

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y FARMACIA



Prácticas de alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional y nivel socioeconómico familiar.

Estudio realizado en el Municipio de Santa Catarina Barahona, departamento de Sacatepéquez. Guatemala

Rita María Hernández de León

Nutricionista

Guatemala, noviembre de 2017

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y FARMACIA

**Prácticas de alimentación complementaria y su relación con el estado
nutricional y nivel socioeconómico familiar.**

Estudio realizado en el Municipio de Santa Catarina Barahona, departamento de
Sacatepéquez. Guatemala

Informe de Tesis

Presentado por
Rita María Hernández de León

Para optar al título de
Nutricionista

Guatemala, noviembre de 2017

JUNTA DIRECTIVA
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y FARMACIA

Dr. Rubén Dariel Velásquez Miranda	Decano
M.A. Elsa Julieta Salazar Meléndez de Ariza	Secretaria
M.Sc. Miriam Carolina Guzmán Quilo	Vocal I
Dr. Juan Francisco Pérez Sabino	Vocal II
Lic. Carlos Manuel Maldonado Aguilera	Vocal III
Br. Andreína Delia Irene López Hernández	Vocal IV
Br. Carol Andrea Betancourt Herrera	Vocal V

ACTO QUE DEDICO A:

- La vida** Por permitirme llegar a este momento y enseñarme tanto.
- Mis padres** Rosina y José Antonio, por brindarme todo su apoyo, y amor, porque nunca me cortaron las alas y por educarme como una persona con criterio y valores. A mi papá, por tu especial apoyo en esta investigación, los consejos y por dejarme aprender de ti.
- Mis hermanos** Majo y José, porque siempre fueron y serán mi soporte incondicional y mi ejemplo a seguir. A mi Loly por acompañarme cada día en esta aventura.
- Mi familia** A mis tías/os y primas/os por animarme a siempre seguir adelante. Especialmente a la familia Aguilar Sánchez, siempre estaré agradecida por todo su cariño y apoyo.
- Doctor** Mauricio O´Connell por ser mi ángel y ayudarme a creer como persona.
- Mis abuelos** Porque siempre los sentí a mi lado guiándome.
- Mis amigos** Sin ustedes este viaje no habría sido el mismo, en especial a Rocío, Alejandra, Susana, Joanna, Anaí y Stephanie su apoyo ha sido invaluable.

AGREDECIMIENTOS A:

La Gloriosa y Tricentenaria Universidad de San Carlos de Guatemala

Por ser mi Alma Mater, mi segundo hogar, por formarme como profesional pensando en retribuir a Guatemala.

Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia

Por darme las herramientas para ser una profesional.

Doctora

María Isabel Orellana de Mazariegos, por todo el apoyo y tiempo dedicado a mi formación como profesional y persona, por su contribución en la revisión de esta investigación.

Licenciado

José Antonio Aguilar Catalán, por su valiosa colaboración en la revisión y asistencia de esta investigación y por todo el apoyo y cariño.

Licenciada

Michelle Monroy, por todo el tiempo y conocimientos dedicados para la elaboración de la investigación.

Docentes

De la Escuela de Nutrición, por brindarme los conocimientos y contribuir a mi formación como persona.

Amigos

Del Área de Salud de Sacatepéquez y Puesto de Salud de Santa Catarina Barahona, por recibirme y ayudarme en la realización de esta investigación.

TABLA DE CONTENIDO

ABREVIATURAS.....	1
ÍNDICE DE TABLAS	2
ÍNDICE DE FIGURAS	4
RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	7
ANTECEDENTES	8
Estado Nutricional.....	8
Valoración del Estado Nutricional.....	8
Factores condicionantes del estado nutricional	12
Buenas prácticas alimentarias	17
Buenas prácticas alimentarias en lactancia materna.....	17
Buenas prácticas en la alimentación complementaria	18
Situación Alimentaria y Nutricional en Guatemala	26
Estudios previos.....	29
Caracterización de Santa Catarina Barahona.....	31
Composición demográfica	32
Condiciones de vida	32
Atención en salud	32
JUSTIFICACIÓN	34
OBJETIVOS	36
General	36
Específicos.....	36
MATERIALES Y MÉTODOS	37
Tipo de estudio	37
Universo de trabajo.....	37
Población.....	37
Muestra.....	37

Instrumentos	38
Consentimiento informado	38
Boleta de encuesta sobre perfil socioeconómico, evaluación nutricional y prácticas alimentarias	38
Materiales y Equipo.....	38
Equipo antropométrico del puesto de salud.....	38
Equipo y materiales de oficina.....	38
Metodología de trabajo	39
Diseño del instrumento	39
Selección de muestra	39
Criterios de inclusión.....	39
Acceso al campo y Aplicación del instrumento	39
Procesamiento, tabulación y análisis de la información.....	40
Elaboración y Presentación del Informe de Investigación.....	41
RESULTADOS	42
Perfil socioeconómico	42
Estado nutricional.....	47
Prácticas alimentarias	50
Lactancia materna	50
Alimentación complementaria.....	54
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	62
Perfil socioeconómico	62
Estado nutricional.....	63
Prácticas alimentarias	64
Lactancia materna.....	64
Alimentación complementaria.....	64
CONCLUSIONES.....	67
RECOMENDACIONES	69
REFERENCIAS.....	71
ANEXOS	74

Anexo 1.....	74
Anexo 2.....	76

ABREVIATURAS

BP	Buenas prácticas
CMB	Circunferencia media de brazo
CONASAN	Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria Nutricional
DE	Desviación estándar
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación
HOME	Home Observation for Measurement of the Environment
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IMC	Índice de masa corporal
INCAP	Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá
INE	Instituto Nacional de Estadística
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PESA	Programa Especial para la Seguridad Alimentaria
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PROSAN	Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional
P/E	Peso / Edad
P/T	Peso / Talla
SAN	Seguridad Alimentaria y Nutricional
SEGEPLAN	Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia
SESAN	Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional
SIGSA	Sistema de Información Gerencial de Salud
SINASAN	Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria Nutricional
T/E	Talla / Edad
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla	Nombre	Pág.
1	Recomendaciones sobre alimentación del infante	21
2	Evolución de la desnutrición en Guatemala según el IDH	29
3	Perfil socioeconómico familiar	42
4	Ingreso económico familiar	43
5	Nivel educativo de los padres	43
6	Composición familiar	44
7	Actividad principal de la madre	44
8	Producción de alimentos a nivel familiar	45
9	Acceso a alimentos	45
10	Lugar de compra de alimentos	46
11	Lugar, forma y tiempo de almacenamiento de alimentos	47
12	Estado nutricional de población menor de dos años	48
13	Distribución de la población menor de dos años por sexo según el estado nutricional	49
14	Distribución de la población menor de dos años por edad según el estado nutricional	49
15	Posición en el hogar del padre o encargado y su relación con el estado nutricional de los menores de dos años	50
16	Lactancia materna, tipo y frecuencia	51
17	Conocimientos sobre lactancia materna	52
18	Lactancia materna y estado nutricional	53
19	Lactancia materna e ingreso económico familiar	53
20	Relación entre conocimientos previos sobre lactancia materna de los padres o cuidadores y estado nutricional del niño menor de dos años.	54
21	Prácticas alimentarias actuales	55
22	Relación entre frecuencia de comidas e ingreso económico	55

	familiar	
23	Congruencia entre introducción de alimentos y las Guías Alimentarias	56
24	Forma de introducción de alimentos y estado nutricional	57
25	Nivel educativo y su relación con las prácticas de alimentación complementaria	58
26	Relación entre la forma de introducción de alimentos e ingreso económico familiar	58
27	Variedad dietética	59
28	Educación sobre alimentación complementaria	60
29	Prácticas de higiene en la preparación de alimentos	60
30	Frecuencia de monitoreo de crecimiento y estado nutricional	61
31	Relación entre estado nutricional según T/E y edad del padre o encargado	61

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura	Título	Pág.
1	Determinantes del acceso a los alimentos	14
2	Factores que inciden en el consumo de alimentos	16
3	Reporte SIGSA. Semana 35	27
4	Clasificación del estado nutricional en escolares	28
5	Evolución del IDH Guatemala	28
6	Prácticas de higiene en el hogar	47
7	Fuente de abastecimiento de agua	47
8	Distribución de la población menor de dos años según su estado nutricional	48
9	Razones para dar lactancia materna	51
10	Razones para proporcionar una alimentación mixta	52
11	Inicio de la alimentación complementaria	54

RESUMEN

Guatemala es un país que por décadas ha sufrido los efectos del problema de desnutrición, especialmente en los grupos más vulnerables, uno de ellos es la población menor de dos años. A pesar de esto, existen casos de éxito como es el municipio de Santa Catarina Barahona, en el departamento de Sacatepéquez, el cual ha logrado la Seguridad Alimentaria Nutricional, según informes municipales.

Las prácticas alimentarias son un conjunto de hábitos, conocimientos, creencias, costumbres y formas de comportamiento aprendidos por el hombre que se ven influenciados por varios factores vinculados fuertemente con el estado nutricional del individuo.

La presente investigación, buscó documentar los aspectos relevantes sobre las prácticas alimentarias en niños menores de 2 años que asisten al puesto de Salud de Santa Catarina Barahona y establecer su relación con el estado nutricional y nivel socioeconómico de los padres o encargados.

Los resultados muestran que el perfil socioeconómico de las familias no es un factor que incide directamente en el estado nutricional de los menores de dos años. Sin embargo, las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria si están asociadas con el perfil socioeconómico y nivel educativo de los padres y por ende con el estado nutricional.

Según los resultados del estudio, el 98% de las familias perciben algún ingreso económico; el 93% tiene un ingreso promedio mensual menor a la canasta básica de alimentos medida para el mes de enero del 2017; El 36% de los padres o encargados cursaron la primaria completa; el 20% posee estudios de nivel básico y el 18% poseen estudios superiores. Esto permite inferir que las familias que amplían sus oportunidades laborales, pero que además accesan a una mejor educación, logran tener mejores condiciones generales en cuanto a medios de

vida y a una mayor apertura a cambios de comportamiento que pueden permitirles mejorar su calidad de vida en el hogar.

Del total de la población infantil estudiada, el 69% no presenta desnutrición crónica, el 82% se encuentra sin desnutrición aguda y un 83% sin desnutrición global. Cabe resaltar que la mayoría de menores con desnutrición se encuentran en el rango de 13 a 24 meses de edad, lo cual confirma lo que refiere la literatura sobre esta etapa crítica.

El total de la población menor de dos años de edad participantes en el estudio, reciben lactancia materna, lo que es un factor positivo en la salud de los niños. El inicio de la ablactación se da a los seis meses en el 70% de los casos, en donde la frecuencia de comidas es acorde a las recomendaciones dadas por las Guías Alimentarias para menores de dos años de Guatemala. Sin embargo, existen fallas en la temporalidad de introducción de alimentos, ya sea de una forma temprana o tardía. El estudio evidenció también que los niños poseen una dieta variada no importando el momento de introducción de los alimentos.

Las prácticas alimentarias que han llevado los menores de Santa Catarina Barahona son alentadoras, las cuales están relacionadas con el acceso a información previa sobre buenas prácticas alimentarias y de higiene, agua y saneamiento en el hogar, así como el tiempo dedicado al cuidado de los niños. Todo esto explica los bajos índices de desnutrición que presenta el municipio.

INTRODUCCIÓN

La alimentación está relacionada con la vida cotidiana, que es la realidad sociocultural en que se desenvuelve el hombre. También está estrechamente vinculada a la cultura y la sociedad, pues incluye tradiciones, hábitos, tabúes, idioma y otros rasgos propios de la misma, que se van transmitiendo de generación en generación.

Las prácticas alimentarias son un conjunto de hábitos, conocimientos, creencias, costumbres, y formas de comportamiento aprendidos por el hombre; estas se ven influenciadas por factores geográficos, culturales, económicos, religiosos, educativos, etc. y se vinculan fuertemente con el estado nutricional del individuo.

En este sentido, Guatemala es un país, que por décadas ha venido sufriendo los efectos del problema de desnutrición, especialmente en los grupos más vulnerables, uno de ellos es la población menor de cinco años.

Sin embargo, existen casos exitosos como el de Santa Catarina Barahona, que en los últimos años, ha logrado la Seguridad Alimentaria Nutricional a pesar de poseer características comunes con muchos otros municipios del país, que siguen luchando por lograrla (CMD, SEGEPLAN, & DPT, 2010).

Es por esto que estudiar la relación de las prácticas alimentarias con el estado nutricional y el nivel socioeconómico constituye un ejercicio interesante, para generar información científica, documentando experiencias exitosas e identificando aquellos elementos que han sido determinantes de éxito o fracaso, lo que motivó el presente estudio.

Se buscó identificar aspectos relevantes sobre las prácticas alimentarias en niños menores de 2 años que asisten al puesto de Salud de Santa Catarina Barahona, para así establecer si existe alguna relación con el estado nutricional de los infantes.

ANTECEDENTES

Estado Nutricional

La literatura refiere, una amplia gama de definiciones de diferentes fuentes en cuanto a lo que es el estado nutricional. Esto debido a que el mismo es resultado de una serie de determinantes en un espacio dado, representado por factores físicos, genéticos, biológicos, culturales, psico-socio-económicos y ambientales, entre otros. Para citar algunos ejemplos:

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación –FAO- “... Estado Nutricional es la condición del organismo que resulta de la relación entre las necesidades nutritivas individuales y la ingestión, absorción y utilización de los nutrientes contenidos en los alimentos...” (FAO,s.f.).

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia –UNICEF- (2012) lo define como: “ El estado de crecimiento o el nivel de micronutrientes de un individuo” (UNICEF, 2012).

Según Estébanez “...El estado nutricional es el resultado de una amplia gama de condiciones sociales y económicas y constituye un indicador muy sensible del nivel general de desarrollo...” (Estébanez, 2005).

Por lo tanto, de acuerdo a los objetivos de la presente investigación, las definiciones anteriores constituyen el marco de referencia que orientará la acción.

Valoración del Estado Nutricional. La valoración de estado nutricional busca conocer o estimar el estado de nutrición de un individuo o población en un momento dado. Así mismo busca medir el impacto de la nutrición sobre la salud, el rendimiento o la supervivencia; identificar individuos en riesgo, prevenir la mala nutrición por medio de intervenciones específicas, monitoreo, vigilancia, y seguimiento de programas entre otros.

Según Castillo y Zenteno "...la valoración nutricional para un individuo es igual que para un grupo, aunque no siempre se utiliza la misma metodología en ambas situaciones; generalmente, la valoración del estado nutricional de una persona o de un grupo de población debe hacerse desde una múltiple perspectiva: dietética, antropométrica, bioquímica, inmunológica y clínica" (Castillo Hernández & Zenteno Cuevas, 2004).

El método dietético permite estimar el consumo de los nutrientes y la energía consumida por la persona. Al comparar la dieta habitual con las recomendaciones se pueden detectar factores de riesgo. Anaya y Arenas (2012), mencionan que "...ayuda a examinar las preferencias alimentarias, características psicosociales que pueden influir en los hábitos de consumo y la historia y hábitos de la familia y del entorno".

El método antropométrico, ayuda a medir de una manera científica el cuerpo humano, sus componentes y el esqueleto. La información básica para evaluar el estado nutricional desde el método antropométrico es la edad, peso, longitud o talla, perímetro cefálico y circunferencia de cintura.

Las pruebas bioquímicas pueden medir los niveles en sangre de vitaminas, minerales y proteínas; se utilizan para detectar deficiencias subclínicas. Sus resultados pueden ser usados para complementar los datos antropométricos, dietéticos y clínicos y poder identificar problemas nutricionales específicos (Anaya Prado, Arenas Márquez, & Arenas Moya, 2012).

La carencia de nutrientes puede llegar a provocar alteraciones en la inmunidad de la persona, aumentando la susceptibilidad a infecciones y una mayor desnutrición.

Los signos clínicos permiten identificar ciertos signos y síntomas que se desarrollan a causa de la deficiencia o exceso de algún micro/macronutriente. Demuestran los cambios físicos que se pueden llegar a dar por una mala nutrición (Castillo Hernández & Zenteno Cuevas, 2004).

Principales indicadores utilizados en el estado nutricional. Tal como la palabra lo sugiere, un indicador da una “indicación”, es decir, trata de reflejar una determinada situación o una realidad subyacente difícil de calificar directamente. Proporciona generalmente un orden de magnitud. Puede incluir variables cuantitativas o cualitativas recogidas en forma de medidas, de preguntas y observaciones según la naturaleza del problema en estudio (FAO, 2006).

No todos los indicadores tienen el mismo valor. En teoría, ello depende de su capacidad de reflejar lo mejor posible la realidad más o menos compleja que se quiere conocer. Los indicadores se caracterizan normalmente por un determinado número de propiedades que permiten apreciar este valor, por lo menos en un contexto dado. Se debe tomar en cuenta que no todos presentan todas las propiedades de un buen indicador (validez, objetividad, sensibilidad, confiabilidad, comparabilidad, credibilidad, simplicidad, costo, entre otras), al hacer la selección se debe decidir a cuáles dar prioridad, según la naturaleza del problema en estudio.

Castillo y Zenteno (2014), resaltan las características de los indicadores para la evaluación del estado nutricional, mencionando como necesarias las siguientes:

1. Modificables
2. Confiables
3. Reproducibles y
4. Susceptibles de validación.

Para el caso de la valoración del estado nutricional, se puede recurrir a indicadores directos e indirectos. Los indicadores directos evalúan a los individuos y los indirectos permiten sospechar la prevalencia de problemas nutricionales. Los indicadores directos más comunes son los antropométricos, pruebas bioquímicas y datos clínicos, entre otros (Castillo Hernández & Zenteno Cuevas, 2004).

De acuerdo con Garza (2013) entre los indicadores antropométricos más utilizados están:

Peso para la edad. Vigila la evolución del individuo, por medio del seguimiento de su curva de crecimiento. Es considerado como un indicador general del estado nutricional. Identifica la desnutrición global.

Talla para la edad. Identifica desnutrición crónica, con retraso en talla. Su vigilancia periódica es un buen indicador de crecimiento, el cual se determina al comparar la estatura actual con la esperada según edad y sexo.

Peso para la talla. Es ideal para evaluar el estado de nutrición en corto plazo, sus valores por debajo de lo normal indican una variación reciente del estado nutricional (desnutrición aguda) y también permite identificar sobrepeso u obesidad.

IMC (índice de masa corporal). Se obtiene al dividir el peso (kg) entre la estatura (m²) y se correlaciona con la grasa en los adultos. Así mismo relaciona el peso con la estatura y la edad, por lo que se puede utilizar también en menores de 18 años.

CMB (circunferencia media del brazo). Permite estimar la composición corporal estableciendo una relación entre la masa grasa y la masa muscular (Garza, 2013).

En cuanto a los indirectos, según Castillo Hernández y Zenteno Cuevas (2014) los más utilizados son los socioeconómicos (ingreso, pobreza, vivienda, escolaridad, ocupación, capacidad de compra, consumo aparente, distribución del gasto, etc.), disponibilidad de alimentos, tasas o estructuras de morbilidad y mortalidad infantil, entre otros (Castillo Hernández & Zenteno Cuevas, 2004).

En cuanto al estado de bienestar de una población, el Índice de Desarrollo Humano (IDH), es uno de los indicadores más conocidos y utilizados. Es un indicador sintético de los logros medios obtenidos en las dimensiones

fundamentales del desarrollo humano: tener una vida larga y saludable; adquirir conocimientos y disfrutar de un nivel de vida digno. Es una medida que refleja los logros en capacidades básicas, en tres dimensiones: salud, educación y nivel de vida. El IDH para Guatemala en el 2015 fue de 0.494 (PNUD, 2016).

En Guatemala, dadas sus características como país en vías de desarrollo, los indicadores del estado nutricional no sólo reflejan las condiciones de salud sino también la pobreza y las limitaciones de desarrollo de toda la población; además se reconoce que el estado nutricional está estrechamente asociado a su morbilidad y mortalidad (MSPAS, INE, & Segeplan, 2015).

Factores condicionantes del estado nutricional. La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), define a la Seguridad Alimentaria y Nutricional –SAN- como “...el derecho de toda persona a tener acceso a alimentos sanos y nutritivos, en consonancia con el derecho a una alimentación apropiada y con el derecho fundamental de toda persona a no padecer hambre” (PESA, 2011).

La política Nacional de la Seguridad Alimentaria y Nutricional establece como Seguridad Alimentaria y Nutricional “el derecho de toda persona a tener acceso físico, económico y social, oportuna y permanentemente, a una alimentación adecuada en cantidad y calidad, con pertinencia cultural, preferiblemente de origen nacional, así como a su adecuado aprovechamiento biológico, para mantener una vida saludable y activa” (Decreto del Congreso de la República de Guatemala, número 32-2005).

En este contexto, para lograr su cumplimiento es necesario atender, monitorear y evaluar avances en cuanto a disponibilidad y acceso a alimentos, así como su consumo y utilización biológica, para lo cual son de suma importancia el uso de indicadores apropiados que reflejen la situación real para la asertividad en la toma de decisiones.

Disponibilidad de alimentos. El INCAP la define como “... la existencia de alimentos para consumo humano a nivel del país, comunidad, hogar o individuo en un período de tiempo determinado” (INCAP/OPS, s.f).

Se refiere a la cantidad suficiente de alimentos de calidad adecuada al alcance de la población sujeto de estudio. Tiene en cuenta la producción, las importaciones, el almacenamiento y la ayuda alimentaria.

A nivel de un país, corresponde a la oferta o suministro anual interno de alimentos para consumo humano. A nivel del hogar o individual, se relaciona con la existencia de alimentos en los mercados locales o de la producción local o familiar de acuerdo a las características del entorno.

Algunos de los obstáculos de la disponibilidad alimentaria para proporcionar una dieta adecuada a la población de un país, se relacionan con: la falta de acceso a recursos (tierra y potencial de la tierra, riego, herramientas, técnicas), una producción insuficiente de alimentos, las pérdidas pre y pos cosecha y el funcionamiento ineficaz del mercado entre otros (INCAP/OPS, s.f).

Acceso de alimentos. Se refiere al acceso de las personas a recursos como la tierra, agua, insumos, tecnología, conocimiento, entre otros y a los alimentos disponibles en el mercado. La falta de acceso puede causar frecuentemente la inseguridad alimentaria y puede ser de origen físico como cantidad insuficiente de alimentos debido a varios factores como el económico (ausencia de recursos financieros para comprarlos debido a los elevados precios o los bajos ingresos).

El Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá –INCAP- y la Organización Panamericana de la Salud –OPS- resaltan que la seguridad alimentaria de un hogar solamente puede garantizarse cuando éste tiene capacidad para adquirir los alimentos que necesita por medio de la producción doméstica, las actividades generadoras de ingresos como el trabajo remunerado o las transferencias. El acceso económico a los alimentos se puede considerar

como la capacidad del hogar para manifestar la demanda a los mismos (INCAP/OPS, s.f).

Determinantes del acceso a los alimentos. Existen diversos factores que pueden afectar el acceso a los alimentos en las familias o a nivel individual tal como se muestran en la figura siguiente.

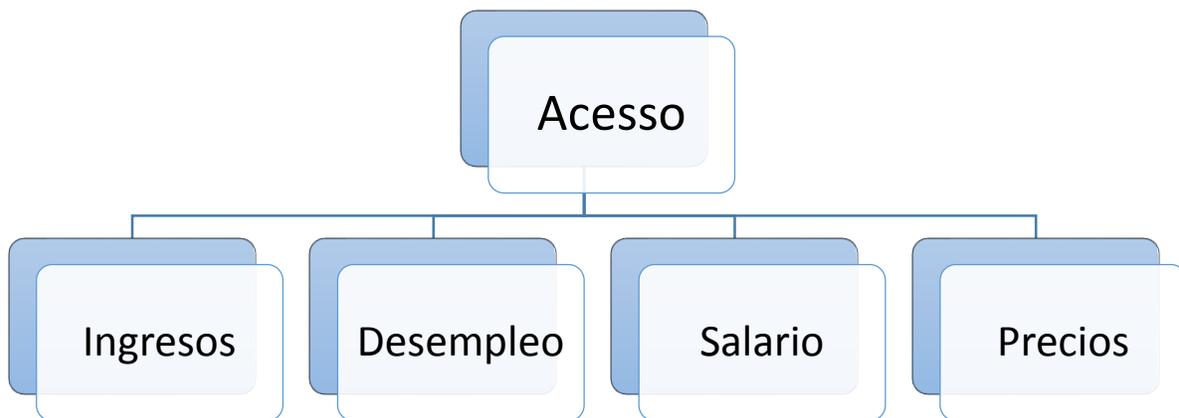


Figura 1. Determinantes del acceso a los alimentos. Tomado de INCAP/OPS, s.f.

El ingreso económico, es la cantidad de dinero que una familia pueda generar en un periodo de tiempo determinado para cubrir sus necesidades y ahorrar. Entre ellos se pueden mencionar: salarios, actividad comercial, rentas, entre otros.

En países como Guatemala, el ingreso económico de los grupos de bajo nivel socioeconómico proviene principalmente de los salarios. Por lo tanto, la falta de empleo trae como consecuencia inestabilidad de ingresos, lo que limita al acceso de bienes y por lo tanto, a una alimentación adecuada comprometiendo el estado de salud de todos los afectados por esta condición, dando como resultado un estado de inseguridad alimentaria y nutricional.

Relación entre el ingreso económico y el acceso a los alimentos. Con los niveles de pobreza en el país, la relación entre los ingresos y el precio de los alimentos de la canasta básica es fundamental. El gasto dedicado a la alimentación, en muchos hogares no es suficiente para cubrir el costo del mínimo alimentario para una familia promedio, lo que se puede agravar con el desempleo y subempleo en un sector predominantemente rural e informal.

El acceso a los alimentos está vinculado al ingreso económico de las familias. Las tasas de desempleo tienen un efecto directo sobre las condiciones nutricionales de la población, ya que restringe su capacidad de adquisición de bienes esenciales, pero también restringe su acceso a la educación y con ello, sus oportunidades de mejorar las condiciones de vida.

Consumo de alimentos. Se refiere a que las existencias alimentarias en los hogares respondan a las necesidades nutricionales, a la diversidad, a la cultura y las preferencias alimentarias. También hay que tener en cuenta aspectos como la inocuidad de los alimentos, las condiciones higiénicas de los hogares y la distribución con equidad dentro del hogar (INCAP/OPS, s.f).

La Secretaría de Seguridad Alimentaria Nutricional –SESAN- define el consumo de alimentos como “la capacidad de la población para decidir adecuadamente sobre el tipo de alimentos a consumir”.

La forma de almacenamiento, preparación, distribución y consumo de los alimentos en la familia; está relacionado a las costumbres, prácticas, educación e información sobre alimentación y nutrición (SESAN, s.f).

Según la Organización Mundial de la Salud el consumo de alimentos está determinado por una serie de factores tal como se muestra en la figura siguiente.

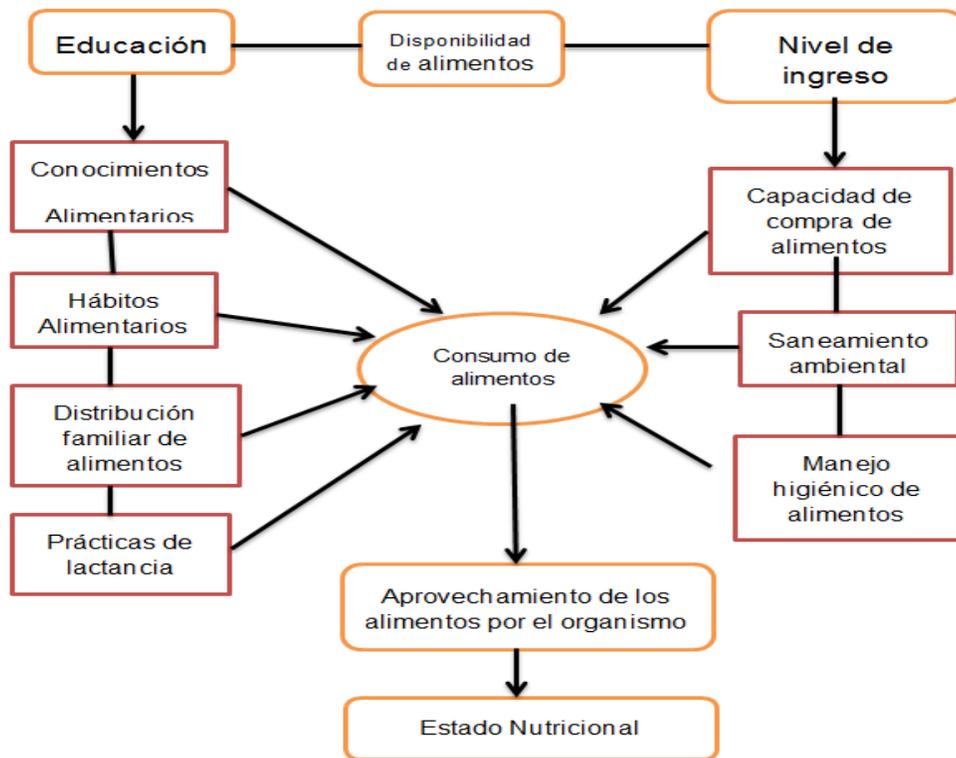


Figura 2. Factores que inciden en el consumo de alimentos. Fuente: FAO s.f.

Utilización biológica. Está relacionada con el estado nutricional, a través de una alimentación adecuada, agua potable, sanidad y atención médica. La inadecuada utilización biológica puede tener como consecuencia la desnutrición y/o la malnutrición.

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

Buenas prácticas alimentarias

Las prácticas alimentarias son transmitidas de generación en generación y constituyen la base de los hábitos alimentarios que se forman desde niños. Son el reflejo de la cultura de una sociedad (Mahan, Scott-Stump, & Raymond, 2013).

Existen prácticas del comportamiento en periodos específicos en la vida de un niño como lo son la lactancia materna y el inicio de la alimentación complementaria; las cuales pueden asegurar la supervivencia, mantenimiento y desarrollo del grupo o cultura, así como del niño.

Galindo y Chang (2014) aseguran que "...la percepción que se tiene de una buena o mala alimentación, no solo depende de la calidad, cantidad, disponibilidad y tipo de alimento sino de prácticas culturales y características organolépticas que inciden en la percepción que se tiene de cada alimento" (Galindo & Chang, 2014).

Buenas prácticas alimentarias en lactancia materna. La lactancia materna es una práctica que realiza la mujer a través de la cual brinda leche materna a un niño.

La OMS y la UNICEF señalan que la lactancia es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños (OMS, OPS, & UNICEF, 1998).

La lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida aporta muchos beneficios al infante, destacando la protección frente a las infecciones gastrointestinales. Así mismo favorece el vínculo entre madre-hijo y aporta los nutrientes necesarios y óptimos para el crecimiento y desarrollo del niño. Además, aporta más de la mitad de las necesidades energéticas requeridas entre los seis y los 12 meses y un tercio entre los 12 y 24.

Las guías alimentarias para menores de dos años de Guatemala recomiendan que desde el momento del nacimiento se entregue el recién nacido a

la madre para alimentarlo, esto le permite recibir todos los beneficios que le brinda la primera leche o calostro.

La leche materna contiene todo lo que el niño necesita para su desarrollo y crecimiento durante los primeros seis meses y contiene el agua necesaria para suplir las cantidades de líquidos que el niño requiere. Por ello la leche materna es el “único alimento” (comida y bebida) que necesita durante sus primeros seis meses de vida.

Se recomienda dar de mamar de día y de noche todas las veces que lo pida el niño, con los dos pechos en cada mamada. La succión frecuente y el vaciamiento de los pechos son indispensables para una producción adecuada de leche materna, permitiendo que el niño mame lo suficiente del primer pecho antes de cambiar al segundo (PROSAN & OPS/OMS, 2003).

Así mismo, se recomienda que el niño succione por lo menos de cinco a siete minutos de cada lado para que se produzca el reflejo de bajada de la leche y los conductos queden vacíos. A medida que aumente sus necesidades puede alimentarse de 10 a 15 minutos. Se debe comenzar el amamantado del lado del seno que succiona en último término en el periodo anterior (Hernández Pérez, Miranda Pérez, & Cruz Morales, 2011).

Buenas prácticas en la alimentación complementaria. La alimentación complementaria es la incorporación de alimentos no lácteos a la dieta del niño con el propósito de sustituir en forma gradual la leche como alimento principal. Se conoce como ablactación. A partir de 1998 la OMS define “alimentación complementaria” a la etapa en la que el niño ingiere otros alimentos no lácteos (Garza, 2013).

La alimentación complementaria ayuda a integrar al infante en forma progresiva a la dieta familiar. El introducir alimentos no quiere decir que éstos sustituyan a la leche materna (PROSAN & OPS/OMS, 2003).

Alimentación de niños de 6 a 8 meses. Según la Guía de Alimentación para menores de dos años para Guatemala, se debe iniciar con alimentos de consistencia blanda como papilla o puré. Durante las primeras semanas de alimentación complementaria se recomiendan los cereales ricos en hidratos de carbono. Como cereal se puede usar la masa de la tortilla mezclándola con leche materna u otros cereales como el arroz, luego, pueden introducirse las leguminosas como frijol, habas, garbanzo, arvejas molidas o coladas.

Después, se recomienda introducir la yema de huevo o pollo cocido, pues contienen cantidades de hierro adecuadas e importantes para una buena nutrición, además son ricos en proteínas, grasas, vitaminas y minerales.

Paulatinamente se pueden introducir las verduras cocidas como zanahoria, papa, güicoy, güisquil, perulero, brócoli y otros. Las hierbas como el chipilín, hierba mora, quilete, berros, espinaca, acelga, etc. son alimentos ricos en hierro y vitaminas del complejo B. También, puede iniciarse con frutas como banano, mango, papaya, melón, etc.

La cantidad de cada alimento ofrecido se incrementa lentamente: desde una cucharadita hasta ocho cucharaditas por vez según la capacidad gástrica del infante (PROSAN & OPS/OMS, 2003).

Al iniciar la alimentación complementaria se debe incluir un alimento nuevo a la vez y dar ese mismo alimento por tres días; continuar así con cada alimento nuevo con el fin de que se pueda identificar si algún alimento le causó malestar (INCAP, s.f).

Alimentación de niños y niñas de 9 a 12 meses. Para cubrir las necesidades de energía del niño, la madre debe darle primero la leche materna y luego los alimentos de la etapa de seis a ocho meses introduciendo otros de origen animal como trocitos de carne de res, carne de pollo, hígado de pollo, de res o pescado. Estos alimentos son fuente de hierro y proteínas por lo que favorecen el crecimiento físico e intelectual del niño.

Para mejorar la absorción del hierro de las hojas verdes y del frijol, se recomienda acompañar estas comidas con fruta o con trocitos de carne o hígado de pollo o de res.

A los 12 meses, el lactante debe consumir los mismos alimentos de la familia. En esta etapa se deben evitar los alimentos muy líquidos o aguados, los cuales generalmente tienen poco valor nutritivo y se deben preferir los alimentos más espesos para que no se derramen de la cuchara.

Para que el niño obtenga un aporte de nutrientes adecuados para su crecimiento y desarrollo óptimo los alimentos deben ofrecerse como mínimo en tres comidas principales al día y servirse en un plato especial. Algunos niños comen mejor si se les ofrece porciones pequeñas cinco veces al día (PROSAN & OPS/OMS, 2003).

Alimentación de niños y niñas de 13 a 24 meses. En esta etapa cambian las necesidades del niño, pasa de una alimentación a base de leche materna a comer solo y consumir una dieta mixta, basada en los alimentos y preparaciones normales de su familia. La dieta familiar cubre sus necesidades nutricionales y la lactancia pasa gradualmente a ser un complemento.

La alimentación familiar debe ser atractiva para el niño y la hora de comer, un momento familiar agradable. La alimentación adecuada se reflejará en el crecimiento y desarrollo según la edad.

De doce a 24 meses, tienen un apetito acorde a su tamaño y en general no pueden comer todo lo que necesitan en los tiempos de comida usuales, por lo que es recomendable aumentar los mismos en forma de refacciones que son parte importante de su ingesta.

Se les debe ofrecer tres tiempos formales de comida y por lo menos dos refacciones saludables que incluyan variedad de alimentos. Los tiempos de comida deben ser a intervalos regulares para que el niño no tenga mucha hambre o poco apetito, además se debe procurar que no esté cansado para comer.

La hora de la comida deber ser agradable y a la vez permitir la libertad de comunicación, socialización y facilitar que comience a aceptar las normas necesarias para interrelacionarse con los demás. Por lo tanto, la hora de la comida es además una labor educativa de la familia que influye en las futuras actitudes del niño. La ampliación del ambiente del niño y la curiosidad cada vez mayor sobre el mundo, coloca al alimento en un segundo lugar de importancia. Aprender a hablar le permite expresar sus gustos y desagradados, aceptaciones o rechazo y placer o molestia.

Durante el segundo año de vida, la leche materna sigue siendo una fuente importante de energía, proteínas, vitaminas y minerales, además de brindarles seguridad emocional y continuar protegiéndole contra muchas enfermedades. Por ello se recomienda hacer énfasis en que primero coma de todos los alimentos y después se le amamante (PROSAN & OPS/OMS, 2003).

La cantidad, frecuencia y textura de los alimentos complementarios varían según la edad del lactante. A manera de síntesis, en la siguiente tabla, se presentan los aspectos relevantes vinculados a la alimentación complementaria y que es necesario tener presente.

Tabla 1.
Recomendaciones sobre alimentación del infante

Edad	Reflejos y habilidades	Alimentos iniciales	Tipo de alimento	Frecuencia
0-6 meses	Búsqueda-succión-deglución. Reflejo de protrusión de 1/3 de la lengua	Leche materna	Lactancia materna exclusiva	Libre demanda
6-8 meses	Aumento de la fuerza de succión. Aparición de movimientos laterales de la mandíbula. Desaparece el reflejo de protrusión de la lengua. Alcanza la boca con las manos y dirige alimentos de la mano a la boca.	Verduras (zanahoria, güicoy, güisquil). Frutas (pera, manzana, papaya). Cereales (arroz, maíz, papa, camote).	Purés y papillas	2-3 comidas por día.

9-11 meses	Chupa la cuchara con los labios. Leva alimentos a la boca. Mordisquea. Movimientos laterales de la lengua. Empuja comida hacia los dientes	Carnes magras (pollo, res). Leguminosas (frijol, lenteja, haba). Cereales de trigo y avena. Yema de huevo.	Alimentos finamente picados o aplastados.	3-4 comidas por día. Dependiendo del apetito del niño. Se pueden ofrecer dos refacciones
12-24 meses	Movimientos masticatorios rotatorios. Estabilidad de la mandíbula. Aprende a utilizar cubiertos	Huevo entero. Pescado	Alimentos picados y que el niño pueda tomar con sus manos.	3-4 comidas por día. Dependiendo del apetito del niño. Se pueden ofrecer dos refacciones

Fuente: Construcción propia en base a Garza (2013).

Preparación y almacenamiento seguros de los alimentos complementarios. En la preparación de alimentos, no utilizar sal, condimentos, consomés, cubitos o sazónadores, se recomienda utilizar condimentos naturales como: culantro, apio, cebolla, chile dulce, ajo, entre otros. No se recomienda ofrecer al bebé golosinas, frescos de paquete, sopas instantáneas, gaseosas, café y postres.

En la higiene de los alimentos la persona que los prepara debe lavarse las manos antes y lavar los utensilios, lavar bien las verduras y frutas en agua limpia, de la que se usa para beber; se puede utilizar el agua de cocción de los alimentos para preparar los purés o papillas y de esta forma aprovechar las vitaminas y minerales que contienen. Se recomienda utilizar poca agua para cocinar las verduras cuando sea necesario (PROSAN & OPS/OMS, 2003).

Es aconsejable almacenar los alimentos del lactante en refrigeración. Si no pueden refrigerarse deberán ser consumidos antes de 2 horas después de haber sido preparados para evitar el crecimiento de bacterias.

Alimentos Recomendados en la alimentación complementaria. Dado que el inicio de la alimentación complementaria supone para los lactantes la entrada en un mundo de sabores, olores y consistencias nuevas, para asegurar el

aporte de macronutrientes, vitaminas, minerales y otras sustancias protectoras presentes en los alimentos recomendados para esta etapa, es necesario combinar la mayor variedad posible, de una manera atractiva y preparados de tal forma que sean agradables al paladar y fáciles de consumir.

Cereales. Son alimentos que contienen pocas proteínas, pero aportan minerales y vitaminas. La principal característica por la que los cereales son recomendados en edades tempranas es por su alto contenido de almidones y otros carbohidratos que con la cocción adoptan una consistencia suave.

Frutas. Tienen un gran aporte de vitaminas y fibras vegetales. Se recomienda iniciar con frutas frescas y maduras propias de la temporada, y evitar las potencialmente alérgicas como fresa, frambuesa, moras, kiwi y melocotón. La adición de sacarosa o miel no ofrece algún beneficio. Al cocinarlas también mejoran su consistencia, lo cual es agradable al paladar del niño.

Verduras. Contienen vitaminas y minerales que el niño necesita. Estas no deben sustituir una toma de leche. Algunas verduras requieren una introducción cautelosa por su difícil tolerancia como las coles, nabo, espárragos y se recomienda consumirlas cocidas, licuadas o trituradas, en forma de sopa, papilla o puré de acuerdo a la edad del niño.

Carnes. Es fuente de hierro y vitaminas del complejo B. Se suele ofrecer en primer lugar el pollo por ser el más digerible, en forma cocida y triturado y más adelante se introduce la de res.

Huevo. Contiene todos los aminoácidos esenciales, la yema contiene la mayoría de la grasa y vitaminas liposolubles. Primero se introduce la yema cocida y después del año de edad la clara, esto debido al riesgo de reacciones alérgicas. Puede darse mezclada con cereales o verduras.

Leguminosas. Son más ricas en proteínas, aportan hierro, fibra y vitaminas. Se recomienda darlas cocidas, licuadas o trituradas a fin de facilitarle al niño el proceso de masticación y deglución.

Pescado. Aportan minerales, sodio, potasio y sobre todo fósforo. No es recomendable administrar pescado antes del noveno mes por la asociación con alergias o reacciones adversas alimentarias.

Leche entera de vaca. Es pobre en hierro, alta en sales minerales. No se recomienda sino hasta que el niño cumple el primer año. Se recomienda precaución dado que su proteína intacta es la primera causante de alergias alimentarias en el ser humano (Garza, 2013).

Factores que influyen en la ingesta alimentaria. Numerosos factores, unos evidentes y otros más sutiles, determinan la ingesta y los hábitos alimentarios de los niños. Los hábitos se establecen en los primeros años y se mantienen en la edad adulta. Las principales influencias sobre la ingesta alimentaria en los años de desarrollo son el entorno familiar, las tendencias sociales, los medios de comunicación y las enfermedades.

Entorno familiar. Para los niños mayores de un año y en edad preescolar, la familia representa la principal influencia en el desarrollo de los hábitos alimentarios. Los padres y hermanos mayores constituyen importantes modelos. Las actitudes que los niños aprendan de los padres pueden ser fuertes factores predictivos de los gustos alimentarios.

Los niños pequeños no cuentan con una capacidad innata para elegir una dieta nutritiva y equilibrada; pueden elegirla solo si se les ofrecen comidas nutritivas. Los padres y demás adultos han de proporcionar alimentos seguros, nutritivos y apropiados para el buen desarrollo de los niños.

La costumbre de planificar y preparar la comida familiar es cada día menos habitual, así como el comer frente al televisor que se está volviendo una práctica generalizada y cada día va en aumento. Esto afecta significativamente los patrones de comportamiento alimentario del niño.

Tendencias sociales. Debido a las limitaciones de tiempo, las comidas familiares suelen incluir más platos precocinados o de comida rápida con

alimentos procesados o ultra procesados. La evidencia científica indica que existe una alta preocupación al respecto, dado que de acuerdo a las metas establecidas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible –Agenda 2030- hay limitado progreso y avances hacia las metas globales en nutrición, por lo que se hace necesario poner una mayor atención a la influencia de las tendencias sociales, publicidad engañosa, formulación de alimentos entre otros, como factores con fuerte incidencia en la problemática actual de la doble carga nutrición.

Por lo tanto, los servicios de comidas a colectividades como guarderías, centros educativos y otros, deben estar regulados por políticas públicas y directrices claras para asegurar la calidad de la alimentación de los niños.

Mensajes en los medios. Los alimentos destinados a los niños se comercializan utilizando una amplia variedad de técnicas, incluidas la publicidad en televisión, la comercialización en las escuelas, los patrocinios, la publicidad en internet y las promociones comerciales. Mahan y colaboradores (2013) refieren estudios que demuestran que, en la publicidad en televisión dirigida a niños, el 20% de los anuncios son sobre alimentos. De ellos, el 70% se refieren a productos con un alto contenido de azúcar o grasas, y más del 25% relacionado con restaurantes de comida rápida.

El tiempo que el niño pasa frente al televisor también puede ser perjudicial para su crecimiento y desarrollo, porque favorece la inactividad. Por otro lado, el tipo de alimentos que se consumen mientras se ve la televisión contribuyen al aumento de la caries dental.

Influencia del ambiente escolar. Al crecer el niño, su mundo se amplía y sus contactos sociales van tomando importancia. La influencia entre compañeros aumenta con la edad e influye en las actitudes y en las elecciones de comida. Esto puede dar lugar al rechazo repentino de un alimento o a la petición de otro.

Enfermedades. Los niños enfermos suelen perder el apetito y su ingesta alimentaria suele ser limitada. Las enfermedades agudas bacterianas o virales son

a menudo, de corta duración, pero pueden requerir un aumento de líquidos, proteínas y otros nutrientes. Los trastornos crónicos, como el asma, la fibrosis quística o la enfermedad renal crónica, pueden dificultar la obtención de nutrientes suficientes para un crecimiento óptimo. Los niños con este tipo de trastornos son más propensos a tener problemas de conducta relacionados con los alimentos (Mahan, Scott-Stump, & Raymond, 2013).

Situación Alimentaria y Nutricional en Guatemala.

Guatemala es un país rico en recursos y de gran fuerza económica, pero con profundas desigualdades, que lo llevan a ocupar los últimos lugares del continente americano en cuando a indicadores sociales. Es el tercer productor mundial de azúcar y un importante exportador de café, pero además ocupa el primer lugar en cuanto a desnutrición crónica (Praun, y otros, 2015).

De acuerdo con FAO, Guatemala está clasificado entre los países de América Latina y el Caribe que tienen alta vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria y nutricional y actualmente la doble carga de la malnutrición (2CM) se está transformando en la nueva normalidad del problema de salud Pública para el país, la cual está afectando al 20% de los hogares guatemaltecos, donde residen una mujer con sobrepeso u obesidad con un niño o niña en edad preescolar con desnutrición crónica, según datos recientes (INCAP, 2017).

A la Semana Epidemiológica 35 (del 28 de agosto al 3 de septiembre 2016), el Sistema de Información Gerencial de Salud -SIGSA- del Ministerio de Salud reportó 9,899 casos acumulados de desnutrición aguda total (moderada y severa) en niños y niñas menores de 5 años; existe 10.4% de reducción de casos respecto al mismo periodo del año 2015 (SESAN, 2016).

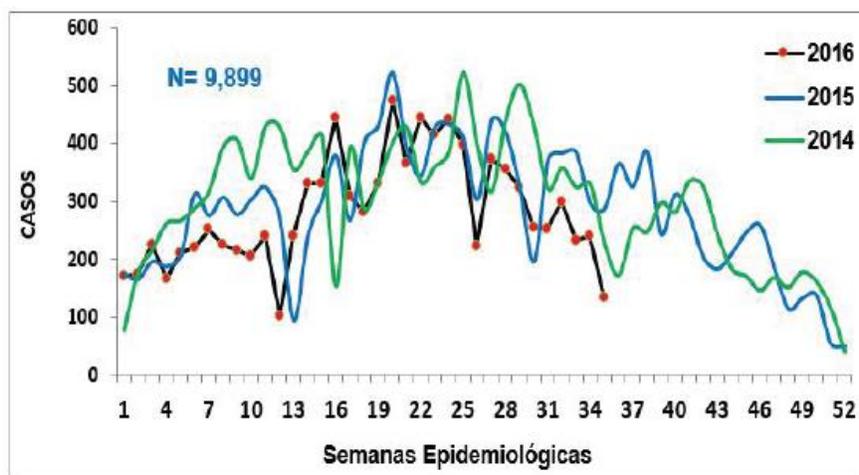


Figura 3. Reporte SIGSA. Semana 35. Fuente: SIGSA-18.

Según dicho informe, el 74% de los casos reportados corresponden a desnutrición moderada y el 26% son casos de desnutrición aguda severa. El 58% de los casos pertenecen al grupo de 1 a 4 años; el 80% de estos casos son menores de 24 meses.

En cuanto a la desnutrición crónica, la VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil –ENSMI- reportó un 47% de niños y niñas con desnutrición crónica. Hace notar que el 17% de niños se encuentra con desnutrición crónica severa, es decir por debajo de -3 DE. En la figura 4 se muestra el mapa de Guatemala clasificado por los niveles de desnutrición en los diferentes departamentos.

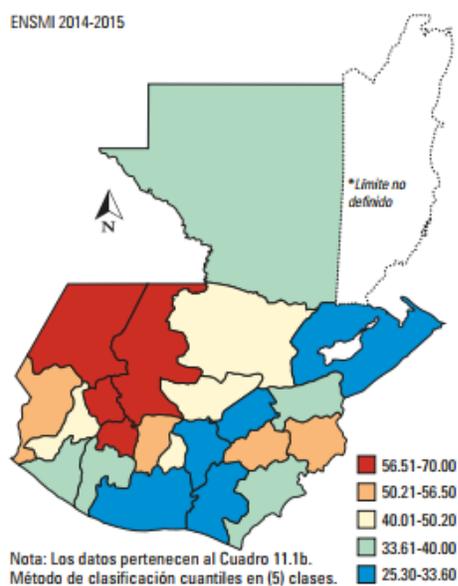


Figura 4. Porcentaje de niños con desnutrición crónica, por departamento. Fuente: MSPAS, INE & SEGEPLAN, 2017

En la siguiente figura se presenta el comportamiento del IDH de los años 2000 a 2014. Para el 2015 fue de 0.494. (PNUD, 2016).

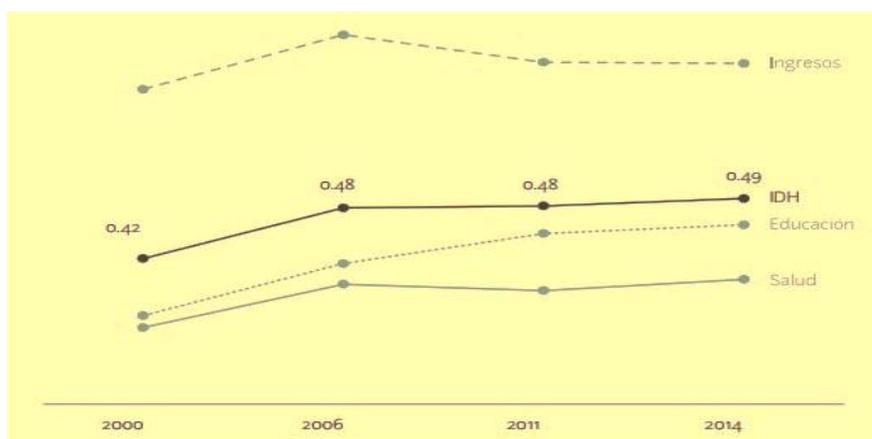


Figura 5. Evolución del IDH Guatemala. Fuente: INDH-PNUD Guatemala, 2016.

Tal como se puede apreciar en la misma, el poder adquisitivo de los ingresos laborales se ha visto seriamente reducido en los últimos 15 años. A inicios del 2015, el 53% de la población no alcanzaba a cubrir el costo de una

canasta básica alimentaria y el 76% no contaba con ingresos para adquirir una canasta de bienes y servicios básicos para el hogar (PNUD, 2016) .

Se logró un incremento en el gasto público en educación, lo que ha mejorado la tasa de cobertura hasta casi alcanzar la cobertura universal del nivel primario. Tanto el nivel básico como el diversificado han incrementado su cobertura, pero están muy lejos de la universalización. Casi seis de cada 10 adultos no terminó la primaria y uno de cada cinco niños tiene altas probabilidades de no concluirla.

En el año 2014, el INE estimó que en el país vivían 6.5 millones de personas en pobreza según su consumo, lo que representa el 60% de la población total (PNUD, 2016).

Tabla 2

Evolución de la desnutrición en Guatemala según el IDH

Desnutrición de niños de 3 a 59 meses	1995	2002	2008/9	2014/15
Desnutrición crónica %	55.2	54.3	49.8	46.5
Desnutrición aguda %	3.8	1.8	1.4	0.7
Desnutrición global %	21.8	17.2	13.1	12.6

Fuente: Construcción propia en base a los informes del INDH-PNUD Guatemala.

Estudios previos.

Galindo y Chang, en el 2014 realizaron el estudio de “Percepciones y comportamientos que condicionan el consumo de alimentos en doce comunidades rurales de Guatemala”, Se llevó a cabo un análisis transversal de 96 familias. El objetivo principal fue identificar los factores que inciden en los comportamientos, prácticas y costumbres para el consumo de alimentos, así como comprender la diversidad de los comportamientos y prácticas sociales y culturales en torno a la alimentación.

Los resultados de dicha investigación indican que el maíz y, en menor nivel el frijol, son la base de la dieta en el área rural. La percepción que se tiene de

estos alimentos depende de sistemas de clasificación y factores de valorización gustativa, económica y de influencias externas, que influyen en el consumo y rechazo de los mismos, así como de su valor nutricional.

A la conclusión que llegaron los investigadores fue que la percepción sobre una buena o mala alimentación, está asociada tanto a la calidad, cantidad, disponibilidad, tipo y características organolépticas del alimento, como a prácticas culturales que inciden en la percepción y que a su vez, pueden llegar a minimizar el alcance de la consejería y las recomendaciones que brindan el personal de Salud o los técnicos de las programas o intervenciones en SAN.

Por lo tanto, para que las intervenciones en Seguridad Alimentaria y Nutricional tengan impacto y entendimiento para la población, es necesario que las ejecuciones y el contenido de sus acciones vayan enfocadas a la pertinencia cultural, considerando los sistemas simbólicos, las percepciones y creencias que influyen en los comportamientos y prácticas de la población (Galindo M. y Chang L, 2014).

Villeda y Lázaro Galdámez en el 2013-2014 realizaron la investigación sobre “Prácticas alimentarias y su relación con el estado nutricional en niños y niñas de 0 a 12 meses de edad” en los municipios de Olopa, San Juan Ermita, Jocotán y Camotán del departamento de Chiquimula. Este estudio describe las prácticas alimentarias dividiéndolas en lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses, alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional de los niños de 0 a 12 meses que consultan a los Centros de Atención Permanente de dichos municipios. Se tomaron para el estudio 552 niños (46 niños de cada grupo de edad), las madres de los mismos niños a las cuales se les aplicó una entrevista, se pesó y talló a los niños para determinar su estado nutricional y compararlo con las prácticas alimentarias.

Según los resultados, de los 276 niños de 0-6 meses, 48% no cumplen con lactancia materna exclusiva y 35% de estos tienen algún grado de desnutrición;

317 niños al momento del estudio ya habían iniciado la alimentación complementaria, de estos el 59% no cumplen con dieta mínima aceptable y 61% tienen algún grado de desnutrición. Así mismo, un 23% de los niños que si tienen dieta mínima aceptable, presentaron algún grado de desnutrición.

Del total de la muestra, 49% tiene algún grado de desnutrición y retardo en talla, 24% tiene además bajo peso para la edad y 8% desnutrición aguda moderada. El estudio apoya el efecto positivo sobre el estado nutricional de la adecuada alimentación complementaria con alimentos de buena calidad y una dieta alta en diversidad y frecuencia, mostrando un mejor estado nutricional en los niños con adecuadas prácticas alimentarias. Por lo cual es de suma importancia el cumplimiento de las mismas en el primer año de vida y buscar la participación multidisciplinaria para poner fin a los factores que obstaculizan el cumplimiento de estas (Villeda Rodríguez & Lázaro Galdámez, 2014).

La SESAN en septiembre del 2015 propuso un estudio sobre prácticas alimentarias. Tenía como objetivo determinar la incidencia de las percepciones y creencias socioculturales en las prácticas alimentarias y el estado nutricional de los niños y niñas con desnutrición aguda dirigido a 45 infantes menores de tres años con tratamiento ambulatorio por desnutrición aguda. Participaron 18 personas, entre nutricionistas, antropólogos y trabajadoras sociales, quienes durante 45 días realizaron el trabajo de campo en Tacaná, San Marcos y Jalapa, para determinar, aparte de los factores económicos, cuáles son las causas para que la desnutrición aguda prevalezca. Sin embargo, a la fecha los resultados aún no se encuentran disponibles (SESAN, 2015).

Caracterización de Santa Catarina Barahona

Entre los años de 1,530 a 1,540 Santa Catarina Barahona fue fundado por don Sancho de Barahona, uno de los Capitanes de don Pedro de Alvarado. La feria titular se celebra el 25 de noviembre en honor a Santa Catarina.

El municipio se localiza en la región V o Región Central de Guatemala y está ubicado en el departamento de Sacatepéquez. Dista de la cabecera departamental 7 kilómetros y de la ciudad capital 50 kilómetros. Su extensión territorial es de 38 kilómetros cuadrados.

Limita al norte con Parramos (Chimaltenango); al oeste con San Antonio Aguas Calientes (Sacatepéquez); al sur con San Antonio Aguas Calientes (Sacatepéquez); al oeste con Parramos (Chimaltenango) (CMD, SEGEPLAN, & DPT, 2010).

Composición demográfica. Para el año 2016 según datos del INE la población proyectada es de 3,621, siendo de sexo femenino 1,841 y masculino 1,780, menores de un año 88 y entre las edades de 1 y 4 años 351 y la proyección para el 2017 es de 3,654 personas. (INE, 2008) Según el SIGSA en el 2014 los nacidos vivos fueron de 73. El mayor porcentaje de población practica la religión católica. Los idiomas que se hablan son el español y kaqchikel.

Condiciones de vida. En relación a la calidad de vida de los habitantes de Santa Catarina Barahona, que mide el bienestar, felicidad y satisfacción, el municipio se encuentra ubicado en el puesto 286 a nivel nacional, y se encuentra dentro de un rango catalogado como alto. El nivel de pobreza es de 19.56% y de pobreza extrema es de 0.78% por lo que se cataloga a nivel nacional como muy bajo (CMD, SEGEPLAN, & DPT, 2010).

Atención en salud. La infraestructura de salud en Santa Catarina Barahona está conformada por un puesto de Salud y una clínica municipal odontológica. Para la atención de salud que requieren medios especializados y mayores recursos, la mayoría de personas asisten al Hospital Nacional de la cabecera departamental.

Según el reporte de avance “Metas Físicas de Sacatepéquez” del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para el año 2015 se logró superar la meta en un 161% en consejería a madres sobre prácticas para el cuidado del niño o niña y

monitoreo de crecimiento y desarrollo; en un 137% sobre consejería en lactancia materna y 128% en alimentación complementaria.

JUSTIFICACIÓN

Guatemala un país con recursos diversos, pero con altos niveles de pobreza y desnutrición. Dado que esta problemática es multicausal y con raíces estructurales muy profundas, se ha estudiado el fenómeno desde el enfoque económico, social, cultural, género, entre otros.

Desde el año 2005, Guatemala cuenta con una ley y una política de Seguridad Alimentaria Nutricional (Decreto 32-2005 del Congreso de la República), un Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria Nutricional – CONASAN- como ente rector del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional –SINASAN- y un ente coordinador del SINASAN que es la Secretaria De Seguridad Alimentaria Nutricional –SESAN- quien tiene la responsabilidad de la coordinación operativa interinstitucional del plan estratégico de Seguridad Alimentaria Nutricional. La ejecución de las acciones está a cargo de los ministerios que están vinculados a la seguridad alimentaria y que conforman el CONASAN.

Sin embargo, a pesar de que se cuenta con el apoyo de la cooperación de organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación –FAO-, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia -UNICEF-, el Programa Mundial de Alimentos –PMA-, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional –USAID- por sus siglas en inglés, entre otros, la problemática aún persiste y continúa incrementándose.

Praun y otros en el 2015 en su Informe Alternativo Derecho a la Alimentación en Guatemala sostienen que el problema es profundo, estructural, complejo y de solución a largo plazo. Así mismo sostienen que a pesar de la gran pujanza económica se evidencian profundas desigualdades que lo llevan a ocupar los últimos lugares del continente en cuanto a los indicadores sociales (Praun, y otros, 2015).

Sin embargo, a pesar de lo agudo de la problemática hay algunos municipios del país que han logrado superar algunas de las barreras y modificar ciertos indicadores del estado nutricional, tal es el caso del municipio de Santa Catarina Barahona, en el departamento de Sacatepéquez.

Por lo tanto, dado que la situación de inseguridad alimentaria es una situación predominante en la mayor parte del territorio, es pertinente reflexionar sobre aquellos aspectos que hacen la diferencia entre los municipios que han alcanzado la seguridad alimentaria nutricional y los que aun luchan por conseguirla. Esto con el fin de aportar elementos sustantivos que permitan comprender e identificar la magnitud de la problemática y sus factores condicionantes para una mayor asertividad en la toma de decisiones.

Así mismo, el identificar patrones de comportamiento y prácticas alimentarias positivas que caracterizan estas experiencias exitosas, permite orientar el accionar de aquellos municipios que aun luchan por alcanzar la seguridad alimentaria.

OBJETIVOS

General

Identificar las prácticas alimentarias más frecuentes en niños menores de dos años que asisten al Puesto de Salud de Santa Catarina Barahona y su relación con el estado nutricional y el nivel socioeconómico.

Específicos

Establecer el perfil socioeconómico familiar de la población en estudio.

Establecer el estado nutricional de los niños menores de 2 años.

Relacionar las prácticas alimentarias más frecuentes con el estado nutricional de los niños menores de dos años y su nivel socioeconómico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Estudio descriptivo y exploratorio debido a que no existen estudios previos sobre la temática en Santa Catarina Barahona.

Universo de trabajo

El universo lo constituyeron el 100% de las familias con niños menores de 2 años y sus padres o encargados, residentes en el municipio de Santa Catarina Barahona, departamento de Sacatepéquez.

Población. La población objeto de estudio fueron los 73 niños menores de 2 años originarios de Santa Catarina Barahona con sus respectivos padres o encargados, que desde hace tres años o más residen en el municipio y que son atendidos en el Puesto de Salud de la localidad.

Muestra. Dado que se conoce el tamaño de la población, se utilizó la siguiente fórmula para el cálculo de la muestra

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

Donde:

n: Tamaño de la muestra

N: Tamaño de la población (73)

Z: Coeficiente según nivel de confianza 95% (1.96)

p: frecuencia 50%(0.5)

q: 1-p (0.5)

d: límite de error 10% (0.1)

Instrumentos

Para la realización del estudio se utilizaron los siguientes:

Consentimiento informado. Autorización de los padres o encargados de participar en la investigación y asentir que sus hijos sean incluidos, el cual fue firmado después de haber comprendido la información proporcionada acerca de los objetivos del estudio, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos. Ver Anexo 1

Boleta de encuesta sobre perfil socioeconómico, evaluación nutricional y prácticas alimentarias. Este instrumento es la versión modificada y adaptada del cuestionario Home Observation for Measurement of the Environment -HOME¹-. Ver Anexo 2

Tablas de contingencia. Utilizada para el procesamiento y análisis de la información.

Materiales y Equipo

Los materiales y equipo utilizado se describen a continuación:

Equipo antropométrico del puesto de salud. Una balanza pediátrica, marca Charder con graduación en Kg y libras, capacidad de 44 lb y 20 kg como máximo y una desviación estándar de 0.01 a 0.02 lb y 5 a 10 g.

Un infantómetro de plástico graduado en centímetros y pulgadas marca Seca con capacidad de 99 cm o 39”.

Equipo y materiales de oficina. Computadora marca Lenovo S10-3, impresora marca Hp, hojas bond blanca tamaño carta, lapiceros color negro y azul y escritorio.

¹ Instrumento desarrollado por Caldwell, B. and R. Bradley (1984). Consiste en una entrevista semiestructurada para evaluar las prácticas de crianza a nivel del hogar.

Metodología de trabajo

Diseño del instrumento. Para la recolección de datos se adaptó el instrumento HOME que incluye el perfil socioeconómico de la familia, la valoración antropométrica del estado nutricional del niño/a, información relacionada con las prácticas sobre lactancia materna y alimentación complementaria, tomando como base las recomendaciones de las guías alimentarias para menores de dos años para la población guatemalteca.

Para la validación del contenido del cuestionario los asesores de la investigación revisaron cada una de las categorías, posteriormente se entrevistó a 10 madres o encargados de niños menores de dos años del municipio de San Lucas Sacatepéquez ya que es una población con características similares a las del estudio, para evaluar el nivel de comprensión y claridad del lenguaje. Según los resultados se realizaron las modificaciones y ajustes correspondientes para la realización del cuestionario final.

Selección de muestra. Se seleccionó a 45 menores de dos años y sus padres o encargados que previamente firmaron el consentimiento informado, residentes de Santa Catarina Barahona desde hace tres años como mínimo y que actualmente asisten al puesto de Salud.

Criterios de inclusión. Niños menores de dos años originarios de Santa Catarina Barahona, con padres o encargados residentes desde hace tres años o más en el municipio, que no presentaron ninguna condición física especial, que asistieran al puesto de Salud y que estuvieran dispuestos a participar en el estudio.

Acceso al campo y Aplicación del instrumento. Se tramitaron los permisos correspondientes con la Dirección del Área de Salud de Sacatepéquez, para la autorización del trabajo en el puesto de Salud de Santa Catarina Barahona en donde se recolectó la información por un periodo de dos meses.

Con los permisos respectivos, se permaneció en la Clínica del Niño Sano del Puesto de Salud capturando aleatoriamente a los niños menores de dos años y cuyos padres o cuidadores aceptaron ser partícipes del estudio. Para la valoración del estado nutricional se realizó la toma de datos antropométricos, se utilizaron las medidas de peso y longitud, con lo que se determinaron los índices de P/T, T/E y P/E.

No fue necesario el apoyo de un traductor, ya que todos los padres o encargados de los menores hablaban español.

Se detectaron niños o niñas con problema nutricional, los que fueron referidos inmediatamente para su atención tal como está establecido en el sistema de salud, dando la orientación necesaria al respecto.

Procesamiento, tabulación y análisis de la información. La información obtenida fue clasificada y agrupada según las categorías de análisis establecidas: información socioeconómica, prácticas de lactancia y alimentación complementaria e información antropométrica.

Para la determinación del perfil socioeconómico se tomó como punto de referencia el ingreso familiar y su ubicación con respecto a la línea de pobreza, nivel educativo de los padres y número de miembros que integran el núcleo familiar.

En cuanto a la información antropométrica se utilizó el programa WHO Anthro, versión 3.2.2 de la OMS.

Se clasificó el estado nutricional según los nuevos estándares de la OMS. Para establecer la relación entre el estado nutricional y las prácticas alimentarias se utilizó únicamente el índice de T/E. Se identificaron las prácticas alimentarias según la clasificación del estado nutricional y se realizó un análisis de relación y comparación descriptiva. Se comparó el perfil socioeconómico de los padres o encargados de los niños según el nivel de ingresos con las prácticas alimentarias.

Así mismo, se realizó un análisis de la relación de las variables que positivamente inciden en el estado nutricional de los niños, y de las prácticas que no fueron relevantes. Para esto se desagregó la información de los factores considerando su relación con el sexo, edad y fuente de ingreso de la familia, que permitió un análisis más completo de la información recopilada.

Para el análisis de las variables se realizó una base de datos en el programa IBM SPSS Statistics 20, con el cual se generaron las tablas de contingencia para el análisis de la información.

Elaboración y Presentación del Informe de Investigación. Se realizaron informes parciales para su revisión con el equipo asesor de tesis; finalmente una vez incorporadas las observaciones y realizados los ajustes se procedió a la redacción y entrega del informe final.

RESULTADOS

Perfil socioeconómico

Según los resultados del estudio el 98% de las familias perciben ingresos económicos. De estas, el 71% generan ingresos por negocios propios y en agricultura, mientras que el 27% se emplea prestando servicios en entidades públicas y empresas privadas. El 93% presenta un ingreso promedio mensual menor a la canasta básica de alimentos medida para el mes de enero del 2017. El 62% se encuentra en un rango de Q.1,000.00 a Q. 2,000.00 mensuales para sostener a una familia de 6 integrantes en promedio. Solamente el 16% de las familias cuentan con ingresos arriba de Q. 4,000.00. Como se muestra en las siguientes tablas.

Tabla 3

Perfil socioeconómico familiar. Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez. Guatemala 2017

Principal fuente de ingresos	n	Porcentaje (%)
Autoempleo	32	71
Empleo	12	27
Desempleo	1	2
Total	45	100
Autoempleo	n	Porcentaje (%)
Trabajo propio de hogar	18	56
Agricultura	10	31
Comercio / ventas	3	9
Empleada de casa particular	1	3
Total	32	100
Empleo	n	Porcentaje (%)
Empleado/a de institución privada	7	58
Empleado/a de gobierno	5	42
Total	12	100

Fuente. Construcción propia

n= 45

Tabla 4

Ingreso económico familiar. Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez. Guatemala 2017

Ingreso promedio mensual familiar	n	Porcentaje (%)
Debajo del costo de la canasta básica de alimentos *	42	93
Arriba del costo de la canasta básica de alimentos *	3	7
Q. 0 – 1,000	20	44
Q. 1,000 – 2,000	8	18
Q. 2,000 – 3,000	10	22
Q. 4,000 – 5,000	4	9
Q. 5,000 – 6,000	3	7
Total	45	100

*Costo de referencia de la CB= Q. 4,079.00 para el mes de enero del 2017

Fuente: Construcción propia

n= 45

En cuanto a educación, el 36% de los padres o encargados cursaron la primaria completa, el 20% cuenta con la secundaria incompleta, el 18% poseen estudios superiores; mientras que solamente el 2% no tiene ninguna escolaridad, tal como se presenta en la tabla siguiente.

Tabla 5

Nivel educativo de los padres. Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez. Guatemala 2017

Escolaridad	n	Porcentaje (%)
Ninguna	1	2
Alfabetización	1	2
Primaria incompleta	7	15
Primaria completa	16	36
Secundaria incompleta	9	20
Secundaria completa	3	7
Superior	8	18
Total	45	100

Fuente: Construcción propia

n= 45

Respecto al número de personas que conforman los hogares en Santa Catarina Barahona, el 44% tienen de 4 a 6 integrantes y en un menor porcentaje (7%) de 11 a 15 personas.

Tabla 6

Composición familiar. Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez. Guatemala 2017

Número de personas que viven en el hogar	n	Porcentaje (%)
1-3	6	13
4-6	20	44
7-10	16	36
11-15	3	7
Total	45	100

Fuente: Construcción propia.
n= 45

Se evidencia que la principal actividad en la que ocupan el tiempo las madres es en el trabajo en casa y al cuidado de los niños con un 85% del total de madres entrevistadas.

Tabla 7

Actividad principal de la madre. Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez. Guatemala 2017

Principal actividad en la que utiliza su tiempo	n	Porcentaje (%)
Trabajo en casa y cuidado de niños	38	85
Trabajo fuera de casa	7	15
Total	45	100

Fuente: Construcción propia.
n= 45

En cuanto a la provisión de alimentos de las familias, los datos muestran que 23 (51%) familias del estudio no tiene una producción de alimentos, las 22 (49%) restante producen sus alimentos en los alrededores de la casa en pequeñas unidades productivas; en donde el 36% produce granos básicos y solamente el 5% producen carnes a través de aves de corral.

Tabla 8

Producción de alimentos a nivel familiar. Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez. Guatemala 2017

Producción de alimentos en casa	n	Porcentaje (%)
Cereales	8	36
Verduras, frutas y cereales	6	26
Verduras, frutas, cereales y huevos	3	14
Verduras	3	14
Cereales y huevos	1	5
Carne	1	5
Total	22	100

Fuente. Construcción propia

n= 22 por ser las familias que producen alimentos

El 100% compran alimentos, de los cuales el 96% compra todos los grupos de alimentos (cereales, verduras, frutas, huevos, leche, queso y carne), ver tabla 9. La mayoría de familias adquiere sus alimentos en el mercado, como se observa en la tabla 10.

Tabla 9

Acceso a alimentos. Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez. Guatemala 2017

Compra de alimentos	n	Porcentaje (%)
Todos los grupos de alimentos	43	96
Verduras, frutas, cereales, leche, queso y carne	2	4
Total	45	100

Fuente. Construcción propia

n= 45

Tabla 10

Lugar de compra de alimentos. Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez. Guatemala 2017

Lugar de compra de alimentos	n	Porcentaje (%)
Mercado	44	98
Mercado y supermercado	1	2
Total	45	100

Fuente. Construcción propia

n= 45

Del total de las familias 16 (36%) almacenan alimentos y 29 (64%) familias no almacena. El 88% de las familias que almacenan lo hace en la cocina y solo el 12% lo hace en el patio. La mayoría utiliza costales para guardarlos por un periodo que oscila entre dos semanas, hasta tres meses.

Tabla 11

Lugar, forma y tiempo de almacenamiento de alimentos. Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez. Guatemala 2017

Lugar de almacenamiento	n	Porcentaje (%)
Cocina	14	88
Patio	2	12
Cómo almacena	n	Porcentaje (%)
Costal	10	63
Trastos	5	31
Bolsas	1	6
Tiempo de almacenamiento	n	Porcentaje (%)
1-2 semanas	6	38
Tres meses	3	19
Más de tres meses	3	19
Un mes	2	12
Dos meses	2	12
Total	16	100

Fuente. Construcción propia

n= 16 por ser las familias que almacenan alimentos.

Respecto a las prácticas de higiene en el hogar, el 89% evacuan la basura de su vivienda haciendo uso del servicio de basura municipal. El 82% de las familias realizan frecuentemente limpieza del baño; barren y trapean los pisos el 73 y 78% de las familias respectivamente, un menor porcentaje hacen limpieza de vidrios, tal como se muestra en la figura siguiente.

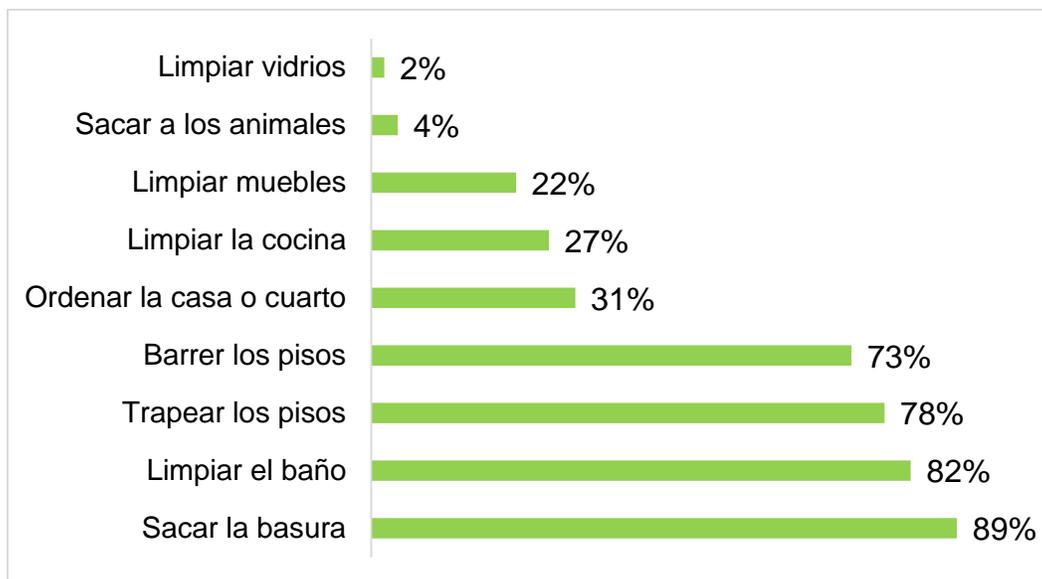


Figura 6. Prácticas de higiene en el hogar. Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez. Guatemala 2017. Fuente: Construcción propia.

De la muestra total 98% familias cuentan con servicio domiciliario de agua entubada, mientras que solamente el 2% utiliza la fuente comunal, tal como se puede apreciar en la siguiente gráfica.

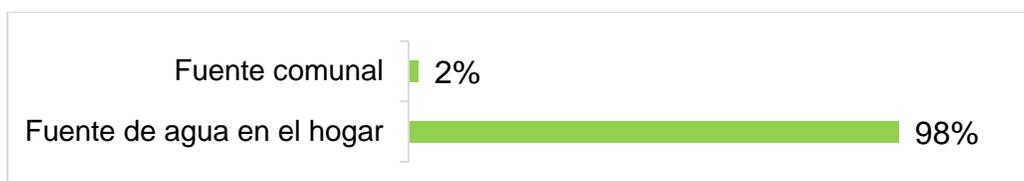


Figura 7. Fuente de abastecimiento de agua en Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez. Guatemala 2017. Fuente: Construcción propia.

Estado nutricional

Santa Catarina Barahona se diferencia de otras áreas de Guatemala, ya que muestra una situación nutricional con bajos índices de desnutrición. El estudio realizado a 45 menores de dos años respalda lo anterior, dado que del total de la población el 69% no presenta desnutrición crónica, mientras que solamente el 11% se encuentra por debajo de -3 DE; el 82% se encuentra sin desnutrición aguda y un 4% por debajo de -3 DE. En la desnutrición global el 83% sin desnutrición, el 4% por debajo de -3 DE y el 4% por arriba de +2 DE.

Tabla 12

Estado nutricional de la población menor de dos años. Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez. Guatemala 2017

	Desnutrición crónica (Talla para la edad)			Desnutrición aguda (Peso para la talla)			Desnutrición global (Peso para la edad)				Total
	Sin DC	Por debajo de -2 DE	Por debajo de -3 DE	Sin DA	Por arriba de +2 DE	Por debajo de -3 DE	Sin DG	Por debajo de -2 DE	Por debajo de -3 DE	Por arriba de +2 DE	
n	31	9	5	37	6	2	37	4	2	2	45
%	69	20	11	82	14	4	83	9	4	4	100

Fuente: Construcción propia.
n=45

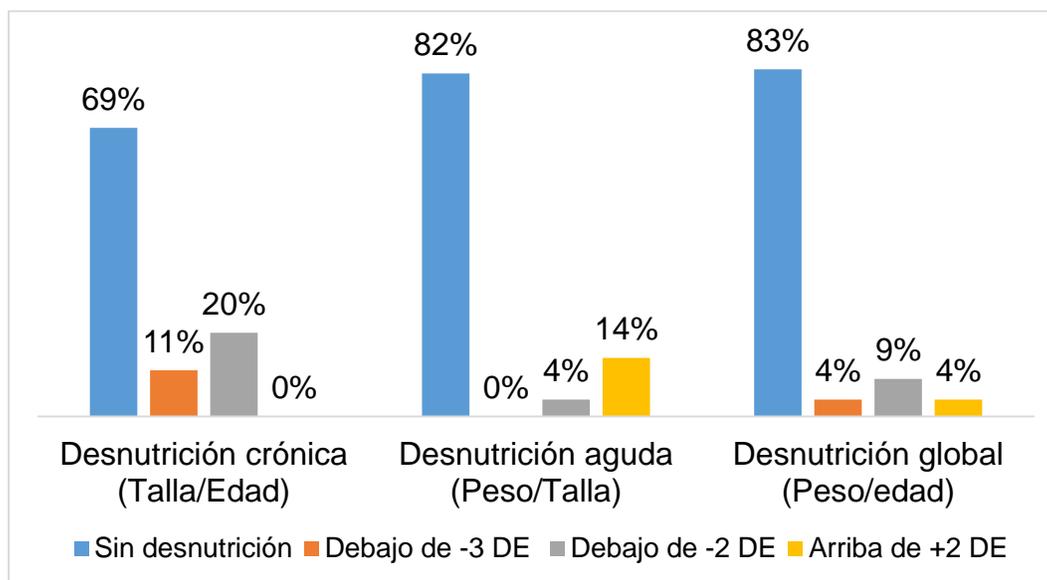


Figura 8. Distribución de la población menor de dos años según su estado nutricional. Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez. Guatemala 2017. Fuente: Construcción propia

La figura 8 muestra que el 69% no presenta desnutrición crónica, el 82% no presenta desnutrición aguda y el 83% de los menores de dos años no presenta desnutrición global respectivamente; mientras que tan solo un 11% se encuentra debajo de -3DE en cuanto a desnutrición crónica.

Se evidencia que, de la población menor de dos años del estudio, el 51% son niñas y un 49% son niños. De los cuales el 36% de niñas y el 33% de los niños no presentan ningún tipo de desnutrición.

Tabla 13

Distribución de la población menor de dos años por sexo según el estado nutricional. Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez. Guatemala 2017

Sexo	Estado nutricional medido según T/E					
	Desnutrición crónica severa y moderada		Sin desnutrición		Total	
	n	%	n	%	n	%
Femenino	7	16	16	36	23	51
Masculino	7	16	15	33	22	49
Total	14	31	31	69	45	100

Fuente: Construcción propia.
n= 45

Respecto al indicador T/E, en la tabla 14, se puede apreciar que el 20% de la población de 13 a 24 meses se encuentran sin desnutrición, de igual forma con un 16% la población de 9-12 y 6-8 meses. La población entre las edades de 13-24 meses fue la que presentó mayor porcentaje de desnutrición con un 13%, le siguen los del grupo de 0-5 meses con un 11%.

Tabla 14

Distribución de la población menor de dos años por edad según el estado nutricional Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez. Guatemala 2017

Edad	Estado nutricional medido por T/E					
	Desnutrición crónica severa y moderada		Sin desnutrición		Total	
	n	%	n	%	n	%
0 – 5 meses	5	11	8	18	13	29
6 – 8 meses	3	7	7	16	10	22
9 – 12 meses	0	0	7	16	7	16
13 – 24 meses	6	13	9	20	15	33
Total	14	31	31	69	45	100

Fuente: Construcción propia.
n= 45

Si relacionamos el estado nutricional con el rol dentro del hogar, encontramos que la mayoría de madres ocupan la posición de nueras en el hogar, de estas el 13% de los menores presenta desnutrición crónica y el 27% no tiene desnutrición; seguido de la posición de madres e hijas en un 29 y 27%, en donde el 24 y 18% de niños no tienen desnutrición respectivamente.

Tabla 15

Posición en el hogar del padre o encargado y su relación con el estado nutricional de los menores de dos años. Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez. Guatemala 2017

	Estado nutricional medido por T/E				Total	
	Desnutrición crónica severa y moderada		Sin desnutrición			
Posición en el hogar	n	%	n	%	n	%
Madre	2	4	11	24	13	29
Hija	4	8	8	18	12	27
Nuera	6	13	12	27	18	40
Nieta	1	2	0	0	1	2
Padre	1	2	0	0	1	2
Total	14	31	31	69	45	100

Fuente: Construcción propia.

n= 45

Prácticas alimentarias

A continuación, se presentan los resultados sobre las características de las prácticas alimentarias de lactancia materna y alimentación complementaria que tienen los menores de dos años en Santa Catarina Barahona.

Lactancia materna. El total de la población menor de dos años de edad participantes en el estudio, que asisten al Puesto de Salud de Santa Catarina Barahona, actualmente reciben lactancia materna, el 80% de forma exclusiva y el 84% lo hace a libre demanda. Estos resultados se presentan en la tabla siguiente.

Tabla 16

Lactancia materna, tipo y frecuencia. Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez. Guatemala 2017.

Lactancia Materna	n	Porcentaje (%)
Si recibe	45	100
No recibe	0	0
Tipo de lactancia materna	n	Porcentaje (%)
Exclusiva	36	80
Mixta	9	20
Frecuencia de lactancia materna	n	Porcentaje (%)
Libre demanda	38	84
Con horario	7	16
Total	45	100

Fuente: Construcción propia.

n= 45

En cuanto a la razón por la que el menor recibe lactancia materna, los padres o encargados indicaron en un 62% que era lo mejor para los niños, un 13% para que crezca sano y que es lo único que pueden comer.

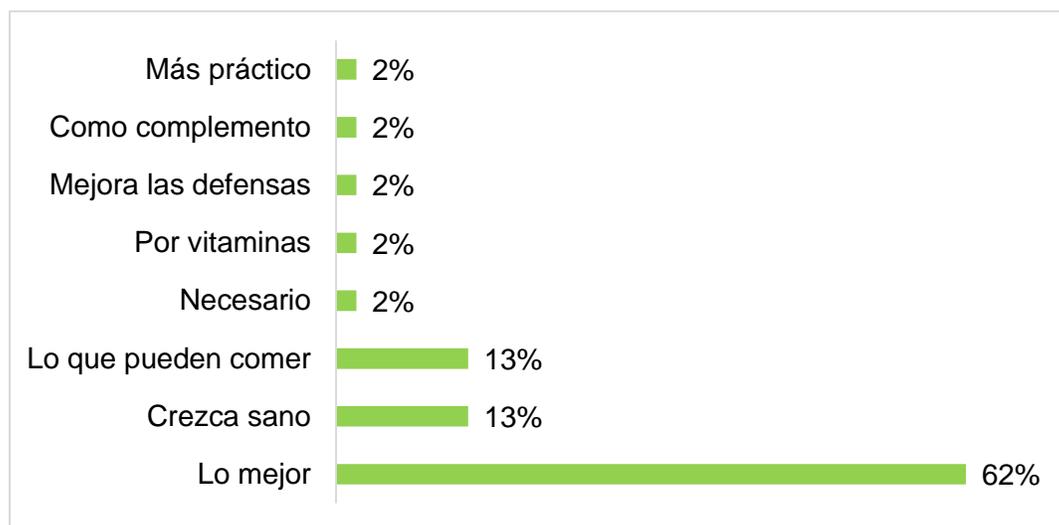


Figura 9. Razones para dar lactancia materna. Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez. Guatemala 2017. Fuente: Construcción propia.

De las 45 madres que participaron en el estudio, nueve indicaron que la alimentación que le dan al menor es mixta, las razones son varias: que se le rajaron los pezones, aceptó la pacha, la leche no es espesa o muy poca, porque la madre trabaja o el niño ya no quiso.

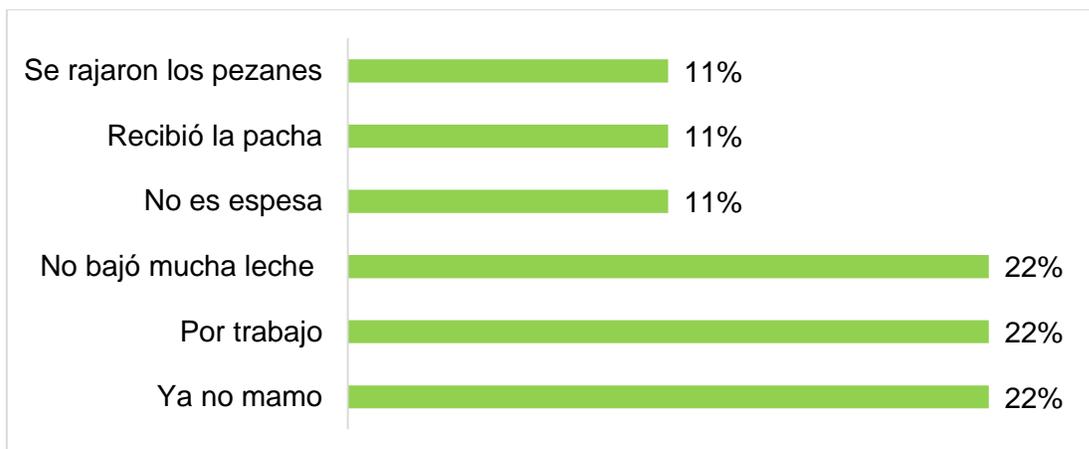


Figura 9. Razones para proporcionar alimentación mixta. Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez. Guatemala 2017. Fuente: Construcción propia.

En cuanto a los conocimientos adquiridos sobre la importancia de la lactancia materna, del total de padres o encargados entrevistados 21 (47%) indicó que recibió educación previa sobre lactancia materna, el 24% la recibió de parte del hospital y un 2% de parte de la familia. Mientras que 24 (21%) padres o encargados no recibieron educación previa, tal como se muestra en la tabla 17.

En la tabla 18 se evidencia, además, que el 69% de los niños que reciben lactancia materna no presenta desnutrición y el 31% muestra malnutrición crónica severa o moderada.

Tabla 17

Conocimientos sobre lactancia materna. Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez. Guatemala 2017

De parte de quien recibió educación sobre lactancia materna	n	Porcentaje (%)
Hospital	11	53
Médico	3	14
Nutricionista	3	14
Enfermería	3	14
Familia	1	5
Total	21	100

Fuente: Construcción propia.

n= 21 por ser los padres que recibieron educación previa sobre la lactancia materna

Tabla 18

Lactancia materna y estado nutricional. Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez. Guatemala 2017

Si recibe lactancia materna	Estado nutricional medido por T/E				Total	
	Desnutrición crónica severa y moderada		Sin desnutrición			
	n	%	n	%	n	%
	14	31	31	69	45	100
Total	14	31	31	69	45	100

Fuente: Construcción propia.

n= 45

En cuanto al nivel de ingresos, el 84% de las familias viven con un ingreso menor a la canasta básica mientras que el 16% tiene un ingreso mayor a la canasta básica de alimentos. En la tabla siguiente se muestra dicha relación.

Tabla 19

Lactancia materna según ingreso económico familiar. Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez. Guatemala 2017

Si recibe lactancia materna	Ingreso económico según el costo de la canasta básica alimentaria				Total	
	Ingreso menor a la canasta básica		Ingreso mayor a la canasta básica			
	n	%	n	%	n	%
	38	84	7	16	45	100
Total	38	84	7	16	45	100

Fuente: Construcción propia.

n= 45

Al relacionar el estado nutricional y conocimientos previos de los padres o cuidadores, los resultados evidencian que el 31% de los menores de dos años no presentan desnutrición crónica en donde los padres o cuidadores recibieron educación sobre la lactancia materna, mientras que el 38% de niños que no tienen desnutrición, los padres o encargados no recibieron educación previa.

Tabla 20

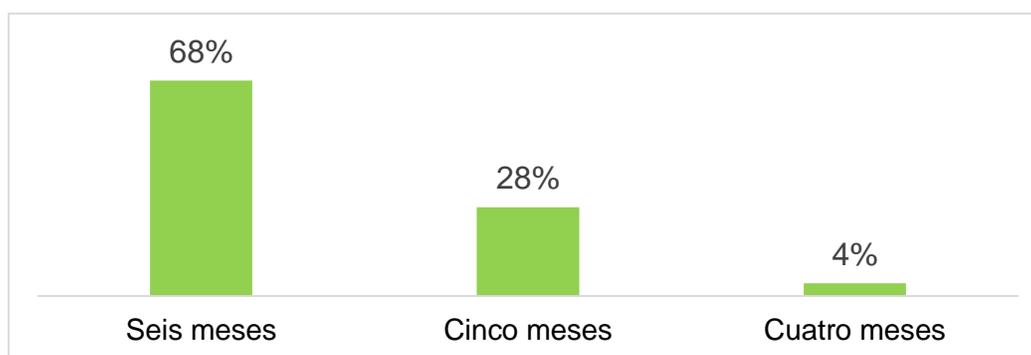
Relación entre conocimientos previos sobre lactancia materna de los padres o cuidadores y estado nutricional del niño menor de dos años. Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez. Guatemala 2017

Educación sobre Lactancia Materna	Estado nutricional medido por T/E					
	Desnutrición crónica severa y moderada		Sin desnutrición		Total	
	n	%	n	%	n	%
Si	7	16	14	31	21	47
No	7	16	17	38	24	53
Total	14	32	31	69	45	100

Fuente: Construcción propia.

n= 45

Alimentación complementaria. En relación a lo que es el inicio de la alimentación complementaria, del total de niños (45), 28 ya la reciben; los que representan un 62% de la muestra estudiada. El 68% de los niños la iniciaron a la edad de 6 meses, seguido del 28% a los cinco meses y en un menor porcentaje (4%) a los cuatro meses, tal como se muestra en la gráfica siguiente.



n= 28 por ser los niños que ya reciben alimentación complementaria.

Figura 11. Edad de inicio de la alimentación complementaria. Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez. Guatemala 2017. Fuente: Construcción propia

Cabe aclarar que 17 niños que representan el 38% aún no reciben alimentación complementaria.

Respecto a la frecuencia de comidas, 28 niños de la muestra que representan el 62% de la muestra estudiada, tal como se dijo anteriormente

reciben alimentación complementaria, se observa que el 100% de ellos recibe almuerzo, un 96% desayuno y cena, mientras que el 61% la refacción matutina y el 57% la vespertina. El rango de edad en el que se presenta el mayor porcentaje de tiempos de comida es el de 13 a 24 meses, tal como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 21

Prácticas alimentarias actuales. Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez. Guatemala 2017

Edad (meses)	Tiempos de comida																			
	Desayuno				Refacción matutina				Almuerzo				Refacción vespertina				Cena			
	Si		No		Si		No		Si		Si		No		Si		No			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
6 – 8	7	25	0	0	1	4	6	21	7	25	2	7	5	18	7	25	0	0		
9 - 12	6	21	0	0	2	7	4	14	6	21	2	7	4	14	6	21	0	0		
13 – 24	14	50	1	4	14	50	1	4	15	54	12	43	3	11	14	50	1	4		
Total	27	96	1	4	17	61	11	39	28	100	16	57	12	43	27	96	1	4		

Fuente: Construcción propia

n= 28 por ser los niños que ya reciben alimentación complementaria.

El 43% de menores de dos años realizan los cinco tiempos de comida al día, no importando que sus familias vivan con un ingreso menor a la canasta básica de alimentos.

Tabla 22

Relación entre frecuencia de comidas e ingreso económico familiar. Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez. Guatemala 2017

Ingreso económico	Tiempos de comida								Total	
	Cinco tiempos		Cuatro tiempos		Tres tiempos		Dos tiempos			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ingreso Menor al costo de la canasta básica	12	43	4	14	7	25	1	4	24	86
Ingreso Mayor al costo de la canasta básica	1	4	2	7	1	4	0	0	4	14
Total	13	47	6	21	8	29	1	4	28	100

Fuente: Construcción propia.

n= 28 por ser los niños que ya reciben alimentación complementaria.

Tomando como referencia las guías alimentarias de Guatemala para menores de dos años, la congruencia de las prácticas con lo que recomiendan las guías alimentarias para menores de dos años se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 23

Congruencia entre introducción de alimentos y las Guías Alimentarias. Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez. Guatemala 2017

	n	Porcentaje de la población (%)	Puntaje	Congruencia (%)
Población entre las edad de 6-8 meses	1	12	7	70
	3	38	5	50
	3	38	4	40
	1	12	0	0
Total	8	100	10	-
	n	Porcentaje de la población (%)	Puntaje	Congruencia (%)
Población entre las edades de 9-12 meses	1	33	6	40
	1	33	5	33
	1	33	4	27
Total	3	100	15	-
	n	Porcentaje de la población (%)	Puntaje	Congruencia (%)
Población entre 13 y 24 meses	1	6	13	59
	1	6	11	50
	1	6	10	45
	2	12	8	36
	2	12	7	32
	1	6	6	27
	2	12	5	23
	5	28	4	18
	1	6	3	14
	1	6	1	5
Total	17	100	22	-

Fuente: Construcción propia.

n= 28 por ser los niños que ya reciben alimentación complementaria.

En cuanto a la forma de introducción de los alimentos complementarios, se muestra a continuación que el 57% de los niños evidencia debilidad en las prácticas de introducción de los alimentos de acuerdo a las recomendaciones de las guías alimentaria para menores de dos años, les introdujeron los alimentos de una forma temprana o tardía; pero no presentan desnutrición, mientras que el 7%

a pesar de que evidencian más del 50% de buenas prácticas, se identificaron casos con algún grado de desnutrición.

Tabla 24

Forma de introducción de alimentos y estado nutricional. Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez. Guatemala 2017

Estado nutricional medido por T/E	Forma de introducción de alimentos					
	Por debajo del 50% de BP*		Por arriba del 50% de BP		Total	
	n	%	n	%	n	%
Desnutrición crónica severa y moderada	6	22	2	7	8	29
Sin desnutrición	16	57	4	14	20	71
Total	22	79	6	21	28	100

Fuente: Construcción propia.

n= 28 por ser los niños que ya reciben alimentación complementaria.

* BP: Buenas prácticas.

En relación al nivel educativo y su relación con las prácticas de alimentación complementaria, en la tabla 25 se evidencia que de los padres o encargados que cursaron la primaria completa el 28% tiene carencias en la forma de introducir los alimentos y un 14% lo hizo de forma aceptable, mientras que el 7% que introdujo de forma aceptable los alimentos tienen estudios universitarios.

Al relacionar entre la forma de introducción de alimentos complementarios y el ingreso económico, el 64% de los padres que tienen un ingreso económico menor a la canasta básica de alimentos, presenta deficiencias en la correcta introducción de alimentos a los niños, mientras que el 18% tiene una buena práctica de introducción de alimentos. Ver tabla 26.

Tabla 25

Nivel educativo y su relación con las prácticas de alimentación complementaria. Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez. Guatemala 2017

Escolaridad	Forma de introducción de alimentos				Total	
	Por debajo del 50% de BP*		Por arriba del 50% de BP		n	%
	n	%	n	%		
Primaria incompleta	4	14	0	0	4	14
Primaria completa	8	28	4	14	12	42
Secundaria incompleta	5	18	0	0	5	18
Secundaria completa	3	11	0	0	3	11
Superior	1	4	2	7	3	11
Alfabetización	1	4	0	0	1	4
Total	22	79	6	21	28	100

Fuente: Construcción propia.

n= 28 por ser los niños que ya reciben alimentación complementaria.

*BP: Buenas prácticas.

Tabla 26

Relación entre la forma de introducción de alimentos e ingreso económico familiar. Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez. Guatemala 2017

Ingreso económico	Forma de introducción de alimentos				Total	
	Por debajo del 50% de BP*		Por arriba del 50% de BP		n	%
	n	%	n	%		
Menor al costo de la canasta básica	18	64	5	18	23	82
Mayor al costo de la canasta básica	4	14	1	4	5	18
Total	22	78	6	22	28	100

Fuente: Construcción propia.

n= 28 por ser los niños que ya reciben alimentación complementaria.

*BP: Buenas prácticas.

En cuanto a la variedad de la dieta según el número de alimentos recomendado por las Guías Alimentarias, en la siguiente tabla se presenta el consumo actual por grupo de edad.

Cabe resaltar que tal como se muestra en la tabla 28, el puntaje representa la calificación asignada dependiendo del número de alimentos introducidos conforme las Guías Alimentarias.

Tabla 27

Variedad dietética. Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez. Guatemala 2017

	n	%	Puntaje	Consumo de alimentos (%)
6-8 meses	1	12	7	70
	2	25	6	60
	3	38	5	50
	2	25	4	40
Total	8	100	10	-
	n	%	Puntaje	Consumo de alimentos (%)
9-12 meses	1	33	12	80
	1	33	10	66
	1	33	9	60
Total	3	100	15	-
	n	%	Puntaje	Consumo de alimentos (%)
13 a 24 meses	2	12	19	95
	1	6	17	85
	3	17	16	80
	4	24	15	75
	2	12	14	70
	3	17	13	65
	2	12	12	60
	Total	17	100	20

Fuente: Construcción propia.

n= 28 por ser los niños que ya reciben alimentación complementaria.

Con respecto a la educación previa sobre la alimentación complementaria, según la tabla 28, el 54% de los padres o encargados dijeron haberla recibido en su mayoría (47%) de parte del médico, seguido de algún familiar con el 26% y enfermería con un 20%.

Tabla 29

Educación sobre alimentación complementaria. Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez. Guatemala 2017

Recibió educación sobre la alimentación complementaria	n	Porcentaje (%)
Si	15	54
No	13	46
Total	28	100
De parte de quien recibió la educación	n	Porcentaje (%)
Medico	7	47
Familia	4	26
Enfermería	3	20
Nutricionista	1	7
Total	15	100

Fuente: Construcción propia.

n= 28 por ser los niños que ya reciben alimentación complementaria.

Las prácticas de higiene que llevan los padres o cuidadores de los menores en un 96% son lavar los alimentos previamente a ser preparados, cocinarlos bien. El 89% tira los sobrantes de comida como se observa en la tabla 29.

Tabla 29

Prácticas de higiene en la preparación de alimentos. Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez. Guatemala 2017

Preparación de alimentos	n	%
Lavar los alimentos	27	96
Cocinar bien los alimentos	27	96
Pelar los alimentos	5	18
Hacerlos papilla o trocitos	2	7
Sobrantes de comida	n	%
Los tira	25	89
Los guarda	3	11
Total	28	100

Fuente: Construcción propia.

n= 28 por ser los niños que ya reciben alimentación complementaria.

En cuanto a la frecuencia de asistencia al puesto de salud para control de crecimiento y desarrollo, la siguiente tabla muestra esta relación con el estado nutricional. En ella se evidencia que el 60% lo hace en forma mensual y no presentan desnutrición.

Tabla 30

Frecuencia de monitoreo de crecimiento y desarrollo según estado nutricional. Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez. Guatemala 2017

Frecuencia de asistencia	Estado nutricional según T/E				Total	
	Desnutrición crónica severa y moderada		Sin desnutrición			
	n	%	n	%	n	%
Mensualmente	11	25	27	60	38	84
Cada 2 meses	2	4	4	9	6	14
Cada 3 meses	1	2	0	0	1	2
Total	14	31	31	69	45	100

Fuente: Construcción propia.
n= 45

Respecto a la edad del padre o encargado, hay un 23% entre 16 y 20 años, lo cual evidencia que casi la cuarta parte de los padres inician tempranamente su función reproductiva, tal como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 31

Relación entre estado nutricional según T/E y edad del padre o encargado. Santa Catarina Barahona, Sacatepéquez. Guatemala 2017

Edad del encargado	Indicador T/E				Total	
	Desnutrición crónica severa y moderada		Sin desnutrición			
	n	%	n	%	n	%
16-20	3	7	7	16	10	23
21-25	2	4	11	24	13	29
26-30	5	11	6	13	11	24
31-35	4	9	7	16	11	24
Total	14	31	31	69	45	100

Fuente: Construcción propia.
n= 45

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Perfil socioeconómico

Los datos muestran que la población analizada en el municipio de Santa Catarina Barahona cuenta con un perfil socioeconómico que se puede catalogar como no precario en relación a otras regiones del departamento de Sacatepéquez y Guatemala en general. Esto se evidencia en que el 98% de las familias están empleadas y que por lo tanto generan ingresos para sus hogares, aunque no cubren en la totalidad del costo de la canasta básica; en algunos casos lo cubren con la producción de sus propios alimentos en pequeñas unidades productivas, en particular los granos básicos, verduras y algunas frutas.

En cuanto al perfil educativo de las familias, los datos muestran que es una población que supera los índices nacionales sobre este tema, dado que el 98% de la población es alfabeta y un dato relevante es que el 18% cuenta con estudios superiores. Esto indica que las familias que amplían sus oportunidades laborales mejoran sus condiciones de vida y que si a esto se suma el acceso a la educación, pueden tener una mayor apertura a cambios de comportamientos hábitos y a implementar prácticas que mejoran su calidad de vida en el hogar.

La mayoría de las madres emplean la mayor parte de su tiempo al cuidado de sus hijos y al trabajo en el hogar, esto puede influenciar positivamente en el crecimiento efectivo de los niños ya que reciben una mejor atención en su cuidado general.

En relación a las prácticas de higiene en el hogar, los datos evidencian que un porcentaje importante de familias tienen el hábito de limpieza en su hogar tales como el manejo de basura, limpieza de pisos, baños y cocina entre otros; prácticas que impactan en el bienestar de la familia y en particular de los niños. Así mismo el 98% cuenta con servicio de agua domiciliar prestado por la municipalidad, factor que influye positivamente en las prácticas de higiene y en la calidad del agua usada para consumo.

Los resultados del estudio arrojan que un 84% de los padres o encargados llevan a sus hijos al puesto de salud todos los meses para el control de peso y talla, esto demuestra que los padres se interesan por la salud de sus hijos. Una cuarta parte de los padres o encargados de los menores se encuentran entre las edades de 16-20 años, lo que indica que empiezan la etapa reproductiva a una temprana edad y son una población joven.

Estado nutricional

El análisis realizado evidencia que los menores de dos años presentan un nivel medio de desnutrición crónica, con respecto a los valores nacionales (47%). En el estudio no se encontraron diferencias significativas de desnutrición por sexo de los menores y los casos encontrados en su mayoría fueron entre los rangos de 13 a 24 meses lo que evidencia nuevamente el patrón de comportamiento de la desnutrición asociada a este periodo. Esto permite inferir una asociación con el que los niños comienzan a comer solos, necesitan mayor variedad en la dieta y la lactancia materna pasa a ser un complemento. Así mismo empiezan a expresar sus gustos y rechazos por las comidas.

Los resultados del estudio también evidencian que la desnutrición en los menores entre el rango de edad de 13 a 24 meses (11%) es elevada al igual que en los menores de 5 meses (7%) lo que puede estar asociado a ciertas prácticas no favorables en la introducción de la alimentación complementaria tanto en cuanto a la frecuencia como en la variedad y forma de preparación de los alimentos.

En cuanto al estado nutricional de los menores respecto a la posición que ocupa su cuidador en el hogar, se encontró que existe un mayor porcentaje de desnutrición cuando la madre vive con los suegros, esto puede estar asociado a que se adoptan nuevas costumbres de la familia, tiene otras obligaciones en el hogar, entre otras.

Prácticas alimentarias

Lactancia materna. Al momento del estudio el total de la muestra de menores de dos años recibían lactancia materna, en su mayoría los padres o encargados expresaron que la razón era porque es el mejor alimento que le pueden dar a su niño, es lo único que pueden comer, entre otras; es importante evidenciar que en un 80% lo hace de forma exclusiva y cuantas veces el niño necesite mamar al día, por lo que cumplen con las recomendaciones de las guías alimentarias para menores de dos años. El 20% que recibían lactancia de forma mixta fue porque en su mayoría las madres expresaron que ya no mamó el niño, no le bajó mucha leche a la madre o por trabajo fuera del hogar.

A pesar de que menos del 50% de madres recibieron educación previa sobre la lactancia materna, el 100% de los menores de dos años recibe lactancia y el 69% no presentan desnutrición crónica; es importante resaltar que la educación previa en su mayoría fue impartida por los médicos del hospital nacional de Antigua Guatemala; en un menor porcentaje por nutricionistas o personal de enfermería.

Un dato relevante es el que las familias no importando si tienen un ingreso económico menor a la canasta básica de alimentos, dan lactancia materna a los menores, lo que impacta en el estado nutricional de los niños y se hace evidente con las bajas cifras de desnutrición crónica que tiene el municipio.

Alimentación complementaria. Los datos obtenidos del estudio evidencian que casi el 70% de los menores de dos años iniciaron la ablactación a partir de los seis meses, cumpliendo así con las recomendaciones dadas por las guías alimentarias para menores de dos años de Guatemala y solo un 4% inició con la alimentación a los cuatro meses.

Un hallazgo relevante dentro del estudio, es que las familias estudiadas cumplen con varias de las recomendaciones de las guías alimentarias para menores de dos años de Guatemala; el tiempo de comida más importante es el

almuerzo ya que el total de los niños con alimentación complementaria lo recibe, seguido del desayuno y la cena con un 96%. Las refacciones superan el 50%, lo cual constituye una buena práctica y un factor que puede incidir en el bajo porcentaje de desnutrición que presentan.

En relación a las prácticas alimentarias y su relación con el ingreso económico de las familias, los resultados indican que más del 40% de los menores realizan los cinco tiempos de comida, aún en las familias que viven con un ingreso económico menor a la canasta básica. Esto es un indicador de que los padres o encargados de los menores le prestan atención a la alimentación de los niños, aunque no cubran la totalidad de la canasta básica.

Un factor importante que puede incidir en el estado nutricional de un niño es lo relacionado con el momento de la introducción de alimentos. El estudio reflejó que el 50% de los niños entre 6 y 8 meses iniciaron de una manera aceptable los alimentos según las guías alimentarias para menores de dos años de Guatemala; mientras que en los niños de 9 a 12 meses se cumple en un porcentaje muy bajo con estas recomendaciones. Para el caso de los niños de 13 a 24 meses solamente el 12% cumplieron con más del 50% de buenas prácticas. La introducción de los alimentos en comparación con otras regiones del país es aceptable, lo cual se puede observar en el estado nutricional de los menores.

Al establecer la relación entre el estado nutricional de los niños que asisten al puesto de salud de Santa Catarina Barahona con las buenas prácticas de introducción de alimentos, el 57% de la población estudiada (ver tabla 24) no cumplen con el 50% de las recomendaciones en cuanto a la introducción de alimentos. Sin embargo, estos niños no presentan desnutrición crónica por lo que se puede inferir que aunque el inicio de los alimentos sea tardío o prematuro, la variedad dietética y frecuencia favorece a que el estado nutricional de los menores sea adecuado en su mayoría, lo que se evidencia en los bajos índices de desnutrición encontrados y en la variedad dietética que tienen.

Es importante resaltar que el 14% de los padres o encargados de los niños que introdujeron de una forma aceptable los alimentos tienen la primaria completa, y un 7% poseen estudios superiores. Como se mencionó anteriormente esto se puede traducir en que las familias amplían sus conocimientos y tienen una mayor apertura a cambios de comportamiento, hábitos o prácticas que ayudan al buen crecimiento y desarrollo de los menores. A la vez está ligado a que más del 50% de los padres o encargados recibieron educación previa sobre la alimentación complementaria, en su mayoría de parte del médico, seguido de la familia y personal de enfermería.

A pesar de que la mayoría de las familias vive con un ingreso económico menor a la canasta básica, un 18% introduce los alimentos de una forma aceptable según las guías alimentarias para menores de dos años, mientras que el 64% restante realiza la introducción de alimentos de una forma prematura o tardía según la recomendación de las guías alimentarias para menores de dos años de Guatemala. En base a los resultados, el nivel de ingresos económicos no es un factor que incide en las buenas prácticas de introducción de alimentos, variedad y frecuencia de los mismos. En cuanto al nivel educativo se encontró que más del 50% de los padres o encargados tienen conocimientos previos sobre la alimentación complementaria, lo cual amarrado al nivel educativo que se obtiene un efecto positivo en el estado nutricional de los menores.

En relación a las prácticas de higiene relacionadas con la preparación de los alimentos, más del 90% de las familias cumple con las recomendaciones de higiene, lavado y cocción de los alimentos para los menores, lo que indica una mejor calidad de la alimentación servida, traducida a una mejor utilización biológica y por lo tanto una mejor nutrición de los niños.

CONCLUSIONES

1. La población analizada en el municipio de Santa Catarina Barahona cuenta con un perfil socioeconómico que se puede definir como suficiente, en el cual la mayoría de padres o encargados tienen un ingreso económico, aunque no se logre cubrir el costo de la canasta básica alimentaria. Principalmente generan el ingreso económico por medio de negocios propios o en la agricultura y poseen algún nivel educativo (18% cuanta con estudios superiores).
2. Se evidenció que el 69% de los menores de dos años no presentan desnutrición crónica, 82% no tienen desnutrición aguda y el 83% sin desnutrición global. El estudio no reveló que exista diferencia significativa en cuanto a la desnutrición crónica por sexo. Se encontró que el mayor porcentaje de menores con desnutrición se encuentran en el rango de 13 a 24 meses de edad, lo cual es congruente con lo reportado para el país.
3. Se identificó como positivo en el cumplimiento de la práctica de lactancia materna continuada en los menores de dos años que participaron en el estudio. A pesar de que la mayoría de padres o encargados no recibieron educación previa sobre lactancia materna y viven con un ingreso económico menor a la canasta básica de alimentos.
4. Los resultados sobre las prácticas de alimentación complementaria son alentadores, ya que aproximadamente el 70% de los niños inicia la ablactación a los seis meses. La frecuencia de comidas es efectiva según las recomendaciones dadas por las guías alimentarias para menores de dos años de Guatemala.

5. Existen fallas en la introducción de alimentos en las edades que recomiendan las guías, sin embargo, la dieta que tienen los menores es variada lo que favorece que el estado nutricional de los menores sea en su mayoría normal.

6. El nivel de ingreso económico familiar no es un factor que incide directamente en practicar una introducción de alimentos efectiva, así como su variedad y frecuencia en los menores de dos años, pero si el nivel educativo asociado a la educación sobre alimentación complementaria recibida previamente.

RECOMENDACIONES

En base a los resultados del estudio, se recomienda

A las autoridades de salud:

1. Aumentar el esfuerzo para una efectiva educación alimentaria nutricional en el Puesto de Salud del municipio de Santa Catarina Barahona. Para ello se puede hacer uso de diferentes técnicas educativas como material impreso, talleres demostrativos sobre formas de preparación de alimentos para cada grupo de edades y carteles explicativos.
2. Mejorar la divulgación de las Guías Alimentarias para menores de dos años de Guatemala para que sean ampliamente conocidas por la población.
3. Establecer alianzas estratégicas con las autoridades municipales para un trabajo colaborativo entre ambas instituciones, especialmente en cuanto a abastecimiento de agua segura, higiene y saneamiento, ya que en este estudio quedó evidenciada la fuerte relación que existe con el logro de la seguridad alimentaria.
4. Sensibilizar al personal responsable de los centros y puestos de salud para que el componente educativo en alimentación y nutrición sea sistemático, eficiente y efectivo, evaluando periódicamente su impacto a través del cambio de comportamientos.

A la academia:

1. Fortalecer el componente de investigación en los planes de estudio, a fin de contribuir en la generación de conocimiento científico que sirva de sustento a los tomadores de decisiones en los diferentes niveles de atención en salud para coadyuvar a la resolución de la problemática en materia de nutrición.

2. Por medio del componente extensión, involucrar a la comunidad académica en actividades educativas a nivel comunitario para fortalecer el componente educativo a nivel local y municipal, toda vez que el mismo es un factor taxativo para el cambio de comportamientos, según lo evidenció el presente estudio.

3. Establecer alianzas estratégicas con autoridades de salud, municipalidades y grupos organizados que actúan a nivel local para desarrollar un trabajo conjunto e interdisciplinario para un análisis integral de la problemática nutricional e impulsar estrategias de intervención con la participación activa de los actores locales y de la población involucrada.

REFERENCIAS

- Anaya Prado, R., Arenas Márquez, H., & Arenas Moya, D. (2012). *Nutrición enteral y parenteral* (2da ed.). México: McGraw-Hill Interamericana Editores. S.A.
- Castillo Hernández, J. L., & Zenteno Cuevas, R. (2004). *Valoración del Estado Nutricional*. Revista Médica de la Universidad Veracruzana, 4(2), 29-35. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2004/muv042e.pdf>
- Chile, M. D. (2010). *Manual de Lactancia Materna*. Chile.
- Consejo Municipal de Desarrollo del Municipio de Santa Catarina Barahona y Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia, D. d. (2010). *Plan de Desarrollo Santa Catarina Barahona*. Guatemala: SEGEPLAN/DPT.
- Decreto del Congreso de la República de Guatemala, número 32-2005. *Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional*. (2005). Diario Centroamérica 66 t, 185, 2 de mayo 2005.
- Estébanez, P. (2005). *Medicina Humanitaria*. España: Díaz de Santos.
- Evans, J., & Myers, R. (s.f.). *Prácticas de crianza: Creando programas donde las tradiciones y prácticas modernas se encuentran*, 15(1), 1-11. Recuperado el 11 de octubre de 2016, de <http://observatorio.unillanos.edu.co/portal/archivos/74Prcticas%20de%20crianza.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia -UNICEF-. (2012). *Glosario de Nutrición. Un recurso para comunicadores*. Recuperado el 11 de octubre de 2016, de https://www.unicef.org/lac/Nutrition_Glossary_ES.pdf.
- Galindo, M. A., & Chang, L. P. (2014). *Percepciones y comportamientos que condicionan el consumo alimentario en doce comunidades rurales de Guatemala*. Revista Antropología y Nutrición -SESAN-, 9(1), 1-7.
- Garza, J. A. (2013). *Nutrición y gastroenterología pediátrica*. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A.
- Hernández Pérez, M. B., Miranda Pérez, R., & Cruz Morales, Y. (2011). *Lactancia Materna. Generalidades y Aplicación Práctica en Pedriatría*. La Habana.

- Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá -INCAP-. (s.f.). *Lactancia Materna*. Recuperado el 11 de Octubre de 2016, de <http://www.incap.int/dmdocuments/inf-edu-alimnut-COR/temas/1.lactanciamaterna/pdf/1.lactanciamaterna.pdf>
- Instituto de Nutrición para Centroamérica y Panamá INCAP. (s.f.). *Alimentación Complementaria*. Recuperado el 11 de Octubre de 2016, de <http://www.incap.int/dmdocuments/inf-edu-alimnut-COR/temas/2.alimentacioncomplementaria/pdf/2.alimentacioncomplementaria.pdf>
- Instituto de Nutrición para Centroamérica y Panamá/Organización Panamericana de la Salud -INCAP/OPS-. (s.f.). *Diplomado a distancia de Seguridad Alimentaria Nutricional*. Guatemala: INCAP.
- Instituto Nacional de Estadística -INE-. (2008). *Estimaciones de la Población total por municipio. Período 2008-2020*. Guatemala.
- Instituto Nacional de Estadística -INE-. (2013). *Mapas de pobreza rural en Guatemala 2011*. Guatemala.
- Mahan, K., Scott-Stump, S., & Raymond, J. (2013). *Krause Dietoterapia (13ª ed)*. Barcelona, España: Elsevier.
- Ministerio de Educación -MINEDUC-, Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutrición -SESAN-, & Instituto Nacional de Estadística -INE-. (2015). *Cuarto Censo Nacional de Talla*. Guatemala.
- Ministerio de Salud de El Salvador -MINSAL-, & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia -UNICEF-. (1995). *La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca*. Chile.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-, Instituto Nacional de Estadística -INE-, & Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia -Segeplan-. (2015). *VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2014-2015*. Guatemala.
- Organización Mundial de la Salud -OMS-, Organización Panamericana de la Salud -OPS-, & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia -UNICEF-. (1998). *Consejería en Lactancia Materna: Curso de capacitación*.
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura -FAO-. (2006). *Indicadores de Nutrición para el Desarrollo*. Roma 2006.

- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura -FAO-, s. (s.f.). *Nutrición y Salud*. Recuperado el 5 de octubre de 2016, de <http://www.fao.org/docrep/014/am401s/am401s04.pdf>
- Programa Especial para la Seguridad Alimentaria -PESA-. (2011). *Seguridad Alimentaria Nutricional, Conceptos básicos (3ª ed.)*. Honduras.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD-. (2016). *Más allá del conflicto, luchas por el bienestar. Informe Nacional de Desarrollo Humano 2015/16*. Guatemala: Impresa, S.A.
- Praun, A., González, A., Garoz, B., Ozaeta, J. P., Cano, M., Mérida, M., . . . Krenmayr, W. (2015). *Informe Alternativo del Derecho a la Alimentación en Guatemala. Monitoreo de las Directrices Voluntarias para el Derecho a la Alimentación 2014 - 2015*. Guatemala: EMMANUEL.
- Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional -PROSAN-, & Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud -OPS/OMS. (2003). *Guías alimentarias para la población guatemalteca menor de dos años*. Guatemala: Magna Terra Editores.
- Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional -SESAN-. (2015). *SESAN prepara estudio sobre prácticas alimentarias*. Guatemala. Recuperado de: www.sesan.gob.gt/index.php/.../1675-dan-seguimiento-a-entrega-de-alimentos
- Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional -SESAN-. (2016). *Pronóstico de Seguridad Alimentaria Nutricional. Período: septiembre, octubre y noviembre 2016*. Guatemala.
- Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional -SESAN-. (s.f). *Pilar acceso*. Recuperado el 11 de Noviembre de 2016, de <http://www.sesan.gob.gt/index.php/glosario/item/acceso-a-los-alimentos-copy>
- Villeda Rodríguez, C. S., & Lázaro Galdámez, V. M. (2014). *Prácticas alimentarias y su relación con el estado nutricional en niños y niñas de 0 a 12 meses de edad*. (Tesis de Licenciatura en Ciencias Médicas). Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado de los padres o cuidadores para participar en el estudio **prácticas de alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional y nivel socioeconómico**

Buen día, mi nombre es Rita Hernández, soy estudiante de la Licenciatura en Nutrición en la Universidad de San Carlos de Guatemala. Me dirijo a usted el día de hoy para pedirle su colaboración en el estudio que tiene como nombre **Prácticas de alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional y nivel socioeconómico familiar.**

El estudio busca identificar las prácticas de alimentación con respecto a su niño menor de dos años, que puedan servir de ejemplo a otras comunidades. El estudio consiste en una entrevista a usted, la toma de peso y longitud a su niño si usted lo autoriza. La información que usted brinde será completamente confidencial y solo se usará para los objetivos del estudio, por lo tanto, no existe ningún riesgo para él/ella ni para usted. Así mismo le informo que el estudio no representa beneficios para usted o su familia, ni hay ningún tipo de recompensa económica o de otra índole por participar en él.

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si participa o no, los servicios que recibe en este centro no serán afectados. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar, aunque haya aceptado antes.

Consentimiento

He sido invitado/a a participar en la investigación **Prácticas de alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional y nivel socioeconómico familiar.**

He sido informado de que no existen riesgos para el niño, ni para mí, ni mi familia; que no representa beneficios para mi persona y que no se me recompensará por participar en él. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre.

He leído la información proporcionada (o me ha sido leída).

He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera la atención en salud recibida en este centro.

Nombre del (la) participante _____

Firma del (la) Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año

Si es analfabeto

Un testigo que sepa leer y escribir debe firmar (si es posible, esta persona debe seleccionarla el participante y no debe tener conexión con el equipo de investigación). Los participantes analfabetos deberán incluir su huella dactilar también.

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas.

Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo _____ Y Huella dactilar del participante

Firma del testigo _____

Fecha _____

Día/mes/año

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador _____

Firma del Investigador _____

Fecha _____

Día/mes/año

Anexo 2. Instrumento

Nº Boleta	
-----------	--

Instrumento de recolección de Información

Fecha ____/____/____

Lugar de la Encuesta	Nombre
Departamento	
Municipio	
Comunidad / Aldea / Caserío	
Encuestador/a	
Entrevistada(o)	Edad ____

Buenos días –tardes- mi nombre es Rita Hernández, estamos solicitando datos importantes sobre los cuidados y formas de alimentación de su niño, para tener información que permita ampliar los conocimientos en relación a la alimentación de los niños y niñas que asisten a la clínica. Por lo mismo, también vamos a preguntarle sobre sus actividades y medios de vida. ¿Podría dedicarme unos minutos de su tiempo? Las opiniones que Ud. me brinde serán confidenciales y de suma importancia. Si usted está de acuerdo voy a solicitarle que lea esta hoja de autorización y si quiere participar en la entrevista es necesaria que antes la firme. (Se entrega el consentimiento informado, se espera que lo lea y que lo firme).

Ahora vamos a comenzar con la entrevista.

ENCUESTA A HOGARES	
Boleta _____	
DATOS DE PERSONA ENTREVISTADA Y SU HOGAR (padre o encargado del niño)	
1.1. Posición en el hogar	1. Madre <input type="checkbox"/> 2. Hija <input type="checkbox"/> 3. Nuera <input type="checkbox"/> 4. Nieta <input type="checkbox"/> 5. Abuela <input type="checkbox"/> 6. Padre <input type="checkbox"/> 7. Otro <input type="checkbox"/> especifique: _____
1.2. Escolaridad	1. Ninguna <input type="checkbox"/> 2. Preprimaria <input type="checkbox"/> 3. Primaria incompleta <input type="checkbox"/> 4. Primaria completa <input type="checkbox"/> 5. Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> 6. Secundaria completa <input type="checkbox"/> 7. Superior <input type="checkbox"/> 8. Alfabetización <input type="checkbox"/>
1.3. Idioma en que aprendió a hablar	1. Español <input type="checkbox"/> 2. Mam <input type="checkbox"/> 3. Quiché <input type="checkbox"/> 4. Otro, <input type="checkbox"/> especifique _____
1.4. Principal fuente de ingresos de su familia	1. Trabajo propio del hogar <input type="checkbox"/> 2. Empleada (o) de casa particular <input type="checkbox"/> 3. Agricultura <input type="checkbox"/> 4. Empleada(o) del gobierno <input type="checkbox"/> 5. Empleada(o) de institución privada <input type="checkbox"/> 6. Comercio/ventas <input type="checkbox"/> 7. Otro, especifique. _____
1.5. Actualmente, ¿cuántas personas viven en su hogar? (viven bajo el mismo techo y comen juntos)	_ _
1.6. ¿Actualmente cuantas personas de la familia trabajan fuera del hogar?	_ _
1.7. ¿Cuál es el ingreso promedio mensual en su familia?	1. Q 0.00 – 1,000 <input type="checkbox"/> 2. Q 1,000- 2, 000 <input type="checkbox"/> 3. Q 2,000 – 3,000 <input type="checkbox"/> 4. Q 3,000 – 4,000 <input type="checkbox"/> 5. Q 4,000 – 5,000 <input type="checkbox"/> 6. Q 5,000 – 6,000 <input type="checkbox"/> 7. Q 6,000 en adelante <input type="checkbox"/>
1.8. ¿Cuál es la principal actividad en la que usted utiliza su tiempo?	1. Trabajo fuera de la casa <input type="checkbox"/> 2. Cuidado de Niños y Niñas <input type="checkbox"/> 3. Trabajo en su casa <input type="checkbox"/> 4. En actividades religiosas <input type="checkbox"/> 5. Actividades recreativas <input type="checkbox"/> 6. Otro, especifique _____
1.9. ¿Con qué frecuencia trae a [NOMBRE DE NIÑA O NIÑO] a control al centro de salud?	1. Mensualmente <input type="checkbox"/> 2. Cada 2 meses <input type="checkbox"/> 3. Cada 3 meses <input type="checkbox"/>

	4. Cada 6 meses <input type="checkbox"/>
	5. Cuando se enferma <input type="checkbox"/>
1.10. ¿Producen alimentos en casa?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
1.11 ¿Que alimentos producen?	1. Verduras <input type="checkbox"/> 2. Frutas <input type="checkbox"/> 3. Cereales <input type="checkbox"/> 4. Huevos <input type="checkbox"/> 5. Leche y queso <input type="checkbox"/> 6. Carne <input type="checkbox"/> 7. Otros _____ Especifique _____
1.12 ¿Compran Alimentos?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
1.13 ¿Que alimentos compran?	1. Verduras <input type="checkbox"/> 2. Frutas <input type="checkbox"/> 3. Cereales <input type="checkbox"/> 4. Huevos <input type="checkbox"/> 5. Leche y queso <input type="checkbox"/> 6. Carne <input type="checkbox"/> 7. Otros _____ Especifique _____
1.14 ¿Dónde compra los alimentos?	1. Mercado <input type="checkbox"/> 2. Tienda <input type="checkbox"/> 3. Supermercado <input type="checkbox"/> 4. Otros _____
1.15 ¿Almacena alimentos? 1.15.1 ¿Para cuánto tiempo? 1.15.2 ¿Cómo los almacena? 1.15.3 ¿En dónde los almacena?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____ _____ _____
1.16 ¿Cuál es la fuente de abastecimiento de agua?	1. Fuente de agua en el hogar <input type="checkbox"/> 2. Fuente comunal <input type="checkbox"/> 3. Río <input type="checkbox"/> 4. Pozo propio <input type="checkbox"/> 5. Otro _____
1.17 ¿Qué hace usted para tener higiene en su hogar?	_____ _____ _____ _____

Valoración del estado Nutricional

Fecha de nacimiento _____ Edad _____
Sexo _____

Peso _____ Longitud _____ P/T _____ P/E _____ T/E _____

Diagnostico nutricional: DA _____ DC _____ NL _____ SP _____

Prácticas Relacionadas con Lactancia Materna

1. ¿Recibió o recibe su hija/o lactancia materna? SI _____ No _____

¿Por qué? _____

¿Con qué sustituyó la LM? _____

¿Por qué? _____

Duración: _____ meses, exclusiva _____ mixta _____

¿Por qué dejó de dar de mamar?

Le da/daba de mamar:

A libre demanda: _____ o con horario: _____

¿En algún momento ha recibido educación sobre Lactancia Materna?

Si ___ No ___

De quién?

Medico ___ Nutricionista ___ Enfermería ___ Familiar ___ Otro ___

Prácticas Relacionadas con Alimentación Complementaria

1. ¿A qué edad inició la introducción de alimentos?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 meses

2. Tiempos de comida que acostumbra darle a su niño:

Desayuno _____

Refacción matutina: _____

Almuerzo: _____

Refacción de Tarde _____

Cena _____

¿Come a horas regulares? Si _____ No _____

¿Por qué?

3. ¿Cómo prepara los alimentos de su niño?

4. Al momento de darle de comer a su niño:

Previamente se lavó las manos [__],

Le lava las manos al niño antes de comer [__],

El niño come con la familia [__],

Usted le da de comer [__].

5. ¿Qué hace con los sobrantes de comida del niño?

6. ¿Asiste su niña(o) a alguna guardería? No _____ Si _____

¿Desde qué edad? _____

En caso de que su respuesta sea SI

¿Sabe qué y cómo le dan de comer? Si _____ No _____

¿Sabe del horario en que le dan de comer? Si _____ No _____

7. ¿Acostumbra darle agüitas a su niño? SI ___ NO ___

arroz _____

anís _____

cebada _____

ciruela _____

miel _____

maíz _____

cereales preparados _____

hierbabuena _____

c/azúcar _____

c/miel _____

otros: _____ indique cuales _____

8. ¿Ha recibido educación sobre el tipo de alimentos que le debe dar a su niño?

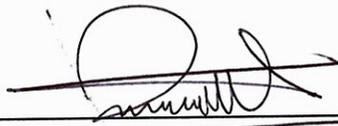
SI ___ No ___

9. ¿De quién?

médico _____ nutricionista _____ enfermería _____ familiar _____ otro _____

10. Esquema de introducción de alimentos:

Alimento	Edad de inicio	Variedad dietética	Observ.	Alimento	Edad de inicio	Variedad dietética	Observ.
		SI/NO				SI/NO	
Leche infantil			___ Pacha de ___ oz cantidad de leche ___ med. Azúcar: Si ___ No ___ otros: _____	Pan blanco			
				Pan tostado C/café			
Leche entera			___ Pacha de ___ oz cantidad de leche ___ med. Azúcar: Si ___ No ___ otros: _____	Pan dulce			
				Tortilla			
				Caldo de frijol			
Sal				Frijol colado			
Azúcar				Papa, yuca			
Miel				Fideos			
Compota dulce				Sopas			
Compota salada				Huevo yema/ clara			
Puré de frutas				Carne			
Puré de verduras				Pollo			
Verduras en trocitos				Pescado			
Frutas en trocitos				Mariscos			
Hierbas				Cerdo			
Frutas cítricas				Atoles			
Café				Incaparina			
Cereal de arroz				Dulces			



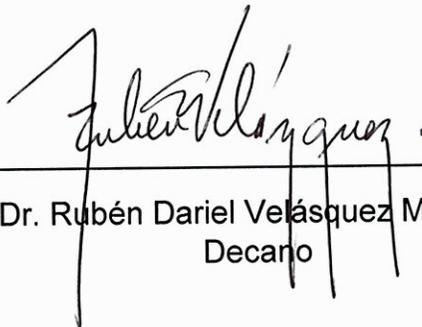
Rita María Hernández de León
Tesisista



Licda. María Isabel Orellana A. de Mazariegos, Ph.D.
Asesora de tesis



MSc. Silvia de Quintana,
Directora de la Escuela de Nutrición



Dr. Rubén Dariel Velásquez Miranda
Decano