno a nivel local, regional y nacional a fin de buscar acciones costo-efectivas, adecuadas culturalmente y potencialmente replicables para disminuir los altos niveles de desnutrición infantil (crónica y anemia) en las zonas alto-andinas del Perú. En el marco de este proceso, y para poder entender la complejidad de los factores involucrados, Acción contra el Hambre ha llevado a cabo un estudio etnográfico en dos provincias de Ayacucho sobre los aspectos socio-culturales relacionados con la desnutrición infantil. El presente documento ofrece un breve resumen de los resultados de la investigación (el estudio completo está disponible en las oficinas de ACF-E en Lima) y continúa con la inclusión de las “líneas de acción” sugeridas por Acción Contra el Hambre en base a estos hallazgos.

METODOLOGÍA

La mayor parte del estudio se llevó a cabo a través de técnicas cualitativas, sobre todo, etnográficas. Fue realizado por un equipo de cinco investigadores, tres de los cuales hablan quechua de forma fluida. Los investigadores pasaron al menos 14 días al mes, durante 6 meses, viviendo en dos comunidades de Huanta y en dos comunidades de Vilcashuamán, ambas provincias en la región de Ayacucho. Se examinaron seis temas principales:

- Conceptos sobre atención al niño, alimentación y salud, percepciones y reacciones a la desnutrición infantil.
- Patrones de consumo de alimentos en la familia, alimentación e identidad y cambios en el consumo de alimentos.
- Recursos disponibles – Sistemas de producción y comercio local.
- Cambios en el entorno natural.
- Política de programas sociales con énfasis en servicios de atención en salud.
- Relaciones y organización social en la familia y la comunidad.

Se utilizaron varias técnicas de investigación con el ánimo de poder contar con información recogida del discurso de

la población (lo que las personas dicen), con información de observación (lo que hacen). Se desarrollaron instrumentos de observación, guías de entrevistas, fichas de consumo y de seguimiento económico, y actividades participativas para los

los centros de salud, eventos educativos, interacciones entre padres e hijos, etc. en las cuatro comunidades de Hercomarca y Raymina (en Vilcashuaman) y Laupay y Huayay (en Huanta). Esta fase permitió identificar dos comunidades con mayor apertura para enfocarse en la parte más detallada del estudio (Hercomarca y Laupay).



Grupos focales.

Posteriormente se llevaron a cabo una serie de grupos focales en Hercomarca y Laupay, sobre conceptos de salud y fases de desarrollo infantil, evitando utilizar términos como “desnutrición” y “anemia”, para contrarrestar la discusión referida al desarrollo del niño

talleres. Los instrumentos preparados, así como las técnicas seleccionadas sufrieron ajustes durante el estudio para responder a la realidad encontrada.

Observación participante.

Durante los dos primeros meses, el trabajo se basó en técnicas no-intrusivas como la observación, en un esfuerzo por construir relaciones de confianza en las comunidades. Se recolectaron al menos 350 reportes etnográficos de actividades tales como, alimentación, actividades agrícolas, reuniones comunales, visitas a

de acuerdo a nuestros propios estándares para la crianza de los hijos.

Entrevistas en profundidad.

Posteriormente fueron seleccionadas dieciséis familias en dos comunidades, teniendo en cuenta el nivel de recursos, educación, edad, presencia de hijos menores, y por supuesto, apertura al estudio. Además de convivir con estas dieciséis familias, se llevaron a cabo una serie de entrevistas semi-estructuradas con las mujeres y los hombres de estas familias. Se diseñó un guía de entrevista específica

para el personal de la posta, autoridades comunales, docentes, y mujeres y hombres mayores, en las cuatro comunidades.

Cuestionario.

Hacia el final de la investigación, se aplicó un cuestionario que sirvió para recolectar más información detallada sobre la situación económica familiar, preguntando sobre gastos y ingresos de las mujeres y los hombres de la familia mes a mes. Se llevaron a cabo 16 cuestionarios familiares en las comunidades de Hercomarca y Laupay.

Es preciso hacer énfasis en que el método etnográfico implica un amplio trabajo en campo, así como la convivencia con los pobladores, estando diseñado para ganar aceptación entre la sociedad local como una ruta hacia una información más veraz. En una reunión comunal, uno de los líderes de la comunidad, en un esfuerzo por demostrar apoyo al estudio y ayudar a que los investigadores sean aceptados en la comunidad, dijo: “ellos comen lo que nosotros comemos”, en reacción a la voluntad observada entre los investigadores por compartir la comida de las familias de la localidad. Con el tiempo, a medida que crece la confianza y las relaciones humanas se construyen, se pueden observar discursos y prácticas que difieren de las apreciaciones brindadas en conversaciones iniciales. El equipo notó que la investigación antropológica es

complicada en las áreas rurales de esta región, debido a la dinámica de “inspección” que están acostumbradas a recibir las familias por parte de los supervisores de programas sociales, trabajadores de la salud y ONGs. Los investigadores estuvieron muy al cuidado de la relación de poder entre las instituciones o actores del sector público y la población local y trataron de tomar en cuenta este tema. En este sentido, el estudio no es sólo una exploración de los conceptos y prácticas del cuidado de los niños y sistemas de conocimiento en torno al estilo de vida rural, sino también apunta a examinar de forma crítica el problema de la configuración de poder en la relación Estado/población.

CARACTERIZACIÓN DE LAS DOS PRINCIPALES COMUNIDADES DEL ESTUDIO

Laupay es una comunidad alto andina ubicada en el distrito de Santillana, provincia de Huanta, departamento de Ayacucho, ubicado a 3,980 m.s.n.m. Queda a dos horas y media de Huanta, con acceso limitado en temporadas de lluvia. En ella viven 38 familias, en su mayoría católicas. Las casas mantienen un patrón disperso, son de adobe, y casi todas las viviendas cuentan con una “cocina mejorada” y la mitad de ellas cuenta con un baño ecológico. Solo 5 familias no cuentan con electricidad. La comunidad no cuenta con teléfono fijo o comunitario. El centro de salud más cercano queda en Santillana. No hay mucha

presencia de jóvenes de 14 a 17 años, gran parte de ellos estudian en Santillana y en vacaciones escolares migran a la selva a trabajar para cubrir los gastos de su educación. La comunidad cuenta con una Asamblea Comunal que es la máxima instancia de decisión, se reúne mensualmente y tiene legitimidad entre la población. Cuentan con el programa estatal de transferencia condicionada de dinero (JUNTOS), club de madres, programa Vaso de Leche y Comedor Popular, y una escuela con inicial y primaria (dos grados por aula). La economía principal es la agricultura y ganadería. La papa (y sus derivados) es el principal producto presente en la alimentación, seguido de oca, olluco y haba.

Hercomarca es una comunidad en proceso de reconocimiento que se separó hace 10 años de la comunidad de Santa Rosa de Chanen y pertenece al distrito de Vilcashuamán, capital de la provincia del mismo nombre. Está ubicada a 15 minutos de Vilcashuamán, en la carretera que une la provincia con la capital del departamento, Ayacucho. Cuenta con 85 familias distribuidas en dos barrios, con una escuela, local comunal, una iglesia católica y otra evangélica. Las viviendas son de adobe con piso de tierra y techo de calamina y paja. La mayoría cuenta con “cocinas mejoradas”, letrinas y agua potable clorada. Hay electricidad en los barrios altos y bajos, pero no en la parte central. Cuentan con un teléfono público, pero el uso del

teléfono celular se ha masificado considerablemente. En las partes altas se producen tubérculos: papa, olluco, oca o mashua; y en las bajas se producen granos: maíz, cebada, trigo, haba o arveja. Últimamente la población ha aumentado la producción de quinua, debido a la subida de su precio en el mercado. La actividad pecuaria es mínima por la carencia de pastos, aunque es generalizada la crianza de animales menores. La población se atiende en el Centro de Salud de Vilcashuamán. Los jóvenes estudian secundaria en Vilcashuamán, o en las comunidades de Pomacocha o Pucaráccay. Tienen una organización comunal con una participación activa de la población. Cuentan con teniente gobernador, agente municipal, una asociación de jóvenes, Programa Vaso de Leche, Juntos, y un Comité de Vigilancia Comunal, que asiste a las autoridades principales y garantiza el orden interno de la comunidad. La Asociación Cultural Chirapaq ha abordado durante los últimos años el tema de la desnutrición infantil, seguridad alimentaria y cambio climático. Además, el Centro de Salud de Vilcashuamán apoya en reuniones trimestrales para evaluar el crecimiento y desarrollo de los niños.

PRINCIPALES HALLAZGOS

1 Contexto histórico

Mucho ha sido escrito en el Perú sobre la violencia entre Sendero Luminoso y el Estado, las muertes resultantes, la descomposición social y la migración forzada; sin embargo, **poco se conoce sobre el efecto a largo plazo de este conflicto armado dentro de los siste-**



mas del conocimiento local. La guerra civil causó cambios devastadores en el sistema de producción, reduciendo a más de la mitad las tierras cosechadas. En las zonas alto-andinas de Huanta, rebaños de ovejas y cabras fueron drásticamente reducidos, mientras que los camélidos, la principal fuente de proteínas en las dietas familiares, desaparecieron completamente. Las rutas de intercambio

y comercio tradicionales entre la Sierra y la Selva se vinieron abajo, reduciendo así la diversidad de alimentos. Esta época está catalogada como un periodo de “sufrimiento” en la memoria local. Las familias recuerdan que las madres y los niños huyeron hacia las montañas sobrevivieron consumiendo hierbas silvestres. Aquéllos que vivieron la violencia, -como los niños-, son vistos ahora con cuerpos más débiles y vejez prematura. La violencia también tuvo un impacto en

los patrones de crianza: la tendencia familiar de carácter más autoritario junto al énfasis en la fuerza física para preparar a los niños para una vida en el campo cambió sustancialmente, ya que las condiciones extremas de vida durante el conflicto exigieron a las familias una mayor protección hacia sus hijos. El campo, asociado con el sufrimiento del

cual las familias querían que sus niños escaparan, perdió valor como proyecto de vida, mientras que la educación ganó espacio como preocupación al interior de la familia.

La inserción acelerada en el mercado, la llegada de las carreteras y la electricidad, así como el impacto de las ONGs y políticas del Estado también han

introducido cambios culturales en las zonas rurales (el Estado, tradicionalmente ausente en estas regiones, empezó a ampliar significativamente su presencia después del conflicto armado, en torno a educación, salud, además de diversos programas sociales). Las tendencias de desarrollo neoliberal enfocadas en el individuo han conducido, indirectamente, a una censura de la cultura local dado que las intervenciones en nutrición se han enfocado progresivamente en los hábitos de higiene, cuidado del niño y preparación de los alimentos en la esfera privada del hogar. Aun cuando la elevada presencia del Estado es vista de forma positiva, especialmente en términos de reducir la mortalidad materno-infantil, ésta viene acompañada por una visión de desarrollo que incluye el cambio de comportamiento para cumplir con los estándares externos de bienestar. Los trabajadores de la salud son requeridos para enseñar higiene y cuidado en la salud y para evaluar las capacidades de las madres a fin de poner en práctica estas recomendaciones, creando a su vez una dinámica crítica y discriminatoria que, sin ser intencional, contribuye a la sub-valoración de los sistemas existentes de conocimiento de las madres.

2 Modelos culturales de infancia

Como se mencionó anteriormente, este estudio dio luz a los cambios en los

modelos de crianza de los niños. El modelo histórico presente puede ser llamado kallpasapa (término similar a “fuerza” en quechua), refiriéndose a la necesidad de desarrollar características físicas para la difícil vida rural, de tal manera que el niño no sufra cuando tiene que asumir esas responsabilidades. El segundo modelo, que podría ser designado como “alerta” o “inteligente”, es uno nuevo, el cual pone menos atención en la fuerza física y añade un nuevo énfasis no sólo en la habilidad escolar, sino también en las cualidades sociales y otras formas de aprendizaje. Esto debe ser visto en un contexto donde, además, la educación está altamente valorada como el camino para un futuro mejor.

Los cambios en los modelos se relacionan con cambios en el rol de los niños dentro de una familia. Hasta cierto punto las jerarquías se están disolviendo – los niños ahora pueden hablar en frente de los adultos y no están tan restringidos por las estrictas normas de respeto. Los niños y las niñas están “alertas”, tienen más “agencia” y ofrecen sus opiniones, lo que es visto como positivo por las familias, expresado en frases como, “ellos nacen con los ojos más abiertos”. Los dos modelos co-existen y no son exclusivos. Aunque los niños y los padres comparten por igual el objetivo de un futuro “profesional” para los hijos y las hijas, ellos, los padres, tienen que responder a las demandas diarias de la producción agrícola de subsistencia.

3 Salud

Uno de los hallazgos más interesantes de este estudio es el inesperado potencial de articulación entre los conceptos locales relacionados a la salud y aquéllos del sistema de salud nacional. La noción común entre los trabajadores de Salud de que las familias no cuidan de la salud de sus hijos es radicalmente falsa: Se trata más bien de que el cuidado que brindan las madres rurales no es visible por los profesionales de la salud. Los trabajadores de Salud sienten que “la gente no quiere aplicar lo que la posta les dice”.

Las familias sí reconocen el impacto positivo del Estado en términos de acceso a los servicios de educación y salud, y ven los controles de los Centros de Salud y las vacunas como precauciones útiles para evitar enfermedades severas. De hecho, las familias están muy interesadas en recibir nueva información y describir cómo han puesto en práctica algunas de las recomendaciones; sin embargo, el potencial para la articulación está minado por significativas barreras en la comunicación y por un clima general de falta de respeto demostrado hacia las personas quechua hablantes. Las tensiones existen debido a la falta de reconocimiento hacia los sistemas de conocimiento local y la censura de las prácticas tradicionales.

Según el sistema de conocimiento local, el cuerpo, el alma y naturaleza están estrechamente vinculados. La naturaleza es un ser, puede sentir, actuar, y forma parte de las relaciones sociales dentro de la comunidad. Por ello, la naturaleza, juega un papel en la salud y bienestar de las personas. **16 enfermedades están asociadas con el entorno natural, espiritual y humano**, incluyendo: susto, pacha, wayra, qayqa, muna, uriwa, entre otras, afectando éstas principalmente a las mujeres embarazadas y a los niños. Las madres no suelen visitar el Centro de Salud cuando sus hijos padecen estas enfermedades, dado que las enfermeras “no reconocen o no saben cómo curarlas”. Más de 7 de estas enfermedades tienen a la diarrea como síntoma, cada una distinguible por el color, textura y olor de la propia diarrea, así como la hora del día en que se presenta la fiebre. Se cree que **muchas variedades de diarrea son causadas por fuerzas naturales o espirituales, son impredecibles y difíciles de controlar a nivel individual**. El lavado de las manos en los “cinco momentos críticos”, como ha sido promovido durante años por las ONGs con mínimos resultados, no encuentra asidero en este sistema de causalidad – según la población estas enfermedades son causadas por una fuerza más “complicada”. La capacidad de las madres y

los padres a la hora de diagnosticar en detalle los tipos y causas de la diarrea según su conocimiento local, no implica la falta de interés en la adquisición de un conocimiento médico convencional ni la ausencia del uso del servicio de salud cuando sea necesario. Las madres pueden distinguir la infección y actuar en consecuencia:

“Cuando es diarrea por qacha, se nota porque lo que el bebé ha comido sale entero, entero; en cambio cuando es diarrea por susto es como la clara del huevo. En este último caso no llevan a la posta, pero cuando ven que es diarrea por qacha, les llevan rapidito a la posta...” (J., Laupay)

LA RELACIÓN ENTRE LA POBLACIÓN Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR SALUD

Es preciso señalar la débil relación entre la población y los trabajadores de salud en este contexto. A menudo, el sector salud enfrenta carencias de equipo humano y material, cargas administrativas, se sienten sobrecargados de trabajo y mal pagados, y a pesar de estas frustraciones, muchos poseen relaciones estrechas y confiables con los pacientes. Los pacientes sí valoran el conocimiento

de los profesionales, pero el servicio es a menudo muy lento y burocrático, caracterizado por la falta de respeto al tiempo disponible del paciente o a su derecho a un trato digno, como se ejemplifica en el comentario de esta enfermera:

“Eso es por preocuparse más por los animales, más que por la salud de ustedes. Dicen que no han podido venir más temprano por sus hijos... ¡¿Pero cómo otras mujeres han venido desde las 3 am, o incluso desde las 2 am a hacer su cola?!”

Los consejos a menudo demuestran una falta de comprensión de la realidad de las mujeres. Riéndose, P. en Hercomarca, quien trabaja todos los días en el campo o llevando animales para pastar en zonas alejadas, recuerda que el doctor sugirió que ella “camine más” para beneficiar su embarazo.

Otros problemas en las relaciones incluyen:

- La falta de información brindada por los profesionales de la salud. A menudo, a los pacientes se les dice qué hacer pero no por qué. Esto se debe en parte a:
 - Sub-estimación de las capacidades de la población para comprender, especialmente de las mujeres. Como dijo una enfermera, la información “les entra por acá y les sale por allá” señalando a sus oídos, lo que implica que no vale la

pena perder su tiempo dando explicaciones a las mujeres.

- Sub-valoración del conocimiento local, clasificándolo como meras “creencias”, en oposición al conocimiento médico “real”. Si los doctores y enfermeras no entienden o prestan atención a los sistemas de salud locales, esto hace invisibles las prácticas de cuidado brindado al niño, lo que da como resultado:

- Un juicio negativo en el sentido que las familias rurales “no cuidan de sus niños”, que no les dan importancia, y la categorización de las madres como “desnaturalizadas”.

- La falta de respeto por el tiempo de la madre rural. No es inusual tener que caminar horas para llegar al Centro de Salud en la fecha de la cita y tener que esperar horas para recibir turno. Habiendo recibido el aviso la misma mañana, las mujeres de Hercomarca salieron apuradas de la comunidad, dejando a sus animales y a sus hijos, después que ser informadas que ése era su día de citas obligatorias, luego de una larga espera, la enfermera dijo, “Ya, no se les va a atender. Vayan, siéntense en la plaza, paseen, vayan a comer algo, ¿no?”

- La normalización de una relación de miedo. La desconfianza y miedo puede

caracterizar la relación con los Centros de Salud y con los representantes de los programas sociales. Como reportó una madre, los encargados de un programa social irrumpieron en su hogar sin anunciarse, revisando la olla de cocina y diciendo, “Por eso tus hijos están desnutridos”. Los beneficios de los programas sociales están asociados al cumplimiento con el acceso a la educación y atención



médica de los niños, por lo que las familias tienen miedo de que se les corten los subsidios si fallan en algún momento, sin tener muy claro este sentido de “fallar”. Otra madre dijo que más de una vez había regresado a casa, encontrando a sus hijos nerviosos y limpiando la casa porque habían escuchado rumores de que los “inspectores” iban a venir en una visita de sorpresa. No es inusual que

las mujeres escondan su embarazo para evitar escuchar observaciones despectivas sobre reproducirse como animales o tener bebés sólo para conseguir más subsidios del Estado.

Es esencial, no sólo hacer visibles los sistemas de conocimiento local, sino también eliminar la jerarquía dentro de la cual éstos son juzgados como inferiores al conocimiento médico. Relaciones de colaboración horizontales, más que la transmisión unidireccional de las obligaciones y mensajes para el cambio de comportamiento, abriría el espacio para la integración de la información médica dentro de los sistemas de conocimiento local.

cioeconómicas. Sin embargo, en relación con las 16 familias que fueron estudiadas en profundidad, se puede observar que:

- De acuerdo a las mediciones realizadas por el Centro de Salud, todos los niños de ambas comunidades, salvo uno, han sufrido desnutrición en algún momento de sus vidas.

- Existe evidencia de aprendizaje. El niño o niña más pequeño dentro de cada una de las familias con varios niños ha conseguido mantenerse por encima de la línea de riesgo, lo que implica que las familias están tomando en cuenta la desnutrición y actúan para minimizar su amenaza.

A pesar de que las familias están preocupadas por la desnutrición y están dispuestas a movilizar recursos para tratarla, esto no garantiza un resultado positivo y sostenible, debido a la precariedad de su situación económica. La nutrición es situacional, escapando a veces de su control. Las explicaciones que dan las familias sobre cómo un hijo o una hija cae en la desnutrición, documentada en sus tarjetas de salud, son reveladoras. Así por ejemplo, la madre de un niño "D" recuerda que él cayó en riesgo de desnutrición a raíz de sufrir de otra enfermedad. Otro niño, J., estaba muy triste por la muerte de su abuelo, mientras que otros niños habían cruzado la lí-

4 Desnutrición

Según las historias clínicas observadas, al menos el 40% de los niños en Laupay y el 30% en Hercomarca están desnutridos crónicos según controles del Centro de Salud a lo largo de enero-agosto del año 2011, estando otro importante porcentaje de ellos en riesgo. La distinción entre las familias fue mínima. Hay variaciones en los hábitos, así como hay diferencias en las condiciones so-

nea de “riesgo” a “desnutrición”, debido a la pérdida de una vaca de la familia, o debido a la enfermedad o ausencia del padre. Una enfermedad local común, llamada susto, causada por los espíritus o debido a daños en el propio espíritu, fue percibida como la causa raíz de la desnutrición de otro niño. Hablando de cuando se cayó del segundo piso, dijo, *“Desde ese día mi hijo no quería comer para nada. Se habrá asustado, no sé.”*

DISCURSO Y APRENDIZAJE SOBRE DESNUTRICIÓN

Algunas personas entrevistadas expresaron que ellos han aprendido mucho de las instituciones y el Centro de Salud acerca de la nutrición y, ahora están prestando especial atención a los hábitos alimentarios de sus niños. Otros explican que su experiencia como padres les ha ayudado a aprender. La mayor presencia de trabajadores de salud y ONGs interesadas en el tema de la desnutrición está teniendo un impacto positivo. Sin embargo, el tema es también un motivo de vergüenza. Se ha llegado a un punto en que el cuidado de los niños y los hábitos alimentarios son objeto de exhaustiva vigilancia externa, y la desnutrición es recibida con vergüenza, en parte debido a las prácticas del Centro de Salud, por publicar el estado nutricional de niños.

La reciente atención dada al tema, no siempre se ha traducido en un mensaje claro. Por ejemplo, una madre en Huayllay explicó después de visitar el Centro de Salud, *“Mi hijo está bien, sólo está bajo de peso y talla”*. Por otro lado, el discurso institucional no refleja la experiencia real de las personas. Ellos han aprendido que un niño con desnutrición está cansado, débil. Una madre, hablando de su hijo con bajo peso y en riesgo de desnutrición, dijo, *“está flaco pero vivo, con ganas. Se preocupa por sus tareas, no tiene pena o tristeza, baila con ganas, no es como enfermo. No tiene sueño, de noche más de las nueve duerme.”* Los trabajadores de salud explican que los niños que son pequeños para su edad sufren de desnutrición, pero las familias dicen que los bajitos son *“ágiles, rápidos”*, y fuertes. **Es difícil para las familias entender plenamente, que la estatura y el peso son signos de riesgo** y que puede implicar insatisfactorios hábitos alimenticios, ya que en la misma familia hay niños altos y bajos, así como hay niños que caminan temprano y otros que aprenden más tarde, y todos han comido los mismos alimentos. Estos mensajes socavan la validez de los consejos acerca de nutrición dentro de la comunidad.

BARRERAS CULTURALES PARA LA BUENA NUTRICIÓN

La investigación ha identificado conceptos y prácticas culturales que pueden constituir obstáculos para mejorar el estado nutricional.

Apetito y género. La población tiene la idea que los niños crecen más rápido en el útero que las niñas. La fuerza física del niño es enfatizada en rituales y los modelos de cuidado de los niños se asocian con la necesidad de darles más alimentos para obtener más energía. Se promueve un mayor apetito en los niños, lo cual se traduce en el hábito de ofrecer a las niñas menos alimentos.

Permisividad. Los cambios en los modelos de cuidado de los niños y las niñas significan que se les da espacio y autonomía, incluso en aspectos tales como qué y cuándo ellos comen, en comparación a cómo los padres recuerdan su propia infancia. Esto puede significar el que incluso niños muy pequeños consumen dulces de la tienda y perdiendo apetito para las comidas principales.

Lactancia prolongada e intensiva. Se observó que los niños y niñas con más de 6 meses siguen lactando con mucha frecuencia mientras que no comen muchos alimentos sólidos. Este aspecto está relacionado con los largos periodos de trabajo de la madre fuera del hogar, pues el niño o niña puede satisfacer su



hambre tomando leche de su madre, aunque esta leche no es suficiente para cubrir las demandas nutricionales, aunque sí sacia su apetito.

Ciclo estacional. Las familias perciben que hay más riesgo de desnutrición cuando comienzan las enfermedades respiratorias estacionales que provienen del frío clima, ya que éstas reducen el apetito. También es un factor relevante la escasez estacional entre cosechas.

DISTRIBUCIÓN ESTATAL DE LAS "CHISPITAS" (MULTI-MICRONUTRIENTES DE HIERRO)

La gente ha oído hablar de la anemia (Perú sufre de niveles inusualmente altos, alrededor de la mitad de los niños y niñas peruanos entre 6 y 36 meses la padecen, por lo que está considerado por la Organización Mundial de la Salud como un problema de salud severo), y tienen ideas acerca de los síntomas y el tratamiento, algunos de los cuales son acertados (uso de sangrecita). Sin embargo **la población no siempre tiene claro que las chispitas previenen la anemia, piensan sobre todo que son para mejorar el peso y la estatura del niño, para aumentar el apetito, son como vitaminas.** Las familias dicen que las chispitas tienen efectos secundarios negativos, tales como; diarrea, náuseas o vómitos, e indican que sus hijos pueden detectar el sabor y no les gusta.

Al principio, las familias insistían en que ellas usaban las chispitas, pero después de horas y días de convivencia y conversación admitieron que no se lo dan a sus hijos. **Los investigadores sólo observaron un caso de consumo regular de chispitas.** Un padre dijo que preferían tratar de alimentar a sus hijos con una dieta más diversa en vez de confiar

en las chispitas. Otro, que es un promotor local de salud, agregó,

"Otras señoras dicen que con esto estamos haciendo daño a nuestros hijos. Sin Chispita podemos (...) Con esta Chispita estamos empeorando a nuestros niños. Tal vez para que los peruanos seamos opas (tontos) (...) Es nuestra obligación recogerlas pero no estamos dando, no sabemos lo que contiene".

La gente tiene miedo de que las subvenciones de los programas sociales sean recortados, por lo que continúan recogiendo las chispitas y dejándolas apiladas en la casa.

5 Recursos, producción y alimentación

La comida es un elemento central de la cultura, forma parte de un sistema de conocimiento que se hereda, un conocimiento en continuo diálogo con los nuevos contextos sociales. Los conocimientos sobre el entorno natural, la forma de aumentar la producción, los sistemas de conservación de los productos, cuándo sembrar y cuándo cosechar, qué alimentos son buenos para los niños y buenos para las niñas, qué alimentos

dan vida, todos son parte de un sistema de conocimiento detallado. Las familias identifican el valor nutricional de los pro-



ductos de acuerdo a sus características inherentes pero también debido a las técnicas de conservación utilizadas, la calidad del suelo y el uso (o no) de fertilizantes químicos.

ECONOMÍA AGRÍCOLA

Un consenso entre los miembros de la comunidad es que **la cantidad y variedad de productos agrícolas disponibles en la actualidad** (a través de la producción o el comercio) **es menor que hace tres décadas**, es decir, anteriores al conflicto armado. “Ahora no alcanza

la papa para todo el año, antes sí”. En Laupay, durante la guerra, las familias perdieron sus animales y ahora tienen 4 o 5 vacas y cerca de 12 ovejas o cabras, y cada uno requiere una vacuna cada año por valor de 40 soles (ganado vacuno) o 25 soles (ovino o caprino), un precio muy alto para familias que tienen ingresos insignificantes en efectivo. El ganado representa los ahorros de la familia y solamente se sacrifican para pagar en caso de emergencias o para útiles escolares. Hoy en día es

muy inusual el consumir carne a pesar de que aparentemente se comía con frecuencia en el pasado.

Carne también comían con cuchillo grande, porque el trozo era grande, ahora no hace falta cuchillo porque la carne es chica... Si volvieran aquí [los abuelos] ¡Qué nos dirían! (R., Laupay)

Los bajos rendimientos de los cultivos y los rebaños reducidos también se perciben como el resultado de la

inestabilidad climática y la disminución de las precipitaciones. Los pastizales son escasos y secos y el clima impredecible desafía las señales tradicionales basadas en los signos, para el tiempo de la siembra. Las lluvias irregulares y el aumento de plagas son fuentes de estrés para las familias. Los ven como fenómenos recientes, comentando que los tiempos están “al revés”.

La educación representa un doble costo en la economía agrícola: no sólo hace que la familia tenga que cubrir los costos asociados (ropa, útiles escolares), sino también las madres se quedan solas para llevar a cabo todas las tareas domésticas, debido a que, ahora, los niños y las niñas asisten a la escuela. La migración estacional masculina para trabajar en las ciudades o en la selva es común, dejando a las mujeres para cubrir también las tareas productivas. Es especialmente difícil en los pueblos pequeños y aislados, porque los niños tienen que dejar la comunidad para poder asistir a la escuela secundaria, lo que representa un gasto adicional, en términos de alojamiento y transporte, y resulta en menos ayuda en el hogar. “Antes comíamos con calma, ahora ya no puedes sentarte a comer bien”, dicen algunas madres, pensando en su propia infancia. Las mujeres dicen que ya no cocinan comidas complicadas, tales como; “trigo picante”, “quinua al agua”, ni preparan grasa de cerdo o ají molido, al no tener tiempo para ello.

LAS COMIDAS FAMILIARES

Las dietas son altamente ricas en carbohidratos. Incluso cuando se consume esporádicamente carne, las cantidades son muy pequeñas. Los investigadores observaron un pescado frito dividido para 8 personas, o dos cuyes en una sopa para alimentar a por lo menos 7 personas. Rara vez se vio a las familias comer huevos o queso, los cuales a veces se venden para comprar arroz, pasta y azúcar. El consumo de frutas y quinua es escaso en Hercomarca (quinua se produce para la venta) y no existe en Laupay. La carne de cordero se observó 15 veces en los 165 días en el campo, mientras que el pollo 9 veces. El pescado, la carne de res, el cuy, fueron los menos observados.

La sopa es el plato principal, se come todos los días, dos veces al día. La sopa es descrita como ligera, caliente, buena para alimentar el cuerpo, dando fuerza. Los segundos (platos principales en las áreas urbanas del país) se consideran como comidas pesadas y de rápida evaporación, por lo tanto no son útiles para el trabajo agrícola. La sopa de estas comunidades no sólo es líquida, tiene una fuerte concentración de papas, trigo, arroz, cebada o pasta, puede incluir habas, y por lo general incluye un poco de zanahorias, cebolla y perejil.

Se acompaña la sopa con porciones de papa o maíz sancochado.

Las familias comen dos comidas grandes al día, el desayuno y la cena. El almuerzo es casi inexistente, con algunas excepciones. Este modelo se basa en las exigentes tareas agrícolas de llevar los animales a los pastos o a trabajar en la chakra. La gente usualmente lleva qu-qaw, o refrigerio, para comer alrededor de la una de la tarde, que consta de pequeñas porciones de papa, maíz o habas tostadas.

LA ALIMENTACIÓN INFANTIL

Los bebés comen del plato de la madre o del padre. Las madres no preparan alimentos en puré para niños de 6 a 8 meses de vida, ni tampoco siguen el consejo del Centro de Salud de preparar comidas para bebés y darles ésta cinco veces al día, dado su gran volumen de trabajo. Dedicarse a la cocina todo el día, es considerado por las madres como ser "ociosa". Como una mujer explicó "Estamos hechas para el trabajo duro", y eso significa trabajar afuera, en el campo.

Los niños pequeños, de 2 a 3 años de edad, son atendidos primero. **A los padres ya no se les sirve antes que a sus hijos, ni reciben la mejor porción, lo que representa un cambio signifi-**

cativo en comparación con el pasado. Ellos dicen que se debe a los mensajes recibidos de las instituciones de salud:

Antes mayormente a los mayores se servían más, de acuerdo a su tamaño se daba, pero ahora dicen que a los menorcitos hay que darles más carnegita, vitaminitas. Los mayores comemos solamente para llenar nuestra barriga... los menorcitos si están por alimentar, para que crezcan, montón de cosas nos dicen. Preferible dar a los niñitos en ese caso decimos. - ¿Y usted no se antoja? Pero probamos si quiera un pedacito, para los niñitos damos más.

(A., Huayllay)

En general, comen lo mismo que la familia. Algunas madres mencionaron que preparan alimentos especiales (huevo, una porción de carne) para niños o niñas pequeños desnutridos.

Hay algunos ejemplos de diferenciación en alimentación apta para niños versus niñas. Los niños no deben comer los riñones, para evitar problemas futuros al montar a caballo. Las niñas no deben comer el corazón, ellas podrían perder mucha sangre en la menstruación. Este tipo de tabúes alimentarios deben ser tomadas en cuenta para que otros alimentos puedan ser promovidos a la hora de reducir la anemia.

III. LÍNEAS DE ACCIÓN

1. Reconocer las brechas de poder entre la población, los servicios de Salud y el Estado, y trabajar para reducirlas.

- Identificar figuras de confianza y fuentes legítimas de información entre los representantes del Estado reconocidas como tales por la población. Identificar las instituciones que, -en opinión de la población-, gozan de legitimidad en cada lugar. Comprender las raíces de su legitimidad, y usarlas como ejemplo para otros actores públicos. Tratar de trabajar con la población a través de estas personas o instituciones ya aceptadas.

- Buscar canales de comunicación con los proveedores de Salud para que internalicen y reconozcan la necesidad de poner en evidencia la jerarquía de conocimientos y status entre los trabajadores del sector y los miembros de la comunidad.

- Cuestionar el derecho de evaluar, juzgar y “sensibilizar” a las familias y comunidades. Respetar los espacios íntimos y privados de la familia, -como la casa-, y distanciar la tendencia de “inspección”, una dinámica ya establecida entre los visitantes y las familias que limita la posibilidad del intercambio sincero y horizontal.



Síntesis de los resultados del estudio
*“Una etnografía de la (des)nutrición
en un contexto de múltiples cambios en
comunidades de Ayacucho, Perú”, 2011*

Equipo de Investigación:

Ponciano del Pino
Coordinación General

Equipo de Campo:

Sandra Torrejón
Magrith Portocarrero
Edith del Pino
Mariano Aronés
Tamia Portugal

- Apoyar al sector Salud para visibilizar las oportunidades en lugar de sentir frustraciones. Muchos consejos nutricionales han tenido un alto nivel de aceptación dentro de las posibilidades de las familias (Ejemplos: Se sirve primero a los niños, se les trata de dar más carne, se incluye huevo o sangrecita en la dieta de niños y niñas desnutridos, etc.)

- Reconocer y contrarrestar las percepciones discriminatorias hacia los padres, - y especialmente hacia las madres del área rural como incapaces de comprender, o de reconocer la importancia de la salud de sus niños. Estas visiones erróneas sobre las familias son producto no sólo del desconocimiento de las familias, su contexto y sus conocimientos, sino también de una falta de equidad hacia la familia campesina. Sin cuestionar estas miradas discriminatorias no es posible reducir las brechas de poder. Es necesario desmitificar la percepción de que las madres rurales quechua-hablante no valoran a sus niños, y hacer visible que les dan dedicación y esmero particular pese a las condiciones adversas que enfrentan.

- Evitar la culpa que recae sobre la madre en la desnutrición de sus hijos e hijas. Difundir el mensaje que el contexto de la desigualdad está reconocido como causa principal de la desnutrición. Tener cuidado con las estrategias de “cambio de comportamiento”, pues el argumento del “mal cuidado” por parte de la madre y el padre, dificulta aún más el re-

conocimiento público de la desnutrición y su incorporación como prioridad en la agenda comunal.

2. Promover espacios y herramientas prácticas para la articulación entre los dos sistemas de conocimiento: biomédico y tradicional/local.

- Reconocer que el problema no radica en la falta de interés de las familias rurales, ni en una falta de habilidad por su parte. Existe mucho interés, nuevos aprendizajes y cambios de hábitos, pero la oportunidad de intercambiar y aprender está siendo desaprovechada más que todo por el sector Salud, debido a su trato en ocasiones poco respetuoso, y a un sistema de consejería que tiende al autoritarismo, lo que limita el acercamiento entre ambos grupos. El modelo de capacitación y sesión demostrativa no aprovecha el interés de las familias por adquirir nuevos conocimientos. Se tienen que desarrollar intercambios basados en el contexto específico, en el idioma local, buscando la articulación de conocimientos en vez de silenciar su sistema de conocimiento, lo que implica la subvalorización de las madres. El cambio de comportamiento no viene como resultado de la repetición, viene cuando la información cobra valor dentro del marco de los conocimientos, la experiencia y la percepción de las personas.

- Reconocer los sistemas de conocimiento local, no subvalorarlos o categorizarlos como menos válidos. Apreciarlos como una oportunidad, no como un obstáculo. Estos sistemas son complejos, duraderos, fuertes pero fluidos, y contrariamente a la percepción popular, muy abiertos a la inclusión de nuevos conocimientos.

- El primer paso es dar a conocer en detalle el sistema local de conocimiento a los proveedores de Salud, a través de mujeres y hombres líderes. Esto implica la habilidad de escuchar sin prejuicio.

- Como segundo paso se deben identificar las áreas conceptuales con potencial para introducir nuevos conocimientos. Prestar atención a la sistematicidad entre los conceptos de cuerpo, alma y naturaleza para comprender la causalidad y las prácticas locales de prevención. Por ejemplo, escuchar el diagnóstico de las causas y el tratamiento de la diarrea infantil según como lo ven las madres. Dejar abierta la posibilidad de introducir otras prácticas de prevención y cuidados posteriores según el marco causal conceptual local.

- Con cierta frecuencia aparecen niños bien nutridos que cumplen con la característica de ser los hijos menores de una familia que tiene varios niños y niñas. Es clave entender este proceso de aprendizaje con las madres y padres, y enfatizar las lecciones aprendidas por ellas trabajando especialmente con madres primerizas y jóvenes.

- Examinar la distribución de micronutrientes (chispitas nutricionales) en este contexto, para buscar su aceptabilidad. Las chispitas no pueden estar caracterizadas como “alimento”, ya que no se asemejan a algo apto para la ingesta. Comprender comportamientos y voluntades de las madres a la hora de dar medicinas farmacéuticas a sus niños y niñas (una práctica relativamente nueva) puede ayudar a promover la posible aceptación “médica” de las chispitas. Examinar con transparencia el contenido de este producto junto a las familias. Buscar su categorización y su utilidad dentro del marco de salud local, en vez de repetir continuamente los mismos mensajes que no tienen buena acogida ni inspiran confianza a la población. Sólo con información clara y precisa se puede luchar contra la desinformación que se teje alrededor de las chispitas.

- Examinar los retos de higiene y sanidad en este contexto. Prestar atención a las percepciones locales de fuentes de contaminación y los sistemas locales de prevención, e introducir nuevos elementos de aprendizaje dentro del marco local de limpieza/suciedad, así como hacer visible en cada comunidad las fuentes de infección y su consecuencia para la salud infantil.

3. Re-pensar la visualización de la desnutrición infantil (incluido anemia) como problema, según la experiencia de las familias:

• Dado que los síntomas de la desnutrición no se reconocen en el campo (los niños desnutridos no están dormidos, débiles, académicamente retrasados, ni pálidos según la experiencia de las familias, si tenemos en cuenta lo que prevalece en sus memorias acerca de la infancia en anteriores generaciones), es necesario identificar otra manera de hacer visible la desnutrición ya que este mensaje no se visualiza como verdad y deslegitima la consejería nutricional.

• El peso y talla no tienen una especial relevancia como señal de preocupación por parte de las familias. Es decir, aun si se está comenzando a aceptar peso y talla como fuente de orgullo o vergüenza, esto se debe a tener que aceptar forzosamente esta idea como un problema a ojos del sector Salud, no por ser un problema internalizado por las familias. La población se auto identifica con ser más pequeña en estatura. Según la experiencia de las familias, los niños y niñas de baja estatura también pueden ser ágiles, fuertes e inteligentes. Se tiene que hacer visible la desnutrición vinculándola a una preocupación actual y visible

• Sugerencias para hacer visible el problema: vincular la desnutrición con la debilidad frente a las enfermedades, sean estas ocasionadas por infecciones o por fuentes de males del entorno. Si se concibe a los alimentos como fuente de energía o fuerza, su consumo puede implicar que el niño o la niña se encuentre fuerte para enfrentar o repelar cualquier tipo de enfermedad. Un síntoma de la desnutrición que tiene más poder para preocupar la madre, es la vulnerabilidad a las infecciones. Esto es válido dentro de la causalidad de la desnutrición infantil, ya que muchos mencionan que su niño o niña ha caído en la desnutrición a raíz de infecciones respiratorias y falta de apetencia. Es muy probable que las familias estén de acuerdo en que reducir las enfermedades respiratorias tendrá un impacto significativo en la desnutrición. Menos enfermo, más apetencia, menos desnutrido.

• Otra preocupación real que las familias vinculan a la alimentación es el éxito escolar. La educación como un camino hacia un futuro mejor es una idea ampliamente aceptada, ya que se está vinculando el éxito escolar con la buena nutrición, sin embargo, todavía es necesario aportar más evidencias. Los niños (incluyendo los desnutridos) se perciben como más “despiertos” e inteligentes que en el pasado, por tendencias cambiantes en modelos culturales de crianza. Hay que partir de la comprensión de que los

hijos e hijas tienen una centralidad en la vida familiar, y aprovechar el alto interés de los padres y madres en su educación, con el ánimo de usarlo como entrada a profundizar en la importancia de la desnutrición infantil.

4. Adecuar la consejería nutricional al contexto

- Hay muchas oportunidades para mejorar la pertinencia del consejo nutricional tomando en cuenta los hábitos. Por ejemplo; promover un quqaw (snack) especial para menores, en vez de insistir en almuerzos; promover alimentos nutritivos fáciles de llevar al campo (en vez de mostrar bebés sentados a la mesa dentro de la casa y comiendo 5 veces al día, pues en primer lugar rara vez hay mesas dentro de las casas y la madre rara vez está en el hogar al mediodía), etc.

- No insistir en segundo plato versus sopa. Trabajar con la sopa, como comida clave e irrefutable por la población, buscando que se añada más alimento, que los niños coman la parte espesa, que la chispita se añada a la parte espesa, que los niños tengan su propio plato, que se les aumente con algo de proteína servida específicamente en su plato.

- En términos metodológicos esto implica un trabajo detallado con los Agen-

tes Comunitarios de Salud (ACS) y mujeres líderes. Si los ACS van a liderar este proceso, es esencial que la población los reconozca como su voz dentro de la comunidad en su vínculo con salud, así como una fuente de información útil, no como “inspectores”, que se distancian o dividen en dos roles, por un lado el de madre o padre común, y por otro lado el de ACS escondiendo sus “creencias” mientras trabaja como representante del sector. Con los y las ACS, o con mujeres líderes, se tiene que trabajar en un contexto abierto e informal para definir oportunidades a poner en práctica, compartiendo sus éxitos. A través de los y las ACS, y mujeres líderes, la comunidad tiene que hacer visible su conocimiento y éxitos en mejorar la nutrición familiar, dando a Salud elementos importantes dentro de la consejería nutricional. Esto implica un trabajo de empoderamiento con el fin de poder expresarse dentro y fuera de la comunidad, con el fin de combatir la discriminación por parte de la sociedad dominante en la que viven.

5. Prestar atención a la preocupación más frecuentes: Inestabilidad climática y escasez de alimentos

- Entender con más detalle la vulnerabilidad productiva y económica de las familias. La caída desde un estado

de riesgo a una situación de desnutrición infantil se ha vinculado a momentos de estrés familiar y a problemas de salud de un miembro de la familia, demostrando que las familias están en una situación tan precaria que cualquier evento externo sirve de desequilibrio alimentario o nutricional.

- Trabajar en el manejo del agua, conservación de fuentes de agua, e implementación de riego, es esencial, ya que la escasez de agua y la incertidumbre sobre las lluvias es la fuente de estrés más común. Puede ser útil para reducir la desnutrición infantil el trabajar un manejo de riego para pastos dirigido a animales menores, ya que difícilmente se va a lograr consumir más proteína de animales mayores debido a su alta importancia en la economía familiar.

- Documentar y promover técnicas locales para conllevar la época de escasez (como conservar y guardar alimentos), y aumentar su rendimiento (manejo de plagas y otras técnicas agropecuarias). El conocimiento local producto de una larga experiencia en una geografía extrema se está perdiendo debido a la valoración de conocimientos más “científicos”.

- Investigar y promover el consumo de proteínas vegetales ya que la dieta es muy alta en carbohidratos.

- Fomentar y valorizar el consumo de productos locales nutritivos. La tendencia a reemplazar alimentos locales de pre-

cios atractivos (quinua y tarwi) por fideos y arroz es notable.

- Promover biohuertos cuando sea posible con el fin de evitar que la familia gaste en verduras y pueda incluso incrementar la cantidad de verduras en la sopa.

- Llevar a cabo análisis nutricionales de variedades de alimentos locales.

6. Reconocer modelos locales de cuidado infantil

- Dejar de lado la necesidad de implementar modelos de cuidado y estimulación urbanos. Lejos de “pensar más en sus animales que en sus niños”, las madres brindan un cuidado muy esmerado a sus bebés. Evitar generalizar que la labor agrícola implica poca estimulación hacia los bebés, ya que existe una cercanía continua con la madre, pasan horas juntos en el campo pastando, e interactuando con la naturaleza. Desde este contexto, definir con cuidado cuales son los obstáculos reales en el desarrollo, y cuáles son las asunciones urbanas que adopta el sector Salud.

- Investigar más en profundidad antes de proponer opciones para el cuidado infantil dirigidas a madres que trabajan en la chakra. Frecuentemente, las madres insisten que no dejarán a sus niños

en un wawa wasi, ya que piensan que este servicio no puede remplazar la cercanía de la madre. Sin embargo, en otras comunidades las madres demandan dicho servicio de wawa wasi.

- Prestar atención a aspectos de género en alimentación infantil, introduciendo cuestionamientos sobre la práctica de dar menos a bebés niñas por creer que tienen menos apetencia, y promover porciones iguales a niñas y niños. Los conceptos de género son cambiantes, y en una sola generación ya se han integrado nuevas tendencias de igualdad de género, como acceso a la educación en niñas, etc.

- Promover la aceptación social de que los padres varones se involucren en los ámbitos más domésticos, algo que ya se da pero que públicamente no está necesariamente bien visto, con el ánimo de no sobrecargar toda la responsabilidad del cuidado de los hijos en las madres dentro del ámbito privado familiar. El discurso de los padres varones está cambiando, y hasta cierto punto también la práctica, con demostraciones abiertas de relaciones entre padre e hijos, aunque la categorización social de roles de género es fuerte y el apoyo del hombre todavía es “opcional” en el hogar. Es importante que la misma población cuestione jerarquías de poder en el espacio privado.

7. Aprovechar los espacios de aprendizaje, como las escuelas

- Dado que la escuela ya está aceptada como un lugar legítimo de aprendizaje, sería útil trabajar con los docentes, y apoyarse en ellos para difundir mensajes, como por ejemplo, que los dulces no contribuyen al buen estado nutricional y promover productos locales.

- Reconocer como oportunidad el que los hijos e hijas en edad escolar comunican sus aprendizajes a sus padres. Los hijos e hijas mayores practican los consejos aprendidos en la escuela, por ejemplo lavando las manos de los bebés de su familia. Por ello, cualquier mensaje de salud y nutrición que se quiera reforzar en el hogar puede ser comunicado a través de docentes y sus alumnos.

- Apoyar a la comunidad en organizar su acceso a otros programas vinculados a la educación, por ejemplo PRONAA, y almuerzos y desayunos escolares. Donde hay un apoyo estatal de distribución de alimentos, los padres y madres son muy activos en asegurar que se cocina a diario para los estudiantes. Sin embargo, estos programas a veces sufren de desorganización y no siempre están en marcha en todas las comunidades.

8. Visibilizar el problema de la desnutrición desde el nivel local, para incidir en políticas públicas con el ánimo de luchar contra las percepciones discriminatorias y brechas de poder entre las autoridades y la población rural quechua/hablante.

- Es necesario quebrar el hábito de insinuar directa o indirectamente que la desnutrición es culpa de las familias, que se debe a casos individuales de “mal cuidado”, o que las familias tienen más hijos por recibir apoyo de programas sociales. Si al nivel comunal se visualiza la desnutrición infantil como una problemática pública y no privada, será más fácil que la comunidad reconozca el problema sin sentirse estigmatizada y pueda trabajar en las respuestas al problema. Cuidado infantil y alimentación son áreas íntimas por lo que es necesario hablar de estos temas con mucha sensibilidad.

- Difundir el mensaje de que los niños y niñas son la base de las familias rurales, sin señalar que les importan o cuidan menos comparado con las familias urbanas.

- Luchar contra el prejuicio de que las madres no entienden, no aprenden, o no tienen capacidad.

- Hacer ver que existen otros sistemas de conocimiento tan válidos como el sistema “dominante”. Hacer ver que

“ciencia”, “medicina”, y las formas de pensamiento y causalidad “dominante” son también sistemas de conocimiento, no es la “verdad” versus las “creencias”.

- Evitar las acciones de trabajar en nombre de la interculturalidad que son simplemente simbólicas, como por ejemplo la inclusión de “costumbres” aisladas sin tener en cuenta su integralidad. Es necesario impulsar procesos de reflexión e inclusión a nivel local en el diseño de políticas contra la desnutrición infantil.



Para mayor información favor
contactar a:

Bronwen Gillespie, Coordinadora Social,
ACF-E Perú

Correo electrónico:

coordsoc-pe@acf-e.org



Con el apoyo financiero de:



«El contenido de este material es responsabilidad exclusiva de <Acción Contra el Hambre - Perú> y en ningún caso debe considerarse que refleja los puntos de vista de la Unión Europea, la AECID o la Generalitat Valenciana»



Fundación Acción contra el Hambre

Calle Francisco del Castillo 235 2do. Piso
Urb. San Antonio Miraflores - Lima, Peru
Tlf: (51 1) 628 28 35 / (51 1) 628 28 36
acfe-pe@acfe.org / www.accioncontraelhambre.org