

ALIMENTACIÓN Y VIDA SALUDABLE

SOLUCIÓN TÉCNICA ORIENTADA A PREVENIR LA MALNUTRICIÓN MEDIANTE LA PROMOCIÓN DE UNA **ALIMENTACIÓN Y ESTILOS DE VIDA CONSCIENTES, SALUDABLES, EQUITATIVOS Y SOSTENIBLES** DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDIOAMBIENTAL.

MARCO DE ACCIÓN

INFORMACIÓN LEGAL

© Acción contra el Hambre Internacional 2025

Salvo que se especifique lo contrario, se permite la reproducción siempre que se cite la fuente. Si la reproducción o el uso de datos textuales y multimedia (sonido, imágenes, software, etc.) requiere autorización previa, dicha autorización prevalecerá sobre la autorización general descrita anteriormente y deberá indicar claramente cualquier restricción de uso.

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Este documento proporciona acceso público a la información sobre las acciones y políticas de Acción contra el Hambre Internacional. Nuestro objetivo es difundir información precisa y actualizada a la fecha de su publicación. Nos esforzaremos por corregir cualquier error que se nos señale. Sin embargo, Acción contra el Hambre no se hace responsable de la información contenida en este documento.

Esta información:

Tiene por objeto proporcionar únicamente información general y no se centra en la situación particular de ninguna persona, ni en ninguna persona con una opinión moral específica; Puede no ser necesariamente completa, exhaustiva, precisa o actualizada; A veces hace referencia a documentos o sitios externos sobre los que Acción contra el Hambre no tiene control y por los que declina toda responsabilidad; No constituye asesoramiento jurídico. Esta exención de responsabilidad no tiene por objeto limitar la responsabilidad de Acción contra el Hambre frente a los requisitos de la legislación nacional aplicable, ni eximirla de responsabilidad en los casos en que no pueda excluirse en virtud de dicha legislación.

Autoría:

Este documento ha sido elaborado por ACF-España y la aplicación de los principios y propuestas que aborda se limita a los países en los que opera. El documento es el resultado de la reflexión y el trabajo conjunto del grupo técnico formado por (en orden alfabético): Antonio Vargas Brizuela, responsable del área de Nutrición y Salud; Eva Iráizoz, técnica de Nutrición y Salud, experta en desnutrición crónica; Hélène Pasquier, responsable de Seguridad Alimentaria y Medios de Vida; Marta González Molina, técnica de DASE para proyectos de inclusión sociolaboral; Marta Lozano de la Rosa, técnica de DASE para orientación laboral; Silvia Rodríguez Rivero, técnica de Nutrición y Salud, experta en psicosocial; y ha sido elaborado y dirigido por: Sara Tulipani, PhD, técnica de Nutrición y Salud, experta en investigación y promoción de la alimentación y los estilos de vida saludables. Departamento de Nutrición y Salud. Ingeniería Técnica. Acción contra el Hambre España

Dirección técnica y validación (por orden alfabético):

Antonio Vargas Brizuela. Responsable de Nutrición y Salud. Ingeniería Técnica. Acción contra el Hambre España. Luis González Muñoz. Director de Ingeniería Técnica. Acción contra el Hambre España..

Revisiones y contribuciones (por orden alfabético):

Aduña Yimam (responsable de Nutrición y Salud, ACF EE. UU.); Aida Muñoz Maqueda (Técnica de Seguridad Hídrica y Cambio Climático, ACF España); Alexandra Rutishauser-Perera (responsable de Nutrición y Salud, ACF Reino Unido); Brigitte Tonon (Jefa interina de la Unidad de Salud y Nutrición, ACF Francia); Caroline Antoine (responsable de Nutrición y Salud, ACF Francia); Colleen Emary (coordinadora del equipo de operaciones GNC, ACF Canadá); Cristina Fernández de Simón de la Cruz (técnica de proyectos de incidencia política, ACF España); Cyril Lekiefs (responsable de Seguridad Alimentaria y Medios de Vida, ACF Francia); Guillaume Pegon (responsable de Salud Mental y Apoyo Psicosocial, ACF Francia); Hélène Pasquier (responsable de Seguridad Alimentaria y Medios de Vida, ACF España); Jean Lapegue (responsable de Agua y Saneamiento, ACF Francia); Lenka Blaharova (directora de operaciones de nutrición, ACF Reino Unido); Lorena Hernández Hernández (Gestora de proyectos ASE emplea, ACF Spain), Miguel Ángel García Arias (responsable de migración y sistemas de alerta temprana, ACF España), Pablo Alcalde (responsable de Agua y Saneamiento, ACF España), Roshni Vakilina (responsable de ingeniería técnica, investigación y MEAL, ACF India); Tanit Iglesias Zayas (referente de Género y Protección, ACF Francia); Valdivia Moutawali (referente de Género y Protección, ACF España).

Foto de portada: Detalle de las manos de Roselia desgranando maíz. Migración Circular – Guatemala - por Simona Carnino © Acción Contra el Hambre

Diseño y maquetación: nacho_cachero

El documento se ha elaborado siguiendo las recomendaciones de la [«Guía para el uso de un lenguaje no sexista»](#) utilizando un lenguaje inclusivo y priorizando el uso de vocabulario neutro en cuanto al género.

ACRÓNIMOS

AVS	Alimentación y vida saludable
CC	Cambio de comportamiento
ECV	Enfermedad cardiovascular
ENT	Enfermedades no transmisibles
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FGDS	Puntuación de Diversidad de Grupos de Alimentos
GDR	Recomendaciones Dietéticas Globales
GDQS	Puntuación Global de Calidad de la Dieta
GTFN	Marco transformador de género para la nutrición
HDDS	Diversidad Dietaria del Hogar
I+D+i	Investigación, desarrollo e innovación
IHAN	Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia
IMC	Índice de masa corporal
IN	Acciones implementadas en la esfera individual
IYCF	Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño
MDD	Diversidad Alimentaria Mínima
MDD-W	Diversidad Alimentaria Mínima para Mujeres
NNA	Niños, niñas y adolescentes
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
PMA	Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas
SDSR	Salud y derechos sexuales y reproductivos
SEM	Modelo socio-ecológico
SMART	Específicos, medibles, alcanzables, relevantes y temporales
SO	Acciones implementadas en la esfera social
ST	Acciones implementadas en la esfera estructural
U5	Niños y niñas menores de cinco años
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UPF	Productos alimenticios ultraprocesados
WHA	Asamblea Mundial de la Salud

FIGURAS, TABLAS Y RECUADROS

Figura 1. Teoría del cambio de la solución técnica para la promoción de una alimentación y vida saludable (AVS).

Figura 2. Determinantes estructurales, sociales e individuales que pueden tener un impacto significativo en los hábitos alimentarios y de vida de los grupos más vulnerables, según el modelo socioecológico.

Tabla 1. Directrices de la OMS sobre alimentación saludable por rangos de edad y condiciones fisiológicas especiales.

Tabla 2. Acciones de promoción de la AVS dirigidas al ámbito estructural.

Tabla 3. Acciones de promoción de la AVS dirigidas al ámbito social.

Tabla 4. Acciones de promoción de la AVS dirigidas al ámbito individual.

Tabla 5. Acciones de promoción de la AVS según su aplicabilidad en situaciones de emergencia y desarrollo.

Tabla 6. Tabla resumen de los resultados esperados, las métricas útiles y las fuentes de verificación para evaluar el impacto de las acciones de promoción de la AVS.

RECUADRO 1. ¿Cómo medir la salubridad de una dieta?

RECUADRO 2. ¿Qué cantidad de actividad física es la adecuada?

RECUADRO 3. ¿Cuánto sueño es necesario para la salud?

CONTENIDO

¿CÓMO ENTENDER ESTE DOCUMENTO?	6
TEORÍA DEL CAMBIO	7
FASE 1: PREPARACIÓN PARA LA ACCIÓN	10
1.1 Análisis del contexto y evaluación de las necesidades	11
1.2 Diseño y definición de la estrategia	17
FASE 2: ACCIONES, RESULTADOS, APRENDIZAJES	18
2.1 Acciones en el ámbito estructural	19
2.2 Acciones en el ámbito social	22
2.3 Acciones en el ámbito individual	24
2.4 Acciones según su aplicabilidad a situaciones de emergencia y desarrollo	26
2.5 Implementar, supervisar, evaluar y aprender	28
ANEXO	31
REFERENCIAS	33

¿Cómo entender este documento?

La solución técnica **Alimentación y Vida Saludable (AVS)** tiene como objetivo contribuir a reducir la prevalencia de la malnutrición en todas sus formas. Está diseñada para proporcionar orientación en la implementación de acciones preventivas que promuevan patrones alimentarios y de vida conscientes, saludables, equitativos y sostenibles desde el punto de vista medioambiental, dirigidas a la esfera individual, social (hogares, comunidades) y estructural (nacional, mundial), y que se adapten a las diversas situaciones y contextos en los que Acción contra el Hambre trabaja.

El logro de este objetivo nos permitirá influir positivamente en la salud y el bienestar de las personas, los hogares y las poblaciones con las que trabajamos, al tiempo que promovemos la igualdad

social y entornos saludables.

El objetivo de este documento es:

- Presentar la teoría del cambio de la solución (sección **«Teoría del cambio»**).
- Detallar cómo prepararse para la acción (sección **«FASE 1: Preparación para la acción»**).
- Describir qué hacer, cuándo y por qué (sección **«FASE 2: Acciones, resultados, aprendizaje»**).

Para una comprensión más completa, se recomienda revisar previamente el documento **Alimentación y Vida Saludable - Marco conceptual**.



Una joven madre come con sus hijos en Moyale, Etiopía. © Acción contra el Hambre



TEORÍA DEL CAMBIO

La Teoría del Cambio incluye:

- ACCIONES TÉCNICAS
- ACCIONES DE I+D+I
- ACCIONES DE PROMOCIÓN Y COMUNICACIÓN

El modelo socioecológico que adoptamos en el marco teórico (véase el **Alimentación y Vida Saludable - Marco conceptual**) reconoce que los comportamientos individuales están influenciados por múltiples niveles de determinantes interconectados, que van desde las características individuales de cada persona, hasta las presiones sociales y comunitarias y los factores estructurales más amplios. En consonancia con este enfoque teórico, las intervenciones para promover estilos de vida saludables se dirigen a:

- Las personas con las que trabajamos directamente en los programas (**ámbito individual**),

- Su entorno familiar y/o comunitario (**ámbito social**)
- Y el sistema en el que viven (**ámbito estructural**)

En la esfera individual, las personas con las que se trabaja directamente se identifican según tres criterios principales:

- **Criterios de vulnerabilidad** (riesgo de malnutrición durante el embarazo, la lactancia, la primera infancia, la infancia media, la adolescencia, la edad adulta y la vejez; adultos en riesgo de exclusión socioeconómica).
- **Criterios de captación, visibilidad y colaboración** (empleados de organismos financiadores, empresas «saludables», representantes del sector hotelero y de la restauración, comedores escolares, etc.).
- **Criterios de interés y necesidad** (empleados de las sedes, de las delegaciones regionales, de las oficinas nacionales de Acción contra el Hambre).

Figura 1. Presenta la Teoría del Cambio de la solución técnica. Para obtener más detalles sobre las modalidades de intervención en las que se aplica el enfoque, véase el material **ANEXO**.



Joven madre con adolescente © Acción Contra el Hambre

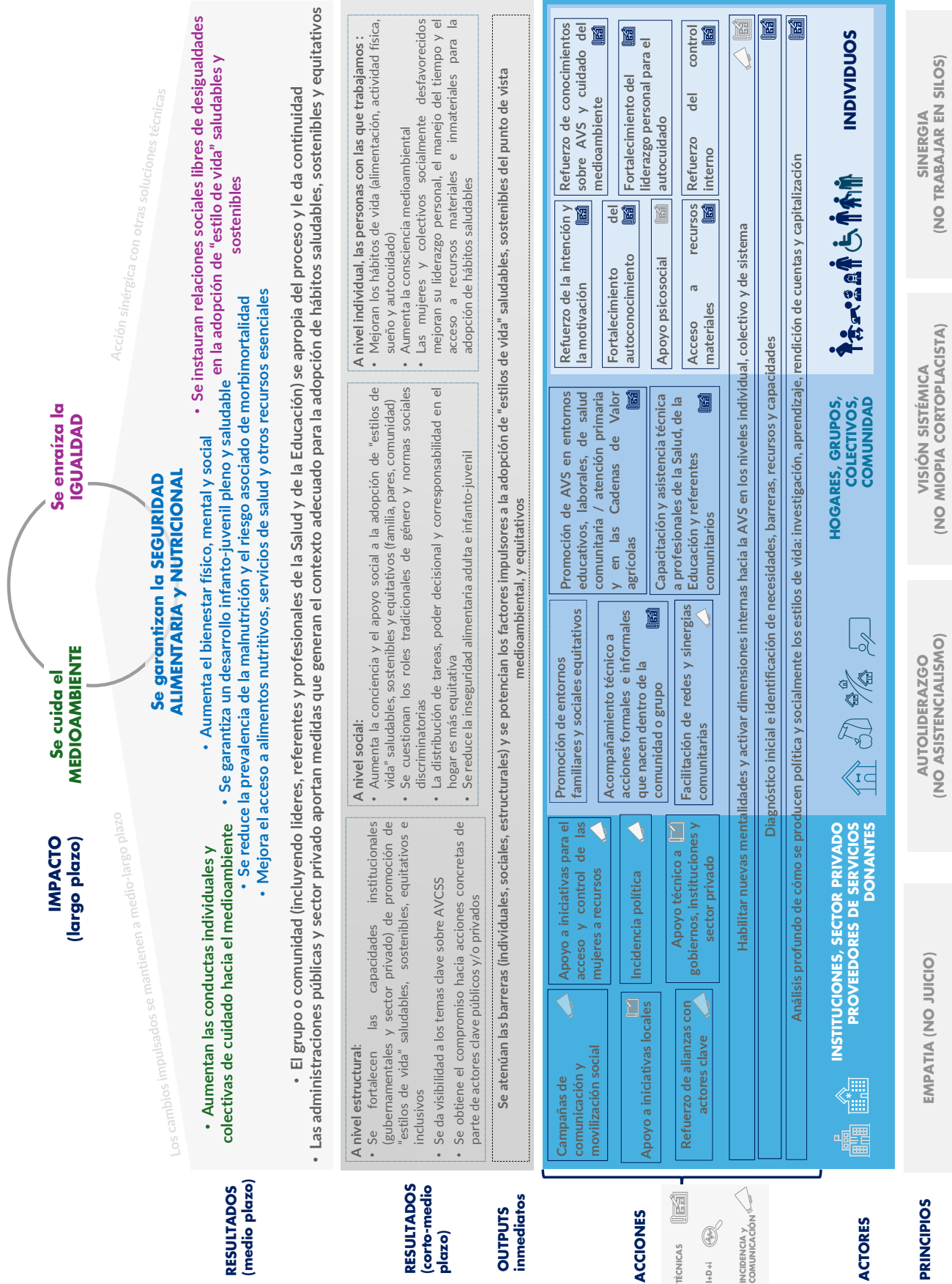


Figura 1. Teoría del cambio de la solución técnica para la promoción de una alimentación y vida saludable (AVS). Elaboración propia



FASE 1: PREPARACIÓN PARA LA ACCIÓN

1.1 ANÁLISIS DEL CONTEXTO Y EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES

ANÁLISIS DE CÓMO SE CONSTRUYEN LOS ESTILOS DE VIDA POLÍTICA Y SOCIALMENTE A TRAVÉS DE PROCESOS DE INVESTIGACIÓN, APRENDIZAJE, RENDICIÓN DE CUENTAS Y CAPITALIZACIÓN

En esta fase preparatoria, debemos examinar cómo las formas de vida de las personas con las que trabajamos están determinadas por factores que van más allá de las «elecciones» individuales, como la desigualdad económica, los sistemas alimentarios extractivistas, las normas de género y la violencia estructural, así como otros factores sistémicos.

También se incluye la investigación destinada a generar datos cualitativos y cuantitativos sobre el impacto, la eficacia y la rentabilidad de los programas.

Se definen métricas adecuadas para evaluar los hábitos alimenticios y de vida, sus principales factores determinantes y los resultados de la intervención.

Se generan valiosos aprendizajes para inspirar el trabajo con otros grupos interesados en implementar la promoción de hábitos saludables y aprender de experiencias similares.

Las experiencias exitosas se aprovechan, documentan e integran en la cultura organizativa y se difunden externamente.

ANÁLISIS DEL CONTEXTO Y LA SITUACIÓN. EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES. IDENTIFICACIÓN DE BARRERAS. RECURSOS Y CAPACIDADES

La investigación preparatoria debe tener como objetivo revisar el contexto en el que se propone la intervención, mediante una revisión inicial de la literatura, encuestas, grupos focales y entrevistas, con el fin de recopilar información sobre el contexto en el que trabajamos.

Estas evaluaciones cualitativas y cuantitativas preliminares permiten revisar las políticas y estrategias actuales en cada contexto específico. Ayudan a identificar las necesidades del grupo o la comunidad, los hábitos poco saludables que hay que abordar, así como las barreras, los recursos y las capacidades. Este proceso incluye la identificación de las principales partes interesadas que hay que tener en cuenta, el análisis de las prácticas comunitarias (por ejemplo, los movimientos agroecológicos, la ayuda mutua, las economías feministas) que desafían las normas dominantes y crean modelos de vida alternativos. Esto permite desarrollar posibles alianzas con grupos locales comprometidos con estas cuestiones y respalda el enfoque participativo y la estrategia de acción.



Roger con agricultores del proyecto SIDA en el Bukinda Block Farm, asentamiento de refugiados de Kyangwali Uganda © Acción contra el Hambre



RECUADRO 1: ¿CÓMO MEDIR LA SALUBRIDAD DE UNA DIETA?

En 2021, la Iniciativa para el Seguimiento de las Dietas Saludables (HDMI) identificó cuatro parámetros que deben tenerse en cuenta para la vigilancia y el seguimiento de la alimentación a nivel mundial y que proporcionarían información sobre la salubridad de las dietas en relación con todas las formas de malnutrición (4):

- Puntuaciones generales de calidad de la dieta (por ejemplo, el índice GDQS);
- Puntuaciones de cumplimiento de las directrices dietéticas globales (por ejemplo, índice GDR);
- Puntuaciones mínimas de diversidad alimentaria (por ejemplo, índices MDD/MDD-W, FGDS, HDDS);
- Puntuaciones de consumo de alimentos ultraprocesados (por ejemplo, puntuación Nova-UPF).

Cuando el objetivo no es una comparación entre países, puede ser conveniente incorporar métricas adicionales a las cuatro mencionadas anteriormente para el seguimiento nacional. Paralelamente, se están desarrollando algunas iniciativas para comprender qué elecciones alimentarias promueven simultáneamente la salud humana y la sostenibilidad medioambiental. Aunque es esencial, esta tarea es muy compleja y un primer paso crucial es desarrollar y validar índices de sostenibilidad alimentaria. Dichos índices permitirán acumular pruebas científicas sólidas que asocien claramente la adopción de dietas sostenibles con una reducción estadísticamente significativa del riesgo de morbilidad y mortalidad, estableciendo así un vínculo directo entre la sostenibilidad y las dietas saludables.

A nivel individual, esto incluye evaluar la situación socioeconómica y la posible privación material que puede obstaculizar la adopción de hábitos saludables (por ejemplo, la falta de utensilios de cocina), junto con otros factores personales que influyen en los hábitos de vida. También incluye el análisis de las relaciones de género que influyen en las elecciones alimentarias de NNA y adultos, así como otros hábitos de vida personales y familiares, junto con las causas estructurales y sociales de las desigualdades. A nivel estructural, el diagnóstico se centrará en la identificación de las carencias, las necesidades de formación no cubiertas y la asistencia técnica necesaria para la promoción de estilos de vida saludables. Este trabajo proporciona información valiosa sobre cada contexto local, lo que favorece la toma de decisiones y la promoción política.

Siempre que sea posible, se aplicará el Enfoque Comunitario Intersectorial para identificar las necesidades, las barreras, los recursos y las capacidades. Sin embargo, esta no es una premisa necesaria ni limitante, ya que la solución técnica también incluye la implementación de programas grupales, que no son necesariamente comunitarios.

¿QUÉ DEFINE UN HÁBITO SALUDABLE?¹

Una dieta saludable y sostenible. Una dieta saludable favorece el desarrollo, el crecimiento, el mantenimiento y el funcionamiento general del individuo, al tiempo que previene la malnutrición y sus consecuencias. Implica la selección, preparación y consumo de alimentos adecuados, seguros y diversificados, ricos en todos los nutrientes que necesita el organismo. La composición exacta de una dieta saludable varía en función de factores como la edad, el sexo, el estado fisiológico, el estilo de vida y los niveles de actividad física, el contexto sociocultural, la disponibilidad y la asequibilidad de los alimentos locales y los hábitos alimentarios (**Tabla 1**). Los hábitos alimentarios saludables pueden definirse siguiendo las recomendaciones generales de la OMS (**RECUADRO 1**) (3).

Vida activa y sueño saludable. Del mismo modo, la OMS ha definido directrices y recomendaciones de salud pública para otros hábitos de vida, como la actividad física² (**RECUADRO 2**) y el sueño saludable (**RECUADRO 3**) (6,7).

¹ Según la OMS, un «estilo de vida» saludable es una forma de vida que reduce el riesgo de padecer enfermedades graves o morir prematuramente, que aumenta las oportunidades de disfrutar más aspectos de la vida mediante el cultivo del bienestar físico, mental y social, además de la salud física, y que constituye un modelo positivo para los demás, especialmente para los niños, al crear entornos propicios para su salud actual y futura (1). Esta definición hace hincapié en que los hábitos saludables no solo se refieren a los comportamientos individuales, sino que también están influenciados por el entorno y el contexto social de la persona. La OMS recomienda varios hábitos clave para mantener una vida saludable. Entre ellos se incluyen llevar una dieta adecuada, equilibrada, diversa y moderada (2), mantener un peso saludable, realizar actividad física con regularidad, garantizar un sueño regular y de calidad, y controlar el estrés para mejorar la salud física y mental. Entre los hábitos poco saludables se incluyen el tabaquismo y el consumo de alcohol, que, sin embargo, no serán el centro de atención de esta solución técnica.

² La actividad física se define como cualquier movimiento corporal producido por el sistema locomotor con gasto energético. La actividad física puede realizarse de muchas formas diferentes: en el trabajo, en casa, caminando, en bicicleta, practicando deportes y actividades recreativas activas. Se ha demostrado que la actividad física regular, en cualquier forma, de duración e intensidad suficientes, ayuda a prevenir y tratar el sobrepeso y la obesidad, las enfermedades no transmisibles como las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes y varios tipos de cáncer, y puede mejorar la salud mental, la calidad de vida y el bienestar. A nivel mundial, 1 de cada 4 adultos y 3 de cada 4 adolescentes (de 11 a 17 años) no siguen actualmente las recomendaciones mundiales de actividad física establecidas por la OMS. En particular, a medida que aumenta el desarrollo económico de los países, los estilos de vida sedentarios están en aumento, debido a los cambios en los patrones de transporte, el mayor uso de la tecnología y la urbanización. Los niveles de actividad física también se ven influidos por los valores culturales. En la mayoría de los países, las niñas, las mujeres, las personas mayores, los grupos desfavorecidos y las personas con discapacidad o enfermedades crónicas tienen menos oportunidades de acceder a programas y lugares seguros, asequibles y adecuados para la actividad física.



Tabla 1. Directrices de la OMS sobre alimentación saludable por rangos de edad y condiciones fisiológicas especiales. Los indicadores de la IYCF sobre lactancia materna y alimentación complementaria se muestran entre paréntesis³.

Alimentación saludable por grupos de edad (OMS)³	
Bebés (<6 meses)	- Inicio temprano de la lactancia materna^a (IYCF2) - Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida (IYCF4).
Bebés, niños y niñas pequeños (6-23 m)	- Lactancia materna continua (IYCF6) hasta al menos los 2 años de edad y más. Mientras tanto: - Introducir alimentos complementarios seguros, diversos y ricos en nutrientes a partir de los seis meses, junto con la lactancia materna continua, sin azúcar ni sal añadidos - Alimentos sólidos, semisólidos o blandos de 6 a 8 meses (IYCF7) - Diversidad dietética mínima (IYCF8)* - Frecuencia mínima de comidas (IYCF9)** - Frecuencia mínima de alimentación con leche para niñas y niños no amamantados (IYCF10)** - Dieta mínima aceptable (IYCF11)** - Consumo de huevo y/o carne (IYCF12)'
Niños, niñas y adolescentes	- Incluir todos los grupos de alimentos y priorizar los alimentos ricos en nutrientes (frutas, verduras, proteínas magras, cereales integrales y grasas saludables). - Cereales integrales: que al menos la mitad de las raciones de cereales sean integrales para aportar fibra. - Grasas saludables: limitar el consumo de grasas saturadas y preferir las grasas poliinsaturadas y monoinsaturadas procedentes de fuentes como pescado, frutos secos y aceites vegetales. - Limitar los alimentos de alta densidad energética, bajos en nutrientes y altamente procesados (refrescos, dulces, snacks salados, comidas procesadas, etc.). - Hidratarse con agua a voluntad (al menos un litro de agua sin sabor y líquidos de comidas como caldos y sopas). - Elegir métodos de cocción sencillos. - Adaptar las porciones según la edad. - Reducir el consumo de potasio y sal para niñas, niños y adolescentes, en función de sus necesidades energéticas en comparación con las de los adultos.
Personas adultas	Dieta basada en frutas, verduras, frutos secos y cereales integrales - Consumir al menos 400 g (cinco porciones) de frutas y verduras al día, preferiblemente de origen local y de temporada, excluyendo patatas, boniatos, yuca y otras raíces ricas en almidón. - Limitar el consumo de azúcares libres a menos del 10 % (o mejor, al 5 %) de la ingesta energética (unas 12 cucharaditas rasas) para una persona con un peso corporal saludable. - Consumir unas 2000 calorías al día, pero idealmente menos del 5 % de la ingesta energética total para obtener beneficios adicionales para la salud. - Mantener la ingesta total de grasas por debajo del 30% de la ingesta energética total, limitando la grasa animal y eliminando las grasas trans industriales. - Mantener la ingesta de grasas saturadas por debajo del 10% de la ingesta energética total y la de grasas trans a menos del 1 %. En particular, las grasas trans de producción industrial no forman parte de una dieta saludable y deben evitarse. - Limitar el consumo de sal a menos de 5g al día (equivalente a aproximadamente una cucharadita). La sal debe ser yodada

³Fuentes: Hoja informativa de la OMS sobre una dieta saludable para adultos (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>); Salud de adolescentes y adultos jóvenes (AYH) de la OMS, Acción acelerada mundial para la salud de los adolescentes (AA-HA!) (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240081765>); Indicadores de la OMS y UNICEF para evaluar las prácticas de alimentación de lactantes y niños pequeños: definiciones y métodos de medición, 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240018389>); Nutrición suplementaria con asesoramiento dietético para personas mayores afectadas por la desnutrición (<https://www.who.int/tools/elena/interventions/nutrition-older-people>); Alimentación saludable durante el embarazo y la lactancia (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/108425/E73182.pdf?sequence=1>).



Personas ancianas	La OMS emite recomendaciones generales de salud para adultos mayores que enfatizan una dieta rica en frutas, verduras, cereales integrales y proteínas magras para mantener la masa muscular y prevenir enfermedades, pero sin ofrecer pautas dietéticas específicas. - Los nutrientes clave en los que es fundamental centrarse son la fibra, la vitamina B12, la vitamina D y el calcio. - También es fundamental hidratarse, limitar los azúcares añadidos, las grasas saturadas y el sodio, y ajustar la ingesta según factores individuales, como el estado de salud y el nivel de actividad
Mujeres embarazadas y lactantes	Principios generales - Se necesitan 200-300 kcal adicionales al día a partir del tercer mes de embarazo (no es necesario “comer por dos”). - Basar la dieta principalmente en alimentos de origen vegetal para cubrir las necesidades especiales de nutrientes esenciales como ácido fólico, hierro, calcio y vitamina D. - Mantener la hidratación, prefiriendo beber agua a voluntad, leche y jugos sin azúcar. - Evitar sustancias nocivas como el alcohol, el tabaco, el exceso de cafeína y los medicamentos no recetados. - Evitar hacer dieta durante el embarazo. - Prever un aumento de peso de 10 a 12,5 kg durante el embarazo.

^Comenzando dentro de la primera hora de vida. *Porcentaje de niños de 6 a 23 meses que consumieron alimentos y bebidas de al menos cinco de los ocho grupos de alimentos definidos durante el día anterior (MDD). *Porcentaje de niños de 6 a 23 meses que consumieron alimentos sólidos, semisólidos o blandos (pero también incluyen tomas de leche para niños no amamantados) el mínimo número de veces o más durante el día anterior (MMF). · Porcentaje de niños no amamantados de 6 a 23 meses que consumieron al menos dos tomas de leche durante el día anterior (MMFF). *Porcentaje de niños de 6 a 23 meses de edad que consumieron una dieta mínima aceptable durante el día anterior (DMA). *Porcentaje de niños de 6 a 23 meses de edad que consumieron huevo y/o carne durante el día anterior (FEA).# Los azúcares libres son todos los azúcares añadidos a los alimentos o bebidas por el fabricante, el cocinero o el consumidor, así como los azúcares presentes de forma natural en la miel, los jarabes, los zumos de fruta y los concentrados de zumo de fruta. ~Las grasas insaturadas (presentes en el pescado, el aguacate y los frutos secos, y en los aceites de girasol, soja, canola y oliva) son preferibles a las grasas saturadas (presentes en la carne grasa, la mantequilla, el aceite de palma y de coco, la nata, el queso, el ghee y la manteca de cerdo) y las grasas trans de todo tipo, incluidas las grasas trans de producción industrial (presentes en alimentos horneados y fritos, y en aperitivos y alimentos preenvasados, como pizza congelada, tartas, galletas, bizcochos, obleas y aceites de cocina y productos para untar) y las grasas trans de rumiantes (presentes en la carne y los productos lácteos de rumiantes) animales, como vacas, ovejas, cabras y camellos).

Autocuidado y regulación emocional. Se han desarrollado diferentes escalas para medir el nivel de autocuidado a nivel individual (9,10). Las métricas suelen medir diferentes dimensiones del autocuidado (físico, emocional, espiritual, etc.). Sin embargo, todas se basan en la medición del autocuidado a través de comportamientos específicos y no permiten profundizar en las barreras o facilitadores de ese comportamiento. Para obtener una comprensión más profunda, sería necesario complementar este enfoque con otro análisis que permita alcanzar ese nivel de comprensión.

¿QUÉ DETERMINANTES DEBEMOS ABORDAR?

Para promover hábitos saludables, es necesario comprender los factores que los impulsan y los obstaculizan en situaciones específicas. El modelo socioecológico es una de las teorías del comportamiento más completas, especialmente eficaz para comprender cómo interactúan las personas con su entorno. Resulta especialmente útil para analizar comportamientos con una etiología compleja que deben mantenerse a lo largo del tiempo,

como la actividad física, los hábitos alimenticios y dietéticos, las rutinas de sueño y el consumo de sustancias. El concepto clave de este enfoque es que el comportamiento es multifacético y que las cuestiones sociales y ambientales son factores contribuyentes importantes (12).

La **Figura 1** pretende resumir visualmente el ecosistema en el que viven las personas identificando tres esferas interrelacionadas. Cada esfera muestra los principales determinantes que afectan a los comportamientos alimentarios de las personas, desde los factores más estructurales, pasando por la presión ejercida por el sistema social (hogar, entorno escolar, entorno laboral, comunidad, etc.), hasta los factores más personales que afectan a su alimentación. La relevancia de cada determinante en las decisiones finales y los hábitos alimentarios personales puede variar según el contexto y la situación. Para más detalles sobre cada determinante específico, véase el documento **Alimentación y Vida Saludable - Marco conceptual**.

RECUADRO 2: ¿QUÉ CANTIDAD DE ACTIVIDAD FÍSICA ES LA ADECUADA?

Las directrices sobre actividad física y comportamientos sedentarios publicadas por la OMS en 2020 ofrecen un consenso basado en la evidencia sobre el tipo y el nivel de actividad física que se considera beneficioso para la salud a lo largo de toda la vida, incluidas las personas con enfermedades crónicas y discapacidades. Las medidas para aumentar los niveles de actividad no solo contribuyen al logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para 2030 (en particular el ODS 3), sino que también contribuyen al logro de muchos otros objetivos.



Los estilos de vida excesivamente sedentarios pueden ser perjudiciales para la salud y aumentar el riesgo de obesidad, socavar la salud física y cardiometabólica y afectar a la duración del sueño. Limitar el tiempo sedentario y sustituirlo por actividad física de cualquier intensidad aporta beneficios para la salud, y una actividad física más moderada o de alta intensidad puede ayudar a reducir los efectos nocivos de un comportamiento sedentario prolongado.

Todas las personas pueden beneficiarse del aumento de la actividad física y la reducción de los estilos de vida sedentarios. Estas recomendaciones son pertinentes para todas las personas, independientemente de su género, raza, etnia, nivel de ingresos o capacidad.

Cada movimiento cuenta, ya que cualquier nivel de actividad física es mejor que ninguno, y cuanto más se practique, mejor. Incluso los niveles bajos de actividad pueden reportar beneficios, por lo que se debe animar a todo el mundo a aumentar la actividad física regular.

Toda actividad física cuenta y puede realizarse de diversas formas que contribuyen a mejorar la salud en múltiples entornos. Por ejemplo, caminar y montar en bicicleta pueden utilizarse como medio de transporte y deporte, como ocio y recreación activos o integrarse en el contexto de las tareas domésticas cotidianas.

Fuentes: Promoción de la actividad física en las escuelas: un conjunto de herramientas Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Directrices de la OMS sobre actividad física y comportamiento sedentario, 2020.



RECUADRO 3 - ¿CUÁNTO SUEÑO ES NECESARIO PARA LA SALUD?

Un sueño de buena calidad es esencial para la salud y el bienestar. Las directrices de la OMS sobre el sueño saludable para grupos de edad y condiciones fisiológicas específicos proporcionan un consenso basado en la evidencia sobre el tipo y la duración del sueño y el descanso que necesita cada grupo de edad y condición. La OMS destaca la importancia del sueño para la salud y el bienestar general, y sus recomendaciones están en consonancia con las prácticas generales de higiene del sueño. Estas prácticas se centran en establecer un horario de sueño constante, optimizar el entorno del sueño y controlar los factores que pueden interferir en el sueño, como la cafeína, el alcohol y el tiempo frente a la pantalla.

Directrices de la OMS según grupos de edad:

Sueño y descanso	
< 1 año	14 a 17 horas (de 0 a 3 meses de edad) o de 12 a 16 horas (de 4 a 11 meses de edad) de sueño de buena calidad por cada 24 horas, incluidas las siestas.
1 a 2 años	11 a 14 horas de sueño de buena calidad cada 24 horas, incluidas las siestas, con horarios regulares para acostarse y despertarse.
3 a 4 años	10 a 13 horas de sueño de buena calidad cada 24 horas, que puede incluir una siesta, con horarios regulares para conciliar el sueño y despertarse.
5 a 17 años	De 5 a 12 años: De 9 a 12 horas de sueño de calidad cada 24 horas. De 13 a 17 años: De 8 a 10 horas de sueño de calidad cada 24 horas.
18 a 64 años	Al menos 7 horas de sueño de buena calidad cada 24 horas.
65 años o más	Se aplican las mismas recomendaciones que para los adultos, pero es posible que necesiten dormir más horas, repartidas a lo largo del día.
Mujeres embarazadas y posparto	Se aplican las mismas recomendaciones que para los adultos, pero es posible que necesiten dormir más horas, repartidas a lo largo del día.

Recomendaciones y consideraciones clave para un sueño saludable en la población adulta:

- Duración adecuada del sueño: la mayoría de los adultos necesitan entre 7 y 9 horas de sueño por noche. Los recién nacidos, las niñas y los niños pequeños necesitan dormir mucho más, y la cantidad de horas de sueño disminuye con la edad.
- Horario de sueño constante: acostarse y levantarse a la misma hora todos los días, incluso los fines de semana, ayuda a regular el ciclo natural de sueño-vigilia del cuerpo.
- Entorno de sueño optimizado: cree un dormitorio oscuro, tranquilo y fresco. Considere la posibilidad de utilizar cortinas opacas, tapones para los oídos o una máquina de ruido blanco para minimizar las distracciones.
- Limite los estimulantes: evite la cafeína y la nicotina, especialmente en las horas previas a la hora de acostarse.
- Evite el alcohol y las comidas copiosas antes de acostarse: pueden alterar los patrones de sueño e impedir un sueño profundo y reparador.
- Controle el tiempo que pasa frente a la pantalla: reduzca la exposición a los dispositivos electrónicos antes de acostarse, ya que la luz azul que emiten las pantallas puede interferir en la producción de melatonina, lo que dificulta conciliar el sueño.
- Ejercicio durante el día: Realice actividad física con regularidad, pero evite los entrenamientos intensos cerca de la hora de acostarse.
- Técnicas de relajación: Desarrolle una rutina relajante antes de acostarse para indicar a su cuerpo que es hora de dormir. Esto podría incluir darse un baño caliente, leer un libro o practicar estiramientos suaves.
- Aborde los problemas de sueño: consulte con un profesional de la salud para obtener asesoramiento y posibles opciones de tratamiento en caso de dificultades persistentes para dormir, como el insomnio.

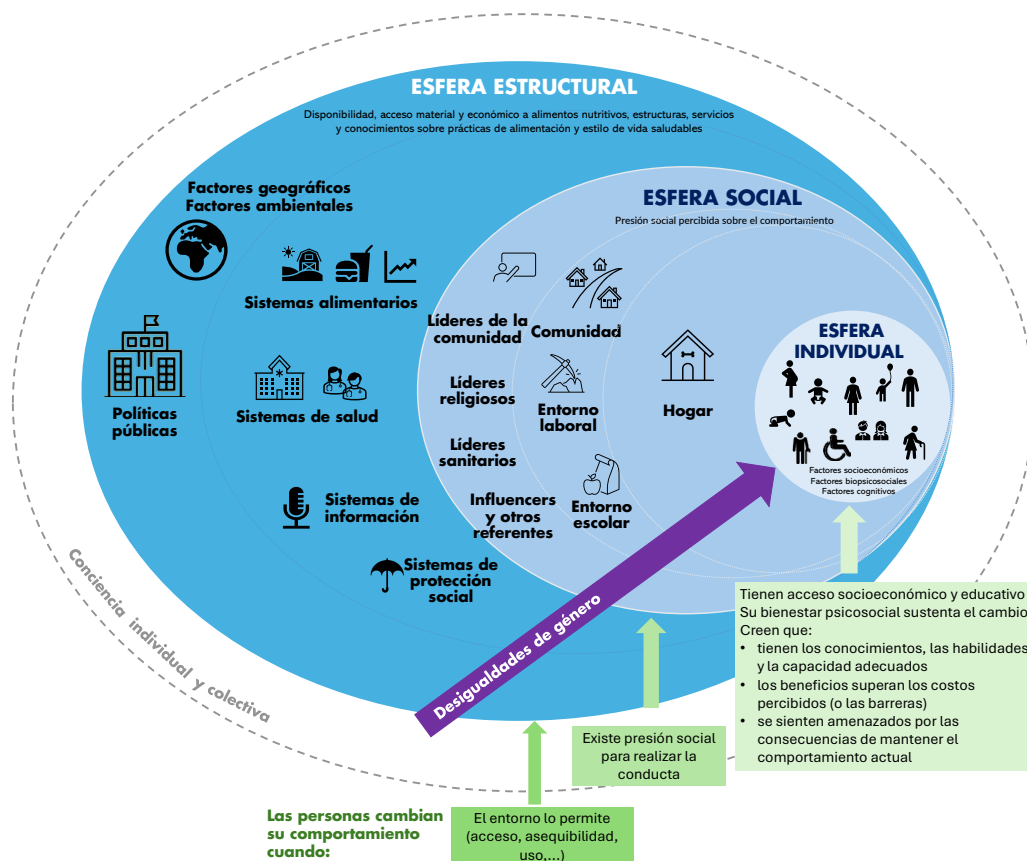


Figura 2. Determinantes estructurales, sociales e individuales que pueden tener un impacto significativo en los hábitos alimenticios y de vida de los grupos más vulnerables, según el modelo socioecológico. Fuente: Elaboración propia.

1.2 DISEÑO Y DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA

Esta última acción de la fase preparatoria tiene

como objetivo establecer objetivos específicos, medibles, alcanzables, relevantes y temporales (SMART) para la intervención, diseñar el enfoque general y definir la estrategia. También implica la elaboración de un plan detallado de implementación y seguimiento para la ejecución y gestión de la estrategia, la estructuración de los contenidos de la intervención basándose en el análisis de los objetivos establecidos y el desarrollo de un estudio de sostenibilidad.





FASE 2: ACCIONES, RESULTADOS, APRENDIZAJES

2.1 ACCIONES EN EL ÁMBITO ESTRUCTURAL

Es responsabilidad de los gobiernos promover el apoyo económico y fiscal al consumo de alimentos locales y saludables y fomentar campañas de sensibilización para promover una alimentación saludable. Sin embargo, es esencial combinar nuestro trabajo con las acciones de las autoridades locales (**Tabla 2**).

Tabla 2. Acciones de promoción de la AVS en el ámbito estructural.

LO QUE PRETENDEMOS (OBJETIVOS)	QUÉ HAREMOS (ACCIONES)
Fortalecer las alianzas multisectoriales con los actores clave en la promoción de la AVS	ST1. Participación en debates de gobiernos, proveedores de servicios y responsables ST2. Fortalecer las alianzas multisectoriales, fomentando el diálogo y la participación entre actores con diferentes capacidades y funciones en la sociedad (gobiernos y representantes diplomáticos, otras ONG, instituciones académicas y centros de investigación, organismos multilaterales y otras instituciones). ST3. Fomentar nuevas mentalidades que faciliten la adopción de la AVS mediante la creación de espacios, prácticas y condiciones seguros para múltiples partes interesadas en torno a la AVS
Prestar apoyo técnico a los gobiernos, las instituciones y el sector privado	ST4. Participar en los procesos de actualización de políticas y normativas relacionadas con las soluciones técnicas. ST5. Asistencia técnica, evaluaciones, formación y recursos para contribuir a: • Definir la canasta básica de alimentos saludables y su precio. • Mejorar el asesoramiento nutricional y los estilos de vida saludables para los NNA con malnutrición (desnutrición, deficiencias nutricionales, sobrepeso y obesidad) en la atención sanitaria. • Implementar políticas escolares saludables e incluir la AVS en los planes de estudio y los programas de formación del profesorado; desarrollar normas y directrices para las comidas y los alimentos que se proporcionan; diseñar programas educativos sobre estilos de vida saludables. • Apoyar el diseño de políticas alimentarias y medioambientales favorables a la AVS. • Desarrollar y adaptar herramientas para identificar y restringir el mercado de alimentos poco saludables, incluidos los alimentos ultraprocesados y los alimentos complementarios poco saludables. • Mejorar el etiquetado nutricional. • Identificar las categorías de alimentos que consumen más los NNA. • Establecer objetivos de reformulación bien definidos y límites obligatorios sobre el contenido de ingredientes poco saludables (por ejemplo, azúcares añadidos) para los alimentos complementarios producidos comercialmente.



Promoción	Nos centramos especialmente en la promoción a nivel local de: ST6. Regulación más estricta de la publicidad de alimentos y bebidas. ST7. La formulación de políticas favorables a la AVS, el diseño de programas alineados con estas políticas y la movilización de recursos para financiar dichos programas. ST8. Reformulación de los alimentos que consumen los NNA mediante el establecimiento de objetivos más estrictos. ST9. Aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. ST10. Reducir el desperdicio de alimentos mediante el establecimiento de objetivos más estrictos. ST11. Promoción de incentivos fiscales para la producción y distribución de alimentos locales y sostenibles. ST12. Cobertura sanitaria universal y acceso a estructuras, servicios y conocimientos sobre prácticas alimentarias y estilos de vida saludables. ST13. Aplicación de los 10 pasos de la IHAN para una lactancia materna satisfactoria en las estructuras sanitarias. ST14. Políticas de protección social e inclusión de las mujeres (reconocimiento del trabajo doméstico no remunerado, manutención de los hijos, etc.). ST15. Elaboración y aplicación de planes estratégicos nacionales multi-sectoriales para la promoción de estilos de vida saludables, una mejor nutrición y salud, y un desarrollo socioeconómico más sostenible. ST16. Involucrar a las comunidades locales y a la sociedad civil en la toma de decisiones, garantizando un enfoque inclusivo y participativo de la localización y la rendición de cuentas. ST17. Integrar la perspectiva de la AVS en los planes nacionales de respuesta a emergencias alimentarias y sanitarias por parte de los grupos temáticos, los ministerios de salud y los de seguridad alimentaria.
Apoyo a las iniciativas locales	ST18. Apoyar las iniciativas económicas sociales y solidarias locales relacionadas con la alimentación y los estilos de vida saludables, tanto de forma directa (pequeños productores y tiendas) como indirecta (distribución de vales para mercados y tiendas locales, etc.), siempre que sea posible. ST19. Apoyar iniciativas que favorezcan el acceso y el control de las mujeres sobre los recursos materiales e inmateriales, siempre que sea posible.
Apoyar iniciativas en consonancia con el GTFN	ST20. Apoyar iniciativas para el acceso y control de las mujeres sobre los recursos y otras acciones en consonancia con el Marco Transformador de Género para la Nutrición (GTFN).
Comunicar y fomentar la movilización social	Comunicar y fomentar la movilización social ST21. Acuerdos con los medios de comunicación para llevar a cabo acciones («cafés», entrevistas, comunicados de prensa, etc.). ST22. Campañas internas y externas para promover estilos de vida saludables.

Actualmente se dispone de varios recursos para extraer lecciones aprendidas de otras organizaciones e iniciativas:

- [Aquí](#) se ofrece la orientación proporcionada por UNICEF sobre cómo evitar conflictos de intereses con la industria de alimentos y bebidas.

- [Aquí se pueden consultar](#) las normas de comercialización de alimentos y bebidas que se

aplican actualmente en diferentes países.

- [Aquí encontrará](#) información útil y experiencias sobre políticas alimentarias medioambientales, estudios de casos de países que han aplicado con éxito impuestos sobre el azúcar o regulaciones de comercialización perjudiciales, e información sobre la regulación del etiquetado nutricional en diferentes países, entre otros.

- [Aquí](#) se encuentra un conjunto de herramientas de UNICEF y la OMS para la adopción de medidas destinadas a orientar a los gobiernos y sus socios en la introducción de medidas legales adecuadas para restringir la comercialización de alimentos dirigidos a los NNA y protegerlos así de los efectos nocivos de la comercialización de alimentos poco saludables.

- [Aquí](#) se encuentran las directrices de UNICEF sobre nutrición en la infancia media y la adolescencia, cuyo objetivo es proporcionar

orientación, educación y ejemplos de programas para promover la alimentación saludable en las escuelas, mejorando así la nutrición infantil y reduciendo la malnutrición. También cabe destacar que la [Coalición para las Comidas Escolares](#) está colaborando con UNICEF, el PMA, la FAO y la OMS para mejorar los estándares curriculares y la educación nutricional.

- [Aquí se encuentra](#) el conjunto de herramientas de la campaña de activistas alimentarios de The Food Foundation.



72-year-old Clare farmer enrolled in Action Against Hunger's black-eyed pea (cowpea) project, Senanga District – Zambia © Action Against Hunger

2.2 ACCIONES EN EL ÁMBITO SOCIAL

Acciones dirigidas a los miembros del hogar, los líderes comunitarios, así como a las escuelas y los entornos laborales (**Tabla 3**).

Tabla 3. Acciones de promoción de la AVS dirigidas al ámbito social.

LO QUE PRETENDEMOS (OBJETIVOS)	QUÉ HAREMOS (ACCIONES)
Facilitar las redes comunitarias para la promoción de la AVS y garantizar la continuidad de las acciones	SO1. Identificar a los actores locales relevantes para la promoción de la AVS. Esto incluye también identificar y apoyar a las cooperativas comunitarias para el consumo y la producción sostenibles de alimentos. SO2. Identificar intereses comunes con los líderes comunitarios relevantes. SO3. Diálogo entre múltiples partes interesadas a través de mesas redondas para movilizar la influencia de los actores locales en el apoyo a prácticas clave de la AVS en sus comunidades. SO4. Fortalecimiento de las redes de apoyo y solidaridad para la acción coordinada en apoyo de la lactancia materna (aliviar la posible carga de trabajo de las mujeres, reconociendo la tríada que entra en juego —madre, bebé, entorno— y las necesidades de la madre) y la AVS (fortalecimiento de los vínculos entre los proveedores de servicios de salud y las comunidades marginadas). SO5. Cartografía y derivación activa a la ayuda alimentaria existente (transferencias de efectivo, vales o alimentos) y graduación económica dirigida a los hogares vulnerables, especialmente los que se encuentran en situación de pobreza extrema, con el objetivo de ayudarles a salir de la pobreza de forma sostenible, tanto a través de Acción contra el Hambre como de otras entidades.
Apoyo técnico y formación sobre la AVS a profesionales y líderes comunitarios.	SO6. Diseño y ejecución de programas de formación sobre la AVS para profesionales de la salud, líderes comunitarios y los diferentes actores de los centros educativos públicos y privados (adaptados a los diferentes grupos de edad), así como para profesionales del sector alimentario y de la restauración, etc., con el fin de facilitar la apropiación del enfoque. También se incluyen formaciones entre pares (jóvenes, madres líderes, agentes de cambio) sobre AVS. Los programas incluirán actividades de sensibilización, dinámicas de reflexión entre pares, sesiones experienciales y herramientas prácticas. SO7. Asistencia técnica continua mediante reuniones de seguimiento periódicas.
Invertir y apoyar las narrativas colectivas y la reflexión crítica sobre la AVS, el cuidado colectivo y el apoyo psicosocial.	SO8. Implementar espacios compartidos para permitir prácticas narrativas colectivas, reflexión crítica sobre la AVS, prácticas de cuidado colectivo y apoyo psicosocial, dentro de la comunidad y/o grupos de influencia, especialmente con jóvenes y mujeres. Estas prácticas, como los talleres participativos con métodos dialógicos, los grupos de narración de historias, el apoyo entre pares, los círculos de cuidado y las redes de solidaridad, pueden ayudar a los participantes a dar sentido a su experiencia, procesar la injusticia estructural, recuperar la capacidad de acción, co-crear nuevos imaginarios y son poderosos catalizadores para cambiar hábitos profundamente arraigados. Estos enfoques promueven un cambio de comportamiento sostenible y fomentan la cohesión social.

Promoción de la AVS en entornos educativos, laborales, de salud comunitaria/atención primaria y en cadenas de valor agrícolas	Promoción de la AVS en entornos educativos, laborales, de salud comunitaria/atención primaria y en cadenas de valor agrícolas SO9. Asistencia técnica a acciones formales e informales que surjan de la comunidad o de grupos. SO10. Implementación de programas de promoción de la AVS en entornos laborales, educativos y de salud comunitaria/atención primaria. SO11. Integrar la AVS en los programas de liderazgo juvenil y de empleos verdes, mediante el diseño y la implementación de herramientas y programas digitales de educación nutricional a través de la gamificación, las redes sociales, las aplicaciones, etc. SO12. Utilizar testimonios de experiencias similares dentro del grupo o la comunidad (participantes en programas de desempleo, escuelas, madres lactantes, padres, etc.) para inspirar y motivar la transformación.
Facilitar entornos familiares equitativos en materia de género para acceder a estilos de vida saludables	SO13. Creación de espacios colectivos de reflexión y apoyo entre pares que fomenten el cuestionamiento de las creencias discriminatorias y las normas socioculturales que dificultan la adopción de la AVS entre los grupos vulnerables, al tiempo que se promueve la responsabilidad compartida del cuidado. Involucrar a los familiares de los participantes de una manera inclusiva en cuanto al género y la diversidad familiar. SO14. Derivación activa a los espacios y programas existentes para la promoción del diálogo en el hogar (grupos de mujeres, grupos de hombres, escuelas para maridos, IYCF, etc.), proporcionados por Acción contra el Hambre u otras entidades.



2.3 ACCIONES EN EL ÁMBITO INDIVIDUAL

Tabla 4. Acciones de promoción de la AVS en el ámbito individual.

OBJETIVOS	QUÉ HAREMOS (ACCIONES)
Mitigar la vulnerabilidad socioeconómica y su impacto en el acceso a estilos de vida saludables	IN1. Implementación de puntos de información y orientación (fijos o móviles) sobre alimentación y medios de vida sostenibles en zonas vulnerables, gestionados por personal capacitado y con el apoyo de actores locales. Estos espacios deben proporcionar: • Derivación activa a los programas de asistencia alimentaria existentes (transferencias de efectivo, vales o alimentos), tanto de Acción contra el Hambre como de otras entidades. • Derivación activa a los programas de graduación económica existentes y otras iniciativas de inclusión socioeconómica destinadas a promover el empleo, el emprendimiento local y la formación profesional, el acceso a microcréditos, de Acción contra el Hambre y otras entidades. • Cartografía y conexión con otras oportunidades locales, como huertos comunitarios, mercados locales, cooperativas de consumo, redes de trueque o iniciativas agroecológicas. IN2. Asesoramiento grupal y personalizado sobre la elaboración de presupuestos alimentarios y la planificación de menús nutritivos en contextos con recursos limitados. IN3. Talleres prácticos sobre habilidades de producción y cuidado (por ejemplo, procesamiento y conservación de alimentos, agricultura urbana, gestión financiera básica), adaptados al contexto cultural y al nivel educativo de la población destinataria. IN4. Distribución de kits de cocina seguros, utensilios básicos y mensajes de emergencia sobre la AVS.
Mejorar el bienestar psicosocial para promover estilos de vida saludables	Implementación de espacios seguros para la reflexión, el aprendizaje y el apoyo mutuo, facilitados por personal capacitado en apoyo psicosocial. Estos espacios promueven prácticas de apoyo y cuidado mutuo, autocuidado, gestión emocional y promoción de hábitos saludables con una perspectiva e a de empoderamiento individual y colectivo. Los espacios pueden incluir: IN5. Sesiones participativas sobre la relación entre la salud y el bienestar biopsicosocial, y la motivación para mantener hábitos de vida saludables. IN6. Dinámicas de apoyo mutuo y escucha activa, que fortalecen la autoestima, la confianza y el sentido de comunidad. IN7. Formación en técnicas sencillas de relajación, respiración consciente, atención plena y gestión del estrés adaptadas al contexto. Esto incluye proporcionar herramientas de autocuidado. IN8. Herramientas prácticas para identificar signos de angustia, buscar ayuda y apoyar un entorno que promueva la salud mental en el hogar y en la comunidad. IN9. Identificación de líderes comunitarios y redes de apoyo, facilitadores y recursos psicosociales que cada participante observa en su contexto social inmediato. IN10. Identificación y conexión con otras oportunidades de apoyo locales no identificadas anteriormente.



OBJETIVOS	QUÉ HAREMOS (ACCIONES)
Fortalecimiento del conocimiento sobre estilos de vida saludables y sostenibles y factores que los obstaculizan o promueven	IN11. Implementación de talleres informativos y espacios de reflexión sobre los siguientes temas: • Aspectos clave que definen los hábitos saludables y sostenibles a nivel medioambiental. Esta sección incluye un análisis de las prácticas alimentarias y los estilos de vida locales, con el objetivo de promover un cambio positivo arraigado en la tradición. • Consecuencias de adoptar estilos vida «buenos» o «malos». • Factores que conducen a hábitos de poco saludables (internos y externos), incluidas las actitudes y creencias personales; la percepción de las normas sociales o del comportamiento de los demás y la tendencia a conformarse con los grupos de iguales; las recompensas medioambientales percibidas o la desaprobación social; la relación entre la alimentación y la respuesta emocional, como los picos de ansiedad; la identificación y el efecto de los elementos que distraen, los momentos de alimentación «incontrolada» impulsados por la detección de necesidades emocionales; las intenciones positivas que sustentan el comportamiento (ganancias, recompensas inmediatas); la influencia de la cultura en los hábitos; la influencia del sistema alimentario dominante actual en las elecciones alimentarias • Prácticas alimentarias locales, e incorporarlas al análisis para aprovechar el cambio positivo. • Asesoramiento personalizado sobre alimentación y estilo de vida saludables y sostenibles, adaptado al contexto, los recursos y las preferencias personales.
Mitigar las desigualdades de género en el acceso a hábitos saludables	IN12. Implementación de sesiones de promoción del liderazgo personal centradas en personas con escasa capacidad de decisión para debatir sus propias elecciones de estilo de vida. Las sesiones pueden incluir: • Trabajo de reflexión sobre la importancia del cuidado personal y de uno mismo, el conocimiento y la capacidad de cuestionar las normas sociales. • Herramientas prácticas para identificar las normas sociales y de género que actúan como barreras para el autocuidado, mitigando el impacto de la desaprobación de los demás (barreras) y formación en la toma de decisiones conscientes y saludables.
Fortalecimiento del control interno (interocepción, autorregulación).	IN13. Prácticas de concienciación centradas en la conexión con la respiración, el reconocimiento del estado interno del cuerpo (interocepción), lo sensorial, la atención a la alimentación y al cuerpo a través del movimiento, adaptadas a adultos y NNA. IN14. Sesiones sobre estrategias de afrontamiento para detectar y gestionar los picos de alimentación emocional y cómo gestionar los contratiempos, así como proporcionar herramientas para mitigar los elementos que distraen.
Refuerzo del interés, la intención, la motivación y la auto-percepción de las habilidades.	IN15. Sesiones de sensibilización centradas en la comprensión de los factores conscientes e inconscientes que influyen en la adhesión a estilos de vida saludables, incluyendo la identidad personal y las narrativas personales («Soy inconsistente...»), el sentido de la autoeficacia y la confianza en la propia capacidad para mantener un hábito de forma consistente, recuperarse tras posibles «fracasos» y otros aspectos cognitivos asociados a la motivación. IN16. Planificación de acciones personalizadas para mejorar los hábitos de vida deseados, incluyendo la definición de pequeños objetivos alcanzables, la identificación y el tratamiento de los factores que perpetúan la brecha entre la intención y la acción, y la identificación de acciones internamente gratificantes. Este proceso también incluye vincular las recompensas y las experiencias placenteras, como las recompensas internas y las recompensas ambientales, para alcanzar estos objetivos, motivando así el cambio y generando estrategias motivacionales adaptadas para minimizar el esfuerzo.

2.4 ACCIONES SEGÚN SU APLICABILIDAD A SITUACIONES DE EMERGENCIA Y DESARROLLO

Tabla 5. Acciones de promoción de la AVS según su aplicabilidad en situaciones de emergencia y desarrollo, ordenadas de mayor a menor prioridad inmediata

	Acciones de emergencia	Acciones de desarrollo
ESTRUCTURALES	Aplicar el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y los 10 pasos de la IHAN en materia de salud (ST9, ST13)	Estrategias nacionales de nutrición y estilos de vida saludables (ST15).
	Políticas de protección social para mujeres y familias vulnerables (ST14)	Fortalecer las alianzas multisectoriales y los foros de consulta (ET2, ET3)
	Asesoramiento y protocolos para el tratamiento de la malnutrición y las deficiencias de micronutrientes (ST5).	Políticas públicas sobre cestas básicas, etiquetado, reformulación y desperdicio de alimentos (ST4-ST8, ST10).
	Participación en debates con gobiernos y actores humanitarios (ST1)	Inclusión y participación de la comunidad en la toma de decisiones (ST16)
	Integrar la perspectiva de la AVS en los planes nacionales de respuesta a emergencias alimentarias y sanitarias (grupos temáticos, ministerios de salud, seguridad alimentaria) (ST17)	Iniciativas locales de economía social y solidaria con perspectiva de género (ST18-ST20).
		Campañas y movilización social a medio y largo plazo (ST21-ST22).
		Promover incentivos fiscales para la producción y distribución de alimentos locales y sostenibles (ST11)
SOCIAL	Redes comunitarias de apoyo a la lactancia materna (SO4).	Acciones SO1-SO5
	Derivaciones activas a asistencia alimentaria, transferencias y vales (SO5).	Formación en AVS para profesionales, líderes comunitarios y el sector educativo (SO6-SO7)
	Movilización de líderes comunitarios en prácticas clave (SO1-SO3)	Promoción de la AVS en las cadenas de valor educativas, laborales, de salud comunitaria/atención primaria y agrícolas (SO9-SO11).
		Espacios familiares equitativos con perspectiva de género (SO12-SO13).
		Espacios para narrativas colectivas y cohesión social (SO8).
		Integración de la AVS en programas de liderazgo juvenil y empleo verde (SO11)

INDIVIDUAL	Derivación inmediata a programas de asistencia alimentaria y graduación económica (IN1)	Acciones IN1-IN2
	Puntos de información y orientación en zonas vulnerables (IN1)	Talleres prácticos sobre habilidades productivas y gestión financiera (IN3)
	Espacios de apoyo psicosocial, autocuidado y gestión del estrés (IN5-IN10)	Talleres de reflexión sobre estilos de vida sostenibles y factores de riesgo (IN11).
	Consejos prácticos sobre la elaboración de presupuestos alimentarios y la planificación de menús nutritivos con recursos limitados (IN2)	Sesiones sobre liderazgo personal e igualdad de género en los hábitos de vida (IN12).
	Distribución de kits de cocina seguros, utensilios básicos y mensajes rápidos sobre la AVS en situaciones de emergencia (IN4)	Prácticas de interocepción, autorregulación y motivación (IN13 -IN16)
		Formación de promotores pares (jóvenes, madres líderes, agentes de cambio) en AVS (SO6)



Distribución de alimentos en el sur del Líbano en respuesta a la emergencia © Acción contra el Hambre

2.5 IMPLEMENTAR, SUPERVISAR, EVALUAR Y APRENDER

RESULTADOS ESPERADOS Y HERRAMIENTAS DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Tal y como se describe en la Teoría del Cambio de la solución (**Figura 1**), mediante la implementación de experiencias y prácticas individuales y colectivas que apoyen la AVS en los hogares, las escuelas y los entornos de trabajo es, las comunidades y las instituciones, se espera activar los factores facilitadores y reducir las barreras para la adopción de «estilos de vida» saludables, ambientalmente sostenibles y equitativos. La **Tabla 6** resume los principales resultados esperados a corto, medio y largo plazo, así como ejemplos de posibles indicadores de resultados y fuentes de verificación, para orientar la adaptación en función de la situación, el contexto y la implementación del programa. No se incluyen indicadores de resultados, ya que su definición dependerá estrictamente del tipo de programación.

En resumen, identificar y priorizar los determinantes de una alimentación subóptima y hábitos de vida poco saludables, teniendo en cuenta el contexto y aplicando enfoques de cambio social y conductual, es clave para mejorar la eficacia de nuestras intervenciones. Al mismo tiempo, la integración

de dimensiones como la conciencia individual, el sentido de interconexión con los demás, la naturaleza y la sostenibilidad medioambiental, permite ampliar el alcance del impacto.

Centrarse en reducir las desigualdades sociales y de género en el acceso a estilos de vida saludables, a todos los niveles (individual, social y estructural), no solo mejora la eficacia de nuestras intervenciones, sino que también posiciona a Acción contra el Hambre como un actor capaz de impulsar transformaciones profundas. De este modo, se activa un proceso positivo en el que las personas refuerzan su identidad, desarrollan prácticas de autocuidado y adoptan un compromiso más consciente con su entorno. Este equilibrio entre el bienestar personal, la responsabilidad social y la sostenibilidad medioambiental proporciona una base sólida para un cambio duradero.

Estas mejoras no solo promueven una nutrición adecuada, la salud y el pleno desarrollo e e de las personas y comunidades con las que trabajamos, sino que también sientan las bases para un mundo más justo, en el que el cuidado del medio ambiente y la igualdad forman parte de la vida cotidiana. Son pasos concretos hacia un futuro más consciente, solidario y sostenible.



El grupo de mujeres de Upendo en Mpwapwa come con sus hijos e hijas - Tanzania © Acción contra el Hambre

Tabla 6. Tabla resumen de los resultados esperados, las métricas útiles y las fuentes de verificación para evaluar el impacto de las acciones de promoción de la AVS.

Esfera	Plazo	Resultados	Indicadores (ejemplos)	Fuentes de verificación
Individual	Corto - medio	En las personas con las que trabajamos: - Se reducen las barreras identificadas para la adopción de estilos de vida saludables, equitativos y sostenibles. - Se mejoran los hábitos de vida objetivos (alimentación, actividad física, sueño, autocuidado y gestión emocional). - Aumenta la conciencia ambiental. - Se observan mejoras especialmente en mujeres y/o grupos socialmente desfavorecidos identificados al inicio del programa.	% de participantes que informan la atenuación de una o más barreras clave para la adopción del estilo de vida objetivo después de un programa de AVS y que la atenuación está claramente vinculada a ello (datos desglosados por género y rango de edad)* % de participantes que informan mejoras sostenidas en al menos un hábito de estilo de vida objetivo después de un programa de AVS, y que la mejora está claramente vinculada a ello (datos desglosados por sexo y rango de edad) % de participantes que informan mejoras en el liderazgo personal hacia la adopción de estilos de vida saludables después de un programa de AVS, y que la mejora está claramente vinculada a ello (datos desglosados por rango de edad)	Encuestas socioeconómicas Encuestas KAP Encuestas RANAS Métricas sobre la salubridad de: - Alimentación: escalas de calidad general de la dieta; cumplimiento de las recomendaciones dietéticas globales; diversidad dietética mínima en individuos y/o hogares; consumo de UPF. Métricas de sostenibilidad de la dieta. - Actividad física - Índices de calidad del sueño y el descanso - Escalas de autocuidado y gestión emocional
		- Las personas participantes están satisfechas con las actividades y el enfoque de la AVS	Nivel medio de satisfacción de las personas participantes (datos desglosados por género y rango de edad)	Encuestas de satisfacción
	Medio - largo	- Los NNA más vulnerables mejoran su bienestar físico, mental y social	Índice compuesto de bienestar infantil y juvenil (dimensiones: salud, bienestar percibido, participación, agencia)	Encuesta de Bienestar Infantil y Juvenil Índice de Pobreza Alimentaria Infantil
	Corto - medio	- Mayor acceso a recursos materiales y/o inmateriales, especialmente en grupos socialmente desfavorecidos. - Mayor apoyo social para la adopción de hábitos saludables, sostenibles y equitativos (familia, pares, comunidad). - Se cuestionan los roles de género tradicionales y las normas sociales discriminatorias. - Una distribución más equitativa de las tareas domésticas y el acceso a recursos y apoyo. - Se reduce la inseguridad alimentaria y la pobreza alimentaria en los hogares de niños, niñas y jóvenes.	% de hogares que reportan un aumento en el acceso a recursos materiales y/o no materiales para la adopción de estilos de vida saludables luego del programa de promoción de la AVS, y que la mejora está claramente vinculada a esto. % de hogares que reportan un aumento en la corresponsabilidad en la gestión del hogar y una distribución más equitativa de tareas entre géneros, tras su paso por el programa de promoción de la AVS, y que la mejora está claramente vinculada a ello. % de participantes que reportan un mayor apoyo social para adoptar estilos de vida saludables (incluyendo desafiar los roles de género tradicionales y las normas sociales discriminatorias de género) tras el programa de promoción de la AVS, y que la mejora está claramente vinculada a ello (datos desglosados por sexo y rango de edad).	Encuestas socioeconómicas Escalas de diversidad alimentaria en el hogar Escalas de inseguridad alimentaria en el hogar Índice de pobreza alimentaria infantil Grupos focales, entrevistas semiestructuradas Estudios RANAS
Social	Largo	- Las comunidades transforman sus normas y prácticas sociales hacia modelos más equitativos y sostenibles	% de comunidades donde se evidencia un cambio positivo en las normas sociales (género, corresponsabilidad, participación juvenil)	Estudios cualitativos, grupos focales, entrevistas semiestructuradas Revisión de programas y políticas regionales
Estructural	Corto - medio	- Se fortalecen las capacidades (gubernamentales y del sector privado) para promover estilos de vida saludables, sostenibles, equitativos e inclusivos. - Se visibilizan los temas clave para promover la AVS. - Se logra el compromiso de actores clave, públicos y/o privados, con acciones concretas.	Número de políticas, programas o acciones promovidas por actores públicos o privados que integran enfoques conscientes, saludables, sostenibles y equitativos para una alimentación y una vida saludables, como resultado de procesos de incidencia técnica o política. Número de acciones de comunicación realizadas.	Seguimiento y revisión de las políticas y programas gubernamentales
	Largo	Las políticas públicas promueven entornos que faciliten la adopción de estilos de vida saludables, sostenibles y equitativos	% de planes o políticas sectoriales que integran acciones o principios de la AVS con un enfoque en equidad y sostenibilidad	Revisión de las políticas y programas gubernamentales

*Ejemplos de barreras: falta de acceso a recursos materiales e inmateriales (incluida la gestión del tiempo), conocimientos, control interno deficiente, habilidades autopercibidas, actitudes, creencias personales autolimitantes, normas y creencias socioculturales, entre otras.

HERRAMIENTAS DE APRENDIZAJE

ESTE DOCUMENTO SIENTA LAS BASES PARA LOS DOCUMENTOS POSTERIORES:

Propuestas programáticas: destinadas a proporcionar orientación técnica específica a los equipos técnicos locales y, de este modo, apoyar desde más cerca la puesta en práctica de la solución técnica.

Productos de conocimiento: destinados a generar conocimientos en forma de estudios de casos, materiales de formación para formadores y socios, y otros documentos técnicos que puedan utilizarse para ampliar la comprensión y la integración de las técnicas de cambio de comportamiento y las prácticas de sensibilización

para la transformación de los hábitos alimentarios y de estilo de vida.

Productos de aprendizaje: destinados a cristalizar las «lecciones aprendidas», mediante la recopilación y el análisis de las experiencias, los resultados y los retos encontrados durante la ejecución de un proyecto o intervención, con el fin de identificar lo que funcionó, lo que no funcionó y cómo mejorar las iniciativas futuras. Este paso es esencial para garantizar la mejora continua de nuestras respuestas y la gestión de los programas.

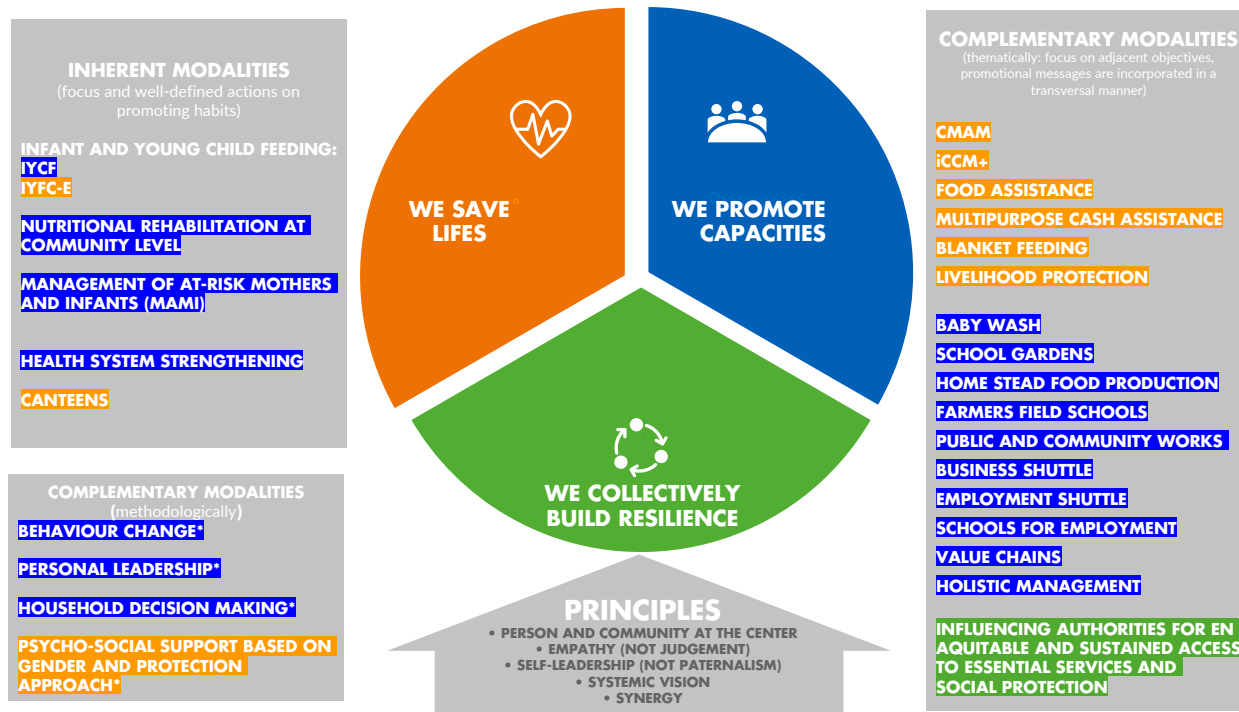


Daniela, de dos años, adora los tomates frescos cultivados en la granja de su padre © Acción contra el Hambre



ANEXO

MODALIDADES DE INTERVENCIÓN EN LAS QUE LA PROMOCIÓN DE LA AVS SE APLICA DE FORMA DIRECTA O COMPLEMENTARIA (T = COMPLEMENTARIEDAD TEMÁTICA, M = COMPLEMENTARIEDAD METODOLÓGICA).



REFERENCIAS

- 1.** World Health Organization. Regional Office for Europe (1999). Healthy living : what is a healthy lifestyle?. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/108180>
- 2.** FAO and WHO. 2024. What are healthy diets? Joint statement by the Food and Agriculture Organization of the United Nations and the World Health Organization. Geneva. <https://openknowledge.fao.org/handle/20.500.14283/cd2223en>
- 3.** Guidance for monitoring healthy diets globally. Geneva: World Health Organization, Food and Agriculture Organization of the United Nations and United Nations Children's Fund; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240094383>
- 4.** Verger EO, Savy M, Martin-Prével Y, Coates J, Frongillo E, Neufeld L et al. Healthy diet metrics: a suitability assessment of indicators for global and national monitoring purposes. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/371497/9789240072138-eng.pdf?sequence=1>
- 5.** J Jung S, Young HA, Simmens SJ, Braffett BH, Ogden CL. Sustainable dietary patterns and all-cause mortality among US adults. *Int J Epidemiol*. 2024 Feb 1;53(1):dyad176. doi: 10.1093/ije/dyad176. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10859156/pdf/dyad176.pdf>
- 6.** WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014886>
- 7.** World Health Organization (2020). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/336656>.
- 8.** van der Valk ES, Savas M, van Rossum EFC. Stress and Obesity: Are There More Susceptible Individuals? *Curr Obes Rep*. 2018 Jun;7(2):193-203. doi: 10.1007/s13679-018-0306-y. <https://link.springer.com/article/10.1007/s13679-018-0306-y>
- 9.** Torres N, Corral V, Corral N, Rojas M. Design and validation of the self-care behaviours scale. *Behav Psychol*. 1 de diciembre de 2021;29(3):721-41. <https://doi.org/10.51668/bp.8321312n>
- 10.** González-Vázquez, AI, et al. Construction and initial validation of a scale to evaluate self-care patterns: The Self-Care Scale. <https://www.clinicalneuro psychiatry.org/download/construction-and-initial-validation-of-a-scale-to-evaluate-self-care-patterns-the-self-care-scale/>
- 11.** Feil K, Fritsch J, Rhodes RE. The intention-behaviour gap in physical activity: a systematic review and meta-analysis of the action control framework. *Br J Sports Med*. 2023 Oct;57(19):1265-1271. doi: 10.1136/bjsports-2022-106640. <https://bjsm.bmj.com/content/57/19/1265>
- 12.** Fenta, E. T., Tiruneh, M. G., & Anagaw, T. F. (2023). Exploring Enablers and Barriers of Healthy Dietary Behavior Based on the Socio-Ecological Model, a Qualitative Systematic Review. *Nutrition and Dietary Supplements*, 15, 13–23. <https://doi.org/10.2147/ND.S395444>
- 13.** FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO. 2024. The State of Food Security and Nutrition in the World 2024 – Financing to end hunger, food insecurity and malnutrition in all its forms. Rome. <https://doi.org/10.4060/cd1254en>
- 14.** Champions 12.3 subgroup. Guidance on Interpreting Sustainable Development Goal Target 12.3. 2017. <https://champions123.org/sites/default/files/2020-09/champions-12-3-guidance-on-interpreting-sdg-target-12-3.pdf>
- 15.** Fagerberg, P., Langlet, B., Oravsky, A. et al. Ultra-processed food advertisements dominate the food advertising landscape in two Stockholm areas with low vs high socioeconomic status. Is it time for regulatory action?. *BMC Public Health* 19, 1717 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8090-5>
- 16.** De Cosmi V, Scaglioni S, Agostoni C. Early Taste Experiences and Later Food Choices. *Nutrients*. 2017 Feb 4;9(2):107. doi: 10.3390/nu9020107. <https://www.mdpi.com/2072-6643/9/2/107>
- 17.** Scaglioni S, De Cosmi V, Ciappolino V, Parazzini F, Brambilla P, Agostoni C. Factors Influencing Children's Eating Behaviours. *Nutrients*. 2018 May 31;10(6):706. doi: 10.3390/nu10060706. <https://www.mdpi.com/2072-6643/10/6/706>
- 18.** Vázquez-Garibay EM, González-Rico JL, Romero-Velarde E, Sánchez-Talamantes E, Navarro-Lozano ME, Nápoles-Rodríguez F. Consideraciones sobre la dinámica familiar y el síndrome de la mala nutrición en niños mexicanos [Considerations on family dynamics and the malnutrition syndrome in Mexican children]. *Gac Med Mex*. 2015 Nov-Dec;151(6):788-97. Spanish. https://www.anmm.org.mx/GMM/2015/n6/GMM_151_2015_6_788-797.pdf
- 19.** La Desigualdad en la Salud. Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social-EAPN España. Año de publicación: 2019 Available from: https://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/documentos/1568024937_informe-pobreza-y-salud-vf.pdf
- 20.** Masztalerz-Kozubek D, Zielinska-Pukos MA, Hamulka J. Early Feeding Factors and Eating Behaviors among Children Aged 1-3: A Cross-Sectional Study. *Nutrients*. 2022 May 29;14(11):2279. doi: 10.3390/nu14112279. <https://www.mdpi.com/2072-6643/14/11/2279>
- 21.** Horst K van der, Sleddens EFC. Parenting styles, feeding styles and food-related parenting practices in relation to toddlers' eating styles: A cluster-analytic approach. *PLOS ONE*. 2017 May 24;12(5):e0178149. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178149>
- 22.** Mahmood L, Flores-Barrantes P, Moreno LA, Manios Y, Gonzalez-Gil EM. The Influence of Parental Dietary Behaviors and Practices on Children's Eating Habits. *Nutrients*. 2021 Mar 30;13(4):1138. doi: 10.3390/nu13041138. <https://www.mdpi.com/2072-6643/13/4/1138>
- 23.** Dieberger AM, de Rooij SR, Korosi A, Vrijkotte TGM. Maternal Lipid Concentrations during Early Pregnancy and Eating Behaviour and Energy Intake in the Offspring. *Nutrients*. 2018 Aug 6;10(8):1026. doi: 10.3390/nu10081026. <https://www.mdpi.com/2072-6643/10/8/1026>
- 24.** Brion MJ, Ness AR, Rogers I, Emmett P, Cribb V, Davey Smith G, Lawlor DA. Maternal macronutrient and energy intakes in pregnancy and offspring intake at 10 y: exploring parental comparisons and prenatal effects. *Am J Clin Nutr*. 2010 Mar;91(3):748-56. doi: 10.3945/ajcn.2009.28623. <https://doi.org/10.3945/ajcn.2009.28623>

25. Ong ZY, Gugasheff JR, Muhlhausler BS. Perinatal overnutrition and the programming of food preferences: pathways and mechanisms. *J Dev Orig Health Dis.* 2012 Oct;3(5):299-308. doi: 10.1017/S204017441200030X. <https://doi.org/10.1017/S204017441200030X>
26. Spahn JM, Callahan EH, Spill MK, Wong YP, Benjamin-Neelon SE, Birch L, Black MM, Cook JT, Faith MS, Mennella JA, Casavale KO. Influence of maternal diet on flavor transfer to amniotic fluid and breast milk and children's responses: a systematic review. *Am J Clin Nutr.* 2019 Mar 1;109(Suppl_7):1003S-1026S. doi: 10.1093/ajcn/nqy240. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy240>
27. Shrestha D, K C Bhandari A, Ogawa K, Tanaka H, Miyayama C, Horikawa R, Urayama KY, Morisaki N. Effect of postpartum depression and role of infant feeding practices on relative weight of child at 1 and 3 years of age. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2024 May 2;24(1):336. doi: 10.1186/s12884-024-06483-2. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12884-024-06483-2>
28. Amipara T, Baria H, Nayak S. A Study on Postpartum Depression and its Association with Infant Feeding Practices and Infant Nutritional Status among Mothers Attending the Anganwadi Centers of Valsad District, Gujarat, India. *Indian J Community Med.* 2020 Jul-Sep;45(3):299-302. doi: [10.4103/ijcm.IJCM_171_19](https://doi.org/10.4103/ijcm.IJCM_171_19).
29. Baranowski T, Diep C, Baranowski J. Influences on children's dietary behavior, and innovative attempts to change it. *Ann Nutr Metab.* 2013;62 Suppl 3:38-46. doi: 10.1159/000351539. <https://doi.org/10.1159/000351539>
30. Verheijden MW, Bakx JC, van Weel C, Koelen MA, van Staveren WA. Role of social support in lifestyle-focused weight management interventions. *Eur J Clin Nutr.* 2005 Aug;59 Suppl 1:S179-86. doi: 10.1038/sj.ejcn.1602194. <https://www.nature.com/articles/1602194>
31. Bland V, Sharma M. Physical activity interventions in African American women: A systematic review. *Health Promot Perspect.* 2017 Mar 5;7(2):52-59. doi: 10.15171/hpp.2017.11. https://hpp.tbzmed.ac.ir/Article/HPP_14613_20160901050553
32. Kim C, McEwen LN, Kieffer EC, Herman WH, Piette JD. Self-efficacy, social support, and associations with physical activity and body mass index among women with histories of gestational diabetes mellitus. *Diabetes Educ.* 2008 Jul-Aug;34(4):719-28. doi: 10.1177/0145721708321005. <https://doi.org/10.1177/0145721708321005>
33. Middelweerd A, Velde SJ te, Abbott G, Timperio A, Brug J, Ball K. Do intrapersonal factors mediate the association of social support with physical activity in young women living in socioeconomically disadvantaged neighbourhoods? A longitudinal mediation analysis. *PLOS ONE.* 2017 Mar 16;12(3):e0173231. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173231>
34. Johnson ER, Carson TL, Affuso O, Hardy CM, Baskin ML. Relationship between social support and body mass index among overweight and obese African American women in the rural deep South, 2011-2013. *Prev Chronic Dis.* 2014 Dec 24;11:E224. doi: 10.5888/pcd11.140340. <http://dx.doi.org/10.5888/pcd11.140340>
35. Keller KL, Kling SMR, Fuchs B, Pearce AL, Reigh NA, Masterson T, Hickok K. A Biopsychosocial Model of Sex Differences in Children's Eating Behaviors. *Nutrients.* 2019 Mar 22;11(3):682. doi: 10.3390/nu11030682. <https://doi.org/10.3390/nu11030682>
36. Dharod JM, Black MM, McElhenny K, Labban JD, DeJesus JM. Es Niño o Niña?: Gender Differences in Feeding Practices and Obesity Risk among Latino Infants. *Curr Dev Nutr.* 2024 Feb 9;8(3):102100. doi: 10.1016/j.cdnut.2024.102100. [https://cdn.nutrition.org/article/S2475-2991\(24\)00026-X/fulltext](https://cdn.nutrition.org/article/S2475-2991(24)00026-X/fulltext)
37. Bolarinwa OA, Ahinkorah BO, Arthur-Holmes F, Aboagye RG, Kwabena Ameyaw E, Budu E, Seidu AA, Ighodalo UL, Yaya S. Sex inequality in early initiation of breastfeeding in 24 sub-Saharan African countries: A multi-country analysis of Demographic and Health Surveys. *PLoS One.* 2022 May 19;17(5):e0267703. doi: 10.1371/journal.pone.0267703. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267703>
38. Alvarado Olmedo L. Obesidad, cultura e imagen corporal en mujeres saharauis [Internet] [doctoral thesis]. Universidad de Granada; 2024 [cited 2024 Nov 20]. Available from: <https://digibug.ugr.es/handle/10481/89842>
39. Lankes J, Comeau M, Hess J. Social, Economic, and Cultural Influences on Young Women's Food Choices: A Scoping Review. *Journal of Nutrition Education and Behavior.* 2023 Jul 1;55(7, Supplement):13. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2023.05.030>
40. Yount KM, DiGirolamo AM, Ramakrishnan U. Impacts of domestic violence on child growth and nutrition: a conceptual review of the pathways of influence. *Soc Sci Med.* 2011 May;72(9):1534-54. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.02.042. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.02.042>
41. Impacting Gender and Nutrition through Innovative Technical Exchange (IGNITE), Macharia-Mutie C, Gebre G, Ritsumeikan University, Tesfaye H, Ritsumeikan University, et al. Integrating nutrition in the Sasakawa Africa Association extension services: Knowledge, attitude and practices among smallholder farmers. *AJFAND.* 2024 Apr 6;24(3):25712-30. <https://ideas.repec.org/a/ags/ajfand/347755.html>
42. Hennebo M, Junca M. Gender and nutrition: women's heavy workload at stake. Available from: https://linknca.org/article/allegger_la_surchage_de_travail_des_femmes_pour_ameliorer_le_statut_nutritionnel_des_enfants1.htm?lng=en&
43. Kumar S, Kelly AS. Review of Childhood Obesity: From Epidemiology, Etiology, and Comorbidities to Clinical Assessment and Treatment. *Mayo Clin Proc.* 2017 Feb;92(2):251-265. doi: 10.1016/j.mayocp.2016.09.017. [https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(16\)30595-X/fulltext](https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(16)30595-X/fulltext)

