

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



**CARACTERIZACIÓN DE LAS FAMILIAS DE LOS NIÑOS MENORES
DE 5 AÑOS CON INSEGURIDAD ALIMENTARIA**

ANDREA SOPHIE CORDÓN PIVARAL

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencia Médicas con Especialidad en Pediatría
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Pediatría

Marzo 2017

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): **Andrea Sophie Cordón Pivaral**

Carné Universitario No.: **200515145**

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Pediatría**, el trabajo de TESIS **CARACTERIZACIÓN DE LAS FAMILIAS DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INSEGURIDAD ALIMENTARIA**

Que fue asesorado: **Dr. José Alberto Leonardo Paiz MSc.**

Y revisado por: **Dr. José Alberto Leonardo Paiz MSc**

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **marzo 2017**

Guatemala, 7 de marzo de 2017


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.

Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

mdvs



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

Guatemala, 13 de septiembre de 2016

Doctora
Eugenia Argentina Álvarez Gálvez
Docente Responsable
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Pediatría
Hospital General San Juan de Dios
Presente.

Respetable Dra. Álvarez:

Por este medio, informo que he revisado y asesorado a fondo el informe final de graduación que presenta la doctora **Andrea Sophie Cordón Pivaral**, Carné No. 200515145 de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Pediatría, el cual se titula: **“Caracterización de las familias de los niños menores de 5 años con inseguridad alimentaria”**.

Luego de la revisión, hago constar que la Dra. Cordón Pivaral, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior, emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo que está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Dr. José Alberto Leonardo Paiz MSc.
Asesor y Revisor de Tesis

Dr. José A. Leonardo Paiz
Pediatra
Colegiado No. 14,851

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala
Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: postgrado.medicina@usac.edu.gt

ÍNDICE

	Página
I. Introducción	1
II. Antecedentes	7
2.1 Situación nutricional	7
2.1.1 Situación de la desnutrición en el mundo	7
2.1.2 Situación de la desnutrición en Guatemala	8
2.2 Desnutrición	9
2.2.1 Definición	9
2.2.2 Determinantes del estado nutricional	10
2.2.2.1 Determinantes biológicos	10
2.2.2.2 Determinantes ecológicos	11
2.2.2.2.1 Acceso al agua	11
2.2.2.3 Estilos de vida y la desnutrición	11
2.2.2.3.1 Nivel educativo de la madre	12
2.2.2.3.2 Número de hijos	12
2.3 Seguridad Alimentaria	12
2.3.1 Conceptos básicos de la SAN	14
2.3.1.1 Disponibilidad	14
2.3.1.2 Estabilidad	14
2.3.1.3 Acceso y control	14
2.3.1.4 Consumo y utilización biológica	14
2.3.2 Medición de la seguridad alimentaria	15
2.3.3 Conceptos relacionados con la inseguridad alimentaria	17
2.3.3.1 Hambre	17
2.3.3.2 Hambruna	17
2.3.3.3 Pobreza	17
2.3.3.4 Pobreza Extrema	17
2.4 Test de una pregunta para detectar el hambre	17

III. Objetivos	19
3.1 Objetivo General	19
3.2 Objetivo Específico	19
IV. Material y Métodos	20
4.1 Tipo y diseño de investigación	20
4.1.1 Prospectivo descriptivo	20
4.2 Unidad de análisis	20
4.2.1 Unidad primaria de muestreo	20
4.2.2 Unidad de análisis	20
4.2.3 Unidad de información	20
4.3 Población y muestra	21
4.3.1 Población	21
4.3.2 Marco muestral	21
4.3.3 Muestra	21
4.4 Selección del sujeto de estudio	22
4.4.1 Criterios de inclusión	22
4.4.2 Criterios de exclusión	22
4.5 Instrumento a utilizar para recolectar y registrar información	22
4.6 Procedimientos para la recolección de la información	22
4.7 Definición y operacionalización de las variables	23
4.8 Análisis de datos	24
4.9 Aspectos éticos	24
4.9.1 Categoría de riesgo	25
V. Resultados	26
5.1 Tabla y Gráfica	26
5.2 Tabla y Gráfica	27
5.3 Tabla y Gráfica	28
5.4 Tabla y Gráfica	29
5.5 Tabla y Gráfica	30
5.6 Tabla y Gráfica	31
5.7 Tabla y Gráfica	32
5.8 Tabla y Gráfica	33

5.9 Tabla y Gráfica	34
5.10 Tabla y Gráfica	35
5.11 Tabla y Gráfica	36
VI. Discusión y Análisis de resultados	37
6.1 Conclusiones	39
6.2 Recomendaciones	39
VII. Referencias bibliográficas	41
VIII. Anexos	48
8.1 Anexo 1: Instrumento de recolección de datos	48
8.2 Anexo 2: Consentimiento informado	49

RESUMEN

OBJETIVO: Caracterizar, por medio de la identificación de variables específicas, a las familias de los pacientes con riesgo de inseguridad alimentaria y nutricional que ingresan al Hospital General San Juan de Dios de Guatemala. **METODOLOGIA:** Estudios descriptivo realizado en Hospital General San Juan de Dios, en el cual se entrevistaron a 375 jefes de familia con el fin de caracterizar a las familias con inseguridad alimentaria de los niños menores de 5 años que acuden a la consulta externa. **RESULTADOS:** Se encuestaron a 375 jefes de familia. Con respecto a la escolaridad se encontró que un 13.8% de las madres y un 10.1% de los padres eran analfabetas; 56.3% de las madres y 74.1% de los padres tenían un nivel educativo primario; 18.7% de las madres y 12.3% de los padres un nivel educativo secundario, 10.4% de las madres y 3.2% de los padres graduados de bachillerato y solamente un 0.8% de las madres y un 0.3% de los padres con un nivel educativo universitario. Entre las ocupaciones la más frecuente en las madres fue la de ama de casa con un 85.9%, seguida por la de comerciante y secretaria con un 11.2% y un 2.1% respectivamente. Las ocupaciones más comunes de los padres fueron las de chofer, albañil, comerciante y agricultor con un 14.7%, 26.9%, 27.7% y 24.8% respectivamente. El rango más común de edad de las madres fue el comprendido entre los 20 y 24 años con un 45.3% al igual que la de los padres con un 52.3%, seguido por el de 15 a 20 años con un 40.6% en las madres y un 34.2% de los padres. El 72.5% tanto de las madres como de los padres eran solteros y un 27.2% eran casados. El 69.6% de los entrevistados procedían del área urbana y un 30.1% del área rural. El 70% de las familias poseen más de 5 miembros en su núcleo familiar y un 30% menos de 5 miembros. El 54.4% de las familia con inseguridad sí contaban con presencia de agua potable en sus hogares y 45.6% no. **CONCLUSIONES:** El analfabetismo y la baja escolaridad, las ocupaciones mal remuneradas, el ser madre o padre adolescente y soltero/a, el hacinamiento y la ausencia de agua potable, son las principales características identificadas en el grupo estudiado.

Palabras clave: caracterización, inseguridad alimentaria, desnutrición.

I. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial hay más de 800 millones de personas que sufren de desnutrición, de las cuales 20 millones son niños menores de cinco años. La desnutrición en los niños menores de cinco años incrementa su riesgo de muerte, inhibe su desarrollo cognitivo y afecta su estado de salud de por vida. (1) (2) (3)

Según datos aportados por The United Nations Children's Fund (UNICEF), Guatemala tiene el sexto lugar a nivel mundial de desnutrición global (déficit de peso para edad), con una prevalencia del 22.7%; cerca del 50% de la población infantil sufre malnutrición crónica. Datos aportados por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), informan que 145,000 familias en Guatemala están en riesgo de caer en una situación de desnutrición. (2) (3) (4)

Según datos del Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala, para el año 2010 se detectaron 24,815 niños con desnutrición aguda (1.4%); de estos, el 78.3% presentan desnutrición proteico-calórica moderada, mientras que el 14.9% presentan desnutrición aguda severa, de los cuales un 3.9% corresponden a marasmo y un 3% a kwashiorkor. En el mismo año fallecieron 37 niños con desnutrición como causa principal, sin tomar en cuenta las defunciones por co-morbilidades. El problema de la desnutrición alcanza niveles críticos en el área rural y se agrava entre la población indígena, afectando principalmente a mujeres en edad fértil, embarazadas y niños menores de cinco años. (3) (5)

En Guatemala, en el año 2011, según proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE), la población era de 14,713,763 habitantes, de los cuales 14% (2,165,720) eran niños menores de cinco años. La tasa de morbilidad por desnutrición aguda en 2011 fue de 49.6 por 10,000 habitantes, de los cuales el 62% corresponden a desnutrición aguda moderada y el 38% a desnutrición aguda severa. La tasa de mortalidad asociada a desnutrición global para el mismo año alcanza un promedio de 59 por cada mil nacidos vivos. Guatemala es el país que acumula la mayor cantidad y proporción de muertes asociadas a desnutrición global, con un millón de casos reportados entre 1940 y 2004, lo que representa el 50% del total de muertes de los menores de 5 años a nivel nacional, con un riesgo de muerte de 2.9% asociado a la desnutrición aguda. (3) (6) (7)

En Guatemala el hambre y la desnutrición son problemas prevalentes, causantes o relacionados de manera importante con la morbimortalidad en el país.

El primero de los Objetivos de Desarrollo del Milenio se refiere a la erradicación de la pobreza y el hambre; La meta relacionada con este objetivo estipula que entre 1990 y el año 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre debe reducirse a la mitad. El indicador asociado es el porcentaje de niños menores de 5 años con peso inferior al normal (desnutrición global). (10)

Por otra parte, la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible incluye un conjunto de 17 objetivos de desarrollo sostenible (ODS) para poner fin a la pobreza, luchar contra la desigualdad y la justicia y hacer frente al cambio climático. Varios de los ODS se relacionan con el problema de la desnutrición, tales como el número uno que se refiere precisamente a “el fin de la pobreza”; el número dos “hambre cero”, el número tres “salud y bienestar”, el número seis “agua limpia y saneamiento”, el número 10 “reducción de las desigualdades”, el número doce “producción y consumo responsables” y el número dieciséis a “vida de ecosistemas terrestres”. (11)

La desnutrición se manifiesta de varias formas y se ve reflejada por el retardo en el crecimiento intrauterino que se evidencia con el bajo peso al nacer (BPN); la disminución crónica del crecimiento con una baja talla respecto a la edad (T/E); la emaciación o desnutrición aguda manifestada por una pérdida grave de peso con respecto a la estatura (P/T); y de manera menos visible, pero no por ello menos importante, las deficiencias por micronutrientes consideradas como “hambre oculta”. (9)

La desnutrición es causada por una ingesta deficiente de alimentos y/o por enfermedades infecciosas comunes; consecuentemente es el factor de riesgo más importante para la carga de enfermedad de los países en vías de desarrollo. Es causa directa de alrededor de 300 mil muertes en el mundo por año e indirectamente responsable de la mitad de las muertes en los menores de 5 años. El retraso en el crecimiento intrauterino (RCI), la desnutrición crónica y la desnutrición aguda severa contribuyen a nivel mundial con 2.2 millones de muertes por año y 91 millones de años de vida saludables perdidos, y son responsables del 7% de la carga total de enfermedad. (9)

Guatemala es uno de los 36 países que a nivel mundial contribuyen con el 90% de la desnutrición crónica y es el país con mayor nivel de desnutrición en América Latina con un 53% de acuerdo con los estándares de OMS. (7)

La desnutrición crónica es el resultado de determinantes sociales donde la pobreza juega un papel muy relevante; se trata de un problema estructural evidenciado por situaciones políticas, económicas y sociales.

En Guatemala la desnutrición crónica es uno de los principales problemas de salud pública, cuya magnitud, como se ha indicado, está asociada a determinantes socio-económicos y políticos que no son responsabilidad directa del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, pero cuyo impacto para su prevención y oportuna atención recae en el sector salud; ocurre en mayor medida en los departamentos del altiplano occidente que incluyen a Totonicapán, San Marcos, Sololá, Quiché, Alta Verapaz, Huehuetenango y Chimaltenango. (7)

De no ser atendidas las determinantes de manera intersectorial e integrada, este círculo vicioso continuará afectando en especial a la niñez y a las mujeres, particularmente del área rural, en condiciones de pobreza y pobreza extrema, conllevando a brechas aún mayores de inequidad y exclusión social.

A pesar de que el sistema de salud y la información están fragmentados, es evidente la carga de enfermedad y muerte asociada a la desnutrición en el país; por lo que es necesario atender sus condicionantes implementando acciones e intervenciones basadas en evidencia.

Para implementar las acciones basadas en la mayor evidencia posible y focalizar en los grupos vulnerables y áreas geográficas, es imperativo contar con sistemas de vigilancia que reflejen de manera oportuna, confiable y con calidad los datos.

Es innegable que el análisis de los hechos vitales como la mortalidad requiere de un gran esfuerzo por parte de las autoridades involucradas para impulsar la vigilancia de la desnutrición y de las enfermedades asociadas, consecuentemente es necesaria la conciliación de datos a través de procesos de ratificación y certificación de la muerte.

El éxito de las intervenciones requiere de indicadores de proceso e impacto periódicos los cuales deben ser difundidos; ello significa instrumentar la medición del peso para la talla

y la talla para la edad (T/E) mediante la dotación del equipo, el desarrollo de una vigilancia activa y puesta en marcha de los protocolos establecidos.

En cuanto a la **seguridad alimentaria**, se define ésta como una situación en la que “toda la población tiene en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos para atender sus necesidades nutricionales con el fin de llevar una vida productiva y sana” (USAID, 1992). Dado que es un concepto complejo y multidimensional, la medición de la inseguridad alimentaria ha sido un reto constante tanto para los investigadores como para los profesionales. Hasta hace muy poco, la mayoría de las mediciones de acceso a los alimentos en el hogar, como el nivel de ingresos y la adecuación calórica, se habían caracterizado por la dificultad técnica, el gran volumen de datos y el alto costo que implicaba su recolección. (8)

Los países más susceptibles a tener problemas de inseguridad alimentaria son los que tienen niveles de consumo de alimentos promedio muy bajos, los que presentan grandes oscilaciones en los suministros alimentarios unidos a un bajo nivel de consumo y los que tienen una gran proporción de habitantes pobres. Las características comunes socioeconómicas, agro-ecológicas, demográficas y educacionales constituyen factores de vulnerabilidad que operan simultáneamente y en combinación para aumentar el riesgo. Las familias más vulnerables a la inseguridad alimentaria son precisamente aquellas más vulnerables a la degradación del medio ambiente, pobres condiciones sanitarias, contaminación y superpoblación. Si nos preguntásemos por qué, a pesar de los adelantos de la ciencia y de la tecnología y de los esfuerzos individuales, de los gobiernos y de organismos en desarrollo, hay aún tanta gente hambrienta, sólo pudiéramos respondernos que ello se debe a la inequidad, tanto entre individuos en una misma región o país como entre países. (8) (9)

Las familias más expuestas a la inseguridad alimentaria tienen, dentro de otras características, las siguientes:

1. Familias encabezadas por campesinos pobres con producción marginal o inadecuada de alimentos.
2. Núcleos familiares con mujeres al frente.
3. Núcleos familiares con gran número de integrantes.
4. Núcleos familiares situados en áreas ecológicamente desventajosas.

5. Núcleos familiares con ingresos muy bajos para permitir el acceso a suministros de alimentos adecuados en calidad y cantidad.

Los riesgos aumentan en los niños hijos de campesinos sin tierras, de trabajadores ocasionales y son mayores en las regiones áridas que en las húmedas. Los niños en los primeros años de la vida son los más vulnerables a la inseguridad alimentaria y a los riesgos nutricionales. (8)

Con determinados niveles de seguridad alimentaria familiar y de higiene del medio, algunas familias y niños tienen mejor nutrición que otros. Un elemento fundamental está en la capacidad de las mujeres para prestar cuidados alimentarios, lo cual está en íntima relación con el tiempo disponible, los conocimientos nutricionales, el control de los recursos del hogar y la existencia de determinados bienes de consumo y de servicio. Las mujeres de los hogares pobres son más susceptibles al deterioro de los ingresos y su volumen de trabajo se ve más afectado por situaciones tales como, la falta de salud, empeoramiento de los precios, acceso a los servicios. (8) (9)

Por lo expuesto, es importante identificar las características de las familias de la población infantil que ingresa al Hospital General San Juan de Dios que tienen probabilidad de riesgo de inseguridad alimentaria y nutricional, con base a las variables mencionadas, a efecto de proponer las medidas preventivas que eviten que los niños de dichas familias caigan en el problema de desnutrición y las consecuencias del mismo.

Relacionado con lo anterior, en febrero de 2014, el Dr. José Alberto Leonardo Paiz, residente del Hospital General San Juan de Dios de Guatemala, presentó como tesis de graduación en la especialidad de Pediatría, la investigación “Uso del test de una pregunta para detectar el hambre en familias de niños menores de cinco años que asisten a la consulta externa del Hospital San Juan de Dios de Guatemala”, con el objetivo de contar con una herramienta confiable y útil para detectar poblaciones en riesgo de inseguridad alimentaria y poder realizar una intervención oportuna para su prevención. La conclusión, al final de la investigación, fue de que “el test de una pregunta es una herramienta útil, válida y factible para la detección del hambre”.

El presente estudio pretende ir más allá de la detección del problema del hambre, por lo que se plantean dos objetivos:

1.- Detectar a familias en riesgo de inseguridad alimentaria mediante el test de una pregunta: ¿En el último mes, hubo algún día en el cual usted o alguien de su familia tuvo hambre debido a que no tenían suficiente dinero para comida?

2.- Caracterizar a las familias que presenten el mayor riesgo en cuanto a las variables de edad, escolaridad, estado civil y ocupación de ambos padres, así como el número de miembros de la familia, el lugar de procedencia y la existencia o no de agua potable en el hogar, a efecto de identificar la situación y proponer las medidas necesarias para su prevención.

Para el logro de lo anterior, a las madres de familia que respondieron afirmativamente a la pregunta planteada, **¿En el último mes, hubo algún día en el cual usted o alguien de su familia, tuvo hambre debido a que no tenían suficiente dinero para comida?** se les hizo una entrevista, para obtener la información que permitiera caracterizar a las familias con mayor riesgo, a efecto de proponer y tomar las medidas preventivas que evitaran o minimizaran el riesgo.

II. ANTECEDENTES

2.1 Situación nutricional

2.1.1 Situación de la desnutrición en el mundo

A nivel mundial hay más de 800 millones de personas que sufren de desnutrición; ésta ha afectado a 20 millones de niños, 70% en Asia, 26% en África, 4% en América Latina y el Caribe. La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) estima que 925 millones de personas en el mundo se alimentan de forma insuficiente, lo que les impide llevar una vida activa normal. Así mismo calculó que a nivel mundial se dispone de suficientes recursos naturales y capacidades para garantizar la seguridad alimentaria de 12 mil millones de personas. (3) (12) (13)

Según UNICEF todos los años nacen en el mundo más de 20 millones de niños y niñas con un peso inferior a 5.5 libras, lo que equivale al 17% de todos los nacimientos del mundo en desarrollo, es decir una tasa que duplica el nivel de los países industrializados que es de 7%. Según el “Estado Mundial de la Infancia 2007” de UNICEF, uno de cada cuatro niños y niñas (alrededor de 146 millones, que representa el 27% de la población de menores de cinco años), tienen peso inferior al normal. Para los niños y niñas cuya situación alimenticia es deficiente, enfermedades comunes de la infancia como la diarrea y las infecciones respiratorias pueden ser fatales. A nivel mundial la malnutrición es responsable directa o indirectamente, del 60% de las 10.9 millones de muertes que ocurren anualmente entre niños y niñas menores de cinco años. Más de las dos terceras partes de estas muertes están asociadas con prácticas de alimentación no apropiadas durante el primer año de vida. (3) (14) (15)

Según los nuevos patrones de crecimiento de la OMS, se estima que la prevalencia mundial de emaciación en niños menores de cinco años es del 10% (55 millones de niños); el mayor número de niños afectados (29 millones) vive en Asia centro meridional. La misma distribución geográfica adopta la desnutrición aguda severa, con una prevalencia total estimada en el 4% de la población infantil (19 millones de niños). La insuficiencia nutricional también ha frenado el desarrollo de 178 millones de menores en edad preescolar en los países en desarrollo. (3) (16) (17) (18)

La desnutrición global según el mapa mundial del hambre está distribuida de la siguiente manera:

- Nivel bajo (5% al 9%): Brasil, Venezuela, Guyana, El Salvador, Jamaica, Ghana, Burkina Faso, Mauritania, Nigeria, Kuwait y Turkmenistán.
 - Nivel moderado (10% al 19%): Honduras, Nicaragua, Panamá, Colombia, Ecuador, Perú, Paraguay, Surinam, Trinidad y Tobago en América Latina, varios países africanos, junto a algunos asiáticos, como China, Tailandia e Indonesia.
 - Nivel severo (20% al 34%): Guatemala, República Dominicana, Bolivia, algunos países de África, India, Pakistán, Corea del Norte, Mongolia y otros países asiáticos.
- (3) (17)

2.1.2 Situación de la desnutrición en Guatemala

De acuerdo al informe sobre el Estado Mundial de la Infancia 2011, al evaluar la posición de los países según su tasa de mortalidad de menores de cinco años, un indicador fundamental para medir el bienestar de los niños, Guatemala se sitúa en la posición 128 de 193 países evaluados, situándonos dentro del 33% de los países con mayores niveles de desnutrición en el mundo; solamente comparable a la situación de Bolivia o Haití. (3) (19) (20)

El problema de la desnutrición infantil en Guatemala es alarmante porque tiene el índice más elevado de esa deficiencia crónica en Latinoamérica. La prevalencia actual de desnutrición crónica en menores de cinco años es de 49.3%, que afecta en mayor proporción a los infantes de familias rurales pobres. En el área rural es de 55.5%, contra 36.5% del área urbana; 69.5% en indígenas, contra 35.7% en no indígenas; 65.5% en madres sin educación, contra 18.6% en madres con nivel de escolaridad de secundaria o más. En términos regionales, 68.3% en el noroccidente, contra 36.1% en el área metropolitana. La prevalencia de desnutrición aguda es de 1.6%, la cual ha aumentado en regiones afectadas por crisis socioeconómicas y catástrofes ecológicas (municipios de oriente, costa sur y occidente). De los niños y niñas que presentan desnutrición aguda, un 20% de los casos tiene desnutrición severa. En el país, un 22.7% de los niños y niñas menores de cinco años presenta desnutrición global, con mayores proporciones entre la población indígena 30.4% y la rural 25.9%. Según la ONU, 145,000 familias en Guatemala están en riesgo de caer en una situación de desnutrición. (20) (21)

2.2 Desnutrición

2.2.1 Definición

Conjunto de manifestaciones clínicas, alteraciones bioquímicas y antropométricas causadas por la deficiente ingesta y/o aprovechamiento biológico de macro y micronutrientes ocasionando la insatisfacción de requerimientos nutricionales. La desnutrición aguda es cuando se presenta una deficiencia del peso para la talla y puede estar asociada a una enfermedad que se desarrolla rápidamente. La desnutrición aguda por su severidad utilizando las gráficas de desviaciones estándar (DE) de la OMS se clasifica en moderada y severa. (22)

- Desnutrición aguda moderada: debajo de (-) 2 DE a (-) 3 DE.
- Desnutrición aguda severa: debajo de (-) 3 DE.

Para determinar el estado nutricional de la niñez menor de cinco años, se utilizan diferentes metodologías. Entre ellas está la antropometría, que utiliza medidas como el peso, longitud, talla, perímetro braquial, circunferencia cefálica.

Los principales índices antropométricos para la evaluación nutricional de la niñez menos de cinco años son:

- Peso para edad (P/E): es un indicador de desnutrición global. Se utiliza para monitorear el crecimiento. El bajo peso refleja dietas inadecuadas, periodos prolongados de enfermedad entre otros.
- Peso para talla (P/T): refleja el estado nutricional actual, cuando es bajo indica que la masa muscular y la grasa corporal se encuentran disminuidos, en relación a la talla.
- Talla para edad: (T/E): una talla baja en relación a la edad indica una insuficiencia alimentaria crónica que afecta el crecimiento longitudinal. (22)

2.2.2 Determinantes del estado nutricional

2.2.2.1 Determinantes biológicos

Las determinantes biológicas se concentran en la evaluación del cuerpo humano y su función normal. El mantenimiento de las funciones orgánicas, la actividad básica y el crecimiento y

desarrollo dependen del consumo habitual de alimentos que tiene el niño o niña. El estado de equilibrio entre el consumo y el gasto da como resultado un buen estado de nutrición. (3) (23) (24)

La desnutrición es una enfermedad multisistémica, que afecta a todos los órganos de la economía, producida por una disminución drástica, aguda o crónica, en la disponibilidad de nutrientes, ya sea por ingesta insuficiente, inadecuada absorción o excesos de pérdidas. Se manifiesta por grados de déficit antropométrico, signología clínica y alteraciones bioquímicas. Se presenta cuando la dieta no es capaz de satisfacer las necesidades corporales de proteínas y energía o ambas, o por estados de exceso de gasto metabólico. (3) (24) (25) (26)

- Co-morbilidades

La desnutrición, a temprana edad, predispone a las personas, a un mayor riesgo de morbilidades, así como también a mortalidad. Es conocido que las células y tejidos del organismo tienen un continuo recambio, específicamente dentro del sistema inmune, el linfocito activo recambia los componentes de su superficie con mucha regularidad, por lo que necesita nutrientes para la re síntesis de ellos, esto se extiende a las células B productoras de anticuerpos, así que, la nutrición adecuada tiene una particular importancia en los mecanismos relacionados con la inmunodeficiencia celular, humoral, el mecanismo de la fagocitosis y otros sistemas como el del complemento. (26)

Varias son las patologías a través de las cuales la desnutrición afecta la mortalidad, entre las que se destacan: diarrea, neumonía, malaria y sarampión. Entre 1940 y 2004, más de un millón de menores de cinco años ha muerto por causas asociadas a la desnutrición. (7)

2.2.2.2 Determinantes ecológicas

En estas determinantes se evalúan los hechos externos al cuerpo sobre los cuales el individuo tiene poco o ningún control. Evalúa el ambiente residencial y laboral. El ambiente y la nutrición están vinculados ya que en una época de cambios climáticos y ambientales sin precedentes, el conocimiento nutricional se vuelve vital para permitirle a individuos y poblaciones adaptarse de la manera más positiva posible. (3) (27) (28)

La contaminación ambiental con químicos industriales y agrícolas tales como los metales pesados, los órgano clorados y los radio nucleótidos pueden comprometer el estado nutricional y de salud de las personas ya sea directamente o a través de cambios en la dieta. (3) (28) (29)

2.2.2.2.1 Acceso al agua

En Guatemala los problemas de enfermedades por contaminación hídrica, saneamiento inadecuado y malas prácticas higiénicas en el país aún persisten. El impacto de la falta servicios de agua potable y saneamiento recae, principalmente, sobre los sectores con mayor pobreza y hace un vínculo entre la falta de dichos servicios y las dimensiones de la pobreza, salud, educación, género e inclusión social, el ingreso y el consumo.

La disponibilidad de acceso y calidad de los servicios de agua y saneamiento son uno de los principales motores de la salud pública, lo que significa que en cuanto se pueda garantizar el acceso al agua segura y a instalaciones sanitarias adecuadas para todos, independientemente de la diferencia de sus condiciones de vida, se habrá ganado una importante batalla contra todo tipo de enfermedades. (29) (31)

2.2.2.3 Estilos de vida y desnutrición

Estilo de vida, hábito de vida o forma de vida hace referencia a un conjunto de comportamientos o actitudes cotidianas que realizan las personas, algunos de los cuales pueden ser o no saludables. Los estilos de vida están determinados por procesos sociales, tradiciones, hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar la calidad de vida. (30) (32)

De igual modo, el estilo de vida es la base de la calidad de vida, concepto que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como la “percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”. (33) (34)

En cuanto a las acciones individuales, se ha observado una falta de iniciativa por parte de las madres para sugerir acciones orientadas a mejorar la nutrición. (35)

2.2.2.3.1 Nivel educativo de la madre

Se ha demostrado en encuestas materno infantiles latinoamericanas una relación directa entre el nivel educativo de la madre y su conocimiento, prácticas alimentarias y el estado nutricional. El componente de educación en alimentación y nutrición recobra fuerza con la promoción de una alimentación adecuada, la adopción de estilos de vida sanos y un comportamiento que favorezca la salud revisten extraordinaria importancia en la labor que desarrolla el equipo básico de salud en la comunidad, teniendo en cuenta que todas las recomendaciones dirigidas a alentar y apoyar dietas adecuadas y formas de vida sanas deben ser aceptables desde el punto de vista cultural y viables desde el punto de vista económico. (3) (36)

2.2.2.3.2 Número de hijos

El número total de hijos de la madre muestra una relación positiva con la desnutrición: tener más hijos implica que los recursos del hogar deben ser distribuidos entre más personas y que cada niño recibe individualmente menos atención y recursos. Probablemente también es una señal de una atención más deficiente en el control pre y postnatal. (37)

2.3 Seguridad Alimentaria

El concepto de seguridad alimentaria se crea en los años 70 con una referencia casi exclusiva al suministro nacional de alimentos. En los 80 la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) incorpora la dimensión de acceso y se revisa la definición para que incluya personas y hogares además de regiones y países. En 1990 el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) propone un marco conceptual de la malnutrición que incorpora factores no alimentarios (prácticas de asistencia materno-infantil, servicios de salud y un ambiente saludable en los hogares en términos de higiene y suministro adecuado de agua y saneamiento –AyS–) e institucionales. En 1996 la Cumbre Mundial de la Alimentación (CMA) estableció la definición actualmente aceptada de seguridad alimentaria y se fijaron sus cuatro dimensiones: disponibilidad, acceso, estabilidad y utilización. En 1999 el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP) propone un árbol de problemas de la inseguridad alimentaria y nutricional que considera cuatro elementos básicos: disponibilidad, acceso, consumo y utilización biológica. Esta definición supera en aceptación a la de FAO en el ámbito centroamericano. En la CMA de 2009 se reafirma la definición de FAO 1996 aunque se incorpora el acceso social y se añade una referencia explícita a la cobertura de los aspectos nutricionales por parte de la definición de seguridad alimentaria. En 2012 el Comité de

Seguridad Alimentaria Mundial (CFS) reconoció que el término seguridad alimentaria nutricional (SAN) “refleja de mejor manera los vínculos conceptuales entre seguridad alimentaria y seguridad nutricional”. (41)

En Guatemala, los esfuerzos de institucionalización de las acciones para enfrentar los problemas de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) se iniciaron a partir de 1974. Sin embargo, no fue hasta el año 2000 cuando se formuló la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, consensuada entre el gobierno, organizaciones sociales, organizaciones de pueblos indígenas y asociaciones empresariales. Su aprobación se basa en la Constitución de la República, la cual en el artículo 2, establece como deber del Estado garantizar la vida, seguridad y desarrollo integral de todas y todos los habitantes de la república, para que las guatemaltecas y guatemaltecos tengan derecho a una alimentación digna, variada en cantidad y calidad suficiente para estar bien nutridos y poder desarrollarse física, económica y socialmente. (38) (39)

La Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional en Guatemala –SAN– aprobada en el 2005, postula un esfuerzo de integración y coherencia de todas las iniciativas de múltiples actores nacionales. Es de enfoque integral, y en el marco de las estrategias de reducción de la pobreza y de las políticas globales, sectoriales y regionales, en vinculación con la realidad nacional, establece los principios rectores, ejes temáticos y lineamientos generales para orientar las acciones de las diferentes instituciones que desarrollan actividades para promocionar la Seguridad Alimentaria y Nutricional de la población guatemalteca. Posteriormente se emitió el Decreto número 32-2005 Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional a través del cual se institucionaliza la temática SAN mediante la creación de distintas instancias para su abordaje, tales como: (40)

- Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional –CONASAN–.
- Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional –SESAN–.
- Instancia de Consulta y Participación Social –INCOPAS–.
- Grupo de Instituciones de Apoyo –GIA–.

2.3.1 Conceptos básicos de la SAN

2.3.1.1 Disponibilidad

De alimentos a nivel local o nacional, tiene en cuenta la producción, las importaciones, el almacenamiento y la ayuda alimentaria. Para sus estimaciones se han de tener en cuenta las pérdidas postcosecha y las exportaciones. (41)

2.3.1.2 Estabilidad

Se refiere a solventar las condiciones de inseguridad alimentaria transitoria de carácter cíclico o estacional, a menudo asociadas a las campañas agrícolas, tanto por la falta de producción de alimentos en momentos determinados del año, como por el acceso a recursos de las poblaciones asalariadas dependientes de ciertos cultivos. En este componente juegan un papel importante: la existencia de almacenes o silos en buenas condiciones así como la posibilidad de contar con alimentos e insumos de contingencia para las épocas de déficit alimentario. (41)

2.3.1.3 Acceso y control

Sobre los medios de producción (tierra, agua, insumos, tecnología, conocimiento...) y a los alimentos disponibles en el mercado. La falta de acceso y control es frecuentemente la causa de la inseguridad alimentaria, y puede tener un origen físico (cantidad insuficiente de alimentos debido a varios factores, como son el aislamiento de la población, la falta de infraestructuras...) o económico (ausencia de recursos financieros para comprarlos debido a los elevados precios o a los bajos ingresos). (41)

2.3.1.4 Consumo y utilización biológica

De los alimentos. El consumo se refiere a que las existencias alimentarias en los hogares respondan a las necesidades nutricionales, a la diversidad, a la cultura y las preferencias alimentarias. También hay que tener en cuenta aspectos como la inocuidad de los alimentos, la dignidad de la persona, las condiciones higiénicas de los hogares y la distribución con equidad dentro del hogar. La utilización biológica está relacionada con el estado nutricional, como resultado del uso individual de los alimentos (ingestión, absorción y utilización). La inadecuada utilización biológica puede tener como consecuencia la desnutrición y/o la malnutrición. Con frecuencia se toma como referencia el estado nutricional de los niños y las

niñas, pues las carencias de alimentación o salud en estas edades, tienen graves consecuencias a largo plazo y a veces permanentes. En Centroamérica, los Programas de Seguridad Alimentaria (PESA), ejecutados por FAO y los Ministerios de Agricultura de Guatemala, Honduras, Nicaragua y El Salvador, han incorporado un componente en su análisis: el fortalecimiento Institucional. En efecto, aumentar las capacidades de las familias en torno a grupos de interés, de las comunidades, los municipios y el propio Estado, no se puede considerar como un elemento transversal más, sino como un componente más que los programas, políticas y estrategias deberían alcanzar junto a la disponibilidad, el acceso, el consumo y el buen aprovechamiento biológico.(41)

2.3.2 Medición de la seguridad alimentaria

Hay cinco maneras de medir los resultados de la Seguridad Alimentaria y Nutricional:

- La ingesta individual: es una medida de la cantidad de calorías, o nutrientes, consumidos por un individuo en un periodo de tiempo dado, usualmente 24 horas. (42)
- La adquisición calórica del hogar: es el número de calorías, o nutrientes, disponibles para el consumo del hogar durante un periodo de tiempo definido, comúnmente 1,3 0 7 días. (42)
- La diversidad de la dieta: es la suma del número de alimentos diferentes consumidos por un individuo durante un periodo de tiempo especificado. (42)
- El índice de estrategias de ajuste del hogar: es un índice basado en cómo se adaptan los hogares ante la presencia de amenazas de escasez de alimentos. (42)

Los indicadores de SAN que pueden construirse para valorar el patrón alimentario son:

- Porcentaje de suficiencia alimentaria: relación entre las cantidades consumidas de alimentos o de grupos de alimentos versus las cantidades recomendadas de alimentos o de grupos de alimentos. (42)

- Nivel de suficiencia energética: relación entre la energía proporcionada por el total de alimentos consumidos en el hogar y las necesidades energéticas de la familia o de individuos dentro del hogar. (42)
- Porcentaje de adecuación nutricional: relación entre el nutriente (proteínas, vitaminas y minerales) proporcionado por el total de alimentos consumidos en el hogar y las necesidades específicas de este nutriente. (42)
- Nivel de calidad de la dieta: relación entre la energía proporcionada por los macro nutrientes y la energía total de la dieta. (42)

Las valoraciones nutricionales son mediciones del tamaño del cuerpo, de la composición del cuerpo o del a función del cuerpo, con el fin de diagnosticar deficiencias simples o multiples de nutrientes. (42)

Los hallazgos pueden realizarse a nivel del individuo, pero comúnmente se agregan para la comunidad, el municipio, un departamento o una región dentro del país.

Las mediciones derivadas de las valoraciones nutricionales pueden verse como la manifestación biológica del a seguridad nutricional, una condición que resulta de combinar el tener acceso a alimentación adecuada, estar bien cuidado y gozar de una ambiente favorable. (42)

Las clases principales de mediciones son:

- Exámenes clínicos para detectar los signos y síntomas del desgaste nutricional avanzado. (deficiencia de yodo y vitamina A)
- Métodos de laboratorio para detectar niveles bajos de nutrientes en los tejidos o en los fluidos corporales, o poca actividad de una enzima que depende del nutriente.
- La antropometría.

2.3.3 Conceptos Relacionados con inseguridad alimentaria:

2.3.3.1 Hambre: Se puede definir como “escasez de alimentos básicos que causa carestía y miseria generalizada”. (43)

2.3.3.2 Hambruna: Se puede definir como “el resultado de una secuencia de procesos y sucesos que reduce la disponibilidad de alimentos o el derecho al alimento, causando un aumento notable y propagado de la morbilidad y mortalidad”. (43)

2.3.3.3 Pobreza: El PNUD la define como “falta del ingreso necesario para satisfacer las necesidades esenciales no alimentarias como el vestuario, la energía y la vivienda, así como las necesidades alimentarias. Para el Banco Mundial, la pobreza es “vivir con menos de 2 USD al día”. (43)

2.3.3.4 Pobreza Extrema: El PNUD la define como “falta del ingreso necesario para satisfacer las necesidades básicas de alimentos, que se suele definir sobre la base de las necesidades mínimas de calorías”. Según el Banco Mundial “pobres extremos son los que viven con menos de 1 USD al día”. (43)

2.4 Test de una pregunta para detectar el hambre

En un estudio realizado en Estados Unidos, donde se comparó la utilidad del test de una pregunta para detectar el Hambre respecto al test de 18 preguntas del US Household Food Security (HFSS), se demostró que este test tiene una sensibilidad del 83% y una especificidad de 80% para detectar el hambre en comparación al test largo; en las conclusiones de este estudio se demostró que el test de una pregunta tiene una sensibilidad, especificidad y certeza aceptables, y que es una herramienta fácil de aplicar y que podría convertirse en una herramienta fácil de adicionar y utilizar como monitoreo de rutina en los centros de atención pediátricos en zonas de riesgo y más pobres. (44)

El test consiste en una pregunta simple: “**¿en el último mes, hubo algún día en el cual usted o alguien de su familia, tuvo hambre debido a que no tenían suficiente dinero para**

comida?”; por lo que se convierte en una herramienta fácil de usar, que no requiere mucho tiempo, y confiable para detectar el hambre en zonas de riesgo. (45)

En el trabajo de Tesis del Dr. Leonardo, luego de aplicar el test mencionado y compararlo con el test de 18 preguntas USDA-HFSS, habiendo efectuado las pruebas estadísticas correspondientes, se concluye en que “El test de una pregunta es una herramienta útil, válida y factible para la detección del hambre”. (45)

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General:

3.1.1 Caracterizar, por medio de la identificación de variables específicas, a las familias de los pacientes con riesgo de inseguridad alimentaria y nutricional que ingresan al Hospital General San Juan de Dios de Guatemala.

3.2 Objetivo Específico:

3.2.1 Identificar las variables de edad, estado civil, ocupación y escolaridad de ambos padres, así como la procedencia, el acceso a agua potable y el número de miembros de las familias con mayor riesgo de inseguridad alimentaria y nutricional.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Tipo y diseño de investigación

4.1.1 Prospectivo descriptivo

4.2 Unidad de análisis

4.2.1 Unidad primaria de muestreo

Consulta externa de pediatría del Hospital General San Juan de Dios, Guatemala.

4.2.2 Unidad de análisis

Niños y niñas menores de 5 años que acuden a la Consulta externa del Departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios de Guatemala

4.2.3 Unidad de información

Madre o padre del niño o niña menor de 5 años que acude a la consulta externa del Departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios de Guatemala

4.3 Población y muestra

4.3.1 Población

Niños y niñas menores de 5 años que acuden a la consulta externa del Departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios de Guatemala

4.3.2 Marco Muestral

Niños y niñas menores de 5 años que acudieron a la consulta externa del Departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios de Guatemala durante el periodo comprendido de enero a diciembre 2014.

4.3.3 Muestra

Se calculó la muestra tomando en cuenta las siguientes variables de diseño:

Muestreo aleatorio simple:

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Corrección por pérdida: $n\partial = n (1/(1-R))$

Muestra final = $n\partial$

Donde:

p= probabilidad de ocurrencia (0.5)

Z (1- α /2)= nivel de confianza alfa (1.96 para el 95% de confianza)

q= 1-p (1-0.5= 0.5)

d= error máximo de estimación según nivel de confianza alfa (0.05)

N= tamaño del universo (1400)

R= Proporción esperada de pérdidas (0.20)

Cálculo muestral:

$$n = \frac{(1400) * (1.96)^2 * (0.5) * (0.5)}{(0.05)^2 * (1400-1) + (1.96)^2 * (0.5) * (0.5)}$$

n= 302

$n\partial = (302) (1/(1-0.20)) = 375$

Muestra final = 375 pacientes

Plan de selección de muestra: se elaboró un listado diario que fue enumerado en orden ascendente de los pacientes con inseguridad alimentaria que acudían a la consulta externa de pediatría del Hospital General San Juan de Dios. Se seleccionó por método aleatorio a los posibles participantes de la investigación y se eligió la cantidad de pacientes acordada para cada día según el tamaño de la muestra. Se les entrevistó previo a la consulta.

4.4 Selección del sujeto de estudio:

4.4.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes menores de 5 años con inseguridad alimentaria

4.4.2 Criterios de exclusión:

- Jefe de familia que se negara a participar en la encuesta
- Barrera lingüística

4.5 Instrumentos a utilizar para recolectar y registrar la información

- Test de una pregunta y encuesta de caracterización de las familias con inseguridad alimentaria (anexo 1).

4.6 Procedimientos para la recolección de la información

Se aplicó sistemáticamente el test de una pregunta para detectar el hambre en familias que asistieron a la clasificación de la consulta externa del departamento de pediatría del Hospital General San Juan de Dios. A los jefes de familia que respondieron “sí” a la pregunta del test se les incluyó en el estudio para la caracterización de las familias que sufren de inseguridad alimentaria.

Se entrevistó a la persona encargada de cada familia, explicándole en que consiste la entrevista, hasta alcanzar una muestra estadísticamente significativa; luego de esto se analizaron los resultados para identificar las características de las familias que sufren de inseguridad alimentaria y así determinar el tipo de población de riesgo.

4.7 Definición y operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Edad	Tiempo que ha vivido una persona.	Edad documentada: tiempo en años que ha vivido el jefe de familia documentada por Documento de Identificación Personal.	Cuantitativa	Razón	Instrumento de recolección de datos.
Escolaridad	Conjunto de las enseñanzas y cursos que se imparten a los estudiantes en los establecimientos docentes.	Máximo nivel educativo completado por el jefe de familia: analfabeta, primaria, básico, diversificado, universitario.	Cualitativo	Ordinal	Instrumento de recolección de datos.
Miembros de la familia	Grupos de personas formados por individuos que se unen por relaciones de filiación o de pareja.	Número de personas que habitan en el hogar del jefe de familia encuestado.	Cuantitativo	Razón	Instrumento de recolección de datos.
Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Condición del jefe de familia encuestado según el registro civil: soltero, casado, viudo.	Cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de datos.
Profesión u oficio	Actividad habitual de una persona, generalmente para la que se ha preparado, que, al ejercerla, tiene derecho a recibir una remuneración salario;	Ocupación del jefe de familia encuestado ya sea ésta remunerada o no.	Cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de datos.

	actividad laboral habitual.				
Procedencia	Lugar de que procede alguien o algo.	Lugar en el que reside actualmente la familia con inseguridad alimentaria.	Cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de datos.
Agua potable	Aquella que cumple unos requisitos legales y que le den la calificación de potable. Los requisitos legales son los que provienen de las diferentes normativas según países y organizaciones supranacionales.	¿La vivienda de la familia con inseguridad alimentaria posee agua intradomiciliar, no de pozo? ¿Sí, no?	Cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de datos.

4.8 Análisis de datos:

Los datos obtenidos por medio de la encuesta, fueron recolectados y ordenados en tablas de frecuencia relativa y absoluta para presentar los datos prominentes de las observaciones realizadas en el estudio. Se realizó un grafica de cada tabla para facilitar la interpretación de las mismas.

Se analizó cada variable por separado con el propósito de explicar las posibles relaciones que expresan cada una de ellas. Para el análisis estadístico se utilizaron los programas de Microsoft Excel 2013 y Microsoft Word 2013.

4.9 Aspectos éticos:

Durante la elaboración de este trabajo de investigación se practicaron los principios éticos generales por los que debería regirse el estudio, concluyendo que para respetar el principio de respeto a las personas, en el apartado de autonomía del paciente se utilizará un consentimiento informado. El principio de justicia se preservó al incluir dentro del estudio a todo paciente que califique dentro de los criterios establecidos y el principio de beneficencia

se respetó ya que al finalizar la entrevista se brindó un plan educacional extenso sobre inseguridad alimentaria.

4.9.1 Categoría de riesgo:

Categoría I también denominada sin riesgo, comprende los estudios que utilizan técnicas observacionales, con las que no se realiza ninguna intervención o modificación intervencional con las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de las personas que participan de dicho estudio.

V. RESULTADOS

Se entrevistaron 375 jefes de familia quienes respondieron “SI” previamente al test de una pregunta con el objetivo de caracterizar a las familias con inseguridad alimentaria que acudieron a la consulta externa del departamento de pediatría del hospital General San Juan de Dios, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla y gráfica 5.1

Lugar de procedencia de los pacientes con inseguridad alimentaria menores de 5 años que acudieron a la consulta externa del Hospital General San Juan de Dios de Guatemala, mayo 2014 septiembre 2014

	TOTAL	PORCENTAJE
Área urbana	262	69.9%
Área rural	113	30.1%

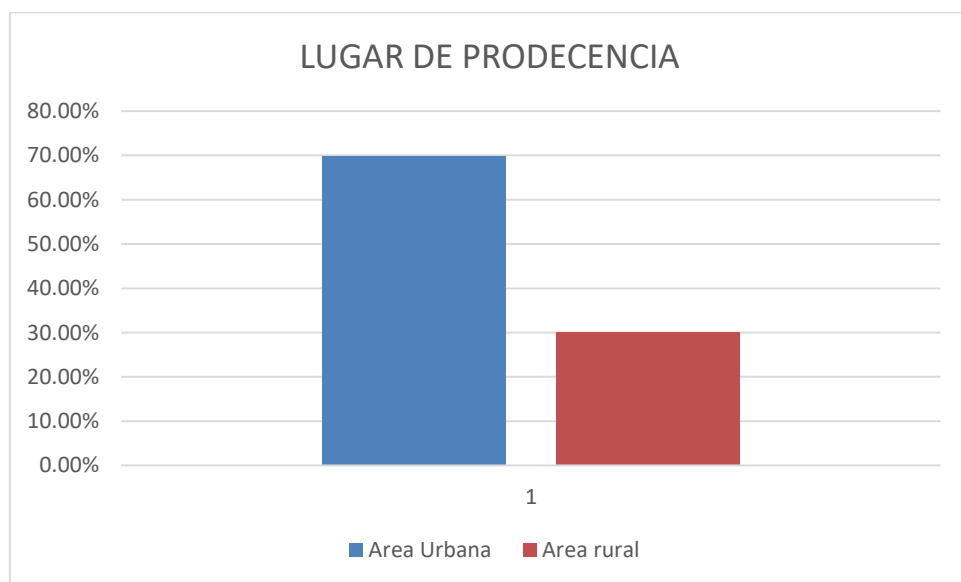


Tabla y gráfica 5.2

Número de miembros en la familia de los pacientes con inseguridad alimentaria menores de 5 años que acudieron a la consulta externa del Hospital General San Juan de Dios de Guatemala, mayo 2014 septiembre 2014

	TOTAL	PORCENTAJE
Mayor de 5	262	70%
Menor de 5	113	30%

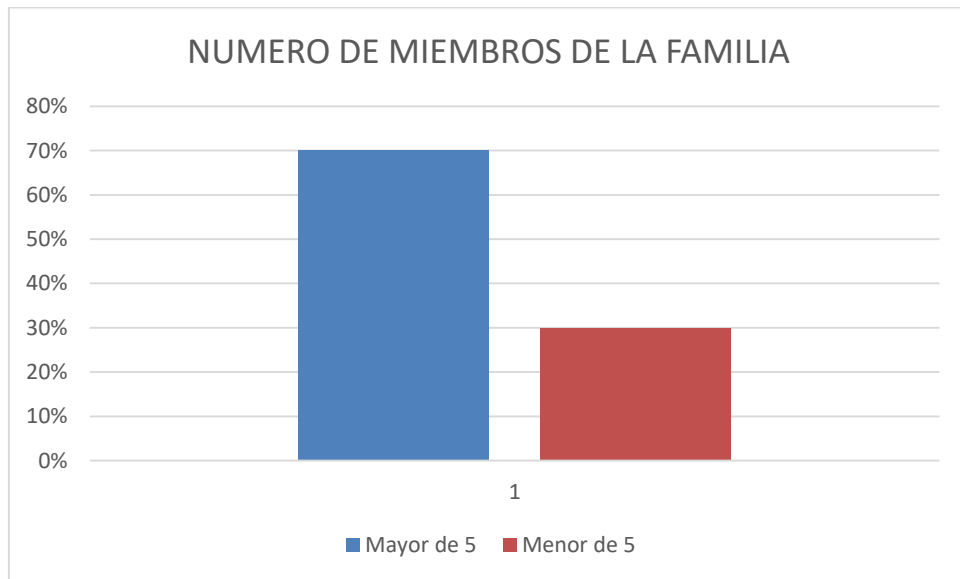
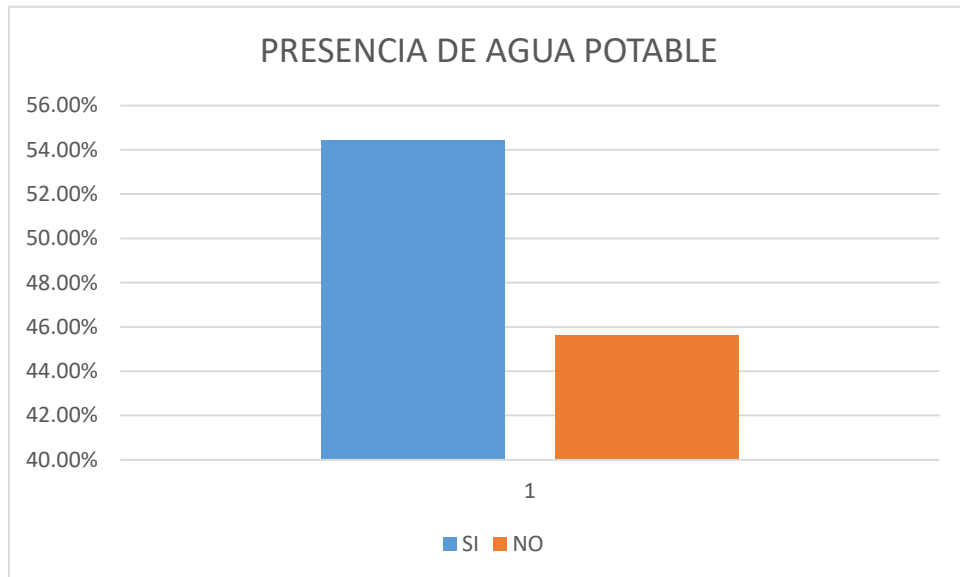


Tabla y gráfica 5.3

Presencia o ausencia de agua potable en los hogares de los pacientes con inseguridad alimentaria menores de 5 años que acudieron a la consulta externa del Hospital General San Juan de Dios de Guatemala, mayo 2014 septiembre 2014

	TOTAL	PORCENTAJE
Si	204	54.4%
No	171	45.6%



DATOS DE LA MADRE:

Tabla y gráfica 5.4

Escolaridad de la madre de los pacientes con inseguridad alimentaria menores de 5 años que acudieron a la consulta externa del Hospital General San Juan de Dios de Guatemala, mayo 2014 septiembre 2014

	TOTAL	PORCENTAJE
Ninguna	52	13.8%
Primaria	211	56.3%
Secundaria	70	18.7%
Bachillerato	39	10.4%
Universitario	3	0.8%

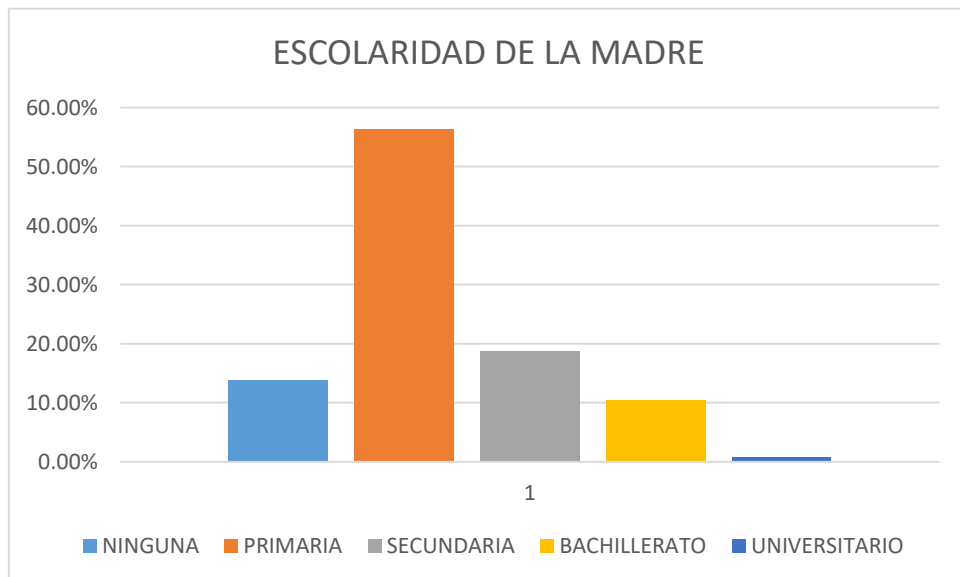


Tabla y gráfica 5.5

Ocupación de la madre de los pacientes con inseguridad alimentaria menores de 5 años que acudieron a la consulta externa del Hospital General San Juan de Dios de Guatemala, mayo 2014 septiembre 2014

	TOTAL	PORCENTAJE
Ama de casa	322	85.9%
Comerciante	42	11.2%
Secretaria	8	2.1%
Otros	3	0.8%

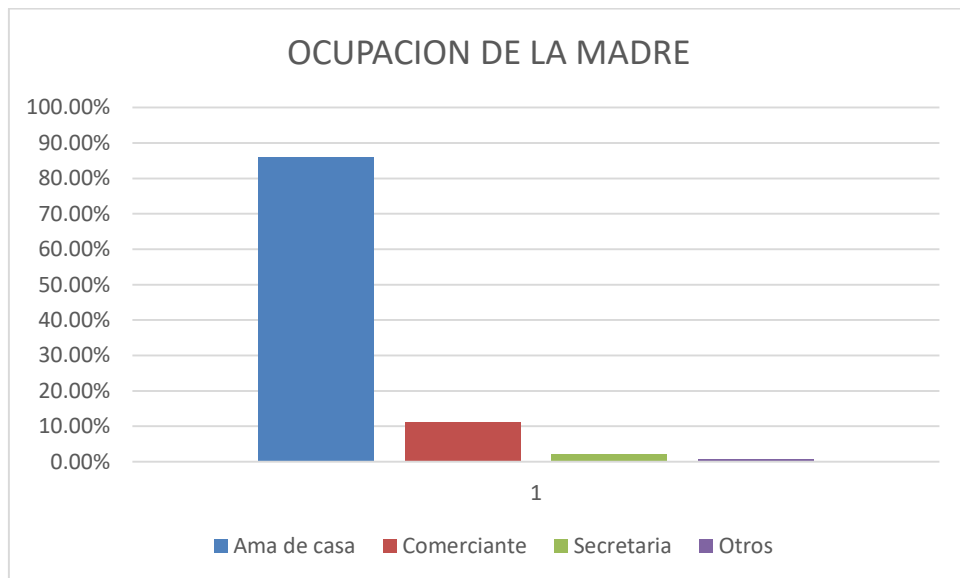


Tabla y gráfica 5.6

Edad de la madre de los pacientes con inseguridad alimentaria menores de 5 años que acudieron a la consulta externa del Hospital General San Juan de Dios de Guatemala, mayo 2014 septiembre 2014

	TOTAL	PORCENTAJE
Menor de 15 años	3	0.8%
15-20 años	152	40.6%
20-24 años	170	45.3%
25-30 años	30	8%
Mayor a 30 años	20	5.3%

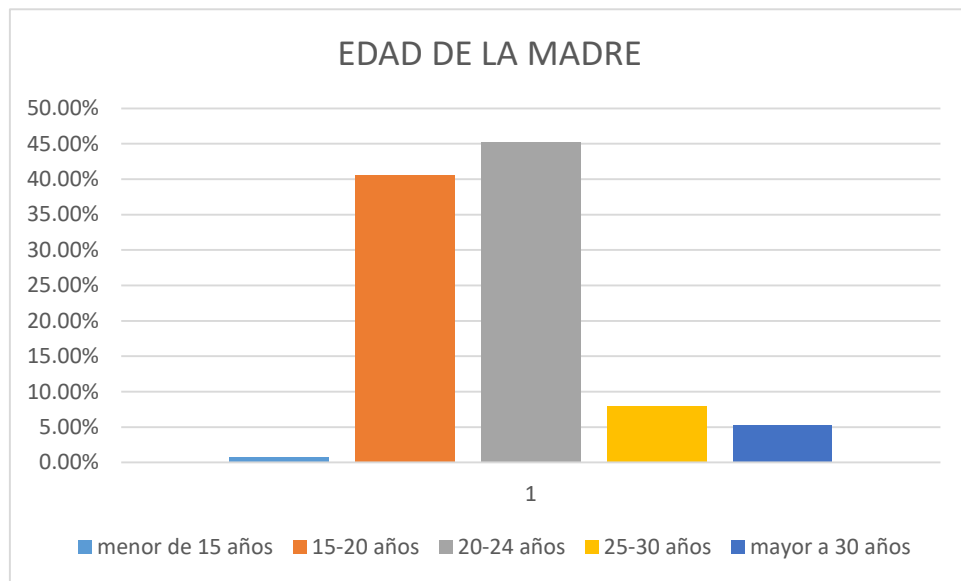
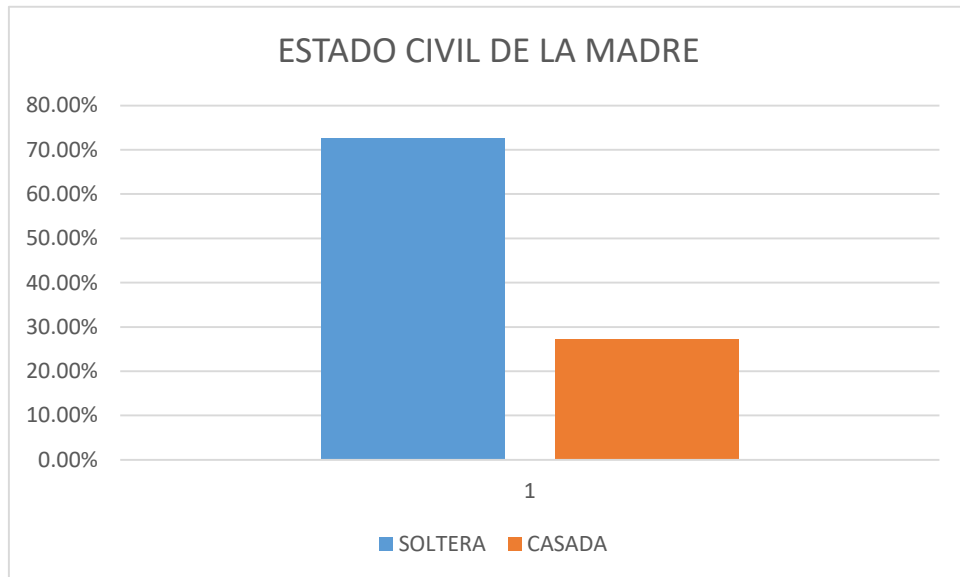


Tabla y gráfica 5.7

Estado civil de la madre de los pacientes con inseguridad alimentaria menores de 5 años que acudieron a la consulta externa del Hospital General San Juan de Dios de Guatemala, mayo 2014 septiembre 2014

	TOTAL	PORCENTAJE
Soltera	272	72.5%
Casada	102	27.2%



DATOS DEL PADRE:

Tabla y gráfica 5.8

Escolaridad del padre de los pacientes con inseguridad alimentaria menores de 5 años que acudieron a la consulta externa del Hospital General San Juan de Dios de Guatemala, mayo 2014 septiembre 2014

	TOTAL	PORCENTAJE
Ninguna	38	10.1%
Primaria	278	74.1%
Secundaria	46	12.3%
Bachillerato	12	3.2%
Universitario	1	0.3%

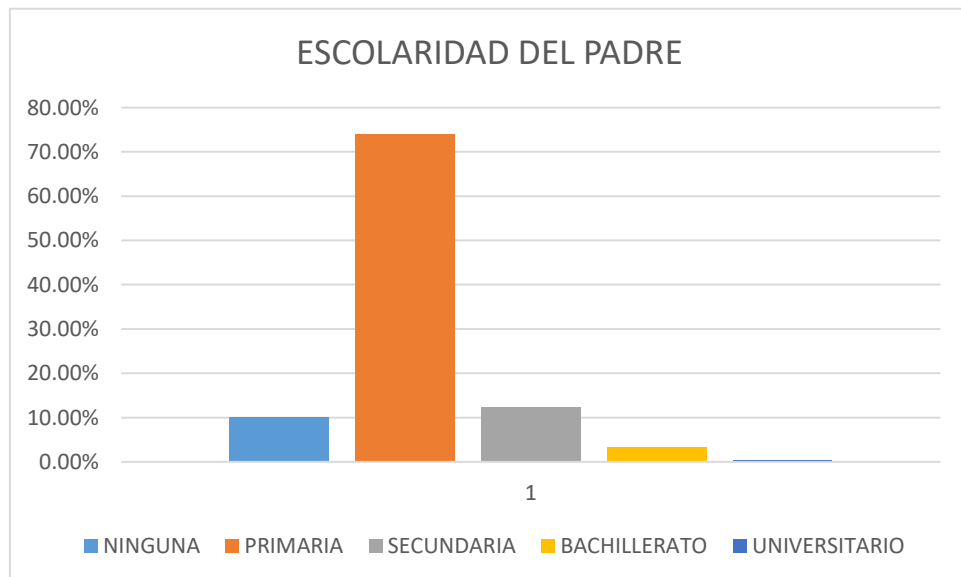


Tabla y gráfica 5.9

Ocupación del padre de los pacientes con inseguridad alimentaria menores de 5 años que acudieron a la consulta externa del Hospital General San Juan de Dios de Guatemala, mayo 2014 septiembre 2014

	TOTAL	PORCENTAJE
Comerciante	104	27.7%
Albañil	101	26.9%
Agricultor	93	24.8%
Chofer	55	14.7%
Policía	12	3.2%
Perito contador	6	1.6%
Otros	4	1.1%

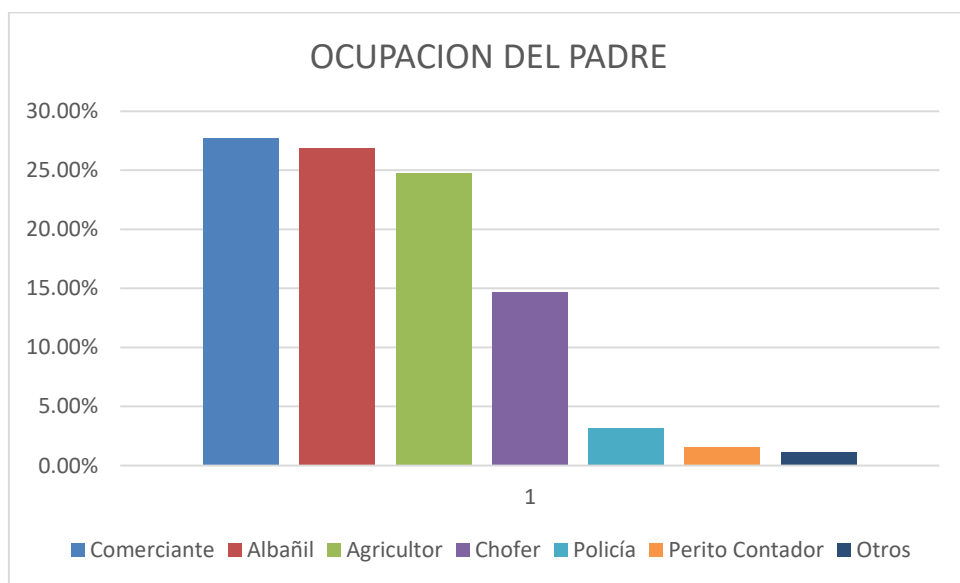


Tabla y gráfica 5.10

Edad del padre de los pacientes con inseguridad alimentaria menores de 5 años que acudieron a la consulta externa del Hospital General San Juan de Dios de Guatemala, mayo 2014 septiembre 2014

	TOTAL	PORCENTAJE
Menor de 15 años	1	0.28%
15-20 años	128	34.2%
20-24 años	196	52.3%
25-30 años	18	4.8%
Mayor a 30 años	32	8.6%

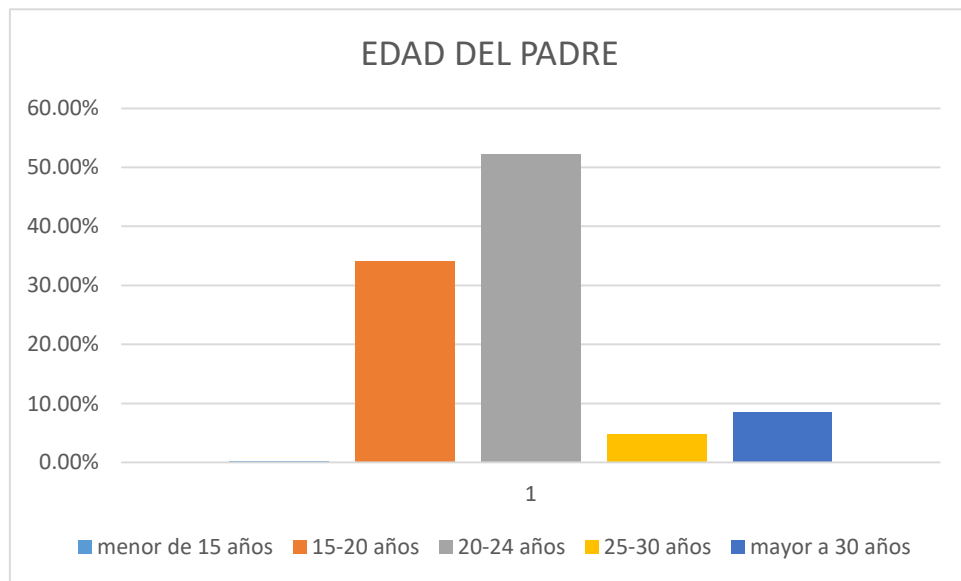
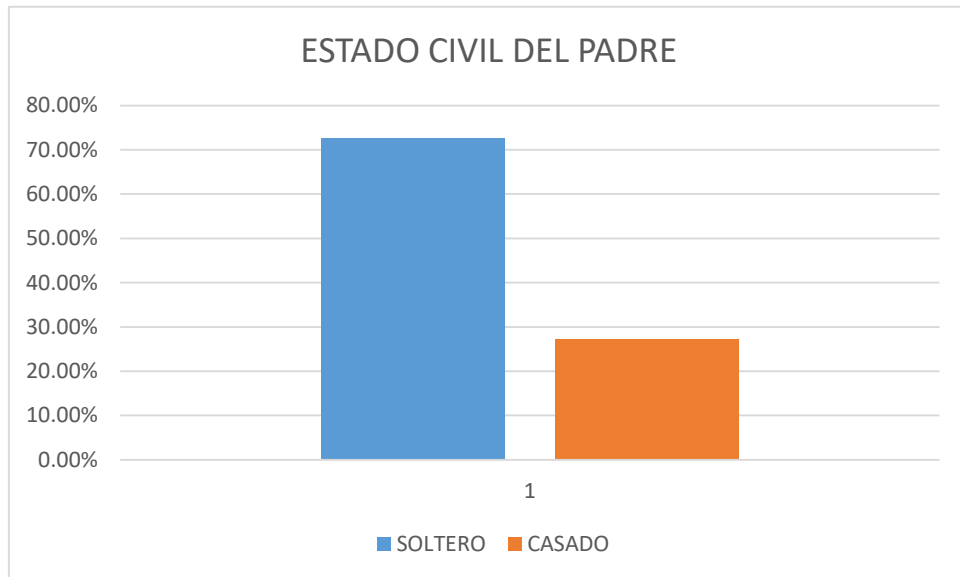


Tabla y gráfica 5.11

Estado civil del padre de los pacientes con inseguridad alimentaria menores de 5 años que acudieron a la consulta externa del Hospital General San Juan de Dios de Guatemala, mayo 2014 septiembre 2014

	TOTAL	PORCENTAJE
Soltero	272	72.5%
Casado	102	27.2%



VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Caracterizar a las familias de los niños que consultan por problemas de desnutrición a los servicios de salud, es importante para conocer el problema y para hacer propuestas de intervenciones por parte del Estado y de distintas organizaciones relacionadas con el tema de la nutrición en el país.

El mayor porcentaje de pacientes procede del área urbana, debido a que el estudio se realizó en un hospital de tercer nivel del área metropolitana, lo cual no coincide, en este caso, con el hecho de que la desnutrición se presenta principalmente en el área rural del país. Independientemente de ello, actualmente el problema de la desnutrición y la malnutrición se presenta de manera importante en las consideradas “áreas urbanas”, debido a que no se dan las condiciones de salubridad (potabilidad del agua, condiciones de la vivienda, hacinamiento) que se requieren para evitar co-morbilidades como las enfermedades diarreicas y respiratorias, dentro de otras.

En las viviendas de las familias del 70% de los pacientes entrevistados habitan 5 o más miembros, lo cual corresponde con el hecho de que las familias más expuestas a la inseguridad alimentaria son las de núcleos familiares con gran número de integrantes. Dichas familias viven en condiciones de hacinamiento, refiriéndonos a este como la mala relación entre el número de personas en una vivienda o casa y el espacio o número de cuartos disponibles. Al tener los jefes de familia del hogar, más niños a su cargo, prestan menor atención a cada uno de ellos y los recursos económicos para la adquisición de alimentos con adecuado contenido nutricional son distribuidos entre más personas, por lo que existe mayor tendencia a presentar problemas relacionados con la mala nutrición. (8)

El 54.4% de los jefes de familia entrevistados respondieron que cuentan con agua potable; a lo que se refieren realmente es que cuentan con agua entubada, lo cual no garantiza que llene los requisitos de potabilidad, lo cual en Guatemala, de acuerdo a otros estudios realizados, no se cumple. La escasez de agua y la pobre calidad de la misma, está ocasionando serios riesgos en la seguridad alimentaria, en la salud humana y en el bienestar económico y social. En este sentido, además de la calidad sanitaria y cantidad de agua para beber, y de los servicios de saneamiento, es también importante la calidad y cantidad del agua que se utiliza

para preparar los alimentos y, por supuesto, las prácticas higiénicas adecuadas para garantizar un buen aprovechamiento de los mismos. En Guatemala, más del 90% de las aguas superficiales está contaminada con heces fecales y otros desechos perjudiciales para la salud. La ingestión de agua contaminada tiene una alta incidencia en las enfermedades diarreicas, lo que, a la vez, tiene una gran influencia en la desnutrición, especialmente en los niños menores de 5 años. (31)

El nivel de escolaridad de la mayoría de los padres de las familias entrevistadas no supera el nivel primario, correspondiendo al 56.3% en mujeres y 74.1% en hombres. Se sabe que a menor nivel educativo existe menor conocimiento de diversos temas, incluyendo la educación nutricional, lo que conduce, en muchos casos, a la utilización de los pocos recursos económicos destinados a la alimentación, para la compra de alimentos de baja calidad nutritiva.

La mayoría de padres de familia se encuentran entre un rango de edad de 20 a 24 años; en cuanto al estado civil predominan los solteros, lo que asociado al hecho de que tengan más de cinco integrantes por familia, sugiere la posibilidad de que los primeros embarazos se hayan dado en la adolescencia, sin haber llegado a formalizar una relación matrimonial y consolidar una familia integrada.

En cuanto a la ocupación de los padres de familia, para el caso de las mujeres, el 85.9% respondió que es “ama de casa”, lo que indica que la mujer no tiene un trabajo fijo que le provea un salario mensual para aportar al sostenimiento de la familia. Por su parte, el padre de familia, responde en la mayoría de los casos que es comerciante o albañil, oficios que igualmente no garantizan estabilidad laboral y por lo tanto un ingreso fijo con el cual se puede contar para la alimentación de la familia y para cubrir todas las demás necesidades, incluyendo la salud y la educación, lo que complementa un círculo vicioso que conduce a diversos problemas, incluido el de la desnutrición infantil.

Con base a las variables estudiadas, se encontró que el analfabetismo y la baja escolaridad, la falta de un ingreso estable e insuficiente para cubrir las necesidades familiares básicas, por falta de trabajo o trabajos mal remunerados, el ser madre o padre adolescente y soltero/a, el hacinamiento y la ausencia de servicios básicos, principalmente agua potable, son las

principales características identificadas en los pacientes en cuyas familias se identificó problema de inseguridad alimentaria.

6.1 Conclusiones

- 6.1.1 El 69.9 % de las familias con inseguridad alimentaria detectadas en la consulta externa del Hospital General San Juan de Dios de Guatemala proviene del área urbana.
- 6.1.2 En el 70% de los hogares de los niños y niñas con inseguridad alimentaria habitan 5 miembros o más.
- 6.1.3 El 54.4% de los hogares de las familias encuestadas poseen agua potable y un 45.6% no posee la misma.
- 6.1.4 El nivel educativo predominante es el primario representando un 56.3% en las madres y un 74.1% en los padres.
- 6.1.5 El 85.9% de las madres de los niños y niñas con inseguridad alimentaria son amas de casa y más del 70% de las ocupaciones paternas son trabajos mal remunerados.
- 6.1.6 Más del 80% de los padres de los pacientes con inseguridad alimentaria se encuentran en una edad comprendida entre los 15 y los 24 años.
- 6.1.7 El estado civil predominante de los padres de las familias estudiadas es el “soltero” representando un 72.5%.

6.2 Recomendaciones

- 6.2.1 Elaborar y validar por parte del MSPAS, un instrumento que permita una caracterización más completa de las condiciones de las familias de los niños que sufren de inseguridad alimentaria, para aplicarlo de forma rutinaria en puestos, centros de salud, y hospitales de la

red de servicios de salud del país, a efecto de contar con los elementos necesarios para hacer propuestas de intervenciones adecuadas y reducir así el problema de la desnutrición y sus consecuencias.

6.2.2 La Facultad de Ciencias Médicas debe contribuir con el MSPAS, por medio de sus profesores y estudiantes, en la realización de los estudios correspondientes para identificar el problema, la elaboración y validación de los instrumentos de diagnóstico, monitoreo y evaluación, así como participar directamente en las intervenciones que sean necesarias en los distintos niveles de atención en salud, incluyendo la promoción, la prevención y el tratamiento de los problemas de salud relacionados con la mala nutrición.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **UNICEF,CEPAL, PMA.** Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe. *Desafíos [en línea]*. 2 Abr 2006. [accesado 7 jun 2013]; : 2 (ISSN 1816-7527): [12 p.]. Disponible en: [http://unicef.org/lac/Desafiosnutricion\(13\).pdf](http://unicef.org/lac/Desafiosnutricion(13).pdf).
2. **Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [en línea]**. América Latina y el Caribe: ONU; 18 Abr 2011; [accesado 7 Jun 2013]. *AgroNoticias*. [1 pantalla]. [En línea] Disponible en: [http://www.fao.org/agronoticias/agronoticias/detalle/es/?dyna_fef\[backuri\]=21175&dyna_fef\[uid\]=66311](http://www.fao.org/agronoticias/agronoticias/detalle/es/?dyna_fef[backuri]=21175&dyna_fef[uid]=66311).
3. Morales Possie. Campos Polanco. Lima Cordon. Arita Alvarado. Mejia Rodriguez. Et al. Características de determinantes biológicos, ecológicos, estilos de vida y servicios de salud en niños y niñas con desnutrición aguda. [tesis de doctorado]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. 2012
4. **Programa Nacional de Alimentación y Nutrición.** Situación alimentaria y nutricional de Latinoamérica y el Caribe. *Washington*:. s.l. : OPS;, 2000. Vol. 2.
5. *Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.SIGSA [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2010; [accesado 9 Jun 2013] .* Disponible en: <http://sigsa.mspas.gob.gt/SIG10>.
6. **Fernández A, Martínez R.** *El costo del hambre: impacto social y económico de la desnutrición infantil en Centroamérica y República Dominicana*. Santiago: ONU; 2007.
7. UNICEF, La Niñez Guatemalteca en cifras, Guatemala : PNUD, 2007.

8. Coates, J, Swindale, A, Escala del Componente de Acceso de la Inseguridad Alimentaria en el Hogar (HFIAS) para la Medición del Acceso a los Alimentos en el Hogar: Guía de Indicadores, versión 3, Agosto del 2007, USAID.
9. **Guatemala food insecurity and acute malnutrition appeal 2010 [en línea].** Guatemala: ONU; 2010 [accesado 9 Jun 2013]. Humanitarian Appeals. Disponible en: <http://ochaonline.un.org/cap2006/webpage.asp?Page=1845>.
10. **Organización Mundial de la Salud.** *Estadísticas sanitarias mundiales 2007: diez cuestiones estadísticas de especial interés en Salud Pública mundial.* España: OMS; 2007.
11. Objetivos de Desarrollo Sostenible. 17 objetivos para transformar nuestro mundo [en línea]. Septiembre 2015. [accesado dic 2015] Disponible en: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
12. **Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas, Gobierno de Chile.** *Hacia la erradicación de la desnutrición infantil en América Latina y el Caribe.* Chile: PMA; 2008. (ISBN:978-9962-8950-0-8).
13. **La desnutrición un problema global y actual [en línea].** República Dominicana: Nutrinet.org; [accesado 6 Jun 2013}. Áreas temáticas. Disponible en: <http://rdominicana.nutrinet.org/areas-tematicas/materno-infantil/74-la-desnutricion-un-problema-mundial-y-actual>.
14. **Desnutrición infantil [en línea].** República Dominicana: UNICEF; 2007 [accesado 9 Jun 2014]. Supervivencia y Desarrollo Infantil. [1 pantalla]. Disponible en: http://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_10172.htm.

15. **Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [en línea].** América Latina y el Caribe: ONU; 18 Abr 2011; [accesado 9 Jul 2013]. *AgroNoticias*. [1 pantalla]. [En línea] Disponible en: [http://www.fao.org/agronoticias/agronoticias/detalle/es/?dyna_feff\[backuri\]=21175&dyna_feff\[uid\]=66311](http://www.fao.org/agronoticias/agronoticias/detalle/es/?dyna_feff[backuri]=21175&dyna_feff[uid]=66311).

16. **Agarwal S.** *The state of urban health in India: comparing the poorest quartile to the rest of the urban population in selected states and cities.* EAU [en línea]. Abr 2011 [accesado 5 Jun 2013]; 23(1): [13 p.] . Disponible en: <http://www.uhrc.in/downloads/Publications/Articles/EAU.pdf>.

17. **Garrett JL, Ruel MT.** *Features of urban food and nutrition security and considerations for succesful urban programming.* eJADE [en línea] 2004 [accesado 9 Jun 2013]; 1(2): [30 p.]. Disponible en: <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/007/ae227e/ae227e00.pdf>.

18. **Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas.** *La desnutrición crónica en América Latina y El Caribe.* Panamá: PMA; 2008.

19. **Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.** *Situación de la primera infancia en Guatemala [en línea].* Guatemala: UNICEF; 2008 [accesado 12 Jun 2013]. Disponible en: http://www.unicef.org.gt/1_recursos_unicefgua/publicaciones/situacion_dela_primera_infancia.pdf.

20. **Fundación para el Desarrollo de Guatemala.** *Salud nutricional y desarrollo.* Guatemala: FUNDESA; 2011. (Serie de Boletines 29).

21. *Informe de la Organización Panamericana de la Salud: la situación de desnutrición aguda en Guatemala permanece grave [en línea].* Argentina: Rosario.net; [actualizado

5 Mar 2010; accesado 20 Ago 2013]. Noticias. Disponible en:
<http://www.rosarionet.com.ar/rnet/internacionales/notas.vsp?nid=48717>.

22. Protocolo para el tratamiento a nivel hospitalario de la desnutrición aguda severa. Programa de salud alimentaria y nutricional. Departamento de regulación de los programas de atención a las personas. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. junio 2006.

23. **Estados Unidos Mexicanos. Secretaria de Salud.** *Vigilancia de la nutrición y crecimiento del niño: manual de capacitación para personal de salud.* México: SSA; 2007 (ISBN 968-811-627-0).

24. *Desnutrición infantil (crónica y aguda) en Guatemala [en línea].* Guatemala: Cooperazione Italiana allo Sviluppo; 2009 [accesado 5 Mar 2014] . Gestión de Riesgo [3 paginas]. Disponible en:
<http://www.cooperaitalia.org/Gestion%20de%20riesgo/DESNUTRICION%20INFANTIL.pdf>.

25. **Guatemala. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social .** *Sala situacional: desnutrición aguda en menores de 5 años.* Guatemala: MSPAS; 2011.

26. **Pallaro AN.** *Evaluación del estado nutricional a través de parámetros inmunológicos.* [en línea]. Buenos Aires: Facultad de Farmacia y Bioquímica; 2003 [accesado 25 Mar 2014] . Disponible en: <http://www.nutrinform.com/pagina/info/inmunidad.html>.

27. **Johns T, Eyzaguirre P.** *Nutrición y Medio Ambiente [en línea].* Ginebra: ONU; 2002 [20 Mar 2014]. Disponible en: http://www.unscn.org/files/Publications/Briefs_on_Nutrition/Brief5_SP.pdf

28. **Instituto de Agricultura, Recursos Naturales y Ambiente, Universidad Rafael Landívar.** *Perfil ambiental de Guatemala 2008-2009: las señales ambientales críticas y su relación con el desarrollo.* Guatemala: IARNA, URL; 2009. (Serie Perfil Ambiental No 11).
29. **Universidad Rafael Landívar, Facultad de Ciencias Ambientales y Agrícolas, Instituto de Agricultura, Recursos Naturales y Ambiente.** *Situación del recurso hídrico en Guatemala: documento técnico del perfil ambiental de Guatemala.* Guatemala: URL, FCAA, IARNA; 2005. (ISBN: 99922-817-6-6).
30. **Kallow DI.** *Nutrición, desarrollo y comportamiento social.* Washington: OPS; 2008.
31. Gobierno de Guatemala. POLITICA NACIONAL del sector de agua potable y saneamiento. [en línea]. Guatemala 2015. [accesado Jun 2015]. Disponible en: http://www.segeplan.gob.gt/downloads/clearinghouse/politicas_publicas/Salud/Politica_Nacional_del_Sector_de_Agua_Potable_y_Saneamient.pdf
32. **Programa Nacional de Alimentación y Nutrición.** Situación alimentaria y nutricional de Latinoamérica y el Caribe. *Washington.:* s.l. : OPS;, 2000. Vol. 2.
33. **Herrero HC, Salas SR, Álvarez JT, Pérez Y.** *Modificación de conocimientos sobre nutrición y alimentación en madres con niños desnutridos menores de 6 años.* MEDISAN [en línea] 2006 [accesado 15 Abr 2013]; 10(2): [5 páginas]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_2_06/san07206.pdf.
34. **Macias C, Pita G, Rodríguez A, Rebuso J, Serrano G.** *Evaluación nutricional en niños de 1 a 5 años en un consultorio médico de familia.* Rev Cubana Aliment Nutr [en línea] 1999 [accesado 20 Jun 2013]; 13(2): [1 pantalla]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ali/vol13_2_99/ali01299.htm.

35. **Rivero JA.** *Estrategias y acciones para corregir las deficiencias nutricias.* Med Hosp Infant. 2000; 57(11): 641-649.
36. **Calderón TA.** *Educación y capacitación en alimentación y nutrición [en línea].* FAO; 1995 [accesado 6 mar 2014]. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/V7700T/v7700t08.htm>.
37. **Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.** *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2009.* Guatemala: MSPAS; 2009.
38. **Guatemala. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social.** *Manual para la vigilancia epidemiológica de la desnutrición Guatemala: información para la acción y toma de decisiones oportunas.* Guatemala: MSPAS;2009.
39. **Organización de la Naciones Unidad para la alimentación y la agricultura.** Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en Centro América y República Dominicana. {en línea}. Panamá 2014. [accesado en Ene 2016] Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i4349s.pdf>
40. Alfonso Alem coordinador. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentacion y la Agricultura. Informe Nacional: Seguridad Alimentaria y Nutricional y Pueblos Indigenas en Guatemala. [en línea]. Guatemala, octubre 2014. [accesado en dic 2015] Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-ax845s.pdf>
41. Kofi Annan. Editor. Seguridad Alimentaria y Nutricional Conceptos Básicos. Programa especial para la Seguridad Alimentaria –PESA- Centroamerica. [en linea] Guatemala 2002. [accesado Jun 2013]. Diponible en: http://www.mineduc.gob.gt/portal/contenido/menu_lateral/programas/seminario/docs13/SEGURIDAD%20ALIMENTARIA%20Y%20NUTRICIONAL%20ConceptosBasicos.pdf
42. Loy Van Crowder. Reyes. Editor. Guía de Seguridad Alimentaria y Nutricional para uso del personal agropecuario de Nicaragua. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), Nicaragua. 2007.

43. **Programa Especial para la Seguridad Alimentaria en Centroamérica.** *Seguridad alimentaria y nutricional: conceptos básicos.* Tegucigalpa: PESA; 2004.
44. Ronald E. Kleinman, Use of a Single-Question Screening Tool to Detect Hunger in Families Attending a Neighborhood Health Center, *Ambulatory Pediatrics* 2007;7:278–284.
45. Leonardo JA. Uso del test de una pregunta para detectar el hambre en familias de niños menores de cinco años que asisten a la consulta externa del Hospital General San Juan de Dios. [tesis de maestría] Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala. Febrero 2014.

VIII. ANEXOS

8.1 Anexo 1. Instrumento de recolección de datos

Hospital General San Juan De Dios

Unidad de Pediatría

No. _____

En el último mes, hubo algún día en el cual usted o alguien de su familia, tuvo hambre debido a que no tenían suficiente dinero para comida?

Lugar de procedencia: _____

Datos de la Madre:

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Edad: _____ Estado Civil: _____

Datos del Padre:

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Edad: _____ Estado Civil: _____

Número de miembros de la familia: _____

Presencia de Agua potable: _____

8.2 Anexo 2. Consentimiento informado

Parte 1

Soy residente de pediatría del Hospital General San Juan de Dios de Guatemala, actualmente investigo sobre la caracterización de los pacientes menores de cinco años con inseguridad alimentaria que acuden a la consulta externa de pediatría de dicho hospital.

Le brindaré información y le invitaré a participar en el estudio. No tiene que tomar decisiones en este momento. Si tiene alguna duda, en cualquier momento deténgame para con gusto poderle explicar.

Su participación es voluntaria, usted decide si desea realizarlo o no. Puede hacerlo en otro momento. No tendrá ningún cambio en los servicios brindados por esta institución si usted no desea participar.

La entrevista consiste en simples preguntas, la primer pregunta será si ha usted padecido de hambre en el último mes como criterio de inclusión para ser partícipe del estudio. Luego se le preguntarán sus datos personales y de su pareja conyugal como su edad, su ocupación, su escolaridad, su estado civil, el número de miembros en su familia y si poseen agua potable en su hogar.

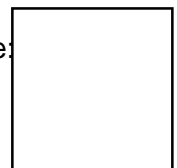
Parte 2

He sido invitado a participar en la investigación “Caracterización de los pacientes menores de cinco años con inseguridad alimentaria que acuden a la consulta externa de pediatría del Hospital General San Juan de Dios”. Entiendo que me realizarán una serie de preguntas.

He leído y comprendido toda la información o en su defecto he escuchado y comprendido toda la información brindada, he tenido oportunidad de preguntar sobre ella y me han respondido satisfactoriamente. Por lo que consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que puedo retirarme en cualquier momento, sin que me afecte de alguna manera en el tratamiento brindado por esta institución.

Nombre del participante: _____

Firma del Participante: _____ Huella dactilar del participante:



PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada **Caracterización de las familias de los niños menores de 5 años con inseguridad alimentaria** que asisten a la consulta externa del departamento de pediatría del Hospital General San Juan de Dios” para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización parcial o total.