

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

"PARTICIPACION DEL TRABAJADOR SOCIAL COMO PARTE
DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN LA RECUPERACION
DE NIÑOS CON PROBLEMAS DE MAL NUTRICION"

T E S I S

Presentada a la Dirección de la
Escuela de Trabajo Social de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

P O R

ASUCENA ALEJANDRINA PIVARAL GARZO

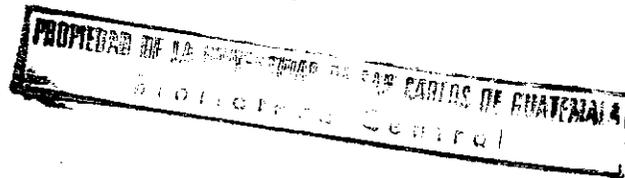
Previo a Conferírsele el Título de

TRABAJADORA SOCIAL

En el Grado Académico de

LICENCIADA

Guatemala, Mayo de 1996.



**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR: Dr. Jafeth Ernesto Cabrera Franco
SECRETARIO: Dr. Otto Manuel España Mazariegos

AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

DIRECTOR: Lic. César Augusto Estrada Ovalle

CONSEJO ACADEMICO

REPRESENTANTES DOCENTES

Licenciada: Rebeca Morán Mérida
Licenciada: Aracely Quiroa de Gómez
Licenciado: Alfonso Solís De León
Licenciada: Amparo Meléndez López
Licenciada: Blanca Mercedes Aroche

CONSEJO ACADEMICO

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Maestra Educación Primaria: Edelmira Mendoza Pineo
Maestra Educación Primaria: Margarita de Jesús García
Maestra Educación para el Hogar: Claudia Lorena Alfaro
Bachiller en CC. y Letras: Sara O. Franco Tejada
Maestra Educación Primaria: Lillian Noemí Lucas V.
Secretaria Comercial: Rosa Elena Barillas C.

TRIBUNAL EXAMINADOR

DIRECTOR: Lic. César Augusto Estrada Ovalle
ASESORA: Licda. Silvia Navarro de Chávez
REVISOR: Lic. Luis Alfonzo Beteta V.
COORDINADOR PROGRAMA DE LICENCIATURA: Lic. Edgar Flores González

**"ARTICULO No. 11.- Los autores serán los responsables de las opiniones y criterios expresados en sus obras".
Reglamento del Consejo Editorial de la Universidad de San Carlos de Guatemala.**

Guatemala, 8 de Septiembre de 1,995

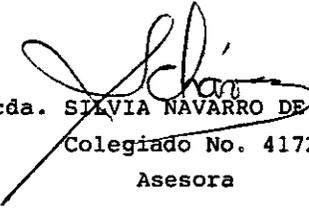
Señor Licenciado
César Augusto Estrada
Director de la Escuela de Trabajo Social
Universidad de San Carlos de Guatemala
Ciudad Universitaria.

Atentamente me dirijo a usted con el objeto de informarle que he tenido la oportunidad de trabajar conjuntamente con la Trabajadora Social ASUCENA ALEJANDRINA PIVARAL GARZO - el tema de tesis titulado: "PARTICIPACION DEL TRABAJADOR SOCIAL COMO PARTE DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN LA RECUPERACION DE NIÑOS CON PROBLEMAS DE MAL NUTRICION."

En el desarrollo del tema se logró establecer el papel que juega el Trabajador Social en Casa Guatemala y la participación que tiene como parte del equipo multidisciplinario, asimismo la sustentante presenta una propuesta con alternativas de solución al problema de mal nutrición que presentan los niños atendidos en la Institución.

En virtud de ello y sabiendo que llena los requisitos establecidos emito dictámen favorable al presente trabajo para que continúe con el trámite correspondiente.

Cordialmente,


Licda. SILVIA NAVARRO DE CHAVEZ
Colegiado No. 4172
Asesora



DICTAMEN-216-03/96

DE TRABAJO SOCIAL

Edo S-1, 2º Nivel
Universitaria, Zona 12
mal, Centroamérica

Teléfonos:
'60985-88-88, Ext.: 288-289

Abril 24 1996

Licenciado
Édgar Flores González
COORDINADOR-PROGRAMA
ESPECIAL DE LICENCIATURA
Presente.

Estimado Licenciado Flores:

Atentamente me dirijo a usted, para hacer de su conocimiento que he procedido a la revisión del Informe Final de tesis presentado por: AZUCENA ALEJANDRINA PIVARAL GARZO, sobre el tema "PARTICIPACION DEL TRABAJADOR SOCIAL COMO PARTE DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN LA RECUPERACION DE NIÑOS CON PROBLEMAS DE MAL NUTRICION".

Al respecto me permito manifestarle que emito dictamen favorable de aprobación, dado que llena los requisitos teórico-metodológicos exigidos por el programa. Asimismo, porque constituye un valioso aporte al trabajo social guatemalteco.

Sin otro particular, me suscribo de usted deferentemente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Luis A. Beteta V.'.

Lic. Luis A. Beteta V.
REVISOR

LABV/edl.
cc: Archivo.



PEL-031/96

DE TRABAJO SOCIAL
Oficio S-1, 2º Nivel
Edificio Universitaria, Zona 12
Guatemala, Centroamérica
Teléfonos:
780985-86-88, Ext.: 288-289

Mayo 14 1996

Licenciado
César A. Estrada Ovalle
DIRECTOR-ESCUELA TRABAJO SOCIAL
Presente.

Señor Director:

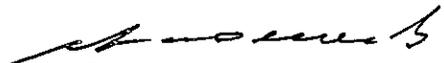
De manera atenta me dirijo a usted, adjuntándole para su conocimiento y efecto consiguiente, el INFORME FINAL de tesis: "PARTICIPACION DEL TRABAJADOR SOCIAL COMO PARTE DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN LA RECUPERACION DE NIÑOS CON PROBLEMAS DE MAL NUTRICION", presentado por la estudiante T.S. ASUCENA ALEJANDRINA PIVARAL GARZO.

El dictamen lo rindió favorablemente el licenciado Luis A. Beteta V., en el oficio No.-216-03/96.

Al agradecer su atención, quedo de usted deferente servidor.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Lic. Edgar Flores González
COORDINADOR
PROGRAMA ESPECIAL DE LICENCIATURA



EFG/edl.
cc: Archivo.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

EDIFICIO B-1, 2o. NIVEL

Ciudad Universitaria, Zona 12
Guatemala, Centroamérica

Teléfonos:

0-4 y 760985-86-88, Ext. 288-289

fonos Directos: 769590-769602

Fax: 769590

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL. UNIVERSIDAD DE SAN
CARLOS DE GUATEMALA.-----

En vista de los dictámenes favorables que anteceden de los Licenciados Silvia Navarro de Chávez y Luis Alfonso Beteta en calidad de Asesor y Revisor respectivamente, esta Dirección autoriza la impresión de la tesis "PARTICIPACION DEL TRABAJADOR SOCIAL COMO PARTE DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN LA RECUPERACION DE NIÑOS CON PROBLEMAS DE MAL NUTRICION", presentada y elaborada por Azucena Alejandrina Pivaral Garzo, previo a conferírsele el título de Trabajador Social en el grado de LICENCIADO una vez haya sustentado el examen respectivo.

En la ciudad de Guatemala, a los catorce días del mes de mayo de mil novecientos noventa y seis.



"DID Y ENSEÑAD A TODOS"

César A. Estrada O.
Lic. César A. Estrada O.
Director

CAEO/cdm
c.c.:archivo

ACTO QUE DEDICO

- A DIOS:** Por guiarme por el buen camino para alcanzar el éxito deseado.
- A MIS PADRES:** Felipe Pivaral Méndez
Olimpia Garzo de Pivaral
Con mucho cariño y agradecimiento por el apoyo que me brindan.
- A:** Angel Roderico Escalante
Con mucho amor y agradecimiento por su apoyo incondicional.
- A MIS HIJOS:** Alan Giovanni y
Brian Alejandro
Los quiero mucho, que mi triunfo sea un ejemplo para la superación de ellos.
- A MIS HERMANOS:** Sergio Raúl y
Waldemar
Con cariño especial.
- A MI FAMILIA
EN GENERAL:** Gracias por el cariño que me brindan.
- A MI TIERRA
NATAL:** Nueva Santa Rosa
Terruño que me vio nacer.
- A MIS AMIGAS Y
COMPAÑERAS:** Por la confianza y cariño, recordando momentos compartidos.
- A USTED:** Especialmente.

TESIS DEDICADA

- A LA:** UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.
- A LA:** ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL.
- A MI ASESORA:** LICDA. SILVIA CAROLINA NAVARRO DE CHAVEZ
Agradecimiento por su asesoramiento y dedicación para que mi triunfo fuese un éxito.
- A:** LA NIREZ GUATEMALTECA FUTUROS PROFESIONALES
En especial a los niños de Casa Guatemala, quienes me han permitido desempeñar mi carrera profesional.
- A MIS PADRINOS:** LICDA. LIGIA DEL CARMEN MORALES
DR. JOSE ARTURO CAZALI DIAZ

I N D I C E

| | Pág.No. |
|---|---------|
| INTRODUCCION | |
| CAPITULO 1 | |
| 1. MARCO CONCEPTUAL | 01 |
| 1.1 El Concepto de Niño | 01 |
| 1.2 El Concepto de Familia | 01 |
| 1.3 Relación Salud-Enfermedad | 02 |
| 1.4 Alimentación | 04 |
| 1.5 Nutrición | 05 |
| 1.6 Desnutrición | 05 |
| CAPITULO 2 | |
| 2. ANALISIS DEL TRATAMIENTO DE LA DESNUTRICION EN NUESTRO PAIS | 07 |
| 2.1 Tipos de Desnutrición | 08 |
| 2.2 Otros Tipos de Desnutrición | 10 |
| 2.3 Tratamiento de la Desnutrición | 12 |
| CAPITULO 3 | |
| 3. CASA GUATEMALA COMO CENTRO DE RECUPERACION INFANTIL | 14 |
| 3.1 Antecedentes | 14 |
| 3.2 Programas que Cubre Actualmente | 16 |
| 3.3 Objetivos Principales | 19 |
| CAPITULO 4 | |
| 4. PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS | 21 |
| CAPITULO 5 | |
| 5. PROPUESTA DE LA PARTICIPACION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN LA RECUPERACION DE NIÑOS MAL NUTRIDOS | 41 |
| 5.1 Propuesta | 41 |

| | Pág. No. |
|------------------------------|-----------------|
| 5.2 Fase de la Investigación | 42 |
| 5.3 Fase de Diagnóstico | 42 |
| 5.4 Fase de Planificación | 43 |
| 5.5 Fase de la Ejecución | 43 |
| 5.6 Fase de Evaluación | 44 |
| CONCLUSIONES | 45 |
| RECOMENDACIONES | 47 |
| BIBLIOGRAFIA | 49 |

I N T R O D U C C I O N

La participación del Trabajador Social es de mucha importancia en la sociedad, sobre todo para analizar e investigar los problemas que atañen al país.

La actual situación económica, política y social generada por el sistema capitalista imperante en la sociedad, coloca a miles de guatemaltecos ante un serie de problemas, entre ellos: desempleo, bajos salarios, enfermedad, analfabetismo y principalmente la desnutrición infantil, este problema afecta especialmente a los sectores mayoritarios y desposeídos del país, entre los cuales están los que corresponden a las áreas rurales, ya que son estos los que más carecen de servicios básicos para la subsistencia, cayendo en su mayoría los niños a un grupo de desnutrición, fue por ello que se decidió desarrollar el tema titulado: "Participación del Trabajador Social como Parte del Equipo Multidisciplinario en la Recuperación del Niños con Problemas de Mal Nutrición".

Tomado como caso específico CASA GUATEMALA, con los ingresos efectuados de julio de 1994 a junio de 1995, de niños para incorporar al programa la recuperación nutricional, llevándose a cabo la investigación con madres de los menores, así como los profesionales que conforman el equipo multidisciplinario de la institución objeto de estudio.

El programa que la institución atiende va dirigido a todos aquellos niños que califican para su internamiento presentando un grado de desnutrición severo, cubriendo a toda el área necesitada.

El propósito primordial de la investigación es conocer cuál

es la participación del Trabajador Social en un equipo de trabajo en la discusión de los casos y brindar un aporte a todos aquellos profesionales que deseen enriquecer sus conocimientos en base al tema a abordar.

Con dicha investigación se brindará un aporte objetivo de la importancia que tiene el fomentar un equipo multidisciplinario para la búsqueda de soluciones a los problemas que afrontan las familias para la nutrición de los menores, y contribuir a elevar el nivel de vida económico, social y cultural.

Los objetivos propuestos para la siguiente investigación son los siguientes:

OBJETIVOS GENERALES:

- Conocer las causas fundamentales que ocasionan la mal nutrición para contar con una base objetiva y concreta de donde se origina dicho problema.
- Conocer las limitaciones que el Trabajador Social tiene para la coordinación de programas para la recuperación de niños con el problema de mal nutrición.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Conocer los factores determinantes de la recuperación de niños con problemas de mal nutrición.
- Delimitar las funciones del Trabajador Social dentro del equipo

multidisciplinario en el lugar objeto de estudio.

- Crear mecanismos de coordinación dentro del centro nutricional con otros profesionales a manera de apoyar a la solución de los problemas de recuperación nutricional.

- Lograr la coordinación de las funciones del Trabajador Social con el resto del equipo que efectúa acciones al programa de Recuperación Nutricional.

- Conocer en forma concreta el nivel de satisfacción de las necesidades básicas de la población guatemalteca.

Considerando que estos objetivos fueron alcanzados a lo largo del estudio y el producto se constituye en el presente estudio.

Un punto importante de la investigación lo constituyen las hipótesis que se plantean a continuación:

HIPOTESIS:

- Debido a los pocos ingresos económicos con que cuentan las familias guatemaltecas no ha sido posible superar el problema de la mal nutrición, aumentando cada vez más el índice de mortalidad infantil.

- La participación del Trabajador Social en la atención a niños con mal nutrición no se ha dado en equipo multidisciplinario por las políticas institucionales, siendo un problema social en Guatemala.

- La falta de responsabilidad de los padres hacia sus hijos generan los reingresos de los niños a dicho centro.

Se comprobó la veracidad de las hipótesis; uno de sus alcances y logros fue precisamente definir las fases que puede desarrollar el Trabajador Social en su participación a la atención de niños con mal nutrición, dado en la propuesta.

Para la comprobación de las hipótesis se utilizó el método científico para sistematizar el estudio y se utilizaron diversas metodologías de investigación, revisión de folletos, lectura de material relacionado con la nutrición, desnutrición y alimentación, manuales de Trabajo Social, entrevistas, observaciones, visitas domiciliarias, encuestas a madres de los menores, y a los miembros del equipo multidisciplinario.

Para la organización del presente documento se cuenta con el siguiente contenido:

CAPITULO 1. En este capítulo se desarrolló el marco conceptual, dando a conocer algunos conceptos que se creen importantes para continuar con el desarrollo de la investigación.

CAPITULO 2. Se desarrolló el análisis del tratamiento de la desnutrición en nuestro medio, así como los tipos de desnutrición y tratamiento que puede dársele a cada uno de ellos.

CAPITULO 3. Dado a que como muestra se toma el Centro Nutricional y Hogar Permanente CASA GUATEMALA, en este capítulo

se da información sobre la institución: Casa Guatemala como centro de recuperación nutricional, se dan a conocer sus antecedentes, programas que cubre y sus objetivos principales.

CAPITULO 4. Se llevó a cabo el trabajo de campo, entrevistas y las boletas de investigación, desarrollándose dicho capítulo con el análisis e interpretación de resultados.

CAPITULO 5. En base a los resultados del trabajo de campo se determinó realizar una propuesta de la participación del Trabajador Social en el equipo multidisciplinario en la recuperación de niños mal nutridos, definiendo sus fases.

Y para finalizar se determinaron las conclusiones y se dan a conocer las recomendaciones que pueden ayudar a desarrollar una mejor coordinación en el equipo multidisciplinario, no sólo para el lugar objeto de estudio sino para otras personas que deseen obtener información en relación al tema.



CAPITULO 1

1. MARCO CONCEPTUAL

1.1 EL CONCEPTO DE NIÑO:

Es evidente que el niño aún menos que el adulto, no puede ser considerado como "individuo particular", pues necesariamente asumido en el interior de la comunidad, en la familia, con los padres, con los actores que forman parte de ella, en la cual el niño recibe sus primeras influencias sociales.

"Los niños no son nada más que niños, todos ellos están formados por una inmensa variedad de características basadas en un número muy reducido de similitudes". ^{1/}

Podemos decir que existen similitudes, una de ellas es que los niños no son adultos, desde su nacimiento hasta la adolescencia, los pensamientos del niño, sus reacciones en el medio en que viven, sus necesidades físicas, mentales y emocionales son distintas a las de un adulto, su crecimiento es constante e individual.

1.2 EL CONCEPTO DE FAMILIA:

Partiremos de la definición de la familia según UNICEF: "La familia se integra por todas las personas que viven bajo un mismo techo y poseen vínculos de consanguinidad. Su importancia en la vida del niño deviene del hecho de integrar el mundo en los primeros años de su vida. La función principal de la familia es

^{1/} La Desnutrición y Sus Efectos en el Desarrollo del Niño. Centro Multinacional de Investigaciones (CEMIE), Costa Rica, 1977. Pág. 73.

educar, atender, cuidar, amar al niño y proporcionarle las experiencias que le permitan tener una vida sana y productiva".

2/

Ningún niño puede existir sin su familia, ya sea propia, adoptiva o bien de institución, en estos casos el personal usualmente intenta simular un grupo familiar, lo cual permite las relaciones personales estrechas.

Una de las funciones principales de la familia es la crianza del niño desde su nacimiento hasta la muerte, atender sus necesidades básicas como alimentación, vestuario, satisfacer sus necesidades psicológicas fundamentales en especial brindarle cariño, amor y comprensión. La familia en sí comunica cultura y valores, los cuales son transmitidos de generación en generación.

Cabe mencionar que cuando existen problemas familiares entorpecen el desarrollo del niño, es inadecuado y aún peligroso.

1.3 RELACION SALUD-ENFERMEDAD:

"Salud es el completo bienestar físico, mental y social no es solamente las afecciones o ausencia de enfermedades". 3/ Ni la salud ni la enfermedad son precisas, estáticas o estacionarias, detrás de cada condición de salud o enfermedad, según la OMS señala: "La salud como medio y como fin para la realización personal y

2/ Folleto: Procuraduría de los Derechos Humanos. Guatemala, 1983. Pág. 5.

3/ Diccionario Everest, Corona Española, 9a. Edición Evergética, S.A., Editorial Everest, España, 1979. Pág. 276.

social cuyo reconocimiento está fuera de discusión^{4/}.

La salud puede ser considerada como un derecho individual y un derecho social, es el estado completo de bienestar físico y mental, siendo la salud un derecho de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política, condición económica social.

El derecho de la salud está íntimamente vinculado a los derechos de la mujer, del niño, de los jóvenes y de los ancianos. Los niños y jóvenes cuando están sanos tienen mejores condiciones para formarse y desarrollarse alcanzando su plena realización individual y social.

La población adulta cuando está sana tiene mejores condiciones de desarrollo y mayor capacidad productiva; la población anciana cuando está saludable puede continuar teniendo una participación social útil, siendo la salud un elemento prioritario para la población en general, constituyendo la base para el desarrollo en todos sus campos.

Por el poco interés que existe por velar por los problemas de la salud y por la situación económica que atraviesa nuestro país no permite superar las condiciones nefastas de salud que viven las personas tanto en el área rural como de la ciudad y de las áreas marginales de la misma.

^{4/} Colección 18, Derechos de la Salud y a la Seguridad Social. Conociendo Nuestros Derechos y Deberes, Procuraduría de los Derechos Humanos, Guatemala, 1993. Pág. 5.

Lamentablemente el no tener un adecuado recurso de tratamiento por problemas de desconocimiento, falta de recursos económicos, largas distancias, hace que la condición del niño o persona adulta se agraven o fallezcan.

"Enfermedad, alteración más o menos grave de salud". 5/

1.4 ALIMENTACION:

La alimentación va ayudar a prevenir todas las enfermedades que atacan al organismo, siempre y cuando ésta tenga los elementos nutritivos que el organismo necesita, como proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales.

"Alimento proviene del verbo alero (alimentar) es toda substancias capaz de nutrir proporcionando al organismo el material plástico para la formación del problema celular y el material genético que las substancias vivientes de los tejidos y células necesitan sin el cual la temperatura corporaL no puede mantenerse a nivel constante a causa de la continua dispersión del calor en el ambiente, y los movimientos musculares no pueden verificarse, siendo la propia vida imposible por no producir el mínimo de reacciones y transformaciones orgánicas que condicionan el mantenimiento de la misma en el organismo". 6/

Según el Doctor Segarote dice que es importante la alimentación tanto en una persona sana como en una enferma, para la conservación de la salud, porque sin la salud no hay vida y sin

5/ Diccionario Everest, Op. Cit. Pág. 585.

6/ Dr. Lugi Segarote y Gianangelo. Diccionario Médico, Editorial Teidi, Barcelona, 1993. Pág. 71.

alimentación no hay salud.

1.5 NUTRICION:

"Nutrición se deriva del latín nutritio-onis, propiedad esencial y general de los seres vivos que consiste en el doble proceso de asimilación y desasimilación; conjunto de cambios efectuados entre el organismo y el medio que le rodean". 7/

Es muy importante realizar programas de nutrición, tomando en cuenta que se considera como un ente de cambio, la intervención del Trabajador Social en una forma sistemática, permitiendo involucrar al individuo en la búsqueda de mejoras a sus condiciones de vida a través del uso de los propios recursos.

1.6 DESNUTRICION:

La niñez guatemalteca tiene elevado índice de desnutrición, el cual sigue dándose como un problema que se origina de la mala alimentación, trayendo como consecuencia la disminución del crecimiento. Los factores causantes de la desnutrición son varios de carácter diverso, desde la disponibilidad de alimento, la utilización por el niño de lo que ingiere, el desequilibrio de su metabolismo, lo cual viene a ser una causa biológica, patológica e intrínseca.

"La desnutrición es un estado de enfermedad debido a las

7/ Diccionario de Tecnología de Ciencias Médicas. Editores, S.A. Mallorca 41, Décima Edición, Salvat, 1976. Pág. 711.

deficiencias en la alimentación, que en último término se traduce en un déficit de nutrientes, proteínas, vitaminas y minerales, así como de calorías necesarias para el proceso normal de la vida celular y del crecimiento". 8/

La desnutrición es un problema multicausal, por lo tanto su prevención y recuperación por tratamiento tiene que enfocarse multidisciplinariamente. Existen elevadas tasas de niños desnutridos en nuestro país, variando los porcentajes según la edad de los niños, entre los niños mayores de un año el porcentaje de desnutrición varía entre el 40% y 45%, y entre los menores de dos años el porcentaje de desnutrición es de 40% y de 4 años o más el 30% padecen de desnutrición, es más severa entre los niños de madres indígenas.

La desnutrición se caracteriza en los niños por un retardo en el crecimiento, bajo peso, baja estatura, aspecto débil, anemia, raquitismo. Los daños causados por la desnutrición crónica son severos y afectan prácticamente todos los órganos, funciones del cuerpo humano. El problema de la desnutrición lo estudiamos mediante un enfoque económico, político y social.

8/ Facultad de Ciencias Médicas, Diagnóstico Nutricional. Folleto mimeografiado, 1993. Pág. 2.

CAPITULO 2

2. ANALISIS DEL TRATAMIENTO DE LA DESNUTRICION EN NUESTRO PAIS

El problema de la desnutrición protéico-calórica en la República de Guatemala sigue contribuyendo a ser uno de los principales problemas de salud en la población infantil de escasos recursos económicos.

Las circunstancias actuales de orden multifactorial por las que atraviesa el país predispone directamente a que el índice de mal nutrición infantil supere fácilmente, de cada cinco niños solamente uno está bien nutrido.

El tratamiento de la desnutrición debe orientarse en base al conocimiento que se tenga de los factores etiológicos que la determinan, y de los mecanismos patogénicos. En relación a los agentes etiológicos que son los que dan origen a la desnutrición, es poco probable eliminarlos ya que eso implicaría modificar estructuras sociales, económicos, culturales, educacionales y políticas, de tal manera que en nuestro medio el tratamiento de la desnutrición sigue teniendo bases paliativas.

En Guatemala básicamente la desnutrición severa se trata muy superficialmente, por la falta de recursos apropiados, así como la utilización de fórmulas especiales que contengan dietas elementales completas, lo que permitiría ayudar efectivamente a tener éxito para alcanzar una adecuada recuperación, en el organismo de un niño severamente desnutrido y en algunos casos a recuperar parcialmente los daños causados en los diversos estados patogénicos

en que se produce el balance negativo como una consecuencia de una ingesta deficiente de nutrientes o bien una inadecuada utilización de los mismos.

Este balance negativo casi siempre es el resultado de las malas prácticas alimenticias a que los niños son sometidos, así como también a la variedad de infecciones de diversa índole, dándose siempre como un círculo vicioso.

2.1 TIPOS DE DESNUTRICION:

La desnutrición se puede tipificar de acuerdo a las características específicas que morfológicamente presentan los niños que adolecen una mal nutrición, entre las cuales se puede mencionar:

2.1.1 Desnutrición Tipo Marasmo:

Más conocida comúnmente como el típico niño piel y hueso, ésta corresponde a una emasiación severa de su constitución por deficiencia progresiva y crónica de proteínas y calorías, a la inadecuada alimentación se manifiesta por la pérdida de tejidos y un severo retardo en el crecimiento.

2.1.2 Desnutrición Tipo Kwashiorkor:

Es el típico niño edematizado, como consecuencia de una deficiencia predominantemente proteínica, alternada con una dieta rica en carbohidratos. En este tipo de desnutrición se acentúan predominantemente las deficiencias vitamínicas (pelagra, xerosis,

atrofia de la mucosa, etc.).

2.1.3 Desnutrición Tipo Síndrome Pluricarencial Infantil (SPI):

Consiste en una combinación de síntomas y signos de las dos anteriores desnutriciones descritas. Con frecuencia el cabello es escaso y delgado dando lugar a veces a la decoloración del mismo. La evolución de esta enfermedad no sólo es grave sino puede ser fatal y en casos de supervivencia deja secuelas permanentes y devastadoras.

2.1.4 Desnutrición Grado I, II y III:

Todo niño desnutrido tiene una deficiencia vitamínica social. Los grados son determinados por peso-talla o peso-edad.

Alrededor de dos tercios de la población infantil sufren alguna forma de desnutrición protéico-calórica, o están en claro riesgo de ella, mientras cerca del 50% de la población ha pasado por alguna forma de desnutrición particularmente en los países en vías de desarrollo. 9/

Grado I: Los síntomas que presenta el niño en este tipo de desnutrición es bajo peso, llorón, descontento, no presentan diarrea ni vómitos.

Grado II: En este grado de desnutrición se caracteriza por la exageración de todos los síntomas, ocurriendo éstos por descuido

9/ La Desnutrición y sus Efectos en el Desarrollo del Niño. CEMIE, Costa Rica, 1972. Pág. 5.

de los padres por no llevarlo a un centro asistencial o por ignorancia. Los síntomas que presentan es la hinchazón de piernas y el dorso de las manos, los párpados, hay intolerancia de alimentos, vómitos e infecciones.

Grado III: En este grado los niños bajan de peso, se aflojan los tejidos, ojos hundidos, duermen con los ojos abiertos, propensos a enfermedades respiratorias o diarréicas.

2.2 OTROS TIPOS DE DESNUTRICION:

Estas deficiencias podrían ser como carencias individuales, de las cuales podemos mencionar:

2.2.1 Raquitismo:

Producida por la mala alimentación, falta de vitamina "D", se caracteriza por deformar los huesos, falta de exposición de la piel a los rayos ultravioleta, se desarrolla durante el crecimiento.

2.2.2 Pelagra:

Es producida por la falta de niacina afectando los tejidos del cuerpo, es más común en niños portadores de parásitos o infecciones crónicas.

2.2.3 Escorbuto:

Esto ocurre por la falta de vitamina "C", todo niño nace con

reservas de vitamina "C", cuando la madre ha tenido buena alimentación durante el embarazo. El escorbuto puede darse a cualquier edad, pero en raros casos se da en recién nacidos, más es en los niños de año y medio y dos años en adelante.

2.2.4 Arriboflavinosis:

En su mayoría afecta a la niñez, acompañada del déficit complejo vitamínico "B", es resistente al calor y a los ácidos, puede ser desnutrida por la luz y los alcalinos; los síntomas se dan por conjuntivitis, lagrimeo, lengua lisa.

2.2.5 Déficit del Complejo Vitamínico B6:

En los lactantes se manifiestan las siguientes: convulsiones, neuritis periférica y anemia. En la piel queilois, globitis, ceborrea en los ojos, nariz y boca.

2.2.6 Déficit de Vitamina "A":

En la dieta de los niños lactantes es muy importante la vitamina "A", así como también sus derivados. El hígado del recién nacido posee escasa vitamina "A" la que aumenta después del nacimiento, ya que el calostro y la leche materna proporcionan gran cantidad de vitaminas. Uno de los signos que da son las lesiones oculares, resulta afectado el segmento posterior del ojo con alternaciones de la adaptación a la obscuridad o con ceguera nocturna.



2.3. TRATAMIENTO DE LA DESNUTRICION:

Todo niño severamente desnutrido debe recibir tratamiento hospitalario, siendo esto un derecho que tienen los menores, pero debido a la falta de recursos en nuestro país, así como centros de recuperación nutricional, no es posible brindarles la atención necesaria en su totalidad, siendo el número de pacientes que asisten a los centros asistenciales existentes arriba de la cantidad de cunas o camas con que cuentan dichos centros; dándosele la oportunidad a aquellos casos que presentan un grado de desnutrición grave u otras complicaciones.

El tratamiento de la desnutrición puede darse:

- a) Recuperación nutricional hospitalaria.
- b) Recuperación nutricional ambulatoria.

2.3.1 Recuperación Nutricional Hospitalaria:

Este tratamiento es dado en los centros asistenciales que prestan los servicios médicos, consulta externa y encamamiento, ya sea esta pública o privada, a los diferentes sectores necesitados.

"En casos graves o complicaciones, los casos de marasmo y síndrome pluricarencial de la infancia (SPI), son los casos considerados graves, especialmente porque la mayoría de veces están relacionados con problemas de infecciones agudas, como bronconeumonía, diarrea, anorexia, aquí la hospitalización es urgente, y la administración intravenosa de solución salina,

acompañada de un régimen dietético especial". ^{10/}

La hospitalización para el paciente desnutrido, es creciente ya que se utiliza cuando se encuentra en complicaciones, ésta es una de las razones de la mortalidad infantil, en la actualidad se toman pocas medidas preventivas y no se utiliza la hospitalización en forma integral, para rehabilitar al paciente debe de dársele la intervención de asistencia médica, paciente y familia.

2.3.2 Recuperación Nutricional Ambulatoria:

Este tipo de recuperación nutricional puede darse a nivel familiar, utilizando al máximo los recursos existentes en el hogar para con los niños con un grado de desnutrición Grado I o Grado II.

Se debe orientar a las madres sobre la forma correcta de alimentar al niño y sus cuidados generales. Una de las desventajas que puede tener el tratamiento ambulatorio es la falta de recursos económicos para poder brindarle la atención al niño, así como también pueda que éste no les funcione sin la existencia de un equipo multidisciplinario, y la falta de conocimientos, colaboración, orientación por parte de los padres.

^{10/} La Desnutrición Infantil como un Problema Socio-Económico en Guatemala y la Participación del Trabajador Social. Seminario, 1986. Pág. 66.

En 1981, los Señores Bronstein deciden regresar al Canadá, desligándose de la institución, haciéndose cargo de sus programas las Señora Angelina de Galdámez, siendo electa como presidenta de la Junta Directiva, asumiendo los compromisos y responsabilidades de CASA CANADA.

En ese mismo año se definieron los programas siguientes:

- Hospital Pediátrico para Niños Huérfanos y Abandonados
- Clínica de Consulta Externa
- Laboratorio Clínico
- Atención Médica Especializada en E.E.U.U.
- Colocación en el seno familiar a menores de cinco años (Niños que por razones psicológicas necesitan de un hogar, ya sea por medio de la adopción u otra forma que se acomodara a las necesidades específicas del menor).

En 1984, CASA CANADA estaba establecida en tres casas rentadas en la ciudad capital. En la casa principal funcionaban los programas de Asistencia Médica y Social, la segunda casa, servía para alojar a los menores de dos años de edad, y una tercera se utilizaba como escuela para los niños saludables en un programa de Estimulación Temprana.

En 1985, la Junta Directiva decidió nombrar la casa con un apelativo más significativo, ya que para entonces la institución había ayudado a miles de niños guatemaltecos, en Asamblea General decidió llamarla "CASA GUATEMALA".

Los niños llegan enfermos, maltratados, desnutridos, algunos son referidos por las autoridades civiles y militares, otros son

recogidos por nuestro servicio social, llegan sin nombre y otros agonizantes y muchos con grado de desnutrición.

3.2 PROGRAMAS QUE CUBRE ACTUALMENTE:

Con la intención de ofrecer un servicio de atención integral a estos niños necesitados, Casa Guatemala tiene en funcionamiento los siguientes programas:

- a) Consulta Médica Externa
- b) Laboratorio Clínico
- c) Internamiento para niños severamente desnutridos
- d) Internamiento para niños menores de 3 años
- e) Tratamiento médico al exterior
- f) Programa Madre-Niño
- g) Adopciones
- h) Hogar-Granja-Escuela para niños huérfanos o abandonados mayores de 3 años (Río Dulce)
- i) Granja-Escuela para niños Kekchí residentes en las riveras del Río Dulce

3.2.1 Consulta Externa: La clínica de consulta externa funciona diariamente de lunes a viernes en horario de 8:00 a 10:00 de la mañana, es atendida por el médico-pediatra, dando cobertura a 10 pacientes. Este programa atiende casos de niños desnutridos, con grados leves o moderados, seguimientos periódicos de niños que estuvieron internos por desnutrición severa, diagnóstico de casos que requieren tratamiento altamente especializado en el exterior.

3.2.2 Laboratorio Clínico: Este funciona de lunes a viernes en horario de 8:00 a 12:00 de la mañana, es atendido por una técnica laboratorista, se realizan los exámenes rutinarios de hematología, orina, coprología y bacteriología.

Dicho laboratorio es muy necesario para precisar las complicaciones que los niños internos presentan, así como de los pacientes que asisten a consulta externa.

3.2.3 Recuperación Nutricional: Los pacientes pueden ser referidos de cualquier institución gubernamental o de la iniciativa privada, así como niños que asisten a la consulta externa que tienen características físicas de estar padeciendo de una desnutrición severa, clasificada como marasmo o Kwuarchorkor, cuya edad esté comprendida entre los 2 meses y seis años de edad.

Al momento de ingresar, que el niño no esté padeciendo de enfermedades infecto-contagiosas (sarampión, varicela, rubeola, hepatitis, tuberculosis, etc.) que sus condiciones generales no sean de extrema gravedad y que evidencie un estado terminal irreversible.

3.2.4 Internamiento para Niños Menores de Tres Años: Estos niños son referidos por los juzgados de menores para brindarles protección y cuidado, menores que han sido abandonados, huérfanos o por malos tratos, siendo el objetivo primordial el de asistir a todo niño proveniente de familias de escasos recursos económicos es éste de cualquier raza, credo o nacionalidad, lo importante es que necesite ayuda ya sea en asistencia médica, alimentación,

vestuario, educación o simplemente calor de hogar; al cumplir los tres años o que se vale por sí mismo se traslada al Proyecto Río Dulce.

3.2.5 Tratamiento Médico al Exterior: Este programa trabaja en coordinación con la organización en Estados Unidos de América. Consiste en darles la oportunidad a todo niño proveniente de familiar de escasos recursos económicos un tratamiento médico quirúrgico altamente especializado, para resolver su problema de salud, no contando con recursos o falta de técnicas en Guatemala, cubriendo en su totalidad los gastos que puedan ocurrir en dicho tratamiento.

3.2.6 Programa Madre-Niño: Este programa es patrocinado por la Asociación SHARE DE GUATEMALA con el cual se le da ayuda a más de 2,000 familias, son inscritos los niños menores de cinco años, así como a las madres embarazadas se les proporcionan los alimentos pagando una cuota mínima, reciben orientación y capacitación adecuada por medio de Trabajo Social para la utilización y buen uso de los productos.

3.2.7 Adopciones: De acuerdo a como lo rigen y establecen sus estatutos, Casa Guatemala está autorizada a colocar a los niños menores de cinco años en calidad de adopción, en hogares calificados de familias guatemaltecas o bien en el extranjero.

Los niños que son colocados con familias adoptivas, son los que se han declarado en estado de abandono en el Juzgado de Menores o que sea entregado por consentimiento de la madre

natural. Todas las adopciones se procesan en los Juzgados de Familia.

3.2.8 Hogar Granja-Escuela para Niños Mayores de Tres Años: Este programa funciona en la Aldea Brisas del Golfete Río Dulce, lugar en el que se les brinda protección a niños mayores de tres años que han sido trasladado de sala cuna de la ciudad. El hogar cuenta con escuela de pre-primaria y primaria, un edificio con aulas para impartir clases de párvulos y los seis grados de primaria, un edificio que sirve como el kinder para los niños más pequeños, una biblioteca y una aula para impartir clases de inglés.

Una granja con pocilga para cerdos, estanque de peces, crianza de pollos de engorde, crianza de gallinas de postura, plantación de bananos, naranjas, yuca, piña, papaya, hortalizas, etc., facilidades de vivienda y recreación para los niños internos, maestros, personal administrativo y personal laborante en general.

Un edificio con puesto de salud, laboratorio, consultorio médico y una clínica dental, con estos servicios se benefician a varias aldeas de la rivera del Río, cuya única vía de acceso es la acuática, les provee asistencia educacional, clases de castellanización, atención de salud, alimentación, a niños de 4 a 16 años de edad. Así también se albergan a los niños mayores de tres años que se encuentran bajo protección y cuidado de la institución por orden de los Juzgados de Menores.

3.3 OBJETIVOS PRINCIPALES:

Casa Guatemala ha venido trabajando desde hace años atrás

con el objetivo principal, que es básicamente:

Asistir a todo niño proveniente de escasos recursos económicos, sea éste de cualquier raza, credo o nacionalidad, lo importante es que necesite ayuda, ya sea en asistencia médica, alimentación, vestuario, educación o simplemente calor de hogar.

CAPITULO 4

4. PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

La investigación de campo ha tenido como objetivo principal conocer las causas más comunes que ocasionan la desnutrición infantil y las razones por las que no se ha podido superar dicho problema en nuestro país, así como conocer la participación del Trabajador Social, como parte del equipo multidisciplinario.

Dicha investigación se llevó a cabo durante el período de julio de 1994 a junio de 1995, con los menores que ingresaron a Casa Guatemala para ser incorporados al Programa de Recuperación Nutricional tomando en cuenta 20 casos que conforman los ingresos dados en el período mencionado anteriormente.

Es así que para la realización de dicha investigación fueron utilizadas diferentes técnicas, como son: visitas domiciliarias, entrevistas, observación e instrumentos como la boleta de investigación, dichas técnicas fueron de mucha utilidad pues contribuyeron a recabar datos de los cuales se darán a conocer los resultados obtenidos, así como el análisis de los mismos, para hacer el estudio más comprensible e interpretativo, se presentan cuadro estadísticos en los cuales se darán a conocer los aspectos más relevantes como: ingresos de las familias, tipo de vivienda, salud, educación, etc.

Así también dado a que el Trabajador Social tiene un papel importante dentro del Programa de Recuperación Nutricional como parte del equipo multidisciplinario, se considera necesario dar a conocer la opinión de los profesionales que conforman dicho grupo

de trabajo, en el cual cada uno posee funciones dándose apoyo mutuamente.

El Trabajador Social se auxiliará de los métodos y técnicas de investigación que sean necesarias para determinar la problemática de las familias de los menores, para ello utilizará el Método Científico, obteniendo un diagnóstico de la situación actual, antecedentes, estadísticas actualizadas, muestreo y entrevistas.

En la investigación se obtuvieron los resultados que se presentan a continuación.

CUADRO No. 1
ESTADO CIVIL AL QUE PERTENECEN LAS FAMILIAS INVESTIGADAS

| ESTADO CIVIL | f | % |
|--------------|-----------|-------------|
| Casada | 06 | 30 |
| Soltera | 12 | 60 |
| Viuda | 01 | 05 |
| Divorciada | 01 | 05 |
| TOTAL | 20 | 100% |

FUENTE: Investigación de Campo.

Según puede observarse en el presente cuadro que un 60% de los casos investigados son madres solteras, siendo éstas 12 personas de 20 que fueron entrevistadas, 6 de ellas pertenecen a hogar integrado que hace un equivalente de 30%, un 5% son viudas y un 5% son divorciadas.

Además se comprobó que la mayoría de familias cuentan con un número grande de hijos, a los cuales no les pueden proporcionar su debida atención, ya que sólo asisten uno o dos miembros a la escuela y el resto se dedican a laborar desde muy temprana edad. Dada la situación que atraviesa nuestro país.

CUADRO No. 2

PERSONAS QUE APORTAN INGRESOS AL HOGAR

| RESPUESTA | f | % |
|------------------|-----------|-------------|
| Ambos | 02 | 10 |
| Hijos | 01 | 05 |
| Madre | 09 | 45 |
| Ninguno | 02 | 10 |
| Otros | 03 | 15 |
| Padre | 03 | 15 |
| TOTAL | 20 | 100% |

FUENTE: Investigación de Campo realizada en Julio 94 a Julio 95.

De acuerdo a la información detallada en el cuadro anterior, se investigó que el 45% de las familias entrevistadas, es la madre la que aporta el dinero para realizar los gastos del hogar, compra de leche, pago de alquiler, y para la alimentación de sus hijos, por ser estas madres solteras o estar casadas con padres irresponsables con problemas alcohólicos o simplemente no trabajan.

Así también el 15% es el padre el que aporta el gasto y las madres se dedican a los oficios domésticos, ahora bien se pudo observar que a pesar que la madre no trabaja fuera del hogar, no les prestan la atención adecuada a los niños, descuidándolos de tal forma, sin duda alguna en ello incide el bajo nivel cultural que poseen, lo cual no les permite que los niños asistan a la escuela en donde les podrían educar, enseñándoles hábitos higiénicos, mismos que podrían llevar a la práctica en el hogar.

En una mínima parte son los hijos los que aportan ingresos y otras familias que no reciben de ninguna persona este tipo de ayuda, viven únicamente de la caridad pública, siendo un 2% de la población investigada y otro 2% son ambos padres.

CUADRO No. 3

INGRESOS MENSUALES DE LAS FAMILIAS INVESTIGADAS

| INGRESOS | f | % |
|-----------------|-----------|-------------|
| 0 a 100 | 03 | 15 |
| 101 a 200 | 06 | 30 |
| 201 a 300 | 02 | 10 |
| 301 a 400 | 04 | 20 |
| 500 a más | 05 | 25 |
| TOTAL | 20 | 100% |

FUENTE: Investigación de Campo realizada en Julio 94 a Julio 95.

En el cuadro anterior podemos observar que 6 personas de las veinte encuestadas cuentan con un ingreso que oscila entre Q.100.00 y Q.200.00 mensuales, haciendo un porcentaje de 30%. Un 25% de las personas investigadas tienen un salario de Q.500.00 en adelante. Un 20% tienen ingresos entre Q.101.00 y Q.200.00, así también en 15% ganan menos de Q.100.00, y un 10% tienen ingresos menores de Q.300.00.

De esto podemos deducir que está comprobado que la mayoría de familias investigadas tienen el problema económico debido a los pocos ingresos, lo cual no indica que dichas familias no pueden cubrir a cabalidad sus necesidades primordiales.

CUADRO No. 4

TIPO DE VIVIENDA QUE POSEEN LAS FAMILIAS

| TIPO DE VIVIENDA | f | % |
|-------------------------|-----------|-------------|
| Alquilada | 07 | 35 |
| Invasión | 06 | 30 |
| Propia | 04 | 20 |
| Prestada | 03 | 15 |
| TOTAL | 20 | 100% |

FUENTE: Investigación de Campo realizada de Julio 94 a Julio 95.

La mayoría de las familias investigadas, poseen vivienda pero la misma es alquilada, haciendo un porcentaje de 35%. Así también

existen 6 de ellas que la vivienda ha sido invasión ésto nos muestra el 30%. El 20% poseen vivienda propia conformada de 4 familias investigadas, y el resto que son 3 familias están en viviendas prestadas, lo que hacen un porcentaje del 15%.

De todas las viviendas que se entrevistaron se observa que en su mayoría estas son de construcción informal y en mínima parte de construcción formal.

CUADRO No. 5
OCUPACION DE LOS JEFES DE FAMILIA

| OCUPACION | f | % |
|-----------------------------|-----------|-------------|
| Domésticas | 08 | 40 |
| Lavar y planchar ropa ajena | 06 | 30 |
| Vendedor | 05 | 25 |
| Operario | 01 | 05 |
| TOTAL | 20 | 100% |

FUENTE: Investigación de Campo realizada de Julio 94 a Julio a 95.

Como se observa en el cuadro anterior que el 40% que corresponde a 8 familias, el jefe de la misma trabaja de doméstica dado a que estas son madres solteras. Un 30% se dedican a lavar y planchar ropa ajena, correspondiendo a 6 casos de los investigados. El 25% se dedican a vendedores ambulantes representando a 5 casos, y el restante 5% trabajan en fábricas de operarios.

En su mayoría son madres solteras que son el único sostén del hogar o bien son esposas de padres irresponsables, alcohólicos o que las han abandonado.

CUADRO No. 6

CONSUMO DE CARNE, HUEVOS Y LECHE EN EL HOGAR

| CONSUMO | f | % |
|-------------------------|-----------|-------------|
| Una vez a la semana | 07 | 35 |
| Dos veces a la semana | 04 | 20 |
| De vez en cuando | 06 | 30 |
| Cuando hay más ingresos | 03 | 15 |
| TOTAL | 20 | 100% |

FUENTE: Investigación de Campo realizada de Julio 94 a Julio 95.

Entre los alimentos que se mencionan anteriormente, "una vez a la semana" los consume el 35%, lo que corresponde a 7 casos. Un 30% los consume de vez en cuando, siendo estos 6 casos, así también el 20% los consume dos veces a la semana y el 15% los consume sólo cuando tienen más ingresos en el hogar.

Entre los alimentos que más consumen las familias investigadas, el 100% respondió frijol, maíz, como dieta diaria, al momento de la entrevista informaron que la complementan con verduras, frutas, arroz y atoles, llevándolos en cantidades mínimas.

Se considera que dicha alimentación es escasa y deficiente

por lo consiguiente inadecuada, ya que están por debajo de los requerimientos nutricionales mínimos para cada persona, pues los alimentos que consumen son pobres en minerales, vitaminas y carbohidratos.

Se comprobó a través de la investigación que las familias consumen a diario en su alimentación frijol y tortillas en los tres tiempos, alternándolos con hierbas. También se observó que consumen una dieta deficiente en proteínas, vitaminas, no proporcionando al organismo ningún tipo de nutrientes, siendo este factor condicionante de la desnutrición infantil en nuestro país.

Por estas razones establecemos que el factor predominante en la desnutrición infantil, es la situación económica prevaleciente en el país, la cual afecta a los sectores desposeídos y áreas rurales.

CUADRO No. 7

**ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA HA ESTADO HOSPITALIZADO
POR PROBLEMAS NUTRICIONALES**

| RESPUESTA | f | % |
|--------------|-----------|-------------|
| SI | 14 | 70 |
| NO | 06 | 30 |
| TOTAL | 20 | 100% |

FUENTE: Investigación de Campo realizada de Julio 94 a Julio 95.

El 70% de las familias investigadas, han tenido parientes hospitalizados por problemas de desnutrición que representan a 14 de los casos, así también el 30% respondió que no, dado a que se representan el resto de casos que son 6.

CUADRO No. 8
PERSONAS FALLECIDAS EN LA FAMILIA

| RESPUESTA | f | % | f | % |
|------------------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|
| SI | 12 | 60 | | |
| NO | 08 | 40 | | |
| CAUSAS | | | | |
| DESNUTRICION | | | 06 | 30 |
| Problemas respiratorios | | | 03 | 15 |
| Problemas gastrointestinales | | | 03 | 15 |
| TOTAL | 20 | 100% | 12 | 100% |

FUENTE: Investigación de Campo realizada de Julio 94 a Julio 95.

Al analizar el cuadro anterior nos indica que el 60% de las familias investigadas, han tenido personas fallecidas y el 40% no las ha tenido. De las doce familias, seis mueren del problema de la desnutrición, 3 de problemas gastrointestinales y 3 con problemas respiratorios.

Pues como es sabido, la desnutrición está ligada a otras enfermedades como las infecciones intestinales, respiratorias, etc.,

siendo estas las que coadyuvan a las elevadas tasas de mortalidad prevalentes en Guatemala.

Existen muchas causas que han ocasionado elevar el alto índice de la desnutrición en nuestro país, entre las cuales podemos mencionar a continuación, de acuerdo a la investigación de campo realizada con las madres de los menores que han presentado esta lamentable situación.

CUADRO No. 9
CAUSAS QUE OCASIONAN LA DESNUTRICION EN GUATEMALA

| CAUSAS | f | % |
|---|-----------|-------------|
| Deja a los niños al cuidado de otras personas | 04 | 20 |
| Al no contar con recursos económicos | 07 | 35 |
| Malta alimentación | 03 | 15 |
| Falta de lactancia materna | 02 | 10 |
| Irresponsabilidad paterna | 04 | 20 |
| TOTAL | 20 | 100% |

FUENTE: Investigación de Campo realizada de Julio 94 a Julio 95.

En base a los datos obtenidos en la investigación de campo, podemos observar en el cuadro anterior que un 35% no cuentan con suficientes recursos económicos para poder brindarle los cuidados, así el 20% consideran que por dejar a sus hijos con

personas ajenas a su cuidado quienes no les da la atención necesaria al igual que por la irresponsabilidad paterna no proporcionándoles apoyo tanto económico como moral.

Un 10% opinan que también la falta de lactancia materna en los primeros meses de vida, influyen para llegar a tan alto grado de desnutrición y un 15% creen que se debe a la mala alimentación que reciben los niños, no conteniendo las vitaminas y proteínas que ayudan al crecimiento y desarrollo de los individuos.

CUADRO No. 10

HA RECIBIDO CAPACITACION EN RELACION A NUTRICION

| RESPUESTA | f | % |
|------------------|-----------|-------------|
| SI | 06 | 30 |
| NO | 14 | 70 |
| TOTAL | 20 | 100% |

FUENTE: Investigación de Campo realizada de Julio 94 a Julio 95.

La mayoría de las personas investigadas no ha recibido capacitación en relación a nutrición haciendo un promedio del 70%, por no tener oportunidad, por falta de tiempo y por no tener conocimiento del lugar donde pueden recibirla, así también el 30% sí ha tenido la oportunidad de recibir algunos conocimientos que aún no han puesto en práctica, porque los mismos han sido adquiridos por obligación de parte de las instituciones que brindan alimentos.

A continuación se presentan los resultados de la investigación de campo efectuada a los 7 profesionales que conforman el equipo multidisciplinario de Casa Guatemala, con el fin de dar a conocer su funcionalidad en dicha institución, así también demostrar el tipo de actividades que se realizan para superar el problema de la desnutrición en el lugar objeto de estudio.

CUADRO No. 11

CONSIDERA IMPORTANTE LA PARTICIPACION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LOS CASOS DE DESNUTRICION

| RESPUESTA | f | % | f | % |
|---|-----------|-------------|-----------|-------------|
| SI | 07 | 100% | | |
| NO | 00 | 00 | | |
| ¿POR QUE? | | | | |
| Realiza la investigación, orienta para la solución de los casos | | | 04 | 57 |
| Ejecuta la investigación social y familiar | | | 03 | 43 |
| TOTAL | 07 | 100% | 07 | 100% |

FUENTE: Investigación de Campo realizada de Julio 94 a Julio 95.

Es evidente que el personal de la institución está consciente de la importancia que tiene la participación de los Trabajadores Sociales, en contribuir a disminuir el problema de la desnutrición infantil en nuestro país.

El Cuadro No. 11 nos muestra que en un 100% de los entrevistados están indicando que se da la adecuada orientación para superar los problemas de desnutrición y disminuir las tasas de mortalidad infantil.

CUADRO No. 12
PARTICIPACION DE LOS PROFESIONALES EN EL EQUIPO
MULTIDISCIPLINARIO EN LOS CASOS DE RECUPERACION
NUTRICIONAL

| RESPUESTA | f | % | f | % |
|---|-----------|-------------|-----------|-------------|
| SI | 04 | 57 | | |
| NO | 03 | 43 | | |
| ¿POR QUE? | | | | |
| Da su diagnóstico y su tratamiento | | | 01 | 05 |
| Coordina los egresos, traslados, localización de los padres | | | 03 | 43 |
| No se toma la opinión de todos los profesionales | | | 03 | 43 |
| TOTAL | 07 | 100% | 07 | 100% |

FUENTE: Investigación de Campo realizada de Julio 94 a Julio 95.

Al entrevistas a las personas con respecto a su participación en la discusión de casos con problemas de recuperación nutricional indica el 57% que sí participa, mientras que el 43% respondió que no es tomada en cuenta su opinión, debiéndose de tomar en cuenta

para tener más bases fundamentales para la recuperación nutricional de un menor.

CUADRO No. 13

ASPECTOS QUE SON AFECTADOS CON LA DESNUTRICION

| ASPECTOS | f | % |
|--------------------------------|-----------|-------------|
| Psíquica y emocional | 02 | 29 |
| En su crecimiento y desarrollo | 05 | 71 |
| TOTAL | 07 | 100% |

FUENTE: Investigación de Campo realizada de Julio 94 a Julio 95.

El 71% de los profesionales investigados consideran que un niño desnutrido es afectado tanto en su crecimiento como en su desarrollo físico y mental, el resto que es el 29% es afectado psíquica y emocionalmente, dado a que las dos respuestas van de la mano. Para que un niño sea recuperado nutricionalmente se le da tratamiento para su salud, pero también debe ser tratado su estado psíquico, emocional, para que su desarrollo y crecimiento sea acorde a su edad.

CUADRO No. 14

CAUSAS QUE OCASIONAN LA MORTALIDAD EN GUATEMALA

| CAUSAS | f | % |
|----------------------------------|-----------|-------------|
| Enfermedades infecto-contagiosas | 03 | 43 |
| La irresponsabilidad paterna | 02 | 29 |
| Problemas económicos | 01 | 14 |
| Falta de educación | 01 | 14 |
| TOTAL | 07 | 100% |

FUENTE: Investigación de Campo realizada de Julio 94 a Julio 95.

Como se observa en el cuadro anterior que el 43% de las personas entrevistadas opinan que las enfermedades infecto-contagiosas son las de mayor número de fallecidos en nuestro país, dado también que un 29% corresponde a la irresponsabilidad paterna y en un porcentaje igual del 14% se da por la falta de educación y la situación económica que están atravesando las familias, por lo cual no pueden proporcionarles a sus hijos, debido a la ignorancia que existe en el país.

CUADRO No. 15
COMO SE CONSIDERA LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL
EN GUATEMALA

| RESPUESTA | f | % |
|--------------|-----------|-------------|
| Alta | 07 | 100 |
| Media | 00 | 00 |
| Baja | 00 | 00 |
| TOTAL | 07 | 100% |

FUENTE: Investigación de Campo realizada de Julio 94 a Julio 95.

Como se puede observar en el presente cuadro sólo el nivel en el cual está situada la mortalidad infantil en Guatemala, el 100% de los profesionales consideran que la tasa de mortalidad infantil en nuestro país es alta.

CUADRO No. 16

**LAS POLITICAS INSTITUCIONALES PERMITEN CUMPLIR
LAS FINALIDADES DE LOS PROFESIONALES**

| RESPUESTA | f | % | f | % |
|--|-----------|-------------|-----------|-------------|
| SI | 04 | 57 | | |
| NO | 03 | 43 | | |
| ¿POR QUE? | | | | |
| Los objetivos se cumplen adecuadamente | | | 04 | 57 |
| Por no darles seguimiento a los casos | | | 03 | 43 |
| TOTAL | 07 | 100% | 07 | 100% |

FUENTE: Investigación de Campo realizada de Julio 94 a Julio 95.

El 57% de los profesionales creen que los objetivos de la institución son cumplidos adecuadamente lo que hace lo de 4 profesionales. El otro 43% opinan que las políticas de la institución no permiten darle el seguimiento a los casos, para que vuelvan a caer en la misma situación, ésto equivale a 3 profesionales.

CUADRO No.17

**OPINION SOBRE OTRAS FUNCIONES QUE EL TRABAJADOR
SOCIAL PUEDE CUBRIR PARA MEJORAR LA ATENCION
DE CASOS**

| RESPUESTA | f | % |
|---------------------------|-----------|-------------|
| Plan Educacional | 01 | 14 |
| Seguimiento a los Casos | 03 | 43 |
| Capacitación a las madres | 03 | 43 |
| TOTAL | 07 | 100% |

FUENTE: Investigación de Campo realizada de Julio 94 a Julio 95.

A través del trabajo de investigación de campo el 14% opinan que debe darse un plan educacional, lo que equivale a 1 profesional; el 43% sugieren que se les de seguimiento a los casos correspondiendo a tres profesionales, y un mismo porcentaje opinan que debe darse capacitación a las madres de los menores para no volver a caer en la misma situación y con ésto no surjan reingresos a la institución.

CUADRO No. 18

**CAUSAS QUE OCASIONAN LOS REINGRESOS A LA
INSTITUCION**

| CAUSAS | f | % |
|----------------|-----------|-------------|
| Ignorancia | 03 | 43 |
| Bajos ingresos | 03 | 43 |
| Desinterés | 01 | 14 |
| TOTAL | 07 | 100% |

FUENTE: Investigación de Campo realizada de Julio 94 a Julio 95.

El 43% de los profesionales que laboran en la institución consideran que debido a la ignorancia de las madres en relación a los cuidados que deben dárseles a los menores, estos recaen en el problema de volver a la desnutrición, regresándolos en el mismo estado. En porcentaje igual se da por los bajos ingresos económicos con los que cuenta cada familia, para poder brindarle la alimentación adecuada, así también un 14% muestran desinterés por lograr que sus hijos sean atendidos.

CUADRO No. 19

**CONSIDERA IMPORTANTE EL SEGUIMIENTO DE LOS CASOS
DE RECUPERACION NUTRICIONAL**

| RESPUESTA | f | % | f | % |
|--------------------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|
| SI | 07 | 100 | | |
| NO | 00 | 00 | | |
| ¿POR QUE? | | | | |
| Para que no ocurran reingresos | | | 03 | 43 |
| Para llevar mejor control | | | 04 | 57 |
| TOTAL | 07 | 100% | 07 | 100% |

FUENTE: Investigación de Campo realizada de Julio 94 a Julio 95.

Dada la investigación de campo en el cuadro anterior se puede observar que el 100% de los profesionales creen conveniente darle seguimiento a los casos, para que estos no vuelvan a reingresar con el mismo problema, por no tener conocimientos de los cuidados así como del tipo de alimentos que puedan nutrir a los niños, etc.

Existen algunos casos que se les brinda la atención y se les ordena darle tratamiento ambulatorio, pero esto no está bajo su seguimiento, pudiera ser que las madres no cumplen a cabalidad médicas.

CAPITULO 5

5. PROPUESTA DE LA PARTICIPACION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN LA RECUPERACION DE NIÑOS MAL NUTRIDOS

La participación del Trabajador Social en los Programas de Nutrición, es de gran importancia, si ésta es tomada en cuenta considerándose como un ente de cambio. En la actualidad en Casa Guatemala se ha dado dentro de un grupo multidisciplinario, en el cual se ha limitado su acción profesional, no tomándose en cuenta la opinión de todos los que conforman dicho equipo.

Se considera importante en el presente estudio arribar a una propuesta para poder fijar una idea más precisa de lo que se debe realizar en la misma, basándose en las políticas institucionales pero con la participación de los que conforman el equipo multidisciplinario, dándose la misma con sus diferentes fases que permiten realizar una investigación, la cual servirá para dárselos la atención a los casos.

5.1 PROPUESTA:

En la investigación de campo realizada en el Centro Nutricional y Hogar Permanente CASA GUATEMALA, se estableció que el equipo multidisciplinario del cual forma parte el Trabajador Social, está integrado por el médico pediatra, psicóloga, enfermera y Trabajadoras Sociales.

La labor del Trabajador Social se circunscribe a la discusión de casos ingresados, la elaboración de estudios socio-económicos,

referencias a otras instituciones, localización de familiares para la realización de egresos.

El Trabajador Social debe auxiliarse de los métodos y técnicas de investigación que sean necesarias para determinar la problemática que atraviesan las familias de los menores que presentan algún grado de desnutrición, el cual puede llevarse por medio de la atención individualizada en sus diferentes fases de las que podemos mencionar a continuación en qué forma estas pueden llevarse a cabo.

5.2 FASE DE LA INVESTIGACION:

En esta fase se considera la elaboración del expediente médico y social del menor que califica para incorporarlo al Programa de Recuperación Nutricional, entrevista con los padres, la cual servirá para obtener información sobre las generales de la familia, así como su situación socio-económica y los antecedentes del nacimiento o problemas de salud que hayan presentado.

Realizar visitas domiciliarias para la verificación de datos obtenidos en la entrevista. Observación, entrevistas con vecinos y familiares para determinar la mayor información posible.

Establecer la disponibilidad de recursos institucionales accesibles.

5.3 FASE DE DIAGNOSTICO:

En dicha fase el Trabajador Social se concretará a analizar y sintetizar la problemática del niño, para determinar el tratamiento

a seguir. Al analizar la problemática se considera que los factores causales de los problemas de la desnutrición son de tipo económico, social, cultural y político.

5.4 FASE DE PLANIFICACION:

En esta siguiente fase se debe buscar alternativas de solución a los problemas encontrados en la investigación, planificando actividades, tomando en cuenta los recursos de la institución.

Brindar la orientación nutricional a los padres individual y en grupo.

El aprovechamiento de los recursos institucionales accesibles y su utilización.

Efectuar actividades educativas que les ayude a la búsqueda de soluciones.

5.5 FASE DE LA EJECUCION:

Consiste en realizar una serie de actividades para la atención del niño con problemas nutricionales, entre las cuales se dan a conocer las siguientes: la orientación sobre aspectos nutricionales, el aprovechamiento de recursos accesibles y las actividades educativas. Dichas actividades pueden desarrollarse individualmente o en grupo de trabajo, con reuniones una vez a la semana, ocupando personas especialistas en el tema.

5.6 FASE DE EVALUACION:

La evaluación se debe realizar cada mes con los ingresos que se hayan llevado a cabo, estableciendo si los recursos disponibles en la institución se aprovechan al máximo, si las madres muestran interés en obtener conocimientos acerca de lo que es la nutrición de los niños y si conocieron lugares accesibles a sus domicilios que prestan diferentes servicios de ayuda a la población.

Dentro de cada evaluación que se realice es importante que se continúe con un seguimiento el cual no permita caer en un círculo vicioso.

C O N C L U S I O N E S

1. El Trabajador Social está ubicado dentro del equipo multidisciplinario de Casa Guatemala siendo importante su participación en el Programa de Recuperación Nutricional, ya que es útil como medio de enlace entre individuo, familia y profesional.
2. El Programa de Recuperación Nutricional está diseñado para dar respuesta a las necesidades de la población, especialmente a los niños, sus diferentes componentes corresponden a alternativas de solución para los principales problemas nutricionales.
3. La desnutrición es un fenómeno multicausal por lo tanto el tratamiento para su recuperación debe darse y discutirse multidisciplinariamente.
4. En su mayoría los menores que presenta problemas de desnutrición proceden de hogares desintegrados, madres solteras o familias de escasos recursos económicos.
5. La participación del Trabajador Social ha sido limitada en relación a la problemática de la desnutrición, debido a que su intervención profesional se basa en las políticas institucionales.
6. Los factores más relevantes que limitan la recuperación nutricional del niño son de tipo económico, social y cultural.
7. En la investigación de campo se conocieron las causas que ocasionan la mal nutrición en los menores, determinando así las limitaciones para la intervención de los profesionales de Trabajo Social, dando alternativas de solución y de esta forma

fueron alcanzados los objetivos de la misma.

8. En relación a las hipótesis planteadas se llevó a cabo la investigación, comprobándose que además del factor económico, también está el social, cultural y no ayudan las políticas institucionales a la búsqueda de soluciones a la problemática que actualmente presenta la niñez guatemalteca.

R E C O M E N D A C I O N E S

1. Que las madres de menores reciban una orientación adecuada haciéndoles conciencia de los problemas que ocasiona la desnutrición.
2. Es importante que el Estado cree más instituciones que atiendan a niños con problemas de mal nutrición, así como programas educativos que ayuden a la prevención del mismo.
3. En Casa Guatemala es indispensable la planificación de actividades educativas, transmitiendo conocimientos acerca de la utilización de recursos disponibles y el buen uso de los alimentos para mejorar la nutrición y disminuir la tasa de mortalidad infantil en nuestro país.
4. Debe promoverse la coordinación interinstitucional con el fin de unificar criterios para la búsqueda de soluciones a los problemas que afrontan los menores que ingresan a los Programas de Recuperación Nutricional.
5. Que el Trabajador Social participe en forma consciente y responsable en la organización y desarrollo del trabajo, para brindar la orientación sobre la desnutrición infantil, atendiendo las causas y efectos de dicho problema.
6. Que el Trabajador Social como profesional que forma parte del equipo multidisciplinario de Casa Guatemala luche para que la discusión de casos se lleve a cabo ante la problemática que presentan los casos, orientando en la búsqueda de soluciones basadas en las políticas de la institución.

7. A la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de San Carlos de Guatemala se le recomienda impartir la teoría en base a la realidad nacional, para que cuando ésta sea llevada a la práctica, se pueda buscar alternativas de solución a la problemática que en su mayoría presentan.

B I B L I O G R A F I A

ANDER-EGG, Ezequiel. **Diccionario de Trabajo Social**. 9a. Edición corregida y aumentada, Editorial El Ateneo, S.A., 1992.

BAENA PAZ, Guillermina. **"Manual para Elaborar Trabajos de Investigación Documental"**, Reproducción No Lucrativa, México.

Diagnóstico Nutricional. Facultad de Ciencias Médicas, Folleto mimeografiado, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1993. Pág. 2.

Diccionario Everest, Corona Española, 9a. Edición Evergética, S.A., Editorial Everest, 1979.

Diccionario Terminología de las Ciencias Médicas, Editores S.A., Mallorca, Décima Edición, Salvat, España, 1976.

Derechos de la Salud y a la Seguridad Social, Colección No. 18, Conociendo Nuestros Derechos y Deberes, Procuraduría de los Derechos Humanos, 1993.

Desarrollo Humano, Infancia y Juventud. Plan de Acción de Desarrollo Social (PLADES) 1992-1996. Coordinado por la Secretaría General del Consejo Nacional de Planificación Económica (SEGEPLAN), Segunda Edición, Febrero de 1992.

La Desnutrición y sus Efectos en el Desarrollo del Niño, CEMIE, Costa Rica, 1972.

La Desnutrición y sus Efectos en el Desarrollo del Niño, Centro Multinacional de Investigaciones Educativas, 1977.

LIMA, BORIS. **"Contribución a la Epistemología de Trabajo Social"**, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1979.

LUGGI, Segarote y Granangelo. **Diagnóstico Nutricional**, Folleto mimeografiado, 1993.

NORIEGA CASTILLO, Carlos. **"Selección de Términos Útiles de Investigación Social"**, Guatemala, Editorial DITETS, Escuela de Trabajo Social, 1988.

PEREZ FRANCO, Marta Elizabeth; Iliana Marisol Orozco. **Factores que Inciden en el Problema de la Desnutrición Infantil y la Intervención del Trabajador Social en el Municipio de San Antonio La Paz, Departamento de El Progreso.** Tesis, Escuela de Trabajo Social, Universidad de San Carlos de Guatemala, Noviembre de 1997.

ROJAS SORIANO, Raúl. **"Guía para Realizar Investigaciones Sociales"**, México, Ed. Textos Universitarios, 1981.

Seminario de Trabajo Social: **La Desnutrición Infantil como un Problema Socio-Económico en Guatemala y la Participación del Trabajador Social**, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1986.

UNICEF. **Los Niños de Guatemala**, Publicación 1990.

UNICEF. **"Nuestra Realidad, Análisis de Situaciones de Menores en Circunstancias Especialmente Difíciles"**, Guatemala, 1992.

TAMAYO Y TAMAYO, Mario. **"El Proceso de la Investigación Científica. Fundamentos de la Investigación"**, Editorial Limusa, Bogotá, Colombia.