


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS Y FARMACIA

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central shield with a seated figure, likely a saint or scholar, holding a book. The shield is surrounded by various heraldic symbols, including castles and lions. The Latin motto "CETERAS URBES CONSPICUA" is inscribed on the left side of the seal, and "CAROLINA ACADEMIA COACTEMALAENSIS INTER" is on the right. The top of the seal contains the text "UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA".

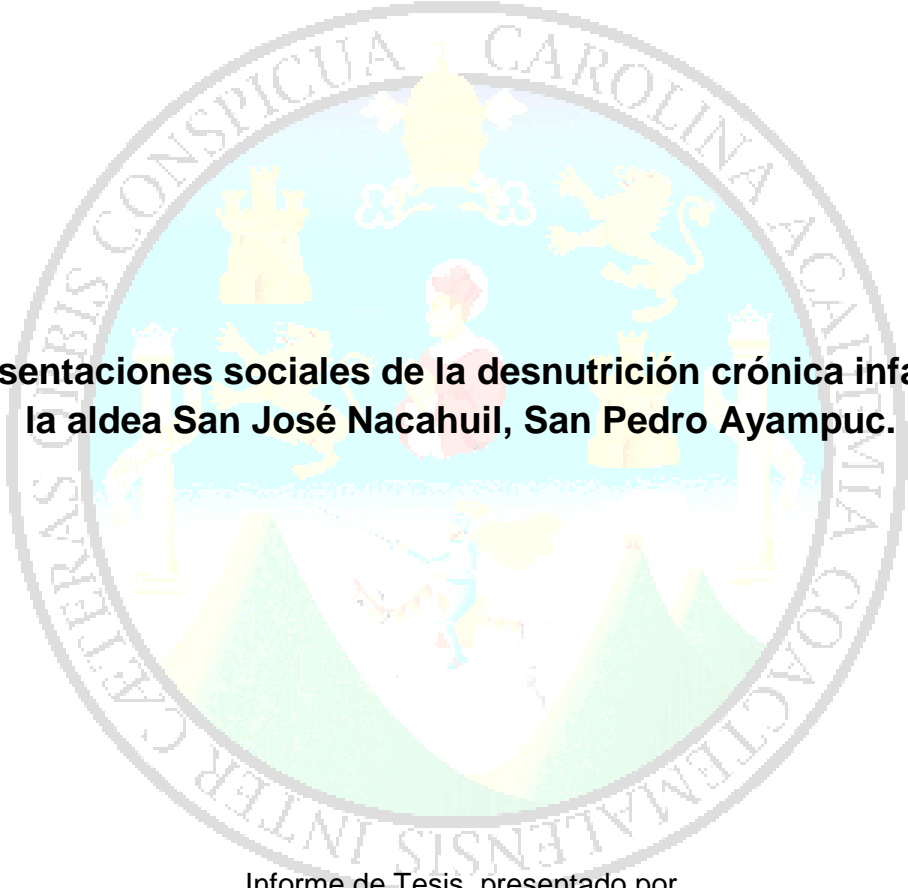
**Representaciones sociales de la desnutrición crónica infantil en
la aldea San José Nacahuil, San Pedro Ayampuc.**

Ángela Iracema Molina Pacheco

Maestría en Alimentación y Nutrición

Guatemala, Julio de 2013

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS Y FARMACIA

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central shield with a blue and white design, possibly representing a religious or historical figure. Above the shield is a golden crown and a lion rampant. The shield is flanked by two golden figures, likely saints or angels. The entire emblem is set against a light blue background. The text "UNIVERSITAS CAROLINA ACADÉMICA COACTEMALENSIS INTER CETERAS QUIBUS CONSPICUA" is written around the perimeter of the seal.

**Representaciones sociales de la desnutrición crónica infantil en
la aldea San José Nacahuil, San Pedro Ayampuc.**

Informe de Tesis presentado por
Angela Iracema Molina Pacheco

Para optar al grado de Maestro en Ciencias

Maestría en Alimentación y Nutrición

Guatemala, Julio de 2013

JUNTA DIRECTIVA
FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS Y FARMACIA

ÓSCAR MANUEL CÓBAR PINTO, Ph.D.	DECANO
LIC. PABLO ERNESTO OLIVA SOTO, M.A.	SECRETARIO
LICDA. LILIANA VIDES DE URIZAR	VOCAL I
SERGIO ALEJANDRO MELGAR VALLADARES, Ph.D	VOCAL II
LIC. LUIS ANTONIO GALVEZ SANCHINELLI	VOCAL III
BR. FAYVER MANUEL DE LEÓN MAYORGA	VOCAL IV
BR. MAIDY GRACIELA CÓRDOVA AUDON	VOCAL V

CONSEJO ACADÉMICO
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

ÓSCAR MANUEL CÓBAR PINTO, Ph.D.
VIVIAN MATTA DE GARCIA, MSc.
ROBERTO FLORES ARZÙ, Ph.D.
JORGE ERWIN LÓPEZ GUTIÉRREZ, Ph.D.
FÉLIX RICARDO VÉLIZ FUENTES, MSc.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por ayudarme hasta aqui.

RECONOCIMIENTOS

Dra. Diana Ligia Amparo Letona Avendaño, por su valiosa asesoría

Dirección y personal del Centro de Salud de San Pedro Ayampuc, por su apoyo y participación en la realización de esta investigación

A las personas de San Jose Nacahuil, por su participación en esta investigación y por enseñarme a entender la realidad de Guatemala desde otra perspectiva.

Índice

I.	RESUMEN EJECUTIVO	1
II.	INTRODUCCION	3
III.	JUSTIFICACIÓN	4
IV.	MARCO TEORICO.....	5
A.	Antecedentes.....	5
B.	Definiciones	6
1.	Crecimiento y desarrollo del ser humano.....	6
2.	Desnutrición.....	7
3.	Desnutrición crónica	8
C.	Etiología de la desnutrición crónica	9
D.	Epidemiología de la desnutrición crónica.....	11
E.	Manifestaciones clínicas y diagnóstico de la desnutrición crónica	12
F.	Efectos de la desnutrición crónica	14
G.	Estrategias para reducir la desnutrición crónica.....	15
H.	San José Nacahuil.....	17
I.	La teoría de representaciones sociales.....	18
J.	Las representaciones sociales en el campo de la salud	20
K.	Representaciones sociales en el campo de la nutrición.....	20
V.	OBJETIVOS.....	24
A.	Generales.....	24
B.	Específicos	24
VI.	HIPÓTESIS.....	25
VII.	METODOLOGÍA	26
A.	Tipo de estudio	26
B.	Población de estudio	26

C.	Unidad de estudio y unidad de análisis.....	26
1.	Unidad de estudio.....	26
2.	Unidad de análisis	27
D.	Criterios de inclusión	27
E.	Criterios de exclusión	27
F.	Categorías de estudio.....	28
G.	Proceso Metodológico	31
1.	Métodos y técnicas	31
2.	Instrumentos de Investigación	32
3.	Equipo	33
H.	Análisis estadístico	33
VIII.	RESULTADOS.....	37
A.	Descripción general de la muestra en estudio	37
B.	Resultados de la evaluación antropométrica de los niños y niñas menores de cinco años en aldea San José Nacahuil.....	45
C.	Resultados cualitativos sobre representaciones sociales de la desnutrición crónica infantil.....	47
IX.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	63
X.	CONCLUSIONES	67
XI.	RECOMENDACIONES	68
XII.	BIBLIOGRAFIA	69
XIII.	ANEXOS	72
A.	Consentimiento Informado.....	72
B.	Instrumentos.....	73

I. RESUMEN EJECUTIVO

Guatemala es el país de Latinoamérica con mayor porcentaje de desnutrición crónica en la infancia, aún cuando se cuenta con una política de seguridad alimentaria y nutricional desde hace ocho años, sin embargo pareciera que los esfuerzos de varias décadas no han sido suficientes para impactar en este fenómeno.

En este trabajo se presentan los resultados de la investigación realizada sobre las representaciones sociales, es decir los discursos sobre los valores, conocimientos, nociones, opiniones, actitudes, imágenes y creencias sobre la desnutrición crónica infantil, de un grupo de personas que tienen a su cargo el cuidado directo de niños y niñas menores de cinco años, así como de un grupo de auxiliares de enfermería, en una población rural indígena de una aldea de San Pedro Ayampuc del departamento de Guatemala.

Resultado de este estudio se encontró que la población infantil de esta localidad presentó 87% de desnutrición crónica, similar a la encontrada en los departamentos más vulnerables del país, en un marco de pobreza y pobreza extrema, precarias condiciones sanitarias y escaso abastecimiento de agua, así como de bajo nivel educacional materno y paterno.

Para los y las cuidadoras así como los auxiliares de enfermería la desnutrición representó la imagen del o la niña con marasmo severo solamente y algunos incluso lo describieron como *“que eso ocurre en otros países lejanos donde hay más necesidad”* es decir, no reconoce la desnutrición crónica como un problema, ya que tener talla corta para la edad no tiene ningún sentido para su realidad y simboliza un patrón de normalidad común o hereditario.

Al comparar los dos grupos estudiados, no presentaron diferencias significativas en sus discursos, pero si varias similitudes en sus representaciones sobre conceptos, causas, y efectos de la desnutrición. Conocer la perspectiva de la población, contribuyó a superar la visión de la comunidad como un todo homogéneo y contemplar las heterogeneidades de las representaciones y las prácticas de los grupos humanos, aspecto fundamental en la implementación de programas de salud eficaces.

La erradicación de la desnutrición crónica debe ser prioridad en la agenda de gobierno debido a los altos costos sociales y económicos que implican para un país en vías de

desarrollo como Guatemala. Sin embargo, más allá de esto, existe la responsabilidad del estado de garantizar el derecho a la seguridad alimentaria y nutricional a sus habitantes.

II. INTRODUCCION

La desnutrición crónica es un problema de malnutrición, que afecta de manera alarmante el desarrollo cognitivo de la población infantil de este país. Es además, una problemática multicausal y compleja, utilizada como indicador de inseguridad alimentaria y nutricional. La desnutrición crónica en la infancia, debe ser abordada de manera integral, para obtener un impacto importante en su reducción. Dicho abordaje debe involucrar a todos los actores de la sociedad, así como la eficiente acción gubernamental.

La teoría de representaciones sociales se ha desarrollado como una nueva óptica psicosociológica sobre el conocimiento de los fenómenos sociales, su naturaleza, sus causas y sus consecuencias para los individuos, los grupos y el entorno social. Entendiéndose como representaciones sociales el conjunto de nociones, conocimientos, creencias, opiniones, valores, sentidos, significados, actitudes y estereotipos en relación a la realidad.

El propósito de la presente investigación fue identificar y comparar las representaciones sociales sobre la desnutrición crónica infantil de un grupo de cuidadoras y cuidadores de niños y niñas menores de cinco años, así como las representaciones sociales sobre el mismo tema de un grupo de enfermeras y enfermeros auxiliares del mismo municipio.

El estudio se realizó en la aldea San José Nacahuil del municipio de San Pedro Ayampuc, departamento de Guatemala; una población que en su mayoría vive en pobreza y pobreza extrema, en un ambiente que reúne de manera negativa las condicionantes para que los niños y las niñas presenten estados nutricionales deficientes y desnutrición.

Este acercamiento metodológico cualitativo, implicó trabajar con representaciones discursivas que se expresaron en las respuestas verbales de las y los sujetos que tienen a su cargo el cuidado y atención de las y los infantes, con el fin de profundizar en el pensamiento y sentir de la población acerca del fenómeno desnutrición.

En esta investigación también se utilizó una encuesta para conocer el contexto socioeconómico y sociocultural en que viven estos niños, niñas y sus familias, así como una evaluación antropométrica de estos, para enriquecer con ello, el análisis sobre representaciones sociales de la desnutrición crónica. Adicionalmente se espera que en el futuro, este estudio sirva como referente en el planteamiento de futuras estrategias contextualizadas de promoción y educación en salud.

III. JUSTIFICACIÓN

En este trabajo se investigaron las representaciones sociales de una población rural vulnerable del departamento de Guatemala, esta población presentó altos índices de desnutrición crónica en la infancia. El propósito de conocer las representaciones sociales es ampliar el horizonte de conocimiento acerca de la población a la cual se atiende en los servicios de salud y plantear futuras estrategias que impacten en la promoción y educación en salud.

En Guatemala se han hecho estudios sobre los múltiples factores determinantes de la desnutrición crónica, así como sus repercusiones en la salud, la productividad, la economía; dada la magnitud del problema, pero no se tienen estudios sobre la representaciones sociales que tiene la población vulnerable sobre la desnutrición crónica hasta la fecha.

Los Objetivos de Desarrollo de Milenio (ODM), marcan un hito en la historia en la búsqueda de la erradicación de la pobreza y el hambre, reduciendo la prevalencia de desnutrición en los niños y niñas menores de cinco años, esto traerá consigo sostenida reducción de la pobreza y crecimiento económico. Esta investigación se realizó el fin de contribuir con este momento histórico, en el que la participación conjunta de todos los actores sociales desde su campo de acción, debe enfocarse en la búsqueda de soluciones a la problemática de desnutrición crónica en Guatemala y en Latinoamérica.

Se espera que esta investigación, contribuya a mejorar la calidad de atención que reciben los y las niñas en sus controles de monitoreo de crecimiento en los servicios de salud locales, así como enfocar estrategias educativas hacia los y las cuidadores de los y las niñas especialmente durante los períodos vulnerables y de máximo crecimiento y desarrollo. También a través de esta investigación se espera contribuir en alguna medida al mejoramiento del desarrollo del capital humano de este país.

IV. MARCO TEORICO

A. Antecedentes

En 1961 Moscovici, en base al pensamiento de las representaciones colectivas de Durkheim, describió que las representaciones sociales son un cuerpo organizado de conocimiento y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales, los hombres hacen inteligible la realidad física y la social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación. (Banch, 2000)

Para Moscovici las representaciones sociales son una nueva forma de abordaje psicosociológico sobre el conocimiento de los fenómenos sociales, su naturaleza, sus causas y sus consecuencias para los individuos, los grupos y el entorno social (Valencia, 2007).

Para Pierre Bourdieu, en 1986, citado por Herkovits; las dimensiones y proporciones corporales son aprendidas a partir de las modalidades de percepción y las formas de clasificación que son propias de las diferentes clases y grupos sociales. La mirada legítima sobre su volumen peso y estatura, pero también sobre sus formas, maneras y posición, constituyen un campo en el que se articulan valores y representaciones sociales (Herkovits, 2007)

Los estudios más recientemente realizados sobre representaciones sociales en el campo de la salud y la nutrición son los realizados por Escalante y sus colaboradores en 2008 sobre las representaciones sociales en un programa de alimentación titulado; "Facilitadores y barreras para el consumo del complemento alimenticio" (Escalante I, Bonvecchio A, Theodore F, Nava F, Villanueva MA, Rivera-Dommarco JA., 2008)

Satriano y Moscoloni en 2010 realizaron el estudio titulado "Abordaje de la desnutrición infantil", donde se estudiaron las representaciones sociales de las madres con niños y niñas desnutridas.

La revista científica Lancet recopiló información de estudios longitudinales de cohorte sobre desnutrición materno infantil en cinco países de bajos y medianos ingresos, tales como Cebu, Delhi, Pelotas, Soweto y Guatemala. Estos estudios multicéntricos evidenciaron que los niños con desnutrición crónica tienen mayor riesgo de convertirse en adultos de baja estatura y de dar a luz bebés con retardo en el crecimiento intrauterino

perpetuando lo que se conoce como ciclo vicioso de la desnutrición, así como incremento en los riesgos de padecer enfermedades crónicas no transmisibles en la vida adulta. (Lancet, 2008).

A pesar de que existen estudios sobre representaciones sociales en el campo de la salud, así como varios estudios que sustentan las causas y efectos de la desnutrición crónica, no existen estudios en Guatemala desde el punto de vista de los actores sociales de un fenómeno tan complejo como lo es la desnutrición crónica.

B. Definiciones

1. Crecimiento y desarrollo del ser humano

El crecimiento refleja el equilibrio entre varios factores tales como, la apropiada nutrición, el estado de salud, el acceso a los alimentos, educación de los padres, las influencias ambientales, sociales y económicas (CEPAL, 2006), (Cattáneo, 2002). Con respecto a la alimentación, esta debe ser de calidad, en apropiada cantidad y acorde a la edad.

Durante los primeros doce meses de vida el peso de los infantes se triplica con respecto a su peso al nacer y en los primeros dos años de vida este se cuadruplica. La longitud al nacimiento aumenta en 50% durante el primer año, pero no se duplica sino hasta los cuatro años de edad (Cattáneo, 2002).

Las proporciones del cuerpo en los niños y niñas cambian de manera importante después del primer año. Hay poco crecimiento de la cabeza, el crecimiento del tronco reduce su rapidez en grado sustancial y las extremidades se alargan considerablemente lo cual le da al cuerpo proporción de madurez (L & Escott-Stump, 2000).

Los niños y las niñas por lo general mantienen su talla y peso en los mismos vectores de crecimiento durante los años preescolares y la infancia temprana. Algunos crecerán en ocasiones a tasas más rápidas o más lentas; no obstante, seguirán sus mismos vectores de crecimiento (L & Escott-Stump, 2000). Esto significa que hasta los dos años de vida, los niños y las niñas tienen el mismo potencial de crecimiento indistintamente de la raza, si mantienen un adecuado estado de aporte nutricional.

Que un niño crezca sano no depende solamente de la alimentación, la cual debe ser de calidad y en apropiada cantidad, el crecimiento depende también de múltiples factores interrelacionados, como condiciones sanitarias apropiadas, la lactancia materna, el estado

nutricional materno durante la gestación, la educación materna, las adecuadas condiciones habitacionales, el estado socioeconómico así como un adecuado marco político e institucional que asegure la alimentación y la nutrición a las familias para mencionar algunas.

En virtud de que los niños y niñas están en constante crecimiento, la evaluación periódica del estado nutricional permite detectar y tratar problemas que pudieran presentarse en la salud de los infantes que puede afectarles a corto, mediano y largo plazo, de esta manera se pueden prevenir y reducir así los riesgos.

2. Desnutrición

El término desnutrición significa; nutrición deficiente, trastorno que ocurre por disponibilidad inadecuada o excesiva de energía y nutrientes (Brown, 2008). Es decir, la desnutrición puede deberse a dietas deficientes o excesivas en cantidad y calidad, enfermedades, factores genéticos o la combinación de estos. Por ejemplo Kwashiorkor es un estado de desnutrición severa debido a una dieta deficiente en proteínas y excesiva en carbohidratos.

El principal problema nutricional en Guatemala es la desnutrición (PNUD, 2008). La desnutrición provoca en el organismo, en el aspecto biológico, una serie de cambios y adaptaciones de tipos fisiológicos, metabólicos e inmunológicos, que por los propósitos de este estudio se mencionan sin profundizar en ellos.

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura la desnutrición se clasifica en tres tipos: (FAO, 2012)

- a. Desnutrición aguda: Deficiencia de peso por altura (P/A). Delgadez extrema. Resulta de una pérdida de peso asociada con periodos recientes de hambruna o enfermedad que se desarrolla muy rápidamente y es limitada en el tiempo.
- b. Desnutrición crónica: Retardo de la altura para la edad (T/E). Asociada normalmente a situaciones de pobreza, y relacionada con dificultades de aprendizaje y menor desempeño económico. Así como periodos prolongados de hambre o pobre aporte calórico.
- c. Desnutrición global: Deficiencia de peso para la edad. Insuficiencia ponderal. Este Índice está compuesto de los anteriores ($P/T \times T/E = P/E$).

3. Desnutrición crónica

La desnutrición crónica se denomina también como retardo en el crecimiento, achicamiento o acortamiento; y se refiere a deficiencia de la talla o longitud para la edad del niño o niña. Según la FAO, se debe a un deficiente consumo de alimentos y exposición a condiciones sanitarias deficientes de una manera continuada y sostenida en el tiempo. Siendo el resultado de una adaptación fisiológica a periodos prolongados de déficit de nutrimentos. Según los actuales parámetros antropométricos de la Organización Mundial de la Salud, para niños y niñas menores de 60 meses, la desnutrición se puede dividir en aguda, basada en la relación de peso para la talla (2DE por debajo de la media) y desnutrición crónica, basada en la relación de talla para la edad (2DE por debajo de la media) y global en base a la relación de peso para la edad (MSPAS, 2011).

La desnutrición crónica se diagnostica, cuando un niño o niña se encuentra con la talla en relación a su edad por debajo de dos desviaciones estándar con relación a la población media, se interpreta como desnutrido crónico moderado. Si la talla se encuentra por debajo de tres desviaciones estándar se considera como desnutrido crónico severo (FAO, 2012).

Es denominada en idioma inglés como Stunting e indica una falla en alcanzar el potencial genético para la talla (Insight A&T , 2010). Se identifica comparando la estatura o longitud de una persona con la estatura estándar de una población sana de la misma edad y generación. Actualmente se utilizan los nuevos estándares de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2006).

La desnutrición crónica puede ser vista desde el punto de vista individual como un estado nutricional deficiente que se traduce en un riesgo que disminuye la supervivencia y salud en la infancia, así como secuelas a quienes alcancen la edad adulta, disminuyendo la capacidad de aprendizaje así como la productividad y la predisposición a enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes e hipertensión (CEPAL, 2006).

La desnutrición crónica puede ser utilizada como un indicador socio económico de pobreza y desarrollo humano, además como un producto de la inseguridad alimentaria, que tiene como causales; desequilibrio en aspectos de los cuatro conocidos pilares de de SAN; acceso, disponibilidad, consumo y utilización biológica.

La ecuación talla para la edad es un indicador útil para identificar grupos de población en riesgo de padecer problemas de salud, nutrición, socioeconómicos y por lo tanto se puede utilizar como un marcador de la calidad de vida, el nivel de desarrollo humano y la seguridad alimentaria de la población evaluada (MINEDUC, 2008).

Las intervenciones para contrarrestar la desnutrición crónica de forma significativa deben realizarse durante el período de vida conocido como “ventana de oportunidad” o “ventana de los mil días”, que inicia desde la gestación hasta los dos primeros años de vida ya que es en esta etapa cuando se alcanza el máximo crecimiento y desarrollo cerebral (Insight A&T , 2010).

Se considera que fuera de este periodo de vida, la desnutrición crónica y sus efectos son irreversibles.

C. Etiología de la desnutrición crónica

La desnutrición crónica en la infancia está ampliamente descrita como un problema multicausal, complejo y de dimensión nacional en los países subdesarrollados, que afecta de manera negativa en la productividad del niño en su vida adulta y crea un ciclo vicioso de pobreza y desnutrición.

La desnutrición crónica también es un producto de la inseguridad alimentaria, que tiene como causales el desequilibrio en aspectos de los cuatro conocidos pilares de de SAN como lo son; acceso, disponibilidad, consumo y utilización biológica.

Según análisis del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD, todos los estudios concernientes a malnutrición han identificado hacia un variables causales que se pueden analizar como factores inmediatos, subyacentes y básicos (PNUD, 2011).

En el análisis del PNUD se considera que los factores causales inmediatos de la desnutrición son individuales, interdependientes y se proyectan hacia la ingesta de alimentos, al estado de salud, y a su bienestar como resultado de patrones de cuidado. La ingesta debe ser adecuada en cantidad y calidad, y los nutrientes deben ser consumidos en proporciones adecuadas que permitan su absorción y utilización biológica.

En un estudio hecho por PRESANCA en 2008, con relación al origen de los carbohidratos incluidos en el consumo de las familias encuestadas en la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida ENCOVI 2000, se pudo detectar que el maíz es el alimento básico

de los grupos estudiados y se convirtió en el proveedor número uno de este nutriente. Es así, como se determinó que este producto aportaba hasta la mitad de los carbohidratos en las dietas de las familias indígenas y del área rural, con un promedio nacional del 41%.

Un hallazgo importante fue el encontrar que el azúcar, alimento de muy bajo valor nutritivo (con excepción de su enriquecimiento con vitamina A) fue la segunda fuente más importante de carbohidratos, con aproximadamente 18% del consumo total de este nutriente siendo aportado por azúcares simples (PRESANCA/OBSAN, 2008).

En lo referente a patrones de cuidado infantil, se señala la importancia de esta variable como causal de desnutrición. Se reconocen como variables importantes en los patrones de cuidado infantil, el estatus de la mujer, el gasto energético y el gasto del tiempo para realizar actividades, que compiten con el tiempo dedicado al cuidado de los niños y niñas. Los determinantes básicos de la desnutrición están en relación al acceso a la tierra que tienen las familias, ya que se ha demostrado por décadas, la relación entre desnutrición y pobre acceso a la tierra (PNUD, 2011).

En la II Encuesta Nacional de Micronutrientes en Guatemala realizada en 2010, se reportó que la deficiencia de zinc en todas las regiones del país es grave, siendo en el área rural de 24.8%, y en el área rural de 41.8% respectivamente. Sugieren que es debido al bajo consumo de fuentes importantes de zinc, como lo son mariscos, vísceras y huevos, y alto consumo de alimentos de origen vegetal que provocan baja biodisponibilidad de Zinc, debido a la presencia de elementos quelantes como fitatos, oxalatos y taninos. Lo cual podría explicar en parte los actuales problemas de desnutrición y la severidad y frecuencia de infecciones (MSPAS/INE/CDC, 2010).

También se han descrito otros factores determinantes de la desnutrición crónica en preescolares y escolares en Guatemala. Dichos factores son de orden demográfico, socioeconómico, educacional, analfabetismo, tenencia de la tierra, acceso a servicios de salud, acceso a bienes y servicios a nivel del hogar, dependencia demográfica y hacinamiento, esto con mayor tendencia o mayores porcentajes en áreas rurales. (Delgado, 2010)

De igual manera se asocian linealmente a la prevalencia de desnutrición crónica a nivel nacional, departamental y municipal; bajos índices de desarrollo humano, precariedad ocupacional y la marginación (Delgado, 2010).

D. Epidemiología de la desnutrición crónica

Según datos del último informe del Movimiento de Naciones Unidas denominado “Scaling Up Nutrition” (SUN 2012) traducido como Fomentando la Nutrición, en el mundo existen 200 millones de niños con retardo en el crecimiento o desnutrición crónica, y en los 28 países miembros del movimiento SUN, se albergan 50 millones de estos niños, Guatemala se encuentra dentro de estos países miembros. (ONU, 2012)

La situación de desnutrición crónica en Guatemala en la población de niños y niñas de 3 a 59 meses para el año 2008/2009 a nivel urbano fue 34.3% y a nivel rural de 58.6 % según los nuevos patrones antropométricos de OMS (MSPAS, 2010). Lo cual coloca a Guatemala como uno de los países de Latinoamérica con más altos índices de desnutrición crónica en la infancia. Las regiones más afectadas en Guatemala son la región norte y noroccidente con 59.4% y 70.8% respectivamente, superando el 70% los departamentos de Totonicapán, Quiché y Sololá, siendo el departamento de Guatemala el que presenta menor porcentaje de desnutrición crónica con un 26.3%. Lo cual revela que las poblaciones indígenas en las áreas rurales son las más vulnerables debido a que en estas regiones hay más población que vive en pobreza y pobre extrema (MSPAS, 2010).

El valor promedio nacional de la prevalencia de desnutrición crónica en niñas y niños reportados en los tres censos de talla en preescolares de Guatemala según datos del Ministerio de Educación fueron de 51% en 1986, 49.7% en 2001 y 45.6% en 2008. Este último distribuido en 32.9 de desnutrición crónica moderada y 12.7 de desnutrición crónica severa. Lo cual indica la necesidad de medidas urgentes y sistemáticas para su reducción (MINEDUC, 2008).

Guatemala como parte de su compromiso con el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) ha implementado políticas y estrategias para remitir la pobreza extrema y el hambre, así como mejorar las condiciones de salud del grupo materno infantil, sin embargo no se ha logrado impactar de forma significativa en los índices de desnutrición crónica, ni en los índices de salud de estos grupos prioritarios hasta el momento.

En los últimos 40 años las tasas de desnutrición global en Guatemala han tenido un descenso sostenido, con mayor intensidad a partir de 1985, en torno a 0.8 puntos porcentuales anuales en promedio, pero luego, a partir de 1998, dicho ritmo de progreso

se reduce a la mitad (0.4), lo que ha llevado a dudar de la factibilidad de lograr la meta establecida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio de reducción de la desnutrición a la mitad para el 2015.

Esta reducción de la tasa de desnutrición global no es significativa si se le compara con países como Brasil y México donde se ha logrado que las intervenciones impacten de manera significativa de 13.5 a 15.5 puntos porcentuales respectivamente (Delgado, 2010).

Según el Movimiento SUN, los países con tasas de reducción anual de desnutrición crónica inferior al 1% y con tasas de prevalencia de desnutrición crónica superiores a 40%, enfrentaran un aumento en la cantidad de niños con este tipo de desnutrición o retraso en el crecimiento lineal, debido a su tasa anual de crecimiento demográfico que es superior al 2%. Los países que enfrentan este desafío son Benín, Guatemala, Madagascar, Mozambique, Nigeria y Ruanda.

Los países con una tasa de reducción anual de desnutrición crónica significativamente superior al 2% y una prevalencia de retraso en el crecimiento superior a 30% son los que tienen más probabilidades de experimentar disminuciones en dicha prevalencia, especialmente en los cuales la tasa de crecimiento demográfico es inferior al 2%. Los países de esta categoría son Bangladesh, Nepal y Zimbabwe. El objetivo de la OMS es alcanzar una tasa de reducción relativa del retraso en el crecimiento del 3,9% entre 2012 y 2025.

E. Manifestaciones clínicas y diagnóstico de la desnutrición crónica

La desnutrición crónica no es reconocida en las familias de las comunidades donde la talla corta es tan común que es visto como normal, aún entre los trabajadores de salud el retardo en el crecimiento no recibe la misma importancia que la desnutrición aguda. Si las familias, los trabajadores de salud, y los funcionarios del estado no son conscientes de las consecuencias del retardo en el crecimiento, no verán la desnutrición crónica como un problema de salud pública y el problema seguirá perpetuándose (Insight A&T , 2010).

Una valoración completa del estado nutricional comprende la investigación de los datos antropométricos, dietéticos, bioquímicos, clínicos, sociales/ambientales. La evaluación antropométrica incluye; longitud para menores de 24 meses, talla para los mayores de 24 meses, peso, peso para la edad, peso para la talla, talla para la edad, basándose en los

nuevos patrones de crecimiento de la OMS. Según estos parámetros antropométricos para niños y niñas menores de 60 meses, la desnutrición se puede dividir en aguda, basada en la relación de peso para la talla (2DE por debajo de la media) y desnutrición crónica, basada en la relación de talla para la edad (2DE por debajo de la media) y global en base a la relación de peso para la edad.

El Ministerio de Salud de Guatemala realiza vigilancia periódica del estado nutricional de todos los niños y niñas menores de 60 meses utilizando el índice de peso para la edad para monitorizar el crecimiento. Las mediciones de peso se realizan mensualmente durante los dos primeros años de vida y de longitud cada trimestre. Luego las mediciones de peso se realizan cada tres meses y de talla cada 6 meses desde los 24 hasta los 36 meses. Y a partir de los 37 meses hasta 60 meses se evalúa cada 6 meses.

Junto a esta evaluación nutricional se realiza suplementación con micronutrientes y vacunación. Esta evaluación periódica del crecimiento permite identificar tendencias en una etapa temprana y aplicar las medidas de prevención e intervención pertinentes.

Los signos físicos que se manifiestan debido a enfermedades de tipo pluricarenal son; apatía, irritabilidad, palidez, despigmentación del cabello, cabello escaso y delgado, dermatitis pelagrosa, piernas torcidas, emaciación muscular, blefaritis, manchas de bitot, queratomalacia, queilosis, gingivitis, glositis, caries dental, fluorosis (L & Escott-Stump, 2000).

El Grupo Consultivo Internacional sobre Zinc, propone que la desnutrición crónica es una manifestación indirecta de la deficiencia de este mineral y se ha encontrado asociado a mayor incidencia en diarrea y neumonía en países de bajos ingresos y con alta prevalencia en deficiencia de zinc (Lancet, 2008).

Las características clínicas de la deficiencia grave de zinc en los seres humanos son el retraso en el crecimiento lineal, retraso en la maduración sexual y ósea, lesiones en la piel, diarrea, alopecia, inapetencia, una mayor susceptibilidad a las infecciones mediadas a través de defectos en el sistema inmune y cambios en el comportamiento (FAO/WHO, 2011). Esto podría explicar en parte las altas tasas de diarrea y enfermedades respiratorias en los niños y niñas guatemaltecos, donde la alimentación no aporta este mineral en cantidades suficientes, por ello es importante la suplementación con este micronutriente.

F. Efectos de la desnutrición crónica

La desnutrición crónica produce efectos adversos sobre el desarrollo cognitivo, el desempeño académico y los logros educativos. La revista científica Lancet recopiló información de estudios longitudinales de cohorte sobre desnutrición materno infantil en cinco países de bajos y medianos ingresos, tales como Cebu, Delhi, Pelotas, Soweto y Guatemala. Estos estudios evidenciaron que los niños con desnutrición crónica tienen mayor riesgo de convertirse en adultos de baja estatura y de dar a luz bebés con retardo en el crecimiento intrauterino perpetuando lo que se conoce como ciclo vicioso de la desnutrición (Lancet, 2008).

Según la serie de investigaciones publicadas por la revista Lancet sobre desnutrición materno infantil; los niños con retardo en el crecimiento en los primeros dos años de vida, y que después aumentan de peso rápidamente tienen mayor riesgo de desarrollar en su vida adulta enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como diabetes, hipertensión, enfermedades metabólicas y cardiovasculares (RE, Black, LH Allen, ZA Bhutta, LE Caulfield, M de Onis, M Ezzati, 2008).

La desnutrición durante el período fetal provoca cambios estructurales, fisiológicos y metabólicos, programando el desarrollo del síndrome metabólico en la edad adulta (PNUD, 2008). La mortalidad es mayor entre los niños desnutridos. El riesgo de mortalidad para un niño severamente desnutrido, es 8 veces mayor que para los niños bien nutridos. Entre los niños y las niñas que presentan déficit nutricional moderado el riesgo se duplica (RE, Black, LH Allen, ZA Bhutta, LE Caulfield, M de Onis, M Ezzati, 2008).

En un análisis realizado por sobre el impacto social y económico de la desnutrición global en la infancia, las consecuencias analizadas de la desnutrición se centran en salud, educación y productividad. El costo público y privado en salud estimado para Guatemala es equivalente a 285 millones de dólares, lo que representa 1.04% del PIB de dicho año y equivale a 1.17 veces el gasto público en salud del mismo año.

Por su parte, la desnutrición global en Guatemala habría generado 82,247 repitencias escolares extra en el año 2004, que se traducen en correspondientes costos incrementales de 16,5 millones de dólares, lo que representa 2.45% del gasto social en educación y 0.06% del PIB de dicho año (CEPAL, 2006).

Los mayores costos en productividad responden al valor económico en que se traducen

los efectos antes indicados. Para el año 2004, se estima que la menor escolaridad generó pérdidas que suman 1.668 millones de dólares, lo que equivale a todo el gasto social del año, 2.5 veces el gasto público en educación y alrededor de 6% del PIB. Por otra parte, la pérdida de productividad debido a las muertes que habría generado la desnutrición entre la población que habría estado en edad de trabajar en 2004 se estima en 1.158 millones de dólares, esto es un 4% del PIB, aproximadamente. Así, de no ser por los niveles de desnutrición sufridos por el país durante las últimas décadas, la productividad del 2004 habría sido un 10% superior (CEPAL, 2006).

G. Estrategias para reducir la desnutrición crónica

En una revisión bibliográfica de informes de organismos internacionales, de publicaciones en PUBMED, LILACS Y SCIELO, entre los años 1995 a 2005, se identificaron tres tipos de programas orientados a reducir la desnutrición en niños menores de cinco años, transferencias económicas condicionadas (PTEC), alimentación complementaria (PAC) y seguridad alimentaria (PSA), (RE, Black, LH Allen, ZA Bhutta, LE Caulfield, M de Onis, M Ezzati, 2008) (Amigo, 2007).

Las transferencias condicionadas es un programa de dinero en efectivo para familias pobres, con niños y niñas en edad escolar, embarazadas y/o niños y niñas menores de cinco años. Estas transferencias se hacen bajo el compromiso de la familia de ciertas acciones como asistir a controles regulares de salud, que los niños asistan a la escuela, y mejorar la alimentación.

Los programas de alimentación complementaria buscan mejorar las condiciones nutricionales de los y las niñas así como de las mujeres embarazadas y consiste en entregar alimentos complementarios, en algunos programas son formulaciones, bajo el compromiso de asistir a los controles de salud.

El programa de seguridad alimentaria se orienta a mejorar la producción alimentaria local, mediante financiamiento y capacitación a los pequeños propietarios agrícolas con la finalidad de mejorar su ingreso y consumo; buscando como resultado un efecto directo en el estado nutricional de la población. Estas intervenciones han sido ejecutadas en varios países de Latinoamérica y los resultados han variado de país a país, en algunos países se han combinado las acciones de los programas, y esto ha rendido mejores resultados. Se ha supuesto que las limitantes para dar conclusiones objetivas sobre estos programas

ha sido la poca evaluación que se ha tenido de las intervenciones, en algunas debido al corto tiempo, en otras por poca continuidad o sostenibilidad de los programas.

En el estudio de Galván, se describió la experiencia de Nicaragua, que en un período de dos años logró reducir el retardo en el crecimiento en 5.3%; atribuido a una excelente operación de transferencias y atención en salud. Sin embargo, se ha observado en estudios hechos por FAO, que solamente se han obtenido resultados importantes cuando se establecen políticas de largo plazo, combinación de estrategias y mejoramiento en condiciones de vida. La FAO señala que es necesario un lapso de al menos diez años para que una intervención logre impactar y cambiar una situación de déficit nutricional a nivel poblacional, siempre y cuando exista un fuerte apoyo político.

En una evaluación de una intervención pública en Brasil se observó que de 1996 a 2007 se logró reducir la desnutrición crónica en un 50%, de 13.5% a 6.8%; estas intervenciones fueron; aumentar la escolaridad materna, aumentar el poder adquisitivo de la población, mejorar el saneamiento básico en especial el agua y aumentar el acceso a la atención en salud de forma permanente. (Monteiro, 2009)

La estrategia global de atención en los primeros 1000 días desde la concepción, considera que para lograr un fuerte impacto en la reducción de la desnutrición crónica se requieren abordajes de corto y largo plazo que trasciendan a múltiples sectores que involucren la salud, protección social, agricultura y crecimiento económico.

Esta estrategia de 1000 días propone, basado en estudios científicos y multicéntricos, que las seis estrategias inmediatas que pueden ayudar a mejorar las precarias condiciones de salud de los países en desarrollo son: la suplementación con hierro y ácido fólico durante el embarazo y la lactancia, la alimentación complementaria, la suplementación con vitamina A, la lactancia materna, el tratamiento con Zinc para la diarrea y las medidas sanitarias del agua y la higiene.

En Guatemala como herramienta para la ejecución de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria se está implementando el Plan hambre cero, como parte del PACTO HAMBRE CERO que tiene como meta al año 2015, reducir la desnutrición crónica en 10 puntos porcentuales, para lo cual deben realizar acciones conjuntas todos miembros de la sociedad guatemalteca. El plan hambre cero también desarrolla las seis intervenciones en nutrición y salud de la estrategia de los mil días.

H. San José Nacahuil

San José Nacahuil es una de ocho aldeas del municipio de San Pedro Ayampuc del departamento de Guatemala. El municipio de San Pedro Ayampuc, se encuentra situado en la parte norte del departamento de Guatemala, en la Región I o Región Metropolitana. Se localiza en la latitud 14° 46' 40" y en la longitud 90° 27' 10". Limita al Norte con el municipio de Chuarrancho (Guatemala); al Sur con el municipio de Guatemala (Guatemala); al Este con los municipios de San José del Golfo y Palencia (Guatemala); y al Oeste con el municipio de Chinautla (Guatemala).

El acceso vial a San José Nacahuil es por el municipio de Chinautla, y está ubicado a 20 kilómetros de la ciudad capital. Es la única aldea que conserva hoy en día su traje indígena y mantiene su idioma maya kakchiquel. San Pedro Ayampuc es un pueblo de origen prehispánico y ya se reconoce como municipio desde 1890.

La población proyectada de San José Nacahuil para el 2012 según el Ministerio de Salud Pública es 8, 689 habitantes; con una población de mujeres en edad fértil de 2,902 y una población de niños y niñas menores de 5 años de 912. El RENAP registró 819 nacimientos en 2011 para San Pedro Ayampuc y 24 nacimientos de San José Nacahuil ese mismo año. (RENAP)

San Pedro Ayampuc tiene un porcentaje de analfabetismo en mujeres posiblemente superior al reportado para el país de 20.2 %, indudablemente para San José Nacahuil este porcentaje puede ser más alto en comparación con el municipio ya la única escuela pública presenta sobrepoblación, así como menores oportunidades de desarrollo para las mujeres en comparación con los varones (MSPAS, 2010).

La aldea de San José Nacahuil está dividida geográficamente en cuatro cantones, cuenta con una escuela rural que atiende un promedio de 800 estudiantes y funciona en jornada matutina y vespertina como un instituto mixto de telesecundaria. La iglesia católica dirige también un colegio de educación primaria, así como una clínica médica y una farmacia. En la aldea hay un puesto de salud del Ministerio de Salud Pública, que cuenta con una médica y dos auxiliares de enfermería, además con dos educadores en salud del Plan hambre cero, prestando atención de 8 horas diariamente. Los y las habitantes de San José Nacahuil solo pueden acceder directamente al municipio de San Pedro Ayampuc, por caminos de terracería.

La aldea no cuenta con un mercado local, los alimentos y verduras son distribuidos por pequeños proveedores informales, hay disponibilidad inmediata de productos procesados en buena medida y según lo observado hay poca producción agrícola y de ganadería.

La mayoría de viviendas son de construcción informal, con piso de tierra y algunas con piso de cemento. La aldea no cuenta con drenajes, hay escaso servicio municipal de agua una vez por semana por cada cantón, durante unas pocas horas en la mañana. No hay un lugar en donde se boten desechos así que las personas tiran basura en los barrancos, ríos, en la calle y también la queman. Parte del plástico es recolectado y vendido para reciclaje y también usado como combustible para cocinar. Las personas cocinan los alimentos con leña que recolectan del bosque, lo cual ha causado grave deforestación.

I. La teoría de representaciones sociales

Las representaciones sociales (RS), son una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos según Moscovici su fundador (1961). La RS es un cuerpo organizado de conocimiento y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y la social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación. (Banch, 2000)

La noción de representación colectiva de Durkheim, retomada y convertida en representaciones sociales por Moscovici, se ha desarrollado como una nueva óptica psicosociológica sobre el conocimiento de los fenómenos sociales, su naturaleza, sus causas y sus consecuencias para los individuos, los grupos y el entorno social. (Valencia, 2007)

La psicología social encuentra en la teoría de las RS un nuevo acercamiento epistemológico y se ha manifestado un creciente interés por la investigación en este campo. Para Moscovici, citado por Valencia, la noción de representaciones sociales encuentra una parte de su pertinencia en las exigencias de profundización de los vínculos existentes entre un sistema de conocimiento práctico (opiniones, imágenes, actitudes, estereotipos, creencias, valores) y los contextos de interacciones interindividuales e intergrupales. (Valencia, 2007) (Filosofía, 2008)

Las RS se transmiten a partir del análisis de tres procesos a través de los cuales circulan y son difundidas, a saber: la propaganda, la propagación y la difusión. La noción de RS

tienen una doble característica: es producto y es acción. Es un producto en la medida en que los sujetos le asignan un contenido y la organizan en discursos sobre la realidad. Es también una acción, un movimiento de apropiación de la realidad a través de un proceso mental, pero en un contexto de producción colectiva, teniendo como medio de transmisión las comunicaciones compartidas. (Ceirano, 2000)

En el caso de madres y abuelas, en los grupos indígenas de Guatemala los conocimientos y los discursos sobre el cuidado de los hijos se transmiten de forma oral, se transmiten de madre a madre basadas en su experiencia personal y asumiendo jerarquía y dando valor a la experiencia en el cuidado de hijos previos.

Para Jodelet seguidora de Moscovici, citada por Valencia, las representaciones sociales son formas de conocimiento social donde los individuos aprehenden (mentalmente) la realidad y lo describe así: *“La actividad mental desarrollada por los individuos y los grupos para fijar su posición respecto de las situaciones, eventos, objetos y comunicaciones que les conciernen. Lo social interviene ahí de muchas maneras; por el contexto concreto donde son situadas persona y grupos, por la comunicación que se establece entre ellos, por los marcos de aprehensión que conforma su bagaje cultural, por los códigos, valores e ideologías, ligadas a las posiciones o pertenencias sociales específicas”* (Valencia, 2007).

Los intercambios comunicativos se establecen entre individuos pertenecientes al mismo grupo social o entre individuos de grupos diferentes. Los intercambios comunicacionales participan no solamente en la transmisión de mensajes sino que también regulan las relaciones entre mentalidades y los individuos o grupos que los transforman activamente acordándoles el sentido a sus conductos (Moscoloni, 2010).

Es importante aquí destacar que la comunicación o el discurso se va transmitiendo y construyendo en base a experiencias colectivas y de comunidad. Las representaciones sociales estudian el conocimiento del sentido común; que se alimenta de las divulgaciones científicas, pero no solo de la ciencia sino también de eventos, sucesos, cambios y nuevas informaciones sobre diversos temas. El pensamiento social, el conocimiento popular o del sentido común es aquel que circula en las conversaciones cotidianas. Para Moscovici uno de los focos de interés para el estudio de las representaciones sociales es la transformación que sufre el conocimiento científico y su efecto renovador sobre el sentido común. (Banch, 2000)

J. Las representaciones sociales en el campo de la salud

Las representaciones sociales se construyen particularmente en el área de la salud, donde frecuentemente se está recibiendo información, por ser un tema de interés tanto individual como social, y donde los conocimientos están en constante cambio.

Es interesante observar como el conocimiento científico en las áreas de salud sufren transformación y como son adoptados tales conocimientos por los diferentes grupos sociales.

La teoría de las representaciones sociales, se está estudiando con frecuencia en el ámbito de la salud, tal es el caso de España donde en 1993 se realizó una primera investigación entre las mujeres madrileñas y su apreciación sobre la salud. Luego en el año 2000 se llevó a cabo una segunda con el objetivo de analizar la posible evolución de las representaciones sociales sobre la salud en las mujeres y, en consecuencia reorientar, si fuese necesario, los programas de salud definidos en 1993, en función de los nuevos resultados de la investigación. De esta forma, se pretendía analizar la posible evolución de los discursos, de las representaciones sociales sobre la salud que pudiera expresar entre 1993 y el 2000 cada uno de los cinco tipos encontrados en el 1993. Se encontraron diferencias en los discursos entre ambas generaciones; las del primer estudio tenían una representación de la salud desde el punto de vista “biomédico”, y el grupo del año 2000 más orientado hacia el “equilibrio personal”, es decir más complejo e integral. (Conde, 2002)

En este estudio se pudo observar como cambió el sentido común y los significados sobre la salud, relacionándolos con los cambios socioculturales que ocurrieron entre una y otra generación.

K. Representaciones sociales en el campo de la nutrición

Para Pierre Bourdieu, 1986 citado por Herkovits; las dimensiones y proporciones corporales son aprendidas a partir de las modalidades de percepción y las formas de clasificación que son propias de las diferentes clases y grupos sociales. La mirada legítima sobre su volumen peso y estatura, pero también sobre sus formas, maneras y posición, constituyen un campo en el que se articulan valores y representaciones sociales.

Entre los profesionales del sector salud, esta percepción es formalizada y estandarizada

a partir de las relaciones que se establecen entre sus medidas antropométricas. Los profesionales de salud pueden diferir en sus criterios, dependiendo los parámetros de referencia dentro de los cuales un niño puede ser considerado desnutrido o no. (Herkovits, 2007)

La desnutrición y otras enfermedades no siempre fueron vistas ni tratadas como tal, pero han ido evolucionando en su casuística y se han vuelto conceptos complejos a medida que se ha ido avanzando en su comprensión, sin embargo, esto no siempre va de la mano con su erradicación, ya que requieren de intervenciones también complejas. Por ejemplo la desnutrición tipo Kwashiorkor fue identificada hasta 1933 por Williams, quien hizo una descripción detallada que permitió identificar la patología y sus causas de tipo inmediato, partiendo de lo que en Ghana tradicionalmente era conocido como una enfermedad infantil de niños “depuestos” es decir después del nacimiento de un hermano tenía que destetarse y pasar a una dieta de maíz baja en aporte proteico (Cattáneo, 2002).

La comunidad en Ghana daba un nombre a esta condición y tenían una representación de lo que los profesionales en salud aún no habían detectado, sin embargo como refiere Beltrán, la detección de la causa inmediata no fue suficiente, ya que se necesita también modificar las causas subyacentes y básicas para poder causar impactos importantes en el caso de la desnutrición. (Beltrán A y Seinfeld J., 2009)

Satriano y Moscoloni en 2010 realizaron una indagación de las representaciones sociales de un grupo de madres cuyos hijos estaban bajo el Programa Provincial de Crecimiento y Desarrollo. Este trabajo permitió desarrollar un conocimiento acerca de ellas y una reconstrucción de su realidad social. Esto explicó, no sólo la percepción que tienen de la desnutrición infantil, sino que otorgó un significado al lugar que ocupan sus hijos en la figuración individual. En este estudio observaron que en las madres no existía el concepto de desnutrición, sino algunas señales o síntomas percibidos en sus hijos. Al analizar el discurso de las madres observaron que el de aquéllas cuyos niños padecen desnutrición se opone al de las de niños sin problemas. En este sentido, la presencia de un niño desnutrido es un analizador de la situación familiar y devela la fragilidad de los soportes subjetivos, claramente entre estos dos grandes grupos. (Moscoloni, 2010)

En el estudio realizado por Moscoloni, se hizo una comparación de grupos, observándose

que las madres con niños desnutridos negaban la situación, aún frente al diagnóstico y mantenían una actitud de exterioridad respecto de las intervenciones que se les recomendaban (Moscoloni, 2010). La autora concluye que la falta de comprensión por parte de los padres hace que abandonen el tratamiento y no concurren a los controles pediátricos y falta de compromiso con buscar soluciones al problema de sus niños.

Esta actitud negativa hace que transfieran la responsabilidad a otros. Son los agentes sanitarios del centro de salud quienes deben reiteradas veces citarlos a la consulta. También, la manera negativa que respondían estas madres producía una continua frustración y desinterés de los profesionales médicos, puesto que los niños no registraron modificaciones a lo largo del seguimiento. Existían diferencias culturales, entre el modelo de las madres respecto de los cuidados del niño y el de los pediatras.

Las madres de ese estudio consideraron el problema solo como falta de comida, mudanzas, síntomas de vómito y diarrea, abandonos de alguno de los progenitores, falta de cuidados básicos, embarazos continuos. De modo que se circunscribe el problema a un plano estrictamente biológico. Ven el problema como algo natural, lo cual consideraron las autoras que afectó su capacidad de respuesta. (Moscoloni, 2010)

En los estados mexicanos de Chiapas y Veracruz, en 2008 Escalante y colaboradores realizaron un estudio cualitativo para determinar los factores socioculturales que facilitaban u obstaculizan el consumo de un alimento complementario a través de un programa de oportunidades para comunidades indígenas y mestizas, con pobreza extrema. En este estudio se construyó la representación social que tenían las madres sobre la alimentación infantil, basada en la experiencia materna. Las madres mencionaron que los niños bien alimentados son aquellos que están saludables, corren, juegan, se ven robustos, son alegres y fuertes. También se construyeron las representaciones sociales sobre el alimento complementario, las cuales se analizaron como barreras para que las madres les administraran el alimento a sus hijos ya que referían efectos adversos que no estaban reportados en la literatura y que más bien eran efectos de malas técnicas de preparación. (EscalanEscalante I, Bonvecchio A, Theodore F, Nava F, Villanueva MA, Rivera-Dommarco JA., 2008)

Como se puede ver, este abordaje metodológico enriquece el conocimiento sobre la problemática de la desnutrición crónica, ya que ayuda a profundizar en el pensamiento y

sentir colectivo y auxilia en la construcción de un conocimiento más aproximado de la realidad de nuestra población guatemalteca. Con el fin de contribuir en la erradicación de la pobreza y desnutrición en este país, a través de brindar servicios de salud y educación contextualizados.

V. OBJETIVOS

A. Generales

1. Describir las representaciones sociales en relación a la desnutrición crónica infantil que tienen las y los cuidadores de niñas y niños de 6 a 60 meses.
2. Describir las representaciones sociales en relación a la desnutrición crónica infantil que tienen las y los auxiliares de enfermería.

B. Específicos

1. Comparar y analizar las representaciones sociales acerca de la desnutrición crónica infantil que tienen los dos grupos de estudio (cuidadores y auxiliares de enfermería).
2. Analizar la relación entre las características nivel educativo, género, edad y parentesco con el niño o niña; con la representación social de desnutrición crónica infantil que tienen los y las cuidadoras de niños y niñas de 6 a 60 meses de edad.
3. Analizar la relación entre las características educacionales, socioeconómicas, socioculturales con la representación social de desnutrición crónica infantil que tienen los y las auxiliares de enfermería.

VI. HIPÓTESIS

A partir del supuesto teórico de que si existe diferencia entre las representaciones sociales que tienen ambos grupos sobre la desnutrición crónica infantil, ya que la experiencia del fenómeno desnutrición crónica y el contexto es diferente para ambos grupos.

Ho: La diferencia de las puntuaciones resultantes de la valoración de las representaciones sociales sobre la desnutrición crónica infantil es igual en el grupo de auxiliares de enfermería y en el grupo de cuidadores y cuidadoras.

Ha: La diferencia de las puntuaciones resultantes de la valoración de las representaciones sociales sobre la desnutrición crónica infantil es diferente en el grupo de auxiliares de enfermería y en el grupo de cuidadores y cuidadoras.

VII. METODOLOGÍA

A. Tipo de estudio

Estudio cuali-cuantitativo, exploratorio, transversal, comparativo.

B. Población de estudio

1. Cuidadoras y cuidadores de niños y niñas de 6 a 60 meses de edad con o sin desnutrición crónica de la aldea San José Nacahuil del municipio de San Pedro Ayampuc.
2. Auxiliares de enfermería del municipio de San Pedro Ayampuc
3. Muestra (Scheaffer, 2006) Se realizó muestreo no aleatorio, por conocimiento de grupo en base al tamaño de la muestra calculado con anterioridad; se realizaron un total de 70 entrevistas y encuestas a cuidadoras y cuidadores, de las cuales tuvo que descartarse tres de estas por presentar errores técnicos en la grabación, quedando al final un total de 67 niños y niñas y sus 59 cuidadoras y cuidadores entrevistados, ya que algunos de ellos cuidaban más de un niño o niña. Al final se hace un análisis de 67 datos provenientes de los instrumentos ya mencionados.
4. En cuanto al grupo de auxiliares de enfermería no se hizo muestreo sino que se estudio a 13 de un total de 15 enfermeras y enfermeros auxiliares, quienes estuvieron en la disponibilidad de participar voluntariamente y que se encontraban en el centro de salud durante esta investigación.

C. Unidad de estudio y unidad de análisis

1. Unidad de estudio
 - a. La muestra de esta investigación lo conformaron 67 niños y niñas de 6 meses a 60 meses y sus 59 cuidadores y cuidadoras de la aldea San José Nacahuil.
 - b. Participaron 13 auxiliares de enfermería del municipio de San Pedro Ayampuc, de un total de 15 auxiliares de enfermería.
 - c. Se evaluó a 67 niños y niñas mayores de 6 meses y menores de 60 meses bajo el cuidado de las y los sujetos de estudio, con fines antropométricos, para relacionarlos y analizarlos con las representaciones sociales de sus cuidadores y cuidadoras. Se escogió esos rangos de edades, por considerarse ser un grupo vulnerable, se asumió

que los niños menores de 6 meses en teoría, estaban recibiendo lactancia materna exclusiva y no tenían riesgo de desnutrición, aunque es bien sabido que la desnutrición puede ocurrir desde la gestación, manifestada como retardo del crecimiento intrauterino, pero para fines de este estudio esta población no fue incluida.

2. Unidad de análisis

- a. La unidad que se analizó en este estudio fueron las representaciones sociales de la desnutrición crónica en la infancia, es decir se investigaron cuales eran los enunciados sobre valores, conocimientos, nociones, opiniones, imágenes, actitudes, estereotipos, creencias sobre desnutrición crónica en la infancia que expresaron los cuidadores y cuidadoras así como el personal de enfermería.
- b. Para organizar y categorizar las representaciones sobre las causas referidas por los y las entrevistadas se utilizó el modelo de determinantes de causalidad ampliamente aceptado y conocido, referido en el marco teórico de este estudio. Los dos grupos de participantes refirieron en su mayoría una respuesta multicausal para la desnutrición y estas fueron las frecuencias encontradas.

D. Criterios de inclusión

1. Se incluyeron como sujetos de investigación a cuidadores y cuidadoras de niñas y niños comprendidos entre las edades de 6 meses a 60 meses que viven en la aldea, sean estos migrantes o no migrantes.
2. Se incluyeron como sujetos de investigación a auxiliares de enfermería del municipio de San Pedro Ayampuc municipio del departamento de Guatemala.
3. Se incluyeron a todas las personas que cumplieran con los criterios anteriores pero que además quisieron participar de forma voluntaria.

E. Criterios de exclusión

1. Se excluyó del estudio a aquellos niños y niñas que presentaron enfermedades crónicas diagnosticadas, que pudieran asociarse con el deterioro del estado nutricional como cardiopatías congénitas, enfermedades renales, parálisis cerebral, alteraciones neurológicas. Sin embargo esto no excluyó que el cuidador o cuidadora fuera entrevistado o entrevistada y que fuera evaluado el estado nutricional de otro niño mayor de 6 meses y menor de 60 meses que estuviera bajo su cuidado.

2. Se excluyó a aquellas personas que se negaron a participar en el estudio.

F. Categorías de estudio

Categoría	Tipo	Definición Operacional
Representación social	Cualitativa	Enunciados sobre valores, conocimientos, nociones, opiniones, imágenes, actitudes, estereotipos, creencias sobre desnutrición crónica en la infancia. Valoración en base a una escala ordinal que se construyó al categorizar las respuestas de las y los sujetos de estudio.
Desnutrición crónica	Indicador	Longitud /edad, talla/edad Moderada Severa
Edad cuidadores y cuidadoras	Numérica	En años.
Edad niños y niñas	Numérica	En meses, referida por el cuidador/cuidadora y corroborada en el carné de vacunación.
Sexo	Nominal	Masculino/ femenino, según género.
Escolaridad	Nominal	Sin escolaridad, primaria; completa/incompleta, secundaria: completa/incompleta. diversificado: completo/incompleto

Categoría	Tipo	Definición operacional
Cuidadora/cuidador	Nominal	Persona que cuida de uno o más niños/niñas menores de cinco años, pudiendo tener vínculos familiares o no. Sin importar si recibe remuneración económica por ello.
Talla	Numérica	Medición de la talla en los mayores de 24 meses, expresada en centímetros.
Longitud	Numérica	Medición de la longitud en los menores de 24 meses, expresada en centímetros.
Personal de salud	Nominal	Auxiliares de enfermería que laboran en los puestos de salud del municipio de San Pedro Ayampuc
Peso	Numérica	Medición del peso en kilos, con un decimal que representan los gramos.
Familia extensa	Nominal	Constituida por miembros del núcleo familiar, donde se incluyen además abuelos, tíos, primos, etc., abarcando dos o más generaciones.
Familia nuclear numerosa	Nominal	Familia formada por dos adultos de diferente sexo, que ejercen el papel de padres, y por sus hijos. (más de cuatro hijos)

Categoría	Tipo	Definición operacional
Familia nuclear sin hijos	Nominal	Está formada por dos personas adultas de diferente sexo que conviven en el hogar, pero no tienen hijos.
Familia nuclear ampliada	Nominal	Se distingue la familia extendida, en la que conviven varios núcleos familiares.
Familia binuclear o reconstituida	Nominal	Después de una separación, uno de los cónyuges se ha vuelto a casar y conviven en el hogar hijos de distinto progenitor.
Familia nuclear con hijos	Nominal	Formada por dos adultos de diferente sexo, que ejercen el papel de padres y por sus hijos (menos cuatro hijos).
Trabajo informal	Nominal	Trabajo remunerado, sin goce de prestaciones laborales acorde a la ley, incluyendo seguro social.
Trabajo formal	Nominal	Trabajo remunerado, con goce de prestaciones laborales acorde a la ley, incluyendo seguro social.
Lactancia materna exclusiva	Nominal	Alimentación al seno materno desde el nacimiento, sin el auxilio de biberones, formulas o leches maternizadas.
Hacinamiento	Nominal	Convivencia de más de tres personas en un solo dormitorio, especialmente durante la noche.

G. Proceso Metodológico

1. Métodos y técnicas

Las técnicas utilizadas para recolectar la información cualitativa fueron las entrevistas semi estructuradas. Mediante las mismas se busco conocer y ahondar en valores, interpretaciones, puntos de vista de los actores/sujetos investigados, en espera de capturar significados y sentidos, en relación a la desnutrición crónica en San José Nacahuil.

Los instrumentos consistieron en cuestionarios con preguntas abiertas, tomando en cuenta los objetivos de la investigación y los resultados obtenidos del análisis cuantitativo. Para lograr este tipo de entrevistas donde prevaleciera la comunicación en confianza, los encuentros se realizaron en el hogar de los entrevistados donde ellos manifestaron que se sentían lo suficientemente cómodos y tranquilos para expresar libremente sus opiniones.

Se utilizaron 2 cuestionarios con ítems sobre aspectos cuantitativos; el primer cuestionario contenía datos sobre el cuidador o cuidadora, así como una evaluación antropométrica de peso y talla para conocer el estado nutricional de los infantes bajo su cuidado. La evaluación antropométrica de los o las niñas menores de cinco años se hizo en el puesto de salud de la localidad utilizando el equipo para peso y talla del puesto de salud.

El segundo cuestionario contenía ítems de aspectos cuantitativos y cualitativos sobre condiciones habitacionales, socio económicas y socio culturales de la familia a la que pertenecía el niño o niña evaluados.

A manera de preservar el anonimato de los informantes que participaron en la investigación, se trabajo con códigos que identificaron a cada entrevistado. La verdadera identidad quedo resguardada en la base de datos de la investigadora. Los códigos fueron las primeras letras del nombre y apellidos del entrevistado o entrevistada, así como la letra (en mayúscula) que identifican al folder donde se guardó la entrevista grabada en forma digital, así como el número de la entrevista.

Los participantes en el estudio lo hicieron de forma voluntaria, se les explicó previamente el objetivo académico de realizar la investigación y sobre la entrevista y cuestionarios, para evitar sesgos en la información proporcionada, por conflictos de interés de la

participación en programas sociales de beneficios.

Los participantes firmaron, previo a participar en el estudio, un consentimiento informado o colocaron su huella digital en el caso de no saber leer y escribir (anexo 1).

2. Instrumentos de Investigación

a. Cuestionario 1 Cuestionario con preguntas estructuradas con variables cuantitativas que caracterizaban al cuidador o cuidadora, así como evaluación antropométrica del o de las niñas bajo su cuidado (anexos 2).

b. Cuestionario 2. Cuestionario estructurado con aspectos cuantitativos que se obtuvieron durante una visita domiciliaria al hogar de las niñas o niños bajo el cuidado del la persona entrevistada (anexos 3). Los datos del cuestionario pertenecían a las siguientes categorías:

- Características habitacionales: provisión y tratamiento de agua para consumo, disposición sanitaria de excretas, hacinamiento.
- Características demográficas: origen de las familias, tipo de familia, número de miembros, edad materna y paterna.
- Características socio-culturales: nivel de escolaridad materna, ocupación del jefe de familia, recepción de asistencia alimentaria, ingresos familiares, empleo, recepción de planes sociales, idioma.
- Características económicas: nivel aproximado de ingresos económicos del núcleo familiar, fuentes de ingresos, trabajo infantil.

c. Entrevista 1: Con variables cualitativas sobre aspectos de desnutrición crónica infantil con el objetivo de obtener discursos sobre la desnutrición crónica que nos permitió identificar las representaciones sociales en las y los sujetos de estudio. Esta entrevista se realizó por la investigadora según el instructivo de la encuesta y se grabó la entrevista por medios digitales (anexo 4).

- Con los y las auxiliares de enfermería también se utilizó la misma entrevista utilizada con cuidadoras y cuidadores pero con algunas modificaciones pertinentes para ese grupo y se realizó la entrevista en el centro de salud de San Pedro Ayampuc, con los y las auxiliares de enfermería no se indago sobre datos socioeconómicos.

- Los cuidadores y cuidadoras fueron entrevistados en la aldea San José Nacahuil, en sus domicilios y algunos en el puesto de salud.
- d. Grupos focales: Los grupos focales se realizaron en el puesto y centro de salud de dicho municipio, utilizándose las guías respectivas que se encuentran en los anexos de este trabajo. Los grupos focales se realizaron con el objetivo de verificar y comparar las respuestas individuales con las respuestas en grupo, así como para llenar vacíos que pudieron haber quedado durante las entrevistas individuales, así como observar las interacciones colectivas.
- En el grupo focal de las y los auxiliares de enfermería también participó como observadora la psicóloga del municipio y en los grupos focales de cuidadoras y cuidadores participó como observador el educador en salud.

3. Equipo

- a. Para las grabaciones se utilizó una grabadora digital RCA® Digital Voice Manager, utilizándose el software de copiado de los archivos digitales al equipo de cómputo para su posterior transcripción.
- b. Las mediciones de peso y talla/longitud se realizaron utilizando para la medición de peso una balanza tipo Salter para los menores de 24 meses, y una pesa de mesa en libras y se hizo la conversión a kilos para los mayores de dos años.
- c. Para la medición de talla/longitud se utilizaron tallímetro/ infantómetro en centímetros. Para los niños menores de 24 meses se utilizó un infantómetro y para los mayores de 24 meses a 60 meses se utilizó un tallímetro.
- d. Para las mediciones se utilizaron las técnicas estandarizadas según las Normas de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la investigadora realizó las mediciones con la ayuda del personal del puesto de salud.
- e. Los resultados de la antropometría no se le dijeron a las madres sino hasta después de realizada las entrevistas, para no influenciar en sus respuestas.
- f. El equipo de cómputo utilizado fue Dell ® con el programa Windows.

H. Análisis estadístico

1. Como el estudio constó de variables cualitativas y cuantitativas, se hizo cálculo de la

muestra para el número de cuidadores y cuidadoras que se entrevistaron; utilizando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot p \cdot q}{e^2}$$

$N =$ Total de habitantes = 8,689 (habitantes de San José Nacahuil)

$912 =$ población total estimada de niños menores de cinco años.

$p = 0.1$ proporción de niños y niñas menores de cinco años del total de la población.

$q = p - 1$

$n =$ muestra irrestricta aleatoria en donde n es igual a 9 esto en base al cálculo proporcional de que por cada 100 habitantes hay un niño o niña menor de cinco años que requiere un cuidador o cuidadora, esto en base a la población total de niños estimada, según datos oficiales del distrito de Salud de San Pedro Ayampuc. Aunque de antemano se supuso que había cuidadores y cuidadoras que tenían bajo su cuidado más de un niño o niña menor de cinco años. El cálculo del error de estimación se hizo con la siguiente fórmula:

$$e = \frac{1}{\sqrt{n}}$$

De este error de estimación se calculó el número de la muestra (70) que se presentó con anterioridad, que represento la cantidad de niños y niñas a estudiar con sus respectivos cuidadores y cuidadoras.

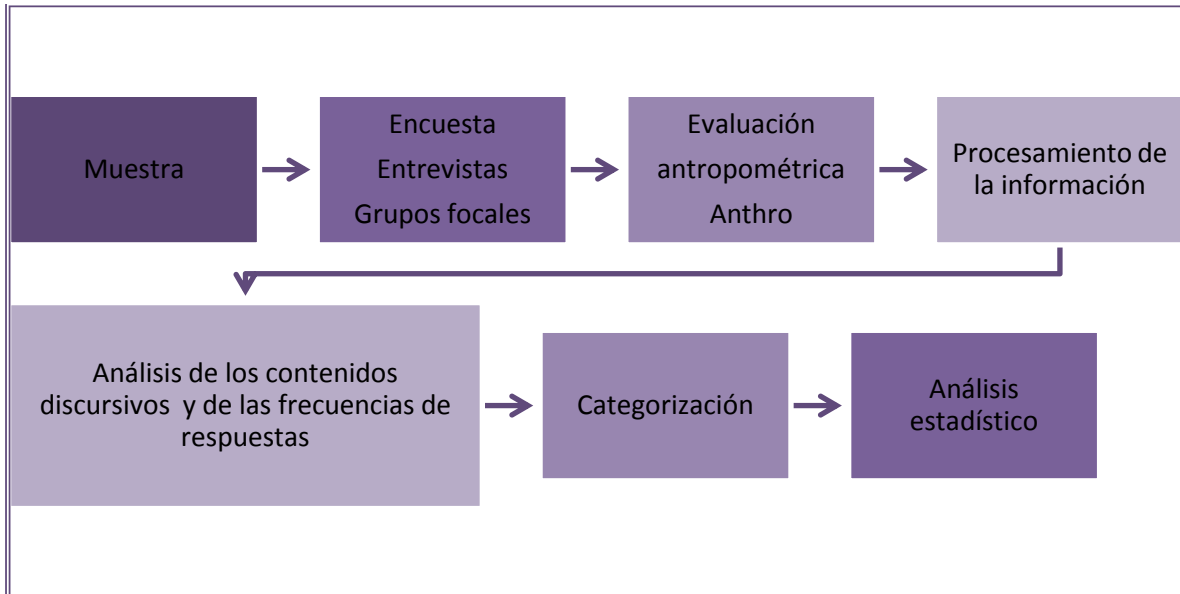
La selección de los cuidadores y cuidadoras se hizo de forma aleatoria por conocimiento de grupo y si llenaban los criterios de inclusión para esta investigación.

2. Los datos obtenidos a través de los 67 cuestionarios sobre condiciones habitacionales y socio económicas que al final se obtuvieron, se dispusieron en una base de datos de Excel, diseñada previamente para esta investigación.

3. Los datos obtenidos en las encuestas se procesaron con el software SPSS para obtener medidas de tendencia central y frecuencias, así como tablas dinámicas de Excel.
4. Los datos antropométricos de los y las niñas se procesaron con el software WHO Anthro versión 3.2.2 2011 y se vaciaron a la base de datos.
5. Se construyeron tablas de frecuencia relativa y absolutas de las respuestas obtenidas a través de las entrevistas y se analizaron para luego categorizarlas.
6. Los discursos o respuestas de los y las sujetos de estudio obtenidos con la entrevista semi estructurada se transcribieron y se colocaron en matrices de análisis de contenido.
7. Se hizo análisis semántico de las entrevistas de forma individual de ambos grupos, así como de los grupos focales.
8. Se categorizaron las representaciones sociales obtenidas de ambos grupos estudiados, construyéndose una escala de valoración con puntajes
9. Se analizaron y compararon las representaciones sociales de ambos grupos, según las categorías construidas con los discursos.
10. Para evaluar la asociación entre las variables en la población de la que se extrajo la muestra, se compararon las puntuaciones obtenidas de la valoración de las representaciones sociales acerca de la desnutrición crónica infantil, usando dichas puntuaciones como rangos por medio de la prueba no paramétrica de Mann Whitney con un nivel de confianza del 95%; se utilizó esta prueba por desconocerse la distribución de probabilidad de la variable respuesta, debido a que los grupos no son equilibrados y porque estas puntuaciones provienen de la asignación de puntaje a eventos subjetivos (escalas débiles).
11. Por último se realizó una asociación de variables inherentes a los cuidadores como el género, edad, nivel educacional y parentesco con los 6 ejes o categorías que se consideraron que representaban conocimientos, nociones, opiniones sobre la desnutrición crónica y sus causas así como algunos efectos. Esto se hizo a través de una prueba estadística no paramétrica de Mann Whitney para el género y un test de Kruskal Wallis para la edad, el nivel educacional y el parentesco.

I. Diagrama de la metodología

Este es el orden en que se realizó la investigación, según los pasos en general.



VIII. RESULTADOS

A. Descripción general de la muestra en estudio

A continuación se presentan los resultados obtenidos en el estudio de una muestra de 59 cuidadoras y cuidadores de 67 niños y niñas comprendidas entre las edades de 6 a 60 meses de la aldea San José Nacahuil, durante los meses de septiembre a diciembre de 2012. Se tomaron como totales los datos obtenidos de los 67 cuestionarios realizados que representa el total de niños y niñas de la muestra calculada.

Tabla 1. Edad de las cuidadoras y cuidadores de niños y niñas menores de 5 años en aldea San José Nacahuil

Edad en años	Total	%
15 a 20	11	17
21 a 25	18	27
26 a 30	20	30
31 a 45	17	25
46 a 55	1	2
Total general	67	100

Fuente: Datos experimentales

En cuanto a la edad, más de 80% de cuidadores y cuidadoras se encontraron entre las edades de 21 a 45 años, considerándose en edad fértil y 17% se encontraron dentro de lo que se considera período de adolescencia, es decir, de 15 a 20 años (Tabla 1).

Tabla 2. Escolaridad de las cuidadoras y cuidadores de niños y niñas menores de 5 años en aldea San José Nacahuil

Nivel de escolaridad	Frecuencia	%
Ninguna	11	16.4
Primaria incompleta	18	26.9
Primaria completa	20	29.9
Secundaria incompleta	17	25.4
Secundaria completa	1	1.5
Total	67	100.0

Fuente: Datos experimentales

Al interrogarse sobre la escolaridad, 16.4% refirió no haber cursado ninguna preparación académica. Sumando los porcentajes de los que no tienen ninguna escolaridad más los que no han completado la primaria podemos ver que más del 40% de la población tiene una nula o muy baja escolaridad. Una cuarta parte de los y las entrevistadas tienen estudios secundarios, sin embargo, no los completaron. Es muy bajo el porcentaje de los que completaron la secundaria, solamente 1.5% (Tabla 2).

Tabla 3. Parentesco del cuidador y cuidadora con niños y niñas menores de 5 años bajo su cuidado en Aldea San José Nacahuil

Parentesco	Frecuencia	%
Madre	55	82.1
Padre	2	3.0
Abuelos	5	7.5
Otros	5	7.5
Total	67	100.0

Fuente: Datos experimentales

En cuanto al parentesco de los cuidadores y cuidadoras con los niños y niñas evaluados, el mayor porcentaje, 82.1% de niños y niñas del estudio son cuidados por la madre y solo 3% del total de la muestra fueron reportados como cuidados por el padre, aunque los dos padres entrevistados reportaron cuidar a los niños solo por tiempo parcial, uno refirió hacerlo después de la jornada de trabajo y otro mientras la madre se encontraba en periodo de puerperio. El resultado otros se refiere a niños cuidados por niñeras de la guardería municipal (Tabla 3).

Tabla 4. Consulta a los servicios de salud estatales para monitoreo de crecimiento de niños y niñas menores de 5 años en aldea San José Nacahuil

Categorías	Frecuencia	%
No	23	34.3
Sí	44	65.7

Fuente: Datos experimentales

El mayor porcentaje, 65.7 % de los entrevistados y entrevistadas refirió que sí acudía de manera voluntaria al servicio de salud del Ministerio de Salud Pública para monitoreo de

crecimiento de los y las niñas bajo su cuidado. Esta información se verificó en el carné de vacunación del Ministerio de Salud Pública o carné de médico o institución privada, donde se anotan las citas y los datos de peso y talla mensual, trimestral o semestral dependiendo de la edad del niño o niña.

Según se aprecia en la tabla 5, un alto porcentaje de niños 82.1% recibieron lactancia materna exclusiva contra un 17.9% que refirió no recibir lactancia materna de forma exclusiva, es decir recibió algún tipo de fórmula maternizada durante sus primeros meses de vida, acompañada o no de leche materna.

Tablas 5. Práctica de lactancia materna exclusiva

Categorías	Frecuencia	%
No	12	17.9
Sí	55	82.1

Fuente: Datos experimentales

En cuanto a la duración de la lactancia materna exclusiva, según se observa en la tabla 6, 61.2% de los niños y niñas recibió lactancia exclusiva durante sus primeros seis meses de vida y solo 16.4% recibió menos de seis meses. De ellos 22.4% de los cuidadores y cuidadoras refirió no saber con exactitud este dato por lo que se denominó como no determinado.

Tabla 6. Duración de la lactancia materna exclusiva

Categorías	Frecuencia	%
No determinado	15	22.4
Menos de seis meses	11	16.4
Seis meses	41	61.2
Total	67	100

Fuente: Datos experimentales

Según datos de la tabla 7, un poco más de 50% de los cuidadores y cuidadoras refirió que él o la niña bajo su cuidado recibió lactancia materna entre los 12 meses hasta los 24 meses, hubo un importante 13.4% que fue amamantado más de dos años. El 25% de no determinado, significa que desconocía el período de duración o que el niño o niña se

encontraba aún recibiendo lactancia materna.

Tabla 7. Duración de la lactancia materna

Categorías	Frecuencia	%
No determinado	17	25.4
3 a 4 meses	1	1.5
6 a 12 meses	6	9.0
12 a 18 meses	5	7.5
18 a 24 meses	29	43.3
Más de 24 meses	9	13.4
Total	67	100

Fuente: Datos experimentales

En la tabla 8 se presenta que el mayor porcentaje de niños, inició su alimentación complementaria después de los cinco meses, es decir 88% del total de niños y niñas y 67.2% inició alimentos después de los seis meses lo cual es una buena práctica de crianza, ya que lo recomendable es introducir alimentos a partir de los seis meses de vida.

Tabla 8. Frecuencia de edad en que se introdujo alimentación complementaria a los niños y niñas menores de cinco años en aldea San José Nacahuil

Categorías	Frecuencia	%
No determinado	4	6.0
3 a 4 meses	4	6.0
5 a 6 meses	14	20.9
Más de 6 meses	45	67.2
Total	67	100

Fuente: Datos experimentales

En la tabla 9 se registró lo referido por las cuidadoras y cuidadores entrevistados, en cuanto al esquema nacional de vacunación infantil. Este dato fue corroborado en el carné de vacunación de los niños y niña. Se encontró un alto porcentaje de cobertura de inmunizaciones de 94%, En la muestra no se encontró ningún niño o niña que no estuviera vacunada y solo 6% tenían esquema atrasado, es decir tenían vacunas pendientes de ser administradas en la edad recomendada.

Tabla 9. Esquema de vacunación acuerdo a la norma nacional de inmunizaciones en niños y niñas menores de cinco años en aldea San José Nacahuil

Esquema de vacunación		
Categorías	Frecuencia	%
Atrasado	4	6.0
Según esquema	63	94.0
Total	67	100.0

Fuente: Datos experimentales

En la tabla 10 se observa que 58.2 % de los niños y niñas recibían suplementación con micronutrientes de parte del Ministerio de Salud Pública. No se incluyeron aquellos niños y niñas que están siendo suplementados por médico particular o por iniciativa materna.

Tabla 10. Niños y niñas menores de cinco años que reciben suplementación con micronutrientes en el servicio de salud local

Suplementación con micronutrientes		
Categorías	Frecuencia	%
No	28	41.8
Sí	39	58.2
Total	67	100.0

Fuente: Datos experimentales

En las siguientes tablas se muestran los resultados en relación a las características habitacionales, demográficas y socioeconómicas en que viven los niños y niñas de este estudio.

Se observa en la tabla 11 que la mayoría de las viviendas son de construcción informal, construidas de adobe o lámina más del 50%, la mayoría de las viviendas tienen piso de tierra 61.80%, aunque poseen agua entubada 64.70%, eso no garantiza el servicio constante, además que más de la cuarta parte refirieron no hacerle ningún tratamiento al agua de consumo. Aunque (30.9%) refirió clorar el agua, no se evaluó si lo hacían de la forma correcta.

En cuanto al servicio eléctrico 62% cuentan con el abastecimiento aunque este no precisamente sea con contador propio y en cuanto a la disposición de excretas, 86.60%

cuentan con un sanitario/letrina en su vivienda. 54% de las familias viven en hacinamiento, es decir, más de tres personas comparten una habitación especialmente durante la noche.

Tabla 11. Características habitacionales de los lugares donde viven las y los niños menores de cinco años en la aldea San José Nacahuil.

Variable/Categorías	Frecuencia (%)
Paredes (n=67)	
Adobe	22 (32.40)
Lámina	15 (22.10)
Block/Ladrillo	27 (39.70)
Otros	04 (05.90)
Piso (n=67)	
Tierra	42 (61.80)
Cemento/Ladrillo/Cerámica	26 (38.20)
Abastecimiento agua (n=67)	
Pozo	24 (35.30)
Entubada	43 (64.70)
Tratamiento agua (n=67)	
Ninguno	26 (38.20)
Hervida	16 (23.50)
Cloro	21 (30.90)
Otro	04 (07.40)
Hacinamiento (n=67)	
No	30 (45.60)
Sí	37 (54.40)
Servicio eléctrico (n=67)	
No	05 (07.40)
Sí	62 (92.60)
Disposición sanitaria de excretas (n=67)	
Cielo abierto	08 (11.90)
Sanitario/Letrina	58 (86.60)
Otros	01 (01.50)

Fuente: Datos experimentales

Tabla 12. Características demográficas de los hogares donde viven las y los niños menores de cinco años en la aldea San José Nacahuil.

Variable/Categorías	Frecuencia (%)
Tipo de familia (n=67)	
Nuclear con hijos	46 (67.60)
Extensa	10 (14.70)
Otra	11 (17.60)
Lugar de residencia (n=67)	
No migrante	66 (98.50)
Migrante	01 (01.50)
Miembros del núcleo familiar (n=67)	
2 a 4	36 (54.40)
5 a 7	27 (39.70)
8 a 10	04 (05.90)
Total miembros familia (n=67)	
3 a 6	46 (69.10)
7 a 10	16 (23.50)
> 11	05 (07.40)
Número de hijos (n=67)	
1 a 4	61 (91.20)
5 a 8	06 (08.80)
Número de hijos >5 años (n=67)	
No tiene	25 (38.20)
1 a 3	35 (51.50)
4 a 7	07 (10.30)
Edad materna (n=67)	
15 a 20	12 (17.60)
21 a 25	24 (35.30)
26 a 30	18 (26.50)
31 a 45	14 (20.60)

Fuente: Datos experimentales

Las características demográficas mostradas en la tabla 12, reflejaron que la mayoría, 67.60% de las familias son nucleares con hijos, siendo no migrantes 98.50%. El total de miembros por familia es de 3 a 6 en 69.10%, con un número de hijos de 1 a 4 en 91.20%.

Tabla 13. Características socioeconómicas de los hogares donde viven las y los niños menores de 5 años en la aldea San José Nacahuil.

Variable/Categorías	Frecuencia (%)
Escolaridad materna (n=67)	
Ninguna	16 (25.00)
Primaria	40 (58.80)
Secundaria	06 (08.80)
Diversificado	05 (07.40)
Situación laboral madre (n=67)	
Sin trabajo	47 (70.60)
Informal	16 (23.50)
Formal	04 (05.90)
Escolaridad paterna (n=64)	
Ninguna	14 (21.90)
Primaria	38 (59.40)
Secundaria	06 (09.40)
Diversificado	06 (09.40)
Situación laboral padre (n=66)	
Sin trabajo	09 (13.40)
Informal	46 (70.10)
Formal	11 (16.40)
Ingresos familiares (n=65)	
500 – 1000	10 (15.40)
1000-1500	18 (27.70)
1500-2000	23 (35.40)
> 2000	14 (21.50)
Ingresos totales familiares (n=63)	
400 - 999	08 (12.70)
1000 - 1499	18 (28.60)
1500 - 1999	16 (25.40)
>2000	21 (33.30)
Recepción de beneficios sociales (n=34)	
Bolsa de alimentos	28 (82.40)
Asistencia alimentaria/ plan social	06 (17.60)

Fuente: Datos experimentales

Por último las características socioeconómicas mostradas en la tabla 13, reflejan que la mayor escolaridad materna es primaria 58.80% y la mayoría de las madres no tienen un empleo 70.6%. La escolaridad paterna también es primaria 59.40% sin embargo los padres tienen empleo aunque este es informal en la mayoría de ellos 70.1% No existió marcada diferencia entre el nivel de escolaridad de ambos padres. Cuatro cuidadoras madres, desconocían el nivel de estudios de su cónyuge. No existió marcada diferencia entre el nivel de escolaridad de ambos padres. Cuatro cuidadoras madres, desconocían el nivel de estudios de su cónyuge.

B. Resultados de la evaluación antropométrica de los niños y niñas menores de cinco años en aldea San José Nacahuil

El estudio comprendió 41 niños y 26 niñas de la muestra quienes fueron medidos en su peso así como talla, datos que se ingresaron y procesaron en el programa WHO Anthro versión 3.2.2 2011. Según los parámetros actuales de la OMS, se obtuvo los resultados que se presentan en la tabla 14 y la gráfica 2.

Tabla 14. Desnutrición crónica de niños y niñas menores 5 años a partir del indicador longitud o talla/para la edad.

Grupos de edad	n	Longitud/talla para la edad (%)					
		< -3DE	(IC del 95)	< -2DE	(IC del 95)	Mediana	DE
Total:	67	25.4	(14.2, 36.5)	61.2	(48.8, 73.6)	-2.38	1.17
(0-5)	1	0	(0, 50)	0	(0, 50)	-0.72	0
(6-11)	8	25	(0, 61.3)	87.5	(58.3, 100)	-2.9	0.87
(12-23)	16	31.3	(5.4, 57.1)	43.8	(16.3, 71.2)	-2.27	1.66
(24-35)	16	18.8	(0, 41)	75	(50.7, 99.3)	-2.42	0.82
(36-47)	12	16.7	(0%, 41.9%)	41.7	(9.6, 73.7)	-2.08	1.2
(48-60)	14	35.7	(7, 64.4)	71.4	(44.2, 98.7)	-2.53	0.93

Fuente: Datos experimentales

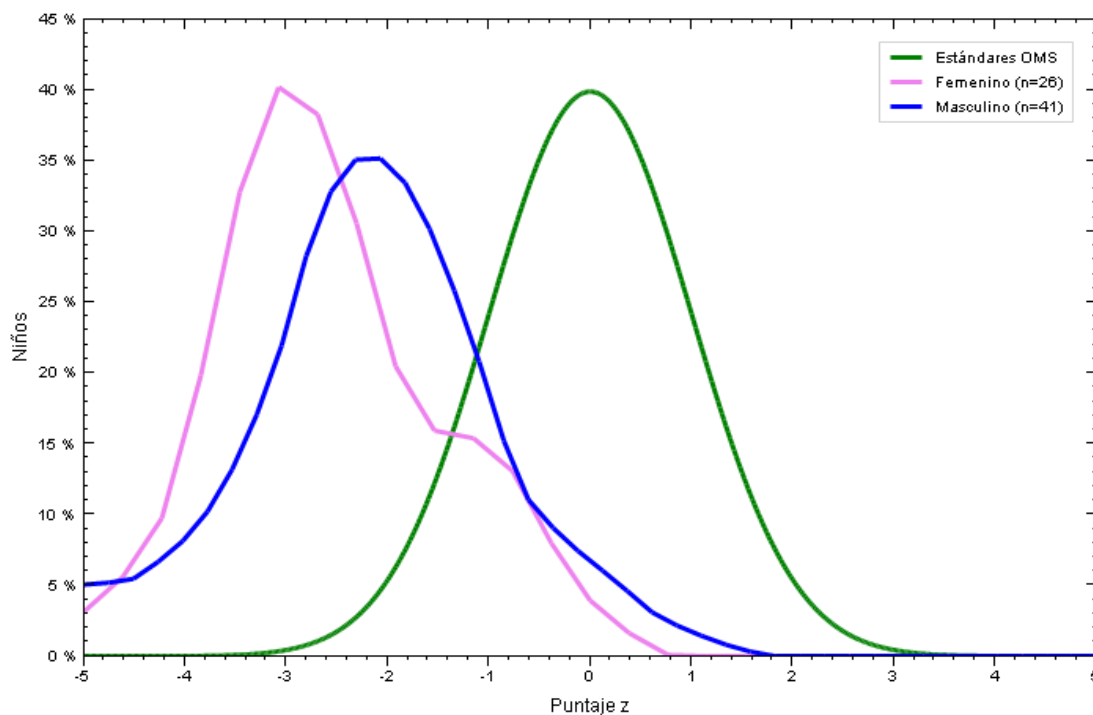
Según se observa en la tabla 14, 25.4% del total de niños y niñas presentaron desnutrición crónica severa y 61% presentó desnutrición crónica moderada, lo cual es alarmante porque al sumar ambos porcentajes se obtiene un total de 86.6 % de niños con algún grado de desnutrición crónica, siendo la mediana de -2.38. Cabe destacar el

grupo comprendido de los 12 a los 23 meses de edad con desnutrición crónica severa con 31.3%, ya que están dentro la ventana de oportunidad, es decir, antes que la desnutrición crónica sea irreversible y cuando puede causar retardo en el desarrollo. Un grupo altamente vulnerable son los niños y niñas entre 6 meses a 11 meses, que presenta ya desnutrición crónica moderada en 87.5 % con una mediana de 2.9 y 25% de ellos presentan desnutrición severa.

Según la gráfica 1 que a continuación se presenta se puede observar una mayor tendencia de desviación de la curva de las niñas hacia la izquierda, en comparación con los niños, es decir, las niñas se vieron más afectadas por la desnutrición crónica que los niños.

El estudio comprendió 26 niñas y 41 niños. En este grupo evaluado, no se encontró ningún caso de desnutrición aguda al momento en que se hicieron las mediciones antropométricas, aunque si hubo un caso con antecedente de Kwashiorkor, pero se encontraba ya recuperada desde hacía un año aproximadamente.

Gráfico 1. Desnutrición crónica de niños y niñas menores 5 años a partir del indicador longitud o talla/para la edad.



Fuente: Datos experimentales

C. Resultados cualitativos sobre representaciones sociales de la desnutrición crónica infantil

En las páginas siguientes se presentan los resultados cualitativos obtenidos en base a las entrevistas y grupos focales de ambos grupos estudiados, a fin de poder aprehender con claridad la diversidad de significados, valores, ideas, imaginarios y sentidos en relación a la desnutrición crónica infantil y sus condicionantes. Se expuso el material discursivo tal como fue recogido en las entrevistas, los títulos de las tablas corresponden a los principales ejes conceptuales identificados en el análisis del discurso. Así mismo se hizo hincapié en aquellos conceptos que se relacionaron a los resultados cuantitativos significativos obtenidos en el presente estudio.

En las respuestas de los entrevistados, los conocimientos, ideas, experiencias de la desnutrición, es decir las representaciones sociales, se aglutinaron y ordenaron alrededor de las siguientes unidades o ejes; concepto y definición de la desnutrición, conocimientos, nociones y opiniones sobre los rasgos físicos de la desnutrición, así como de los determinantes de la desnutrición, interpretación del indicador talla/edad, identificación de beneficios y repercusiones de la desnutrición crónica.

Las unidades fueron comparadas entre todos los entrevistados, de esta manera, el principal resultado cualitativo estuvo en relación con la construcción de categorías estudiadas que influyeron en la desnutrición en niños y niñas de San José Nacahuil. Posteriormente se efectuó el proceso de triangulación de datos cualitativos y cuantitativos.

La escala contenida en la tabla 15, se construyó en base a la pregunta ¿Para Ud. que es la desnutrición? Para la construcción de la escala, se realizó una aglutinación y análisis de las respuestas más frecuentes de las dos unidades de análisis y luego se clasificaron las respuestas en grupos, obteniéndose la siguiente categorización de conocimiento sobre el concepto y definición del término desnutrición sin hacer diferenciación entre desnutrición aguda o crónica.

La definición completa incluía no solamente datos sobre el bajo peso sino también la talla corta como dato de desnutrición. Esta escala se construyó además en base a las respuestas de los dos grupos estudiados, tanto auxiliares de enfermería del municipio de San Pedro Ayampuc del departamento de Guatemala como los y las cuidadoras de la aldea San José Nacahuil de ese mismo municipio.

Tabla 15. Escala de conocimiento sobre el concepto desnutrición y su definición

Categorías	Punteo	Descripción
1.No sabe	1	Refirió no saber/no respondió.
2.No tiene una definición del concepto desnutrición	2	Su respuesta evidencia un desconocimiento total de lo que es desnutrición.
3. No tiene una definición pero identifica algunas causas	3	En su respuesta solamente describe lo que considera son las causas de la desnutrición.
4.Tiene una definición parcial	4	Su respuesta contiene algunos elementos de lo que es la desnutrición por ejemplo solo peso o solo talla, otros aspectos.
5.Tiene una definición completa	5	Su respuesta contiene elementos que incluyen desnutrición aguda /crónica

Fuente: Datos experimentales

Como se puede observar en la tabla 16, la mayoría de los y las cuidadoras no precisaron una definición de lo que es la desnutrición, pero se aproximan a algunas causas de la desnutrición, sin discriminar entre desnutrición aguda o crónica. Solamente un pequeño porcentaje de 1.7 % tiene una definición completa y ésta corresponde a un padre cuidador que es maestro de primaria en la aldea. El resto de las y los cuidadores entrevistados no expresaron una definición o tuvieron una definición parcial de lo que es la desnutrición, pero identificaron alguna causa.

Según la tabla 16, la mayoría de las y los auxiliares de enfermería, se encuentran entre las categorías 3 y 4 al igual que los y las cuidadoras, es decir solamente identifican algunas causas de la desnutrición en general y tienen una definición parcial que no incluye el retardo en la talla como dato de desnutrición.

Tabla 16. Definición del concepto de desnutrición evocado por cuidadores/auxiliares

Categorías	Frecuencia cuidadoras/cuidadores	%	Frecuencia (auxiliares)	%
1. Refirió no saber	4	6.7	0	0
2. No tiene una definición	6	10.1	1	8
3. No tiene una definición pero identifica algunas causas	25	42.3	6	46
4. Tiene una definición parcial	23	38.9	6	46
5. Tiene una definición completa	1	1.7	0	0
Total	59	100	13	100

Fuente: Datos experimentales

En el grupo focal de cuidadores solamente una madre mencionó la talla corta como dato de desnutrición además del peso bajo. Los y las auxiliares de enfermería lo mencionaron al indagarse más sobre datos antropométricos en el grupo focal.

La tabla 17 se construyó en base a la pregunta ¿Cómo es un niño o niña desnutrida? para conocer la representación o imagen de la desnutrición. Luego se hizo una tabla de las frecuencias con que las personas respondieron y se realizó la clasificación de las representaciones sociales sobre los conocimientos, nociones y opiniones sobre las características de los y las niñas desnutridos.

Las características más reconocidas por los participantes fueron aglutinadas en la tabla 17. Estas categorías se establecieron en las descripciones hechas por los participantes y considerándose de menor a mayor conocimiento o profundidad o complejidad de la descripción, de esa forma se asignó un puntaje a cada categoría, a menor complejidad de la respuesta o menor cantidad de elementos que describieran a una niña o niño desnutrido, menor puntaje y viceversa.

Tabla 17. Escala de nociones y opiniones sobre características de los y las niñas desnutridas

Escala	Punteo	Descripción
No sabe/ no respondió	1	Refirió no saber /no respondió a la pregunta.
Refiere aspectos emocionales/conducta solamente.	2	Describe aspectos del estado emocional del niño o niña, así como de su conducta solamente
Refiere aspectos físicos de la desnutrición aguda	3	Describe aspectos físicos de la desnutrición aguda
Refiere aspectos físicos de desnutrición aguda/crónica.	4	Refiere aspectos físicos de la desnutrición aguda/crónica
Refiere aspectos físicos y del desarrollo y riesgos de morbi-mortalidad.	5	Refiere aspectos físicos de la desnutrición aguda/crónica, del desarrollo y riesgos de morbilidad y mortalidad.

Fuente: Datos experimentales

Se observa en la tabla 18 que la mayoría de respuestas de los cuidadores y cuidadoras (76.2%) sobre la descripción de un niño o niña desnutrida en general, que incluyó conocimientos, nociones y opiniones refirieron solamente aspectos del orden físicos de a desnutrición aguda. En segundo lugar con 8.8% hicieron mención de aspectos en el estado emocional y conducta de los niños y niñas desnutridas. Solamente 5.0 % mencionó aspectos correspondientes a la desnutrición crónica.

De igual forma, 92.3% de las y los auxiliares describieron sus representaciones sobre aspectos físicos de la desnutrición aguda en su mayoría, sin indicar la talla corta como un dato relacionado con desnutrición. Los dos grupos se refirieron en segundo lugar con mayor frecuencia en su descripción a aspectos emocionales o de la conducta de los niños o niñas desnutridas, tales como *“esta triste”*, *“no come”*, *“sin ganas”*, *“no se mueve”*. Las palabras utilizadas con mayor frecuencia dentro del lenguaje coloquial fueron, *“delgaditos”*, *“flaquitos”*, *“sequitos”*, *“chiquitos”*, *“no tienen cuerpo o sin cuerpo”*. Las partes anatómicas referidas con mayor reincidencia en la descripción de un niño o niña desnutrida fueron; el abdomen prominente, utilizando las palabras *“panza”* y *“estómago”*,

así como los brazos en diminutivo “*bracitos*”, “*las costillas*”, “*los ojos hundidos*”. Una persona lo describió como “*con cara de viejito*”.

Tabla 18. Frecuencia de las respuestas según la escala de conocimientos, nociones y opiniones sobre como es un niño o niña desnutrida dadas por cuidadores y auxiliares

Escala	Frecuencia cuidadoras y cuidadores	%	Frecuencia auxiliares de enfermería	%
1. No sabe/ no respondió	3	5.0	0	0
2. Refiere aspectos emocionales/conducta solamente.	5	8.8	1	7.7
3. Refiere aspectos físicos de la desnutrición aguda	45	76.2	12	92.3
4. Refiere aspectos físicos de desnutrición aguda/crónica.	3	5.0	0	0
5. Refiere aspectos físicos, del desarrollo y riesgos de morbi- mortalidad.	3	5.0	13	0
Total	59	100	13	100

Fuente: Datos experimentales

De la pregunta anterior surgió como dato interesante la respuesta espontánea de los y las cuidadores con respecto a donde han tenido la experiencia de ver niños y niñas desnutridos, que sirvió para la construcción de la tabla 19. Dicha tabla no incluye datos de auxiliares de enfermería, porque a ellos se les cuestionó sobre los niños y niñas que han evaluado en su puesto de trabajo, además ellos han recibido capacitaciones técnicas sobre el tema, así que solamente se incluyó al grupo de cuidadores y cuidadoras.

En la tabla 19 se puede observar que 12 personas refirieron no haber tenido una experiencia personal con niñas o niños desnutridos, eso es 20% del total de los entrevistados y entrevistadas. También se obtuvo que 11 personas, es decir (18%) refirió haber tenido una experiencia personal con desnutridos ya sea con alguna familia de la comunidad o en su familia.

Tabla 19. Experiencia de observar niños y niñas con desnutrición referida por cuidadores y cuidadoras de niños menores de cinco años en aldea San José Nacahuil

Cuidadores y cuidadoras	Frecuencia
No ha visto desnutridos en su comunidad o con su familia	5
Ha visto desnutridos solo en la televisión	7
Ha visto desnutridos en alguna familia de la comunidad	3
Ha tenido o tiene hijos o familiares desnutridos	8
Total	23

Fuente: Datos experimentales

Con respecto a la pregunta ¿Cómo es un niño o niña que no está desnutrida?, la mayoría de los y las entrevistadas describieron dentro de sus representaciones o imaginarios, aspectos de tipo físicos, del desarrollo, del estado de ánimo, así como describir que son saludables.

La tabla 20 se construyó en base a la pregunta ¿Por qué se pone desnutrido o desnutrida un niño o niña? En búsqueda de nociones de causalidad. La mayoría de los entrevistados y entrevistadas, tanto auxiliares de enfermería como cuidadores y cuidadoras, refirieron la alimentación deficiente en cantidad y calidad, así como los malos hábitos alimentarios como las principales causa de desnutrición, indistintamente si se referían a desnutrición crónica o aguda. Se tomaron el total de causas identificadas por cada grupo, es decir las 59 cuidadoras y cuidadores reportaron n=83 causas y los 13 auxiliares n=16 causas respectivamente.

Llama la atención que la desnutrición materna durante el embarazo si fue mencionada en las entrevistas por las cuidadoras y reiterado en los grupos focales, pero no en los discursos de las y los auxiliares de enfermería. Las multicausalidad de desnutrición crónica en el grupo de auxiliares de enfermería fue confusa. Las y los auxiliares refirieron en el grupo focal que los padres no ven la desnutrición crónica o el retardo en el

desempeño intelectual como un problema porque no es significativo para ellos, ya que consideran más importante el desempeño físico para ser una futura fuerza laboral.

Tabla 20. Frecuencias de nociones sobre las causas de desnutrición enunciadas por cuidadores y auxiliares de enfermería

Causa atribuidas a la desnutrición	Frecuencia cuidadores	%	Frecuencia auxiliares	%
Relacionado a la alimentación (cantidad deficiente, calidad deficiente, malos hábitos alimenticios)	34	41	10	62.5
Relacionado a falta de vitaminas	13	15.6	3	18.8
Relacionado a escasos recursos económicos (falta de trabajo, bajos sueldos, alcoholismo paterno)	13	15.6	0	0
Condiciones de la vivienda	0	0	2	12.4
Relacionado con enfermedades (anemia, parasitosis, otras enfermedades)	7	8.4	1	6.2
No respondió o refirió no saber	6	7.2	0	0
Relacionado a falta de cuidados, (descuido en el horario de las comidas)	5	6.0	0	0
Desnutrición materna durante el embarazo	3	3.6	0	0
Maltrato	1	1.3	0	0
Falta de lactancia materna	1	1.3	0	0
Total	83	100	16	100

Fuente: Datos experimentales

La mayoría identificó más de una causa e incluso hicieron algunas asociaciones de causalidad que se registraron en la tabla 21. La asociación más frecuente fue la de consumo de pobre calidad de alimentos asociada a los bajos ingresos económicos, así como el “descuido” en el horario de alimentar a los niños y niñas bajo su cuidado en segundo lugar. En esta tabla el desvío de ingresos se refiere a gastar el dinero en compra de bebidas alcohólicas.

Tabla 21. Las asociaciones de causas más frecuentemente encontradas

Relaciones de causalidad	Frecuencia
Mala calidad de alimentos asociada a bajos ingresos económicos o desvío de los ingresos.	11
Descuido referido como comer fuera del horario.	5
Mala alimentación asociada a enfermedad	2
Total	18

Fuente: Datos experimentales

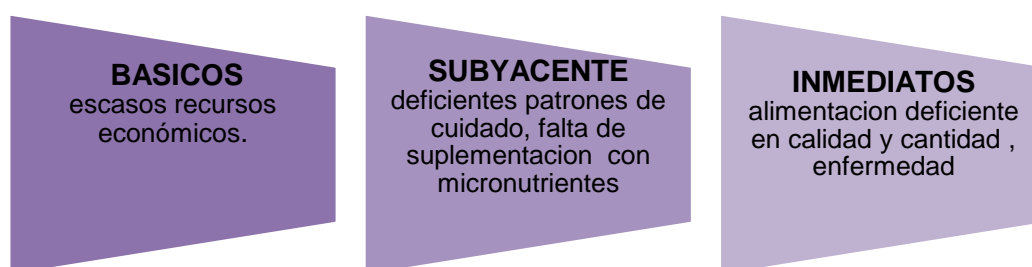
Tabla 22. Nociones sobre las causas determinantes de desnutrición enunciadas

Escala Causa/ Determinante	Punteo	Descripción
No sabe/ No refirió	1	Refirió no saber/ no respondió
Inmediato	2	Condiciones de salud, consumo de alimentos del niño.
Subyacente	3	Condiciones de vivienda, atención de salud, condiciones del cuidador, salud comunitaria
Básica	4	Estructura económica y política, contexto sociocultural
Asociación de determinantes	5	Asocia dos o más variables en su discurso.

Fuente: Datos experimentales

La escala contenida en la tabla 22, se construyó en base a la tabla 20 donde están las opiniones y nociones sobre las causas de desnutrición que enunciaron las y los cuidadores así como las y los auxiliares de enfermería. Las causas que ellos atribuyeron a la desnutrición fueron clasificadas según el modelo de determinantes causales de la desnutrición ampliamente aceptado y utilizado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD que se representan en el grafico 3.

Grafico 3. Determinantes de causalidad de la desnutrición encontrados en esta entrevista



En la tabla 23 se puede observar que las y los cuidadores entrevistados identifican con mayor frecuencia factores que podrían ubicarse dentro de los determinantes inmediatos, luego los subyacentes y también identifican los determinante básicos aunque lo expresaron con menor frecuencia en su discurso.

Tabla 23. Frecuencia de nociones sobre las causas y determinantes de desnutrición enunciadas por los y las cuidadoras y auxiliares de enfermería

Categoría Causa/ Determinante	Frecuencia cuidadoras/cuidadores	%	Frecuencia Auxiliares	%
No sabe/ No refirió	7	11.86	0	0
Inmediato	28	47.45	6	46.1
Subyacente	11	18.65	2	15.4
Básica	8	13.56	1	7.7
Asociación de determinantes	5	8.48	4	30.8
Totales	59	100	13	100

Fuente: Datos experimentales

El resto no sabía o refirió otras causas que no coincidieron con este modelo de causalidad. Cabe mencionar que dentro de los determinantes básicos, ninguna persona mencionó la tenencia de tierra ni la baja producción agrícola que hay en este territorio, ni la baja escolaridad materna que se encuentra dentro de los determinantes subyacentes.

La tabla 24 se construyó en base a la interpretación del indicador de la talla en relación con la edad de los niños y niñas como un dato asociado al estado nutricional y la interpretación de retardo en el crecimiento como un estado de desnutrición. De los cuidadores y cuidadoras se puede ver que 62.7% no se aproximó a la interpretación más acertada, pero del grupo de auxiliares 61.5% si tiene una interpretación más aproximada. La respuesta más relevante de una cuidadora, sobre lo que significaba para ella que un niño o niña estuviera del tamaño o talla adecuada para su edad fue: “hay niños que tienen edad y no están crecidos”

Tabla 24. Interpretación de los cuidadores y cuidadoras sobre el indicador talla/edad en niños y niñas menores de 5 años

Categoría de interpretación	Punteo	Frecuencia cuidadores	%	Frecuencia auxiliares	%
Se aproxima	1	21	37.28	8	61.5
No se aproxima	2	38	62.71	5	38.5
Total		59	100	13	100

Fuente: Datos experimentales

En la tabla 25 se presentan los principales factores que fueron considerados como influyentes para que un niño no presente desnutrición crónica descritos por los y las cuidadoras, estos factores fueron relacionados con la alimentación o como refirieron “una buena alimentación”. Un factor fuertemente atribuible a un crecimiento de talla normal fueron las vitaminas, la herencia fue considerada en tercer lugar como un factor influyente en la talla adecuada en la opinión de los y las cuidadoras. Dentro de los auxiliares prevalecieron como factores influyentes la alimentación, la suplementación y el monitoreo en forma descendente.

Tabla 25. Factores influyentes en la adecuada talla para la edad en niños y niñas menores de cinco años, descritos por cuidadores y auxiliares de enfermería

Factores influyentes	cuidadoras	%	auxiliares	%
Alimentación/ alimentos	31	28.0	12	57.1
Vitaminas	29	26.3	4	19.0
Herencia	13	11.8	1	4.7
No sabe/no respondió	09	8.1	0	0
Cuidados	06	5.5	0	0
Control (monitoreo medico y del crecimiento)	05	4.5	2	9.5
Que no se enferme/buena salud	05	4.5	1	4.7
Frutas y verduras/leche	05	4.5	0	0
Vacunación	03	2.7	0	0
Aseo (higiene)	02	2.7	0	0
Agua	01	0.9	0	0
Suplementación a la madre lactante	01	0.9	0	0
Peso adecuado	00	00	1	4.7
Total de factores	110	100	21	100

Fuente: Datos experimentales

La tabla 26 se construyó en base a las respuestas más frecuentes de las preguntas que cuestiona sobre los efectos y beneficios de que el niño tenga una talla/edad normal o adecuada. Luego se clasificaron los beneficios a corto, mediano y largo plazo.

A partir de la tabla 26, se construyó luego la tabla 27, de las respuestas más frecuentes dadas por el grupo de cuidadores, así como de los y las auxiliares de enfermería.

Tabla 26. Categorías de identificación de beneficios de talla adecuada para la edad en la infancia por los cuidadores y cuidadoras.

Beneficio	Escala	Descripción
No identifica	1	No respondió/ refirió no saber. No respondió lo que se preguntaba./No entendió
Corto plazo	2	Relacionado a buen estado de salud, crecimiento y desarrollo
Mediano plazo	3	Relacionado al buen aprendizaje, desempeño académico.
Largo plazo	4	Relacionado a la vida productiva en la edad adulta.

Fuente: Datos experimentales

Según la tabla 27, un porcentaje mayoritario 59.4% de los y las cuidadoras no identificaron beneficios de que el niño o niña tenga una talla adecuada para su edad. El mayor porcentaje de las cuidadoras identificó beneficios a corto plazo, es decir en términos de salud, crecimiento y desarrollo en 27.2%. La mayoría de las y los auxiliares identificaron efectos a mediano plazo (38.5%) y dentro de ellos ya identifican algunos efectos a largo plazo. Una cuidadora expresó: *“Quizás estén capacitadas para ser madres”*.

Tabla 27. Identificación de beneficios de talla adecuada para la edad en la infancia referido por cuidadoras y auxiliares de enfermería

Beneficio	Frecuencia cuidadoras	%	Frecuencia auxiliares	%
1. No identifica	35	59.4	3	23.0
2. Corto plazo	16	27.2	3	23.0
3. Mediano plazo	7	11.8	5	38,5
4. Largo plazo	1	1.6	2	15.5
Total	59	100	13	100

Fuente: Datos experimentales

La tabla 28 se construyó en base a la pregunta ¿Qué cree que pasara si el niño o niña que cuida no crece bien de tamaño?, para conocer si los y las entrevistadas, identificaban alguna repercusión negativa del retardo del crecimiento en los niños y niñas en algún momento de la vida. Se clasificaron en corto, mediano y largo plazo y quienes no identificaban ninguna repercusión negativa.

Tabla 28. Escala de identificación de posibles repercusiones de retardo del crecimiento en la infancia por los cuidadores y cuidadoras.

Beneficio	Escala	Descripción
No identifica	1	No respondió/ refirió no saber. No respondió lo que se preguntaba./No entendió
Corto plazo	2	Relacionado a buen estado de salud, crecimiento y desarrollo
Mediano plazo	3	Relacionado al buen aprendizaje, desempeño académico.
Largo plazo	4	Relacionado a la vida productiva en la edad adulta.

Fuente: Datos experimentales

A continuación se presenta la tabla 29 de las respuestas de ambos grupos estudiados.

Tabla 29. Frecuencia de identificación de posibles repercusiones de retardo de crecimiento en la infancia por los y las cuidadoras y auxiliares de enfermería

Beneficio	Frecuencia cuidadoras	%	Frecuencia auxiliares	%
1. No identifica	32	54.2	2	15.4
2. Corto plazo	20	33.8	6	46.1
3. Mediano plazo	4	6.8	3	23.1
4. Largo plazo	3	5.2	2	15.4
Total	59	100	13	100

Fuente: Datos experimentales

En la tabla 29 más de la mitad, es decir 54.2 % de los cuidadores y cuidadoras no

identificó repercusiones en el retardo del crecimiento en sus niños y niñas. Y a largo plazo solamente en 5.2%. Los y las auxiliares identificaron mayormente repercusiones a corto plazo con 46.1% y triplicaron el porcentaje de repercusiones a largo plazo 15.4%

La tabla 30 se construyó en base a la pregunta a los y las cuidadoras, sobre el estado nutricional del niño o niña bajo su cuidado, luego se corroboró la respuesta con los resultados antropométricos del o los niños bajo su cuidado. Esta pregunta no se realizó a los y las auxiliares de enfermería ya que ellos no conviven a diario con los niños y los detectarían durante el monitoreo al evaluarlos.

Tabla 30. Identificación de la desnutrición crónica o talla normal para la edad en los niños y niñas bajo su cuidado por cuidadoras y cuidadores

Desnutrición crónica	Frecuencia	%
Identifica	21	35.6
No identifica	38	64.4
Total	59	100

Fuente: Datos experimentales

En base al análisis semántico de los discursos de las dos unidades de estudio (cuidadores y auxiliares) y del estudio de los datos previamente presentados, se categorizaron sus respuestas en seis grupos a los cuales se denominó ejes. Se utilizó el análisis estadístico no paramétrico U Mann Whitney con un nivel de confianza del 95%. Los resultados se presentan en la tabla 31, y se determinaron los siguientes seis ejes.

Tabla 31. Ejes en los que se agruparon las respuestas de cuidadores y auxiliares

Ejes
1. Concepto y definición de desnutrición.
2. Conocimientos, nociones y opiniones sobre rasgos físicos de cómo es un niño o niña desnutrida.
3. Nociones sobre las causas determinantes de desnutrición enunciadas.
4. Interpretación de los cuidadores y cuidadoras sobre la talla asociada a la edad como indicador del estado nutricional.
5. Identificación de beneficios de talla adecuada para la edad en la infancia.
6. Identificación de repercusiones de talla corta para la edad en la infancia.

Fuente: Datos experimentales

Como se muestra en la tabla 32, no se encontraron diferencias estadísticamente significativa entre los dos grupos estudiados, en cuanto a conocimientos, nociones y opiniones sobre rasgos físicos de un niño o niña desnutrida, en las nociones sobre las causas determinantes de desnutrición enunciadas, así como sobre la interpretación de la talla asociada a la edad como indicador del estado nutricional.

Se encontró diferencia significativa para los ejes 5 y 6, es decir las auxiliares si identifican los beneficios y las repercusiones negativas a corto, mediano y largo plazo de la desnutrición crónica en la infancia. Sin embargo, no hay suficientemente evidencia para rechazar la hipótesis nula cuando el valor de $p > 0.05$. Por otro lado, no hay suficiente evidencia para aceptar la hipótesis nula cuando el valor de $p < 0.05$.

Tabla 32. Análisis no paramétrico comparativo entre auxiliares de enfermería y cuidadoras sobre los ejes de las representaciones discursivas

	Eje 1	Eje 2	Eje 3	Eje 4	Eje 5	Eje 6
Valor de p	0,350	0,519	0,139	0,756	0,003	0,003

Fuente: Datos experimentales

Posterior a la comparación entre los dos grupos de análisis, se realizó una asociación de variables propias de cuidadores y cuidadoras (género, edad, grado de escolaridad y el parentesco) en relación con los ejes evaluados.

En la tabla 33 se muestran los resultados de la asociación entre las puntuaciones de los ejes y las variables propias de los y las cuidadoras, donde existe diferencia significativa en edad para la puntuación del eje 1. Además, se puede observar diferencia significativa en educación para la puntuación del eje 6. Cuando se dice que hay diferencia significativa en este análisis, significa que la edad del o la cuidadora influyó en el conocimiento sobre el concepto de desnutrición; de igual manera la educación influyó en el conocimiento sobre las repercusiones de la desnutrición crónica.

En general, todo este análisis indica poca influencia de las variables de los cuidadores y cuidadoras sobre sus representaciones de desnutrición crónica, ya que solo dos ejes fueron influenciados. Este análisis no se realizó con los y las auxiliares de enfermería ya que este grupo mostró características más homogéneas.

Tabla 33. Valores p del análisis de la asociación entre variables de los y las cuidadoras y puntuaciones de los ejes (n=59)

Ejes	Género	Edad	Escolaridad	Parentesco
	p	p	p	p
1. Concepto y definición de desnutrición.	0.283	0.016*	0.263	0.633
2. Conocimientos, nociones y opiniones sobre rasgos físicos de un niño o niña desnutrida.	0.337	0.639	0.193	0.296
3. Nociones sobre las causas determinantes de desnutrición enunciadas.	0.610	0.915	0.065	0.930
4. Interpretación sobre la talla/ edad como indicador del estado nutricional.	0.627	0.582	0.150	0.624
5. Identificación de beneficios de talla adecuada para la edad en la infancia.	0.535	0.133	0.191	0.687
6. Identificación de repercusiones de talla corta para la edad en la infancia.	0.464	0.053	0.047*	0.606

Fuente: Datos experimentales

IX. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La muestra estudiada presenta condiciones socioeconómicas de pobreza y pobreza extrema, ya que este estudio tomo como línea pobreza el ingreso familiar menor al costo de la canasta básica. Además se obtuvieron datos de malas condiciones de saneamiento ambiental, poco uso de los servicios de salud reflejado por las bajas coberturas de monitoreo del crecimiento y suplementación con micronutrientes, todo esto compatible con el alto porcentaje de niños y niñas con desnutrición crónica.

Según este estudio hay una buena cobertura en inmunizaciones es una cobertura considerada útil en términos de las metas del Ministerio de Salud Pública, ya que una cobertura útil se considera por arriba del 90%.

Se observo un buen porcentaje, mas de 82% de lactancia materna exclusiva y duración de esta, esta es una buena práctica en términos nutricionales, ya que reducen los riesgos de que un niño o niña presente desnutrición crónica o retardo del crecimiento durante sus primeros dos años de vida, debido a múltiples factores de tipo inmunológico, nutricionales e higiénicos.

Los y las auxiliares fueron un grupo bastante homogéneo en cuanto a nivel educativo todos tienen la educación secundaria completa, ingresos económicos por arriba del costo de la canasta básica, edad, condiciones laborales estables y exposición técnica a información sobre la desnutrición crónica por lo cual no se investigaron estos aspectos de forma directa.

Después de analizar todos los datos y los discursos de los actores claves, se puede considerar que la desnutrición crónica no es vista por los cuidadores y cuidadoras como una problemática, ya que el tener talla corta para la edad, no representa beneficios ni riesgos para la mayoría de ellos. Dentro del grupo de cuidadoras y cuidadores la mayoría no identificaron la desnutrición crónica en los niños y niñas bajo su cuidado al comparar sus respuestas con los resultados antropométricos. En un grupo de niños y niñas con más de 87% de desnutrición crónica (severa a moderada), esta es vista como hereditaria, como un patrón de normalidad, donde hablar de talla corta para la edad no representa ningún sentido. El grupo de auxiliares de enfermería sí identificó beneficios de una talla adecuada para la edad y repercusiones a futuro para los niños con desnutrición crónica.

La alta prevalencia de desnutrición hallada, quizás explique por qué se instala el concepto

de normalidad, si todos los niños y niñas padecen o sufrieron alguna vez de desnutrición, entonces es percibida como un estado normal. De esta manera, la gran magnitud de desnutrición invisibiliza el problema alimentario al esconderlo en lo social y a la vez libera a la familia de la diferencia estigmatizante.

El hecho de que no se encontrara diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos de análisis, en cuanto al conocimiento de lo que es la desnutrición crónica, sus causas, la interpretación de lo que significa tener una talla adecuada o inadecuada para la edad, o interpretar la talla corta como un dato relacionado con el estado nutricional deficiente, pone de manifiesto que a pesar de la información técnica a la que los y las auxiliares de enfermería están expuestos, prevalece la representación de que son los factores de tipo inmediato o subyacente e incluso factores como la herencia los que determinan la desnutrición crónica en la infancia.

Dentro de los factores que consideraron determinantes de la desnutrición, ambos grupos consideraron la alimentación, con la diferencia de que el grupo de auxiliares introdujo el término nutritivo en la mayoría y relacionaron el estado económico con la calidad nutritiva de los alimentos. Ambos grupos presentan similitudes en cuanto al supuesto de que las vitaminas son un factor importante en la prevención de la desnutrición tanto crónica como aguda, lo cual a excepción del zinc no está referido en la literatura. (Unicef, 2008)

Ambos grupos estudiados tuvieron una definición parcial o solamente refirieron causas de la desnutrición en general, sin contemplar el aspecto de la talla como dato asociado a desnutrición crónica y ambos grupos al referirse a la desnutrición lo hacen con la imagen del niño o niña con desnutrición aguda severa, tipo marasmo, esto es similar a lo encontrado en el estudio sobre desnutrición y representaciones sociales de Moscoloni (Moscoloni, 2010)

Al considerar el significado histórico de la enfermedad, enfermedad que duele, que ataca, que sangra, que mata, se puede entender que en el presente la desnutrición no sea considerada una enfermedad ya que no duele, no se siente, no sangra, por lo tanto lo que preocupa es que los niños crezcan. En este sentido es posible comprender que los y las cuidadoras al igual que el personal de enfermería consideren a la desnutrición de los niños y niñas de San José Nacahuil como un estado que *“herencia” “son bajitos pero gorditos”*, como una suerte del destino o el azar, a la cual los niños *“caen”*.

De este modo, la representación mágica de la enfermedad podría explicar además, la pasividad en la búsqueda o práctica de técnicas de solución de dicha problemática. Además es importante considerar que el ser “macizos” les añadirá un mejor desempeño en su trabajo agrícola o físico, lo cual simboliza ingresos económicos y añade significado para las cuidadoras y cuidadores.

La mayoría de los cuidadores y cuidadoras no tuvo una interpretación aproximada o una representación cercana a la realidad al preguntarles su interpretación sobre lo que significa que la talla esta adecuada o normal para la edad del niño o niña. Pero el grupo de auxiliares, como era de esperarse tenían la mayoría una interpretación más aproximada a la correcta interpretación del indicador talla/edad.

En el grupo de cuidadores y cuidadoras, se observó que su edad influyó de manera positiva en el conocimiento y definición del concepto desnutrición y que el nivel educativo contribuyó sobre los conocimientos acerca de las repercusiones futuras de la desnutrición crónica. Esto podría interpretarse de que tanto el tiempo de exposición a información o la profundidad y calidad de la información repercute en la representación que los individuos construyen de los fenómenos que les rodean o les afectan.

Dentro de los grupos focales y las entrevistas, surgió como información relevante de las representaciones sociales los siguientes discursos y en cuanto a la causalidad una madre refirió: “A mí me nacen siempre así de cuatro libras, no sé si es la suerte, solo de bajo peso me nacen”, “El pan dulce no le doy mucho porque le dan lombrices y se pone desnutrido”. “Cuando están enfermos cuesta que crecen porque no comen bien”

Aunque predominaron los enfoques biologists en ambos grupos, se evocaron como causas la escases y la pobreza, esto puede ser debido a la experiencia diaria de luchar contra ella.

La respuesta más relevante de una cuidadora, sobre que significaba que un niño o niña estuviera del tamaño o talla adecuada para su edad fue: *“hay niños que tienen edad y no están crecidos”*

Una madre cuidadora expresó: *“Uno es que ellos no hagan cosas sobrecargadas, aquí en la aldea se miran niños pequeños que los mandan al monte a traer leña, entonces en ese sentido a ellos les afecta porque fíjese que un niño al crecer bien, seria no tener las cosas*

sobrecargadas que ellos tengan que tener porque los niños son importantes en la vida y tienen que estudiar para que ellos tengan una buena salud cuando crezcan. Porque aquí en la aldea se mira que son pequeñitos y allí vienen con su leñita algo sobrecargados.”

Prevalció el imaginario de que la buena alimentación consiste en frutas y verduras, así como consumo de vitaminas para evitar la desnutrición, no se tiene conocimiento de la variabilidad como de la cantidad de los alimentos para una alimentación nutritiva.

Por último, considerando que los niños y niñas son especialmente vulnerables en sus primeros mil días de vida desde la concepción, mediante el presente estudio se demuestra que en San José Nacahuil existen diversos factores que privan a los niños de protección contra la violación de sus derechos, entre ellos el derecho a la salud y la alimentación nutritiva.

X. CONCLUSIONES

1. Las representaciones sociales de la desnutrición crónica infantil del grupo de cuidadores y cuidadoras de la aldea San José Nacahuil, del municipio de San Pedro Ayampuc, se enfocaron en aspectos biológicos, factores determinantes inmediatos, y opiniones que no corresponden a un conocimiento aproximado del fenómeno y que tampoco representa una problemática para sus actores.
2. Las representaciones sociales de la desnutrición crónica infantil del grupo de auxiliares de enfermería del municipio de San Pedro Ayampuc, se enfocaron en aspectos biológicos, factores determinantes inmediatos, y opiniones que no corresponden a un conocimiento aproximado del fenómeno y que tampoco representa una problemática para sus actores.
3. Al compararse las representaciones sociales sobre el fenómeno desnutrición crónica infantil de ambos grupos, no se encontraron diferencias significativas; mostrando ambos grupos un enfoque biologista, sin mayores significados o sentidos en su interacción con el niño o la niña bajo su cuidado o atención.
4. La edad del o la cuidadora influyó en el conocimiento sobre el concepto de desnutrición crónica; de igual manera la educación influyó en el conocimiento sobre las repercusiones de la desnutrición crónica. Sin embargo, solamente en estos dos ejes de los seis ejes comparativos se encontraron diferencias que se pudieran considerar de significancia en el grupo de cuidadoras y cuidadores.
5. A pesar de la diferencias en cuantos aspectos formativos, educacionales y socioeconómicos del grupo de auxiliares de enfermería, con respecto a los y las cuidadoras, prevaleció en el primer grupo el pensamiento tradicional y las representaciones de la desnutrición sin mucha variación con las cuidadoras y cuidadores, pero si con muchas similitudes.
6. Resultó importante revelar el impacto perjudicial en el estado nutricional infantil, producido por diversos condicionantes epidemiológicos presentes en el contexto habitacional, demográfico y socio-cultural en el que viven los niños de San José Nacahuil, y conocer las representaciones sociales de la desnutrición según los actores.

XI. RECOMENDACIONES

1. Aunque la comunidad es bilingüe, se recomienda realizar estudios de este tipo en idioma maya o con traductores locales para obtener mayor riqueza en los discursos.
2. Continuar profundizando en el abordaje cualitativo de la desnutrición crónica entre las poblaciones más vulnerables para tener mayores referendos y motivar este tipo de investigaciones.
3. Se recomienda al Ministerio de Salud no despreciar el hecho de que tanto los auxiliares de enfermería como los y las cuidadoras consideraron las vitaminas como un factor que contribuye a prevenir o tratar la desnutrición, esto puede ser útil en la implementación de la estrategia de suplementación con zinc.
4. Tomar en cuenta que el cuidado de los niños y niñas en esta comunidad como en muchas del área rural está a cargo de las madres de familia, para orientar hacia ellas los programas de educación en salud en idioma maya.
5. Continuar profundizando en la investigación sobre representaciones sociales dentro del Programa de Educación en Alimentación y Nutrición (EAN) y otros programas de salud para un mejor abordaje.
6. Se recomienda utilizar los resultados obtenidos en esta investigación para orientar la planificación de intervenciones oportunas en salud y nutrición a nivel local, basadas en el enfoque de riesgo.

XII.BIBLIOGRAFIA

- Amigo, M. G. (2007). *Programas destinados a disminuir la desnutrición crónica*. Obtenido de ARCHIVOS LATINOAMERICANOS DE NUTRICION.
- Banch, M. A. (2000). Aproximaciones Procesuales y Estructurales al estudio de las Representaciones Sociales. *Papers on Social Representations Vol 9.*, 3.1-3.15.
- Beltrán A y Seinfeld J. (2009). Obtenido de http://www.up.edu.pe/ciup/SiteAssets/Lists/JER_Jerarquia/EditForm/20091209173220_DD-09-14.pdf
- Brown, J. E. (2008). Nutrición previa a la concepción/Nutrición del recién nacido. En J. E. Brown, *Nutrición en las diferentes etapas de la vida* (págs. 30-31,53,226). McGraw Hill Internacional.
- Cattáneo, A. (2002). Alimentación, salud y pobreza: la intervención desde un programa contra la desnutrición. *Archivos Argent de Pediatría 2002; 100(3) / 222, 222-232.*
- Ceirano, V. (Noviembre de 2000). *Las Representaciones Sociales de la pobreza*. Obtenido de Revista Electrónica de Epistemología de Ciencias Sociales: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10100909>
- CEPAL. (2006). *Análisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina, resultado del estudio en Guatemala*. Santiago, Chile: División de Desarrollo Social CEPAL.
- Conde, F. G. (Septiembre-Octubre de 2002). La Evolución de las Representaciones Sociales sobre la salud de las mujeres madreleñas 1993-2000. *Revista Española de Salud Pública, 76(5)*, 493-507.
- Delgado, H. (2010). *Informe Técnico Situación y Tendencias de la desnutrición crónica en Guatemala*. Guatemala: USAID.
- EscalanEscalante I, Bonvecchio A, Theodore F, Nava F, Villanueva MA, Rivera-Dommarco JA. (2008). Facilitadores y barreras para el consumo del complemento alimenticio del Programa Oportunidades. *Salud Pública Mexicana, 50*, 316-324.
- FAO. (2012). *Seguridad Alimentaria y Nutricional. Conceptos de SAN*. Obtenido de Programa Especial para la Seguridad Alimentaria - PESA - Centroamérica: <ftp://ftp.fao.org/TC/TCA/ESP/PESA/conceptosSAN.pdf>
- FAO/WHO. (2011). *Expert consultation on human vitamin and mineral require*. Roma.
- Filosofía, D. d. (Noviembre de 2008). Obtenido de <http://www.slideshare.net/deptofilo/representaciones-sociales-presentation>

- Herkovits, D. (2007). Praxis profesional y realidad clínica: la construcción de la desnutrición infantil como objeto terapéutico en un centro de atención primaria en la ciudad de Buenos Aires. *Cuadernos de Antropología Social* N° 25, 189-207.
- Insight A&T . (Septiembre de 2010). *Why stunting matters Technical Brief Issue*. Obtenido de aliveandthrive.org: www.aliveandthrive.org
- L, K. M., & Escott-Stump, S. (2000). *Nutricion y Dietoterapia de, Krause*. Mexico: McGraw Hill.
- Lancet. (2008). Maternal and child undernutrition: Consequences for adult health and human capital . *Lancet Vol. 371*, 340-357.
- MINEDUC. (2008). *MINEDUC. SESAN. Censo Nacional de Talla en Escolares. Guatemala 2008*. Obtenido de http://issuu.com/armando81/docs/resumen_ejecutivo_censo_08?mode=embed&documentId=090213152423-637e52d74ff24ddba0f867027d10b10a&layout=grey
- Monteiro, C. (2009). *Causes for the decline in child under nutrition in Brazil 2007*. Obtenido de Departamento de Nutrición, Facultad de Salud Pública, Universidad de San Pablo, Brazil.: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89102009000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Moscoloni, C. S. (2010). Abordaje de la desnutrición infantil. Aportes desde una perspectiva psicológica. *Extension Digital. Revista de la Secretaria de Extension Universitaria/Facultad de Psicologia*, 1-10.
- MSPAS. (2010). *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008*. Guatemala: CDC.
- MSPAS. (2011). *Ministerio de Salud de Guatemala*. Obtenido de Normas de Atención de Salud Integral: <http://www.mspas.gob.gt/>
- MSPAS,INE,CDC. (2010). *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil ENSMI 2008/2009*. Guatemala .
- MSPAS/INE/CDC. (2010). *II Encuesta Nacional de Micronutrientes 2009-2010 ENMICRON* . Guatemala.
- ONU. (2012). Obtenido de http://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2012/10/SUN-MP-REPORT_ES.pdf
- PNUD. (2008). Entre el hambre y la obesidad: la salud en un plato. En E. H. Garcia, *El sistema de salud en Guatemala, hacia donde vamos*. (pág. 24). Guatemala: Serviprensa.

- PNUD. (2011). *Análisis situacional de la malnutrición en Guatemala: sus causas y abordaje*. Guatemala: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.
- PRESANCA/OBSAN. (2008). *Consumo de alimentos y patrones dietéticos de la población guatemalteca*. Guatemala.
- RE, Black, LH Allen, ZA Bhutta, LE Caulfield, M de Onis, M Ezzati. (2008). Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*, 243-260.
- RENAP. (s.f.). Resolución UIP No 97-2012.
- Rey, F. G. (2006). *Investigación Cualitativa y Subjetividad*. Guatemala: Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala.
- Scheaffer, O. R. (2006). Elements de Muestreo. En *Muestreo* (pág. capítulo 4). México: Paraninfo.
- Unicef. (2008). *Lineamientos estratégicos para erradicación de la desnutrición crónica infantil en América Latina y el Caribe*. Panama: Unicef.
- Valencia, F. E. (2007). Aporte sobre la explicación y el enfoque de las Representaciones Sociales. En M. d. Tania Rodrigues S, *Representaciones Sociales. Teoría e Investigación* (págs. 89-136). Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- WHO. (2011). WHO Antro for Personal Computers Manual, version 3.2.2, 2011. *Software for assessing growth and development of the world's children*. Geneva: WHO.

XIII. ANEXOS

A. Consentimiento Informado

Guatemala _____ de 2012

Yo: _____ de _____ años de edad, he sido informado (a) de la realización y propósitos de la investigación "Representaciones Sociales de la desnutrición crónica infantil". Estoy enterado (a) que los fines son estrictamente de orden académico. Y decido participar de manera voluntaria, respondiendo a los cuestionarios y entrevistas. Ya se me ha explicado que se mantendrá mi nombre en el anonimato y se respetará mi derecho de opinión.

F. _____

B. Instrumentos

Cuestionario N.1

Instrucciones: Llenar los ítems con X. Llenar los ítem con una X donde corresponde, con datos de la persona entrevistada, cuidador y/o cuidadora.

A. No. _____	B. Fecha: ___	C. Sexo:	F _____	M _____	<input type="checkbox"/>
D. Edad de cuidador (a)			1 15-20 años		<input type="checkbox"/>
			2 21 a 25 años		<input type="checkbox"/>
			3 26 a 30 años		<input type="checkbox"/>
			4 31 a 45 años		<input type="checkbox"/>
			5 46 a 55 años		<input type="checkbox"/>
			6 > 55 años		<input type="checkbox"/>
E. Escolaridad		1. Ninguna			<input type="checkbox"/>
		2. Primaria:	a. completa		<input type="checkbox"/>
			b. incompleta		<input type="checkbox"/>
		3. Secundaria:	a. completa		<input type="checkbox"/>
			b. incompleta		<input type="checkbox"/>
		4. Diversificado	a. completa		<input type="checkbox"/>
			b. incompleta		<input type="checkbox"/>
		5. Otro:	_____		
F. Cantidad de Niños o niñas menores de cinco años bajo su cuidado:					
					<input type="checkbox"/>
G. Parentesco con el niño o niñas a su cargo:		1 .madre			<input type="checkbox"/>
		2. padre			<input type="checkbox"/>
		3. abuela (o)			<input type="checkbox"/>
		4. hermana (o)			<input type="checkbox"/>
		5. tia (o)			<input type="checkbox"/>
		6. empleada (o)			<input type="checkbox"/>
		7. otro			<input type="checkbox"/>
H. Evaluación Antropométrica de los niños y niñas bajo su cuidado					
		1 1.Niño	<input type="checkbox"/>	2.Niña	<input type="checkbox"/>
		2.Fecha Nacimiento:	___ / ___ / ___		
		3. Peso (Kg.)	_____		
		4. Talla/Longitud (cms.)	_____		
		5.Kwashiorkor			<input type="checkbox"/>
		6.Marasmo			<input type="checkbox"/>

			3	1. Niño <input type="checkbox"/>	2. Niña <input type="checkbox"/>	
				2. Fecha Nacimiento:	___ / ___ / ___	
				3. Peso (Kg.)	_____	
				4. Talla/Longitud (cms.)	_____	
				5. Kwashiorkor	<input type="checkbox"/>	
				6. Marasmo	<input type="checkbox"/>	
			I. ¿Lleva al servicio de salud a los niños o niñas < 5 años bajo su cuidado a control de peso y estatura?			
				1. SI	<input type="checkbox"/>	
				2. NO	<input type="checkbox"/>	
			J. Lactancia Materna			
				1. SI	<input type="checkbox"/>	
				2. NO	<input type="checkbox"/>	
		1. Exclusiva	1. Por 6 meses		<input type="checkbox"/>	
			2. < 6 meses		<input type="checkbox"/>	
		2. Mixta			<input type="checkbox"/>	
		3. Lactancia materna	1. 6 a 12 meses		<input type="checkbox"/>	
			2. 12 a 18 meses		<input type="checkbox"/>	
			3. 18 a 24 meses		<input type="checkbox"/>	
			4. > 24 meses		<input type="checkbox"/>	
			K. Alimentacion			
		1. Edad que inicio otros alimentos			<input type="checkbox"/>	
			1. 1 a 2 meses			
			2. 3 a 4 meses		<input type="checkbox"/>	
			3. 5 a 6 meses		<input type="checkbox"/>	
			> 6 meses		<input type="checkbox"/>	
		5. Le da otras comidas o liquidos ademas del pecho?	1. si		<input type="checkbox"/>	
			2. no		<input type="checkbox"/>	
		F. Cuantas veces / día	1. una		<input type="checkbox"/>	
			2. dos		<input type="checkbox"/>	
			3. tres		<input type="checkbox"/>	
			4. cuatro		<input type="checkbox"/>	
			5. mas de cinco		<input type="checkbox"/>	
		L. Vacunacion				
			1. según esquema		<input type="checkbox"/>	
			2. Atrasada		<input type="checkbox"/>	
		M. Suplementacion con micronutrientes				
			1. si		<input type="checkbox"/>	
			2. no		<input type="checkbox"/>	

Instructivo del cuestionario N.1

El objetivo de este instrumento es recolectar información sobre la investigación Representaciones sociales de la desnutrición crónica en la Aldea San José Nacahuil.

Instrucciones del llenado:

Utilice lapicero de tinta negra.

Los datos serán llenados a mano por el encuestador o encuestadora en el momento de la entrevista. Se grabaran la entrevista para corroborar las respuestas. El cuestionario está dirigido a cuidadores y cuidadoras de niños y niñas menores de cinco años de la Aldea San José Nacahuil.

1. Número de la Entrevista: Se coloca en la línea por número arábigo correlativo y las letras iniciales del nombre en letras mayúsculas.

2. Fecha: Debe escribirse la fecha en que se realiza la encuesta con el siguiente patrón numérico; 00/00/00, día/mes/año.

Del ítem 3 al 5 llenar la casilla con una X donde corresponda.

6. Cantidad de niños o niñas menores de cinco años bajo su cuidado: debe escribirse sobre la línea la cantidad con números arábigos enteros.

7. Parentesco: marcar con una X.

8. Evaluación Antropométrica: Se hará evaluación de cada niño o niña menor de cinco años, que se encuentra bajo el cuidado del o la entrevistada. Se hará la medición con tallimetro a los mayores de 24 meses y longitud con infantómetro a todos los menores de 23 meses. Se calculara edad en base a fecha de nacimiento dada por el o la cuidadora y/o registrada en el carnet de vacunación o certificación de nacimiento. Si él o la entrevistada cuida más de tres niños, se registraran estos datos en hojas anexas.

9. Llenar casilla con una X donde corresponde. Y se verificara en el carnet de vacunación si lo ha traído por lo menos a 2 controles de peso y talla en los últimos meses según indica el protocolo de monitoreo antropométrico, o en el cuadernillo de vacunación del servicio de salud.

10. Llenar con una X la casilla donde corresponda, los datos de la pregunta 11 y 12 se obtienen del carnet da vacunación o de los cuadernillos de vacunación del servicio de salud.

ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA

La siguiente entrevista es de preguntas abiertas, las respuestas deberán grabarse, la entrevista deberá realizarse a cuidadores y cuidadoras de niños y niñas menores de 60 meses.

No: _____ Cantón: _____ Edad: _____

1. ¿Para usted qué es la desnutrición?

2. ¿Cómo es un niño o niña desnutrido o desnutrida?

3. ¿Cómo es un niño o niña que NO está desnutrido o desnutrida?

4. ¿Por qué se pone desnutrido o desnutrida un niño o niña?

5. ¿Para Ud. que quiere decir que un niño o niña está bien de estatura o tamaño para su edad?

6. ¿Cómo sabe que el niño o niña que cuida está bien de estatura para la edad que tiene?

7. ¿Qué se necesita para que un niño o niña tenga un buen tamaño/estatura para su edad?

8. ¿Qué haría si se da cuenta que la niña o niño que cuida está bajo de estatura para su edad?

9. ¿Qué pasará con el niño o niña que cuida cuando sea grande si crece bien de estatura?

10. ¿Qué cree que pasará si el niño o niña que cuida NO crece bien de tamaño/estatura?

11. ¿Por qué cree que es importante que un niño o niña crezca bien de tamaño/estatura?

12. ¿Por qué trae a su niño o niña al control de peso y estatura? o ¿Por qué NO?

13. ¿Será lo mismo el peso que la estatura?

14. ¿Cómo se siente Ud. cuando le dicen que su niño está bien de peso y estatura? ¿O lo contrario?

Instructivo de la entrevista semi estructurada.

El objetivo de este instrumento es recolectar información sobre la investigación Representaciones sociales de la desnutrición crónica en la Aldea San José Nacahuil. . Es la fase cualitativa del estudio.

Instrucciones de llenado:

1. El código debe ser el mismo que el del cuestionario.
2. Estas preguntas son de respuesta abierta.
3. La entrevista está dirigida a los y las cuidadoras de niños y niñas comprendidos entre las edades de 6 meses a 59 meses y 29 días.
4. La entrevista está dirigida a los y las auxiliares de enfermería (modificada).
5. La entrevista será grabada por medio de audio, el cual se identificará con el mismo código que el cuestionario.

CUESTIONARIO N. 2

Instrucciones: Este cuestionario debe ser llenado por un informante adulto, por él o la cuidadora o el jefe de hogar. Los ítems deben llenarse con una X y deben llenarse los espacios en blanco.

No. _____

CANTON:

A. Características habitacionales:

1.

- | | | |
|----------|-------------|--------------------------|
| Paredes: | a. lámina | <input type="checkbox"/> |
| | b. adobe | <input type="checkbox"/> |
| | c. madera | <input type="checkbox"/> |
| | d. block | <input type="checkbox"/> |
| | e. ladrillo | <input type="checkbox"/> |
| | f. otros | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|----------|------------------------|--------------------------|
| 2. Piso: | a. tierra | <input type="checkbox"/> |
| | b. cemento | <input type="checkbox"/> |
| | c. ladrillo de cemento | <input type="checkbox"/> |
| | d. cerámica | <input type="checkbox"/> |
| | e. otros | <input type="checkbox"/> |

3. Abastecimiento de agua para consumo:

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| a. pozo | <input type="checkbox"/> |
| b. entubada | <input type="checkbox"/> |
| c. pluvial | <input type="checkbox"/> |
| d. río | <input type="checkbox"/> |
| e. embotellada | <input type="checkbox"/> |
| f. chorro público | <input type="checkbox"/> |
| g. sin datos | <input type="checkbox"/> |
| h. otros | <input type="checkbox"/> |

4. Tratamiento de agua de consumo:

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| a. cloro | <input type="checkbox"/> |
| b. hervida | <input type="checkbox"/> |
| c. filtro artesanal | <input type="checkbox"/> |
| d. sodis | <input type="checkbox"/> |
| e. ninguno | <input type="checkbox"/> |
| f. otro | <input type="checkbox"/> |

5. Disposición sanitaria de excretas

- | | |
|--------------|--------------------------|
| a. sanitario | <input type="checkbox"/> |
|--------------|--------------------------|

- b. letrina
- c. cielo abierto
- d.sin datos
- e. otros

6. Hacinamiento: Se define hogares con hacinamiento a aquellos en donde habitan más de tres personas por cuarto, sin considerar la cocina y el baño.

- a. con hacinamiento
 - b. sin hacinamiento
7. Servicio electrico:
- a. Si
 - b. No

B. Características

Demográficas:

1. Tipo de familia

- a. extensa
- b. nuclear numerosa
- c. nuclear sin hijos
- d.nuclear ampliada
- e.binuclear o reconstituida
- f. monoparental
- g. nuclear con hijos

2. lugar de residencia

- a. Migrante
- b. No migrante

3. No. De miembros del nucleo familiar _____

4.No. Total que componen la familia _____

5.

Número de Hijos:

- a. hijos < 5 años _____
- b. hijos > 5 años _____

6. Edad materna

- a.15-20 años
- b.21 a 25 años
- c.26 a 30 años
- d.31 a 45 años

e.46 a 55 años f.> 55 años

C. Características
Socioeconómicas

:

1. Escolaridad de la madre de familia:

a.Ninguna

i.completa

ii.

b.Primaria:

incompleta

c.Secundaria:

i.completa

ii.

incompleta

d. Diversificado

i.completa

ii.

incompleta

e. Otro:

2. Escolaridad del padre de familia:

a. Ninguna

b.Primaria:

i.completa

ii.

incompleta

c.Secundaria:

i.completa

ii.

incompleta

d. Diversificado

i.completa

ii.

incompleta

e. Otro:

3. Situación Laboral del o de la Jefe/a de Familia:

a. sin trabajo b.informal c. formal d. jubilado/pensionado e. sin datos

4. Situación laboral de la madre fuera del hogar

a. sin trabajo b.informal c. formal d. jubilado/pensionado

e. sin datos	<input type="checkbox"/>
5. Actividad laboral del o de la Jefe/a de Familia:	
a. ama de casa	<input type="checkbox"/>
b. agricultor	<input type="checkbox"/>
c. jornalero/a	<input type="checkbox"/>
d. domésticos	<input type="checkbox"/>
e. comerciante	<input type="checkbox"/>
f. construcción	<input type="checkbox"/>
g. operario/a	<input type="checkbox"/>
h. Crianza de animales	<input type="checkbox"/>
i. otros	<input type="checkbox"/>
6. Ingresos familiares	
a. Q500 a 1000/ mensuales	<input type="checkbox"/>
b. 1000 a 1500/ mensuales	<input type="checkbox"/>
c. 1500 a 2000/ mensuales	<input type="checkbox"/>
d. > 2000 /mensuales	<input type="checkbox"/>
7. Total de ingresos familiares:	_____
8. Recepción de Planes Sociales y/o Asistencia Alimentaria	
a. Planes Sociales/ Asistencia alimentaria	<input type="checkbox"/>
b. Bolsa de Alimentos	<input type="checkbox"/>
c. Transferencias condicionadas	<input type="checkbox"/>
d. Sin datos	<input type="checkbox"/>
D. Características Socioculturales	
1. Idioma materno	
a. Caqchiquel	<input type="checkbox"/>
b. Español	<input type="checkbox"/>
c. Ambos	<input type="checkbox"/>

Instructivo del cuestionario N.2

El objetivo de este instrumento es recolectar información sobre la investigación Representaciones sociales de la desnutrición crónica en la Aldea San José Nacahuil. Este cuestionario corresponde a la fase cuantitativa del estudio, y cuestiona aspectos de condiciones de vida de la familia.

Instrucciones del llenado: Utilice lapicero de tinta negra.

1. Los datos serán llenados a mano por el encuestador o encuestadora en el momento de la visita domiciliaria al hogar del o de las niñas menores de cinco años.
2. Número de la Entrevista: Se coloca en la línea por número arábigo correlativo y con las iniciales del nombre y apellido del informante.
3. Todos los ítem se debe llenar la casilla con una X donde corresponda, o llenarse los espacios en blanco.
4. Cantidad de niños o niñas menores de cinco años bajo su cuidado: debe escribirse sobre la línea la cantidad con números arábigos enteros.



REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS UNIDAD DE INFORMACIÓN PÚBLICA

Cantidad de nacimientos inscritos en el Registro Nacional de las Personas en el municipio de San Pedro Ayampuc del Departamento de Guatemala, durante el año 2011

819

Cantidad de nacimientos inscritos en el Registro Nacional de las Personas en San José Nacahuil, durante el año 2011

24

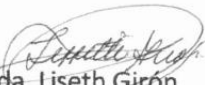
Guatemala 24 de Julio de 2012

Dra. Ángela Iracema Molina Pacheco
Presente.

Por medio de la presente, me dirijo a usted para informarle que se le autoriza la realización del trabajo de campo de su tesis sobre Representaciones Sociales de la desnutrición Crónica, en el Puesto de Salud de la aldea San José Nacahuil perteneciente a este distrito, así como las entrevistas al personal de salud de este distrito de manera voluntaria.

Sin otro particular, y esperando serle de apoyo, le deseamos éxitos en su proceso de investigación y maestría.

Atte.


Licda. Liseth Girón

Directora Centro de Salud de San Pedro Ayampuc.



Angela Iracema Molina Pacheco

AUTORA

Dra. Diana Ligia Amparo Letona Avendaño

ASESORA

Vivian Matta de García, MSc.

DIRECTORA

Oscar Manuel Cobar Pinto, Ph.D.

DECANO

