



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

**Factores socio-económicos y culturales que inciden en problemas de
desnutrición en población atendida en el Centro de Recuperación Nutricional**

Liberty

TESINA

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

POR

María Ester Pirir

Previo a conferírsele el título de

TRABAJADORA SOCIAL

En el grado académico de

LICENCIADA

Guatemala, octubre de 2017

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

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Rector Dr. Carlos Guillermo Alvarado Cerezo
Secretario Dr. Carlos Enrique Camey Rodas

AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

Directora Licda. Alma Lilian Rodríguez Tello
Secretaria Licda. Mirna Lissette Valle Peralta

CONSEJO DIRECTIVO

REPRESENTANTES DOCENTES

Mgtr. Celita Mahely Chacón de Prera
Mgtr. Mercedes Victoria Magaña Castro

REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES

Licenciada Carol Julissa Velasco Escobar

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Estudiante Mónica Alejandra Gálvez Pérez
Estudiante Linda Sofia Ruiz Zamora

TRIBUNAL EXAMINADOR

Coordinadora IIETS MSc. Ada Priscila del Cid García
Tutora MSc. Adelfa Georgina Navarro Miranda
Revisora Msc. Albertina de Jesús Dávila

“Los autores serán los responsables de las
opiniones y criterios expresados en sus obras”

Artículo 11 del Reglamento del Consejo Editorial de
la Universidad de San Carlos de Guatemala



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala

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

Edificio S-1 – Segundo Nivel Ciudad Universitaria Zona 12, Guatemala Centroamérica
PBX (502) 24439500 – (502) 24188000 Extensiones 1441- 1454 -1458 - 1459
Teléfono (502) 24188850
<http://www.trabajosocial.usac.edu.gt>



Instituto de Investigaciones “T.S. Angela Ayala”

APROBACIÓN DE INFORME DE TESINA

Guatemala 16 de mayo de 2017
Of. 106/2017-IIETS

Mgr. Ada Priscila del Cid García
Coordinadora
Instituto de Investigaciones “T.S. Angela Ayala”
Escuela de Trabajo Social
Edificio

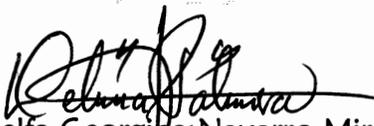
Respetable Coordinadora:

De manera atenta me dirijo a usted, para hacer de su conocimiento que se ha concluido con la tutoría del informe final de tesina denominado: **FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS Y CULTURALES QUE INCIDEN EN PROBLEMAS DE DESNUTRICIÓN EN POBLACIÓN ATENDIDA EN EL CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL LIBERTY**, elaborado por la estudiante: **María Ester Pirir**, quien se identifica con número de carné: **201119520**.

El presente trabajo de investigación, cumple con los requisitos mínimos establecidos por la Unidad de Trabajos de Graduación, razón por la que se emite **APROBACION** para que se prosiga con los trámites correspondientes.

Sin otro particular, me es grato suscribirme atentamente,

“Id. y enseñad a todos”


MSc. Adelfa Georgina Navarro Miranda
Tutora



c.c. Archivo
BAVE/ceci



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala

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

Edificio S-1 – Segundo Nivel Ciudad Universitaria Zona 12, Guatemala Centroamérica
PBX (502) 24439500 – (502) 24188000 Extensiones 1441- 1454 -1458 - 1459
Teléfono (502) 24188850
<http://www.trabajosocial.usac.edu.gt>



Instituto de Investigaciones "T.S. Angela Ayala"

APROBACIÓN DE REVISIÓN DE INFORME DE TESINA

Guatemala 27 de octubre de 2017
Of. 328/2017-IIETS

Mgtr.
Ada Priscila del Cid García
COORDINADORA IIETS
Escuela de Trabajo Social
Edificio

Respetable Mgtr. del Cid:

De manera atenta me dirijo a usted, para hacer de su conocimiento que se ha concluido con la revisión del informe final de tesina titulado: **FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS Y CULTURALES QUE INCIDEN EN PROBLEMAS DE DESNUTRICIÓN EN POBLACIÓN ATENDIDA EN EL CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL LIBERTY**, elaborado por la estudiante: **María Ester Pirir** quien se identifica con carné: **201119520**.

El presente trabajo cumple con los requisitos mínimos establecidos, por lo cual se emite la **APROBACION** respectiva.

Sin otro particular, me suscribo atentamente,

"Id y Enseñad a Todos"



Licda. Albertina de Jesús Dávila Tun
Revisora

c.c. archivo
ceci

Instituto de Investigaciones "I.S. Angela Ayala"

DICTAMEN DE TESINA 057-2017

Guatemala 07 de noviembre de 2017

Licenciada
Alma Lilian Rodríguez Tello
Directora
Escuela de Trabajo Social
Edificio

Señora Directora:

Atentamente me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que de acuerdo a la aprobación emitida por el tutor específico emito DICTAMEN FAVORABLE y hago entrega del informe final de tesina titulado: **FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS Y CULTURALES QUE INCIDEN EN PROBLEMAS DE DESNUTRICIÓN EN POBLACIÓN ATENDIDA EN EL CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL LIBERTY**, elaborado por la estudiante: **María Ester Pirir**, quien se identifica con carné: **201119520**, a fin de que pueda continuar con los trámites correspondientes previo a la publicación final.

Deferentemente,

"Id y Enseñad a Todos"


M.A. Ada Priscila del Cid Garcia
Coordinadora IETS



c.c. archivo
ceci



ACUERDO DE DIRECCIÓN No. 254/2017
Autorización de Impresión Informe Final

La Dirección de la Escuela de Trabajo Social, tomando en cuenta la Aprobación de Informe de Tesina Of. 106/2017-IIETS de fecha 16 de mayo de 2017, extendida por MSc. Adelfa Georgina Navarro Miranda, en calidad de Tutora; Aprobación de Revisión de Informe de Tesina Of. 328/2017-IIETS, de fecha 27 de octubre de 2017, remitida por Licda. Albertina de Jesús Dávila Tun, como Revisora; y Dictamen de 057/2017 de fecha 07 de noviembre de 2017, suscrito por M.A. Ada Priscila del Cid García, Coordinadora del Instituto de Investigaciones, respectivamente.

ACUERDA:

AUTORIZAR la impresión del informe final de Tesina denominado: **FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS Y CULTURALES QUE INCIDEN EN PROBLEMAS DE DESNUTRICIÓN EN POBLACIÓN ATENDIDA EN EL CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL LIBERTY**, elaborado y presentado por **MARÍA ESTER PIRIR**, previo a conferírsele el título de Trabajadora Social en el grado académico de Licenciatura; asimismo **NOMBRAR** a la **Junta Directiva** para la realización del acto protocolario de graduación, la cual queda integrada por: Licda. Alma Lilian Rodríguez Tello, Directora; Licda. Mirna Lisette Valle Peralta, Secretaria de Escuela; M.A. Ada Priscila del Cid García, Coordinadora del Instituto de Investigaciones; MSc. Adelfa Georgina Navarro Miranda, Tutora; y Licda. Albertina de Jesús Dávila Tun, Revisora.

Guatemala, 8 de noviembre de 2017

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licda. Alma Lilian Rodríguez Tello
DIRECTORA



Dedicatoria

- A Dios
Por ser mi guía, por sus múltiples bendiciones en cada situación.
- A mi madre
Porque a ella debo quien soy, por sus luchas incansables, por darme siempre lo mejor.
- A mi tía Virginia y mis Hermanas, Lucía y Marta.
Por motivarme a cada día ser mejor, por cuidarme, porque cuando las he necesitado han estado a mi lado,
- A mis abuelos; Naty y Valentin
Por todo su apoyo, por ser la luz que desde el cielo nos ilumina.
- A mis amigos
Por su apoyo y acompañamiento en este proceso.
- A mis catedráticos
Por cada día esforzarse para formar profesionales comprometidos con la sociedad guatemalteca.
- A la Universidad de San Carlos de Guatemala
Por ser mi Alma Mater, por albergarme y permitirme ser parte de ella.
- A Esperanza de Vida
Por abrir sus puertas para nuevas profesionales y dar las herramientas necesarias para ejercer la profesión de Trabajo Social

Tabla de contenido

Resumen.....	i
Introducción.....	ii

Capítulo 1

Consideraciones teóricas relacionadas a la desnutrición

1.1. Desnutrición.....	1
1.2. Clasificación de la desnutrición.....	5
1.2.1. Desnutrición aguda.....	5
1.2.2. Desnutrición severa tipo marasmo.....	6
1.2.3. Desnutrición severa tipo kwashiorkor	8
1.2.4. Desnutrición kashiorkor marasmático	9
1.3. Factores que inciden en la desnutrición	11
1.3.1. Factores biológicos	11
1.3.1.1. Lactancia materna exclusiva.....	12
1.4. Factores sociales	13
1.4.1. Desigualdad.....	14
1.4.2. Embarazos en adolescentes.....	15
1.5. Factores económicos	15
1.5.1. Pobreza.....	16
1.6. Factores culturales	19
1.7. Desnutrición en Guatemala	21
1.8. Estadísticas a nivel nacional	22
1.9. Sala situacional de desnutrición, semana 7, 2017, Zacapa.....	24
1.10. Marco legal.....	26

Capítulo 2

Contextualización del área de estudio

2.1. Descripción de contexto local	30
2.2. Aspectos generales de Esperanza de Vida.....	31

2.2.1. Proyectos sociales de Esperanza de Vida	33
2.3. Marco filosófico	34
2.3.1. Misión.....	34
2.3.2. Visión	34
2.3.3. Objetivos	35
2.4. Antecedentes del Centro de Recuperación Nutricional Liberty.....,	35
2.4.1. Perfil de Ingreso.....	36
2.4.2. Programas del Centro de Recuperación Nutricional Liberty.....	38
2.4.3. Procedimiento para ingreso al Centro de Recuperación Nutricional Liberty.....	42
2.4.3.1. Evaluación nutricional.....	43
2.4.3.2. Evaluación médica.....	43
2.4.3.3. Entrevista con Trabajo Social.....	43
2.4.3.4. Entrevista con Psicología.....	44
2.4.3.5. Atención en área de fisioterapia.....	44

Capítulo 3

Factores que inciden en problemas de desnutrición en los pacientes atendidos en el Centro de Recuperación Nutricional (análisis de resultados)

3.1. Factores económicos	46
3.1.1. Ingresos familiares	47
3.1.2. Tiempos de alimentación	48
3.2. Factores sociales.....	50
3.2.1. Integrantes del núcleo familiar.....	50
3.2.2. Nivel educativo.....	52
3.2.3. Consumo de alimentos.....	53
3.3. Factores culturales.....	55
3.3.1. Asistencia al centro de salud.....	55
3.3.2. Alimentos prohibidos.....	57
3.4. Cuadro comparativo según caracterización de niños sanos y niños afectados por desnutrición.	59
3.5. Datos de la población entrevistada.....	60

Capítulo 4

Protocolo de intervención de trabajo social en el Centro de Recuperación Nutricional Liberty

4.1. Introducción	62
4.2. Definiciones ligadas a Trabajo Social.....	63
4.2.1. Trabajo social	63
4.2.2. Valores éticos de la profesión.....	64
4.2.3. Atención social.....	64
4.3. Áreas Laborales.....	65
4.4. Justificación	65
4.5. Objetivos.....	66
4.6. Funciones del trabajador social en el área de salud.....	67
4.7. Perfil de contratación del trabajador social.....	67
4.8. Funciones principales.....	68
4.9. Programas que pueden habilitarse en el departamento de	
4.10. Trabajo Social del Centro de Recuperación Nutricional Liberty.....	69
4.11. Áreas de Trabajo Social	71
Conclusiones	74
Recomendaciones	76
Referencias.....	78

Resumen

La desnutrición es un flagelo producto del desencadenamiento de diversos factores económicos, socio familiares y culturales, que traen como consecuencia bajo nivel de desarrollo, tanto personal como familiar.

Esta investigación es descriptiva y revela las condiciones de desnutrición en niños de 0 a 5 años atendidos en el Centro de Recuperación Nutricional Liberty, perteneciente a la Organización Cristiana de Beneficio Social Esperanza de Vida, en el año 2016. La metodología aplicada es cuantitativa y partió de la un análisis de los factores económicos que determinaron la situación familiar que resulta ser de precariedad económica debido a carencia de fuentes de trabajo permanentes y bajo ingreso familiar que no permite satisfacer plenamente las necesidades básicas.

Se suma a lo anterior el bajo nivel educativo de los padres y la poca información sobre prácticas alimentarias saludables. Los principales problemas encontrados son: un 65 % de niños con desnutrición aguda moderada, un 45 % con desnutrición Severa, un 1% con desnutrición severa tipo marasmo y 1% con desnutrición severa tipo mixta. Por tanto se presenta una propuesta de intervención profesional que permita contribuir a la atención social de dicho problema de manera integral para coadyuvar en la reducción de los índices de desnutrición a través de estrategias de promoción social, potencializado los recursos de las familiares y promoviendo las buenas prácticas alimentarias.

Palabras Claves: desnutrición, pobreza, educación, composición familiar.

Introducción

El presente informe de investigación tiene como objetivo principal determinar los factores sociales, económicos y culturales que inciden en problemas de desnutrición y plantear una propuesta desde el área profesional de Trabajo Social analizando como incide la situación socioeconómica de las familias, las costumbres, hábitos y factores culturales para dar herramientas que orienten y promuevan las buenas prácticas alimenticias.

Esperanza de vida como organización no gubernamental, dedicada al beneficio social de los sectores vulnerables del oriente de Guatemala, abre sus puertas con el proyecto del Centro de Recuperación Nutricional Liberty, el cual atiende a niños con desnutrición, provenientes de diferentes departamentos, dentro de los principales, Zacapa, Chiquimula, El Progreso, Izabal, y Jutiapa, través de los programas médicos, nutricionales, psicológicos y sociales.

Para mejor comprensión del lector, el presente se divide en 4 capítulos, los cuales se describen brevemente.

El primer capítulo contiene información teórica referente a factores asociados a la desnutrición infantil en niños y niñas de 0 a 5 años de edad, referencias sobre desnutrición y su clasificación según su grado de afección en los niños.

El segundo Capítulo da a conocer el contexto en el que se encuentra el Centro de Recuperación Nutricional Liberty, los programas que ejecuta, antecedentes de la creación de este Centro y la labor que realiza en pro de la

atención y reducción de los índices de pobreza y desnutrición que enfrenta la población de la región oriente del país.

El tercer capítulo abarca los principales factores que limitan la recuperación nutricional de los pacientes a partir de los resultados de los estudios socioeconómicos, entrevistas y visitas realizadas a las familias cuyos hijos o hijas de 0 a 5 años de edad han padecido desnutrición, estos resultados se plantean en graficas estadísticas.

En el cuarto capítulo se presenta un protocolo de atención desde la perspectiva del trabajo social, el cual incluye diferentes programas educacionales, de sensibilización, prevención, etc. como una forma de orientar y coadyuvar en la reducción de los índices de desnutrición que afectan a la población que se atiende en el Centro de Recuperación Nutricional Liberty.

Capítulo 1

Consideraciones teóricas relacionadas a la desnutrición

Este capítulo contiene información referente a factores asociados a la desnutrición infantil en niños y niñas de 0 a 5 años de edad, que es el período que corresponde a la primera infancia, entendiéndose esta como la etapa de la vida humana comprendida entre el nacimiento hasta los 6 años de edad, en la cual se deben garantizar oportunidades de desarrollo integral para una vida plena, velando de forma continua por el cumplimiento de los derechos básicos que permitan el desarrollo cognitivo, social, físico y afectivo.

A continuación, se hace una descripción de los aspectos conceptuales que contribuyen a la comprensión del objeto de estudio.

1.1. Desnutrición

De acuerdo al protocolo para el tratamiento de la desnutrición aguda severa del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2009) “La desnutrición es un conjunto de manifestaciones clínicas, alteraciones bioquímicas y antropométricas causadas por la deficiente ingesta y/o aprovechamiento biológico de macro y micronutrientes ocasionando la insatisfacción de requerimientos nutricionales.” (pág. 8) Esto tiene serias implicaciones para la vida futura de los infantes, por lo que representa una situación pendiente de resolverse a nivel nacional.

Según, el Fondo de las Naciones Unidas para la Niñez, sostiene que:

La desnutrición proteico-calórica es un estado patológico caracterizado por falta de aporte adecuado de energía, nutrientes acordes a las necesidades biológicas del

organismo produciendo un estado catabólico, situación que puede o no ser reversible. Incluye variedad de manifestaciones clínicas condicionadas por la intensa diferencia de proteínas, energías, la severidad, la deficiencia, edad del paciente, la causa de la deficiencia y asociación con otras enfermedades nutricionales. (1998). Recuperado de [Http://UNICEF](http://UNICEF).

Lo citado arriba, indica que la desnutrición es un problema patológico que puede evitarse cuando las familias cuentan con recursos para las buenas prácticas nutricionales. No obstante, en el caso de los países denominados periféricos y dependientes del capitalismo, la población mayoritaria no tiene acceso a la salud, a la educación ni al trabajo, siendo esto último, la causa de precariedad económica y social que impide a las personas y familias tener una alimentación sana y variada que contribuya a la ingesta de nutrientes esenciales para el desarrollo físico e intelectual de la infancia y del grupo familiar.

Por otra parte, Palmieri Santiesteban & Delgado Valenzuela (2011) establecen que:

La desnutrición está asociada a deficiencias, desequilibrios y excesos alimentarios y bajo desarrollo humano, ha establecido en Guatemala un círculo vicioso crónico, que se ha perpetuado por generaciones. Mientras se acepta que las altas prevalencias de desnutrición crónica, anemia y sobrepeso y obesidad. (pág. 7)

Este mismo autor argumenta que este problema afecta al 50% de la población infantil y mujeres en edad fértil, lo que se deduce a modelos de desarrollo en los cuales se excluye a parte de la población que es importante, por

lo que se reconoce que la desnutrición es una de las raíces que impide el desarrollo de una comunidad.

La población infantil puede padecer de desnutrición leve, moderada y severa, según las condiciones económico-sociales donde se desenvuelve, lo cual llama la atención cuando las estadísticas muestran que esta problemática va en aumento, afectando no solo el desarrollo físico sino también intelectual, afecciones que pueden ser irreversibles en la vida de los niños y niñas que son afectados y que limitarán el acceso a una vida digna.

Por lo anterior descrito, el Fondo de las Naciones Unidas Para la Niñez, señala que:

“cuatro de cada diez niños y niñas (43.4%) menores de cinco años presenta desnutrición crónica, esta es la que mide la altura en relación a la edad, lo cual provoca menos retención escolar, menor productividad, propensión a adquirir enfermedades y hasta pérdida del coeficiente intelectual, los cuales son efectos irreversibles y afectarán toda la vida al niño. (UNICEF, 2010) Recuperado de www.unicef.org.

Por lo cual vale la pena evaluar las políticas sociales implementadas por el gobierno, en favor de los niños y niñas afectas, con el fin de reducir estos índices y generar mejores condiciones de vida para la población, a través de fuentes de empleo digno que permitan a la población el acceso a la canasta básica de alimentos, cuyos insumos contengan los alimentos esenciales para la adecuada alimentación e ingesta de nutrientes esenciales para el desarrollo integral de los niños y niñas.

En la actualidad, el mundo se enfrenta a una doble carga de malnutrición que incluye la desnutrición y la alimentación excesiva. La malnutrición también se caracteriza por la carencia de diversos nutrientes esenciales en la dieta, en particular hierro, ácido fólico, vitamina A y yodo. La malnutrición, en cualquiera de sus formas, presenta riesgos considerables para la salud humana.

La desnutrición es causa de un tercio de todas las muertes infantiles. Las crecientes tasas de sobrepeso y obesidad en todo el mundo están asociadas a un aumento en las enfermedades crónicas como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes. Estas enfermedades están afectando con cifras crecientes a las personas pobres y las más vulnerables. (Organización Mundial de la Salud, 2017, pág. 0)

Como bien se describe anteriormente, el problema actual en la población infantil, no es solo la falta de nutrientes esenciales que se adquieren a través de una dieta balanceada, sino también se enfrenta a la carga de la alimentación excesiva y este exceso no es precisamente de nutrientes, sino de comida que está elaborada a base grasas excesivas, colorantes y productos químicos que no generan ningún beneficio al cuerpo, sino más bien, provocan enfermedades degenerativas como cáncer, diabetes, etc. Esta situación afecta principalmente a la población, vulnerable ante la pobreza, principalmente de las áreas rurales, lo cual va ligado a la falta de acceso a los servicios básicos y de salud, así como la escasa oportunidad de trabajo para los adultos agravando la situación de desnutrición.

1.2. Clasificación de la desnutrición:

La desnutrición se clasifica basándose en la magnitud de afección en el niño o niña, según protocolo para el tratamiento de la desnutrición aguda severa del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2013). “El grado de desnutrición, puede expresarse como puntaje “Z”. El puntaje “Z” indica el número de desviaciones estándar que el individuo está por arriba o por debajo de la mediana de la población de referencia”. (pág. 9). Este proceso de clasificación es realizado por un profesional en nutrición o medicina, ya que, para realizar una clasificación confiable, no únicamente lo hacen a través del peso y talla, sino realizan un análisis de los hábitos alimenticios practicados en el hogar y lo complementan con laboratorios para obtener diagnóstico más certero.

Tabla1
Interpretación de Puntaje Z

De +2 a -2 DE	Estado Nutricional Normal
Debajo de -2 a -3 DE	Desnutrición Aguda Moderada
Debajo de -3 DE	Desnutrición Aguda Severa

Fuente: (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2013, pág. 10)

1.2.1. Desnutrición Aguda:

Es un estado patológico que puede ser de origen primario o secundario, que se expresa por un conjunto de manifestaciones clínicas, alteraciones bioquímicas y antropométricas causadas por la deficiente ingesta, malabsorción de macro y micronutrientes o causado por

estados de exceso catabólico ocasionado por la insatisfacción de requerimientos nutricionales. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2013, pág. 10)

Se hace énfasis en desnutrición primaria y secundaria, ya que esta puede ser ocasionada por múltiples factores, se habla de desnutrición primaria, cuando es originada por malas prácticas alimenticias o una baja ingesta de los nutrientes esenciales para alcanzar el peso y la talla adecuada para la edad y se ven involucrados factores sociales, culturales y económicos. La desnutrición secundaria es aquella derivada por alguna patología que esté afectando la salud de los niños y no le permite la adecuada absorción de alimentos necesarios o que disminuye el apetito lo cual va generando una pérdida desmedida de peso hasta llevarlo a un grado de desnutrición.

Según el grado de desnutrición que cada niño presente, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a través de su protocolo para el tratamiento de la desnutrición aguda (2013), la ha clasificado en: “Moderada y Severa. La desnutrición Aguda Severa, también se manifiesta clínicamente como marasmo, kwashiorkor y una combinación de ambas kwashiorkor-marasmo”. (pág. 11)

1.2.2. Desnutrición severa tipo marasmo:

Se caracteriza por emaciación de tejidos magros y ausencia de tejido muscular que da la apariencia de anciano. Se observa emaciación (adelgazamiento extremo). Suele ser consecuencia de una disminución del aporte energético combinado con un desequilibrio en el aporte de proteínas, carbohidratos, grasas y carencia de vitaminas y minerales. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2013, pág. 11)

La desnutrición tipo marasmo, hace ver a quien la padece muy enflaquecido, la piel completamente pegada a los huesos, se puede decir que el grado más alto y en el que se ve comprometida la vida de los niños, en mayor porcentaje y su proceso de recuperación será extenso, en lo que va del año, en el Centro de Recuperación Nutricional Liberty, se han presentado al menos 10 casos de desnutrición tipo marasmo, situación alarmante que exige la creación de mecanismos de intervención en esta compleja realidad, que afecta no solo la salud física, sino también la salud mental infantil.

Imagen 1



Fuente: Investigación de Campo 2016

Según se puede apreciar en la figura 1, este niño ha sido diagnosticado con desnutrición severa tipo marasmo, es decir que su masa muscular ha sido consumida, y su piel está quedando pegada a sus huesos, su peso es de 12.57 kg y talla de 104 cm, las posibilidades de recuperación son positivas, sin embargo, existen ya daños en su desarrollo, los cuales serán evidentes en su vida adulta.

1.2.3. Desnutrición severa tipo kwashiorkor:

Este tipo de desnutrición es un cuadro clínico que se presenta como consecuencia de alimentación deficiente en proteínas. El niño o niña presenta edema (hinchazón) en la cara y extremidades o bien lesiones pelagroides como costras y descamación en las piernas. El cabello es quebradizo y decolorado (signo de bandera) y se desprende fácilmente. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2013, pág. 12)

A simple vista los niños que padecen este grado de desnutrición, se verán “gordos”, sin embargo, como se menciona anteriormente, la principal característica de la Desnutrición tipo Kawashiorkor, es el edema, lo cual no representa a un niño sumamente delgado, sino a un niño con pómulos y extremidades bastante pronunciadas.

El tratamiento del kwashiorkor en sus etapas avanzadas puede mejorar la salud general del niño, sin embargo, este también puede quedar con problemas físicos y mentales permanentes. Si no hay tratamiento o si llega demasiado tarde, la afección es potencialmente letal, pues en niños cuyo edema llega a un alto grado, la piel tiende a romperse o reventar, lo cual da una apariencia de quemadura, cuando esta se rompe, queda expuesta a bacterias e infecciones cuya tardanza en tratamiento especializado, ocasionara una sepsis, es decir una infección generalizada en el cuerpo, cuyo pronóstico lamentablemente será mortal. Muchos niños mueren debido a complicaciones de la desnutrición. Los que sobreviven, incluso después del tratamiento, aún corren el riesgo de tener un retraso mental, o desarrollo físico, además de las infecciones y las enfermedades cardíacas.

Imagen 2



Fuente: Investigación de Campo 2016

Esta niña ha sido diagnosticada con desnutrición severa tipo kwashiorkor, a pesar de que su apariencia no denota desnutrición, por no verse con un cuerpo delgado, es así como este grado de desnutrición se manifiesta, con edema principalmente de los miembros inferiores, y los pómulos pronunciados por la pérdida de proteínas y acumulación de agua en el cuerpo.

1.2.4. Desnutrición kwashiorkor marasmático:

Esta forma de desnutrición edematosa, combina las características clínicas del kwashiorkor y el marasmo. Las principales manifestaciones son el edema del kwashiorkor con o sin lesiones cutáneas y la emaciación muscular y reducción de la grasa subcutánea del marasmo. En las etapas iniciales del tratamiento, cuando el edema desaparece, el paciente adquiere un aspecto muy similar al del niño marasmático. Los pacientes muestran características bioquímicas del kwashiorkor (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2013, pág. 13)

La desnutrición Kwashiorkor marasmático, o también llamada mixta, por combinar características de ambos grados, surge a raíz de diversos factores dentro de los cuales cabe la pena resaltar, la prematurez o el bajo peso al nacer,

lo cual puede predisponer al niño a desarrollar el kwashiorkor o marasmo nutricional. En las comunidades que enfrentan la pobreza, uno de los principales factores es el fracaso de la lactancia materna, debido a la separación o a la muerte de la madre, o la falta o insuficiencia de leche materna, por no tener los cuidados prenatales necesarios.

La lactancia casi siempre es la única forma factible en que las madres alimentan a sus bebés en forma adecuada, sin embargo cuando estas no generan la lactancia suficiente, se ven en la necesidad de recurrir a alternativas de alimentación, dentro de las cuales la más recomendable es la fórmula de bote, la cual contiene los nutrientes esenciales y viene preparada para cada edad, sin embargo esta es de alto costo, lo cual limita el acceso a las familias cuyos ingresos son bajos o nulos, lo que ocasiona que suministren diferentes bebidas como; el agua de arroz, agua de masa de maíz, atoles de harina, entre otros, los cuales son perjudiciales para la salud del recién nacido y tienden a provocar este tipo de desnutrición.

Imagen 3



Fuente: Investigación de Campo 2016

Esta niña con tan solo 5 años de edad, padece de desnutrición severa tipo mixta, es decir una combinación de desnutrición tipo kwashiorkor marasmo, la cual evidencia edema en miembros inferiores y piel pegada a los huesos, aunado a su desnutrición, se ve afectada con retraso en el desarrollo motor, mismo que se debe al grado de desnutrición por el que ha sido afectada desde los primeros años de vida y que debido a la falta de recurso económico y desconocimiento sobre esta enfermedad, no se le brindó el tratamiento oportuno en ningún centro asistencial.

1.3. Factores que inciden en la desnutrición

Al hablar de desnutrición es necesario preguntarse si ¿será solo un asunto de alimento o se ven implicados otros factores como el biológico, económico, político, social, cultural, etc.? Para lo cual se describen a continuación algunos de los factores mayormente predominantes en el complejo tema de la desnutrición.

1.3.1. Factores biológicos que inciden en la desnutrición

El inicio de la vida se determina de acuerdo a la nutrición, este proceso inicia desde el vientre de la madre, ahí se inicia a definir la salud y capacidades de los nuevos seres que se están formando, una adecuada alimentación en la madre, es fundamental para que el nuevo ser pueda desarrollarse de manera adecuada.

Según Katherin Wilhelm, en su tesis Factores que impiden la recuperación nutricional, indica que: La buena alimentación en la mujer embarazada es decisiva en el estado

nutricional del recién nacido. La ingestión de alimentos en la embarazada es la vía de entrada de los nutrientes al feto, por lo tanto, el estado nutricional adecuado de la mujer al comienzo y durante el embarazo es el requisito más importante para que exista un recién nacido, y posteriormente un niño y un adulto saludable. Cantidades deficientes de macronutrientes y vitaminas en la dieta de la embarazada pueden incidir en un déficit de peso del bebé al nacer y una mal preparación física de la mujer para el estrés que representa el parto. (Wihelm Sosa, 2014)

En este mismo documento, Sosa, hace énfasis en que una mala alimentación en la mujer embarazada puede causar un bajo crecimiento fetal y pérdida de músculo esquelético en los recién nacidos delgados, lo que produce que los niños nazcan con bajo peso al nacer, aumentando cuatro veces más las probabilidades de que los recién nacidos fallezcan durante la primera semana de vida por causa de infecciones, o bien tener la probabilidad de continuar con bajo peso durante toda la infancia y experimentar dificultades en cuanto a salud y aprendizaje. (Wihelm Sosa, 2014)

Debido a la desnutrición los niños se hacen más vulnerables a las enfermedades, tienen bajo desempeño en la escuela, lo que en el futuro se traduce en baja productividad del recurso humano y, por lo tanto, a tener ingresos bajos, convirtiéndose en un círculo vicioso que conlleva a repetir la situación de pobreza que está entre las causas principales de la mal nutrición.

1.3.1.1. Lactancia materna exclusiva

Según la organización Mundial para la salud indica que:

La leche materna es la primera comida natural para los lactantes. Aporta toda la energía y los nutrientes que el niño necesita en sus primeros meses de vida, y sigue

cubriendo la mitad o más de las necesidades nutricionales del niño durante el segundo semestre de vida, y hasta un tercio durante el segundo año. (OMS, 2017)

La lactancia materna exclusiva y de calidad, disminuye los índices de mortalidad infantil por desnutrición, por lo que se debe considerar una práctica primordial para la adecuada nutrición, crecimiento y desarrollo de los recién nacidos, cabe mencionar que para generar una lactancia de la calidad es necesario que la madre se nutra con los alimentos que proporcionen los nutrientes esenciales tanto para ella como para el lactante, a fin de aportar a través de la lactancia los componentes alimenticios necesarios para el desarrollo óptimo del niño.

1.4. Factores sociales que inciden en la desnutrición

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. (Organización Mundial de la Salud, 2017)

La malnutrición grave es un trastorno médico y social. Es decir, los problemas médicos del niño son la consecuencia, en parte, de los problemas sociales del hogar en que vive. La malnutrición es el resultado final de una falta crónica de atención nutricional y a menudo emocional por parte de las personas que se ocupan del niño, las cuales, por falta de conocimientos, por pobreza o por problemas familiares, son incapaces de proporcionarle la nutrición y los cuidados que requiere. El tratamiento acertado del niño muy malnutrido requiere identificar y corregir los problemas médicos y sociales. Si se considera que la enfermedad es sólo un trastorno médico, es probable que el niño recaiga cuando vuelva a su

casa y que otros niños de la familia sigan expuestos al riesgo de sufrir el mismo problema. (Organización Mundial de la Salud, 1999)

Si se habla de factores sociales que marquen una pauta de adecuada alimentación, se encontrarán inmersos en una dimensión social y más allá de la adecuada alimentación, se encontrará un comportamiento alimentario.

La conducta alimentaria de los seres humanos, está conformada, socialmente. Los hábitos alimentarios se estructuran socialmente a través de la influencia de la familia, del sistema educativo y cultural, de las relaciones sociales entre compañeros o amigos, y de la publicidad de las redes y los medios de comunicación social, que venden productos que satisfacen socialmente, más no nutritivamente.

Dentro de las determinantes que dan lugar a la desnutrición, desde el punto de vista social, se pueden considerar las siguientes.

1.4.1. Desigualdad:

No es necesario demostrar que tanto la pobreza como la desigualdad social son los condicionantes principales de la dificultad, o imposibilidad, del acceso a los productos alimentarios y consecuentemente de la desnutrición. Cuando se posee un menor nivel socioeconómico y un bajo poder adquisitivo se resiente la calidad y la cantidad nutricionales de la dieta alimenticia.

“La desigualdad en el consumo alimentario se encuentra ligada a fenómenos sociales más globales, y a menudo responde a problemas

estructurales endémicos en la propia organización de los países con menor desarrollo”. (Jiménez Benitez, Rodríguez Martín, & Jiménez Rodríguez, 2010, págs. 18-25) Recuperado el 7 de julio de 2017 en <http://scielo.isciii.es>.

Por lo cual es necesario demostrar que tanto la pobreza como la desigualdad social son los condicionantes principales de la dificultad, o imposibilidad, del acceso a muchos productos alimentarios y consecuentemente de la desnutrición. Cuando se posee un indigno nivel socioeconómico y un bajo poder adquisitivo se resiente la calidad y la cantidad de los alimentos necesarios para el consumo de la dieta alimenticia rica en proteínas, minerales, hierro y demás componentes indispensables para generar energía y por ende el óptimo desarrollo de cada ser humano.

1.4.2. Embarazos en adolescentes:

En 2013, “El 13% de mujeres menores de 18 años son madres o están embarazadas. Esta proporción es mayor en las áreas rurales, y entre las mujeres pobres” (UNICEF, 2013, pág. 12).

Dentro de las afecciones que presentan las madres adolescentes, se indican que estas tienen “mayor riesgo de mortalidad materna, cuentan con menores recursos y redes de apoyo familia”, por lo que se ven obligadas a trabajar, siendo mal remuneradas y descuidando su salud y la del bebé recién nacido, “existe mayor riesgo de mortalidad infantil y mayor frecuencia de bajo peso y prematuridad al nacer” (UNICEF, 2013).

Cada niño y niña necesita cuidados esenciales durante sus primeros meses de vida, los cuales marcarán de manera positiva o negativa el desarrollo, sin

embargo, una adolescente muy difícilmente podrá dar estos cuidados, ya que a su corta edad aún no se encuentra preparada para tomar una responsabilidad de tal magnitud, como lo es un hijo, ligado a ello, el cuerpo aún no se encuentra preparado, lo cual genera deficiencia en la producción de leche materna, la cual es fundamental para cada niño. Esto sin duda es uno de los generadores de casos de desnutrición, por lo que se evidencia la importancia hacer conciencia en los jóvenes y adolescente sobre las consecuencias de los embarazos a temprana edad.

1.5. Factores económicos que inciden en la desnutrición

“Los detonantes más resaltantes de la desnutrición infantil. El estado nutricional del niño es un aspecto que no se encuentra aislado. Existen factores socioeconómicos, tales como vivienda, estructura familiar, educación, salud e ingreso que influyen para bien o para mal”. (Revista Médica Electrónica, 2013, pág. 01). La desnutrición ligada a la pobreza, se convierte en uno de los principales problemas que afectan el desarrollo social de un país; porque si no existen los recursos económicos suficientes, no es posible acceder a los alimentos básicos para una adecuada nutrición, lo que incide en las personas. Así mismo limita el bienestar integral y la calidad de vida de la población afectada y por lo tanto la priva de oportunidades de educación, productividad y posteriormente de un trabajo digno.

Los componentes económicos como el desempleo y un presupuesto familiar en nivel de pobreza; el componente educativo y de capacitación como es el caso de unos padres que tienen un bajo nivel educativo o unos niños en edad escolar sin inserción en el sistema educativo; el componente dinámica familiar que comprende una familia numerosa y una madre adolescente o una madre o padre solo y, el componente físico ambiental que encierra la calidad de la vivienda, el hacinamiento y el agua para el consumo sin tratamiento, son

aspectos que no aseguran el bienestar nutricional de los niños y niñas. (Revista Médica Electrónica, 2013, pág. 04)

1.5.1. Pobreza

Ortiz Serrano, Marco Crespo (2001). La pobreza se puede definir de manera general como aquella situación en que hogares o individuos no tienen suficientes recursos o habilidades para cubrir sus necesidades. Este aspecto se basa en la comparación del ingreso, consumo, educación u otros atributos. Recuperado el 4 de febrero de 2017, de <https://books.google.com.gt>. Por lo tanto, es la carencia de activos esenciales y oportunidades a los que cualquier ser humano debe tener derecho para desarrollarse de manera integral.

Según el autor citado anteriormente, es evidente que la desnutrición está estrechamente relacionada a la pobreza, pues definiendo esta como la carencia de recursos para cubrir las necesidades básicas de cada ser humano, se deduce que los hogares que enfrentan pobreza, a consecuencia de bajos ingresos económicos, no son capaces acceder a los recursos necesarios y alimentos básicos que contengan los nutrientes esenciales para el sustento de la familia, aunado a ello se ven en la necesidad de reducir las cantidades y calidad de alimentos, así como los tiempos de comida, los hogares del área rural, regularmente realizan únicamente 2 tiempos de comida, siendo uno el desayuno y la cena, ya que es el tiempo en el que el padre de familia regresa del campo y se reúne nuevamente la familia para comer, convirtiéndose así en uno de los principales factores de la desnutrición infantil.

En 2006, año de la última estimación de la pobreza en Guatemala, poco más de la mitad (51%) de la población vivía en condiciones de pobreza y 15% en condiciones de

extrema pobreza. La definición de pobreza utilizada se basa en el consumo agregado de los hogares en comparación con el costo de una canasta básica de alimentos para la pobreza extrema, o una canasta de bienes y servicios básicos, para la pobreza en general. (PNUD Guatemala, 2011, pág. 7)

Según el informe de la Secretaría general de planificación, a través del informe de cumplimiento de los objetivos del milenio, indica que para 2016, el país debía reducir hasta en 9.1 por ciento la cantidad de población que está en pobreza extrema nacional. Guatemala registra 52.8 por ciento de habitantes en pobreza y pobreza extrema, de los cuales el 39.8 por ciento es indígena y 13 por ciento no indígena. De esta población, el 35.3 por ciento vive en el área rural y el 11.2 por ciento en el casco urbano. (Segeplan, 2016)

Ekaterina Parrilla, secretaria de Segeplan, explicó para Prensa Libre que: casi la mitad de la población que vive en el área urbana habita en asentamientos precarios. Según los datos de la entidad, en el año 2000 era el 48% de la población y en el 2014 la cifra era de 44%, lo que indica que en 14 años se redujo solo 4 puntos porcentuales.

Según el Banco mundial, en casi la mitad de los municipios rurales en Guatemala (44 por ciento), la mayoría de su población (más del 75 por ciento) vive en pobreza, según los resultados del Mapa de Pobreza Rural 2011, presentado hoy por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y el Banco Mundial. De acuerdo con el Mapa de Pobreza Rural, los departamentos de Alta Verapaz, Sololá, Totonicapán y Suchitepéquez son los que presentan mayor incidencia de pobreza rural en el país. (Banco Mundial, 2013)

Por lo que se deduce que la pobreza, como falta de poder económico es el principal es uno de los principales factores para que las familias no tengan la capacidad de priorizar las buenas prácticas de alimentación. Pese a que muchas familias expresan y son conscientes de la importancia de dar a los niños una

buena alimentación que contenga los nutrientes y vitaminas esenciales para un sano desarrollo, no les es posible hacerlo pues no tienen acceso por la escasez de recursos económicos. Según la estadística de ingresos del Centro de Recuperación Nutricional Liberty, 31 de cada 40 familias sobrevive con el salario del padre de familia, el cual oscila entre los Q.25.00 a Q.35.00, por día, esto cuando les es posible conseguir trabajo, de lo contrario se dedican a labrar la tierra en terrenos propios, sembrando milpa, cuyo fruto será utilizado para el autoconsumo, en algunos casos, crían animales como gallinas, cerdos y otros, los cuales posteriormente prefieren venderlos antes que consumirlo, ya que pueden, con las ganancias, comprar un alimento que abunde más, aunque su consumo no mejore ni diversifique su alimentación. Las familias que cuyas tierras producen frutas y/o verduras de temporada prefieren venderlas, ya que esto les genera ganancias que pueden utilizar en el tiempo en el que el padre de familia no cuente con un trabajo que le genere ingresos.

1.6. Factores culturales que inciden en la desnutrición

En comunidades de Guatemala, los grupos tienen una influencia muy grande de los factores culturales respecto a su alimentación, cómo los preparan, las prácticas alimenticias, como prefieren los alimentos, etc. Sin embargo, el involucramiento de la cultura son rara vez la causa principal o importante de la desnutrición, por el contrario, muchas prácticas con específicamente diseñadas para proteger y a los miembros de la familia, como, por ejemplo, dar alimentos abundantes y densos en energía durante los primeros meses de lactancia. Cabe mencionar también, que existen ciertos tabúes que si pueden contribuir a las deficiencias nutricionales en grupos específicos de la población por lo que los especialistas en salud y nutrición deben conocer los hábitos y prácticas de

alimentación de las comunidades donde trabajan, de manera que puedan ayudar a reforzar los elementos positivos y luchar para cambiar los negativos.

Numerosos hábitos y costumbres alimentarias son inadecuadas desde el punto de vista nutricional. Algunas prácticas son el resultado de percepciones tradicionales sobre los alimentos que son susceptibles de cambiar por la influencia de pueblos cercanos, viajes, educación, etc. Otras prácticas alimentarias están ligadas a la existencia de tabúes.

Un tabú puede existir en un país, en una tribu, en parte de ésta, o en ciertos grupos de la población. Dentro de una sociedad puede haber costumbres alimentarias definidas en grupos de mujeres y niños, o mujeres embarazadas y niñas. En algunos casos las costumbres alimentarias tradicionales tienen que ver con un grupo de edad en particular, y en otras ocasiones un tabú puede estar relacionado con una determinada ocupación, como la caza. Otras veces, para algunos individuos, el tabú puede haber sido causado por algún suceso particular, como una enfermedad o una ceremonia de iniciación religiosa. (Departamento de Agricultura) Recuperado el 18 de julio de 2017 en <http://www.fao.org>

Según la investigación, el total de madres entrevistadas, coincidieron en: Las comunidades del área rural realizan diversas clasificaciones en los alimentos, esto por costumbre que viene desde generaciones en generación, dicha clasificación tiende a determinar la manera de preparar, cocinar y consumir ciertos alimentos. Las familias los clasifican como alimentos calientes o fríos. Los alimentos calientes son aquellos que benefician habitualmente al cuerpo, ya que mantienen su temperatura e impiden que se enfríe, en caso de las madres lactantes, se cuida el consumo de este tipo de alimentos para mantener caliente la lactancia que se dará a los bebés y evitar los cólicos. Entrevista (2016).

Los alimentos clasificados como fríos son aquellos que deben consumirse con moderación, debido a las alteraciones que pueden causar en el cuerpo, como cambios de temperatura física, dolor de estómago y diarrea. Es por eso que

muchas madres no recomiendan el consumo de estos alimentos a los niños y a las mujeres embarazadas o en período de lactancia. Algunos de los alimentos clasificados como fríos son el aguacate, repollo, queso, coco, frijol, queso, entre otros. Estos provocan dolor de estómago y diarrea a los niños.

Esta clasificación puede contribuir a un consumo de alimentos diferente de un miembro a otro de la misma familia, tanto por edad, género, estado de salud o condiciones físicas particulares, como un embarazo o una enfermedad

1.7. Desnutrición en Guatemala

El problema nutricional básico es la baja calidad y cantidad de alimentos nutritivos que consumen las familias y que no corresponde a las características de los niños, quienes requieren de vitaminas, minerales y hierro que son aportados a través de una dieta balanceada para un óptimo crecimiento y desarrollo físico e intelectual.

No se trata de la cantidad de alimentos que consume la población de menores ingresos sino de la calidad de la dieta y las prácticas alimenticias que se llevan a cabo en Guatemala. Para las autoridades la desnutrición parece no ser un tema emergente, que tiene menor incidencia en las zonas urbanas del país y que alcanza mayor impacto en el área rural, por ello no existen programas sostenibles con financiamiento estatal para tratar el problema.

Es importante mencionar que:

El hambre en Guatemala comenzó a dar señales de gravedad en el año 2001, en los departamentos de Chiquimula y especialmente en los municipios de Camotán, Jocotán y Olopa, teniendo la necesidad de declarar en estado de calamidad, pero la hambruna también se puede encontrar en un grueso cinturón de la Ciudad Capital como lo son las áreas urbano marginal y todo esto ha llevado a poner un poco de atención al problema existente. (Luna, 2008, pág. 17)

Según el Fondo de la Naciones Unidas para La Infancia, (2010): “Cuatro de cada diez niños y niñas (43.4%) menores de cinco años presenta desnutrición crónica (la que mide la altura en relación a la edad), condición que provoca menos retención escolar, menor productividad, propensión a adquirir enfermedades y hasta pérdida del coeficiente intelectual, efectos irreversibles durante toda la vida. La desnutrición crónica afecta a ocho de cada diez (80%) de los niños y las niñas indígenas.” (UNICEF). Recuperado el 14 de julio de 2017, en <https://www.unicef.org>.

Esta misma fuente indica que la crisis global y los efectos del cambio climático, especialmente las sequías, están afectando aún más las economías y la subsistencia de las familias principalmente las indígenas y las más pobres, afectando primeramente a los niños y niñas. “Cerca de tres millones de guatemaltecos carecen de acceso al agua potable y aproximadamente seis millones no tienen acceso a servicios de saneamiento mejorado.” (UNICEF, 2010) Recuperado el 14 de julio de 2017, en <https://www.unicef.org>.

1.8. Estadísticas de desnutrición a nivel nacional

La incidencia de casos de desnutrición aguda coincide con tres eventos recurrentes, dentro de los cuales cabe la pena mencionar; el período anual de escasez de alimentos en los hogares, por agotarse las reservas de granos básicos disponibles, lo cual se da en los meses de abril a agosto, para las personas que

trabajan en fincas, el final del periodo de trabajo temporal de cosecha de café, caña y cardamomo afecta en los meses de noviembre a marzo, y la estación lluviosa la cual se da de los meses de mayo a septiembre, con sus efectos sobre el acceso a agua segura para consumo humano y la presencia de enfermedades en niños y adultos.

Se evidenció que la desnutrición en la niñez está directamente asociada con la situación social y económica del país. En términos generales los hijos de las familias más pobres menos educados y con menos activos productivos y del hogar son los más desnutridos.

En el CRN “Liberty de Esperanza de Vida, se atienden mensualmente 350 casos que están en tratamiento ambulatorio, de estos 350, al menos 45 son de nuevo ingreso. (Centro de Recuperación Nutricional Liberty, 2016)

A nivel nacional, “de los 22 departamentos del país, Guatemala registró el mayor número de casos de desnutrición aguda en niños menores de 5 años, de los siete mil 352 que reportó el Ministerio de Salud hasta la semana epidemiológica número 27 de este año del año 2016, a escala nacional. (...) Los municipios más afectados son la capital, Mixco y Chinautla”. (Prensa Libre , 2016) Recuperado el 5 de agosto de 2017 en www.prensalibre.com

Dentro de las medidas consideradas por la población afectada en el área de Chiquimula, se mencionan las siguientes:

El 7 de noviembre del 2011, familiares de cinco niños residentes en las comunidades de Cañón Tisipe y Lelá Chancó, Camotán, Chiquimula, demandaron al Estado de

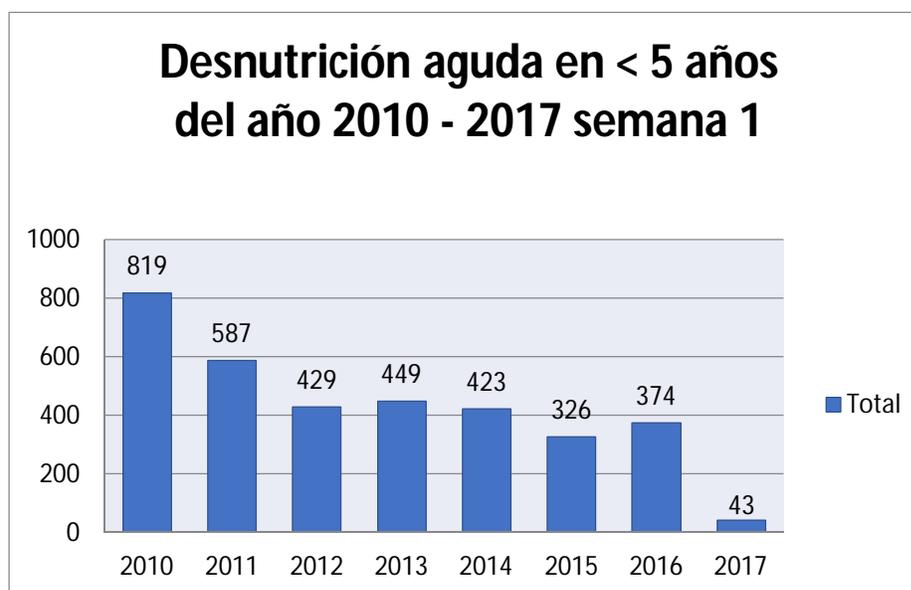
Guatemala por incumplir la obligación de garantizar la alimentación y salud como lo establece la Constitución Política.

Dos años después, un juzgado de Zacapa ordenó al Estado que 10 instituciones ejecutaran 26 medidas para restaurar los derechos humanos violados; sin embargo, el último monitoreo, efectuado en marzo del 2015 por la Procuraduría de los Derechos Humanos (PDH), reveló que no se había cumplido con la orden y los niños seguían con desnutrición.

La misma situación de estos cinco infantes afrontan siete mil 352 que padecen desnutrición aguda en todo el territorio, a la espera de que se les garantice ese derecho constitucional.(...)El aumento, según la PDH, se debe a la crisis en el sector de salud, al incremento de la pobreza en el área metropolitana y las pocas oportunidades de empleo y acceso a servicios básicos. (Prensa Libre , 2016) Recuperado el 5 de agosto de 2017 en <http://www.prensalibre.com>.

Según el Plan de Respuesta para la Atención del Hambre Estacional 2017, durante el año 2016, el MSPAS reporto un total de 13,501 casos acumulados de desnutrición aguda en menores de cinco años a nivel nacional. De acuerdo con el MSPAS el 57% de los casos de desnutrición aguda reportados en 2016 pertenecen a los niños y niñas de 1 a 4 años (Ministerio de Salud Publica, 2017, pág. 18)

1.9. Sala situación de desnutrición, Semana 7, 2017 Zacapa



Fuente: Dirección Área de Salud de Zacapa, 2017

La tabla anterior indica que, en el año 2010, para la semana 7, se habían registrado 819 casos, para la semana 7 del presente año, se han registrado únicamente 43 casos, lo cual revela una disminución de 776 casos por desnutrición, esto es una cifra que únicamente revela los casos reportados al centro o puesto de salud y a los hospitales, existe otro porcentaje que es afectado, sin embargo, los padres no acuden a los servicios de salud y los mismo no son ingresados a las estadísticas.

Tabla 2: Casos de desnutrición aguda por distrito, Zacapa 2017

Distrito	Moderada	Severa	Kwasahiorokor	Marasmo	Total
HOSPITAL	0	0	1	0	1
ZACAPA	10	1	1	0	12
ESTANZUELA	0	0	0	0	0
RÍO HONDO	1	0	0	0	1
GUALÁN	1	1	1	0	3
TECULUTÁN	0	1	2	0	3
USUMATLÁN	0	0	1	0	1

CABAÑAS	8	2	0	0	10
SAN DIEGO	0	0	0	0	0
LA UNIÓN	5	1	0	0	6
HUITÉ	0	0	0	0	0
SAN JORGE	6	0	0	0	6
OTROS DEPARTAMENTOS	0	0	0	0	0
TOTAL	31	6	6	0	43

Fuente: Dirección Área de Salud de Zacapa, 2017

La tabla anterior representa los casos reportados hasta la semana 7, del año 2017, en cada municipio del departamento de Zacapa, sumando hasta esta semana, 43 casos de desnutrición.

1.10. Marco Legal

Guatemala cuenta con diferentes leyes, tratados y convenios en favor del cumplimiento de los derechos de la población guatemalteca, cuyo objetivo es la plena realización del ser humano, en el tema de seguridad alimentaria y nutrición, se mencionan los siguientes.

1.10.1. Constitución Política de la República de Guatemala

Deberes del Estado. Art. 2do. “Es deber del Estado garantizarles a los habitantes de la República la vida, la libertad, la justicia, la seguridad, la paz y el desarrollo integral de la persona.” (Congreso de La República de Guatemala, 1993)

Art. 93 “Derecho a la salud. El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna.” (Congreso de La República de Guatemala, 1993)

Art. 99 El Estado velará porque la alimentación y nutrición de la población reúna los requisitos mínimos de salud. Las instituciones especializadas del Estado deberán coordinar sus acciones entre sí o con organismos internacionales dedicados a la salud, para lograr un sistema alimentario nacional efectivo. (Congreso de La República de Guatemala, 1993)

Los anteriores artículos definen que es obligación del Estado de proveer salud y asistencia social y debe orientar prioritariamente las acciones estratégicas enfocadas en la seguridad alimentaria, la salud y la integridad del país, tomando en cuenta todos los individuos que lo constituyen, para lo cual es necesario la creación de políticas, programas y proyectos que se orienten a la garantía de estos derechos, siempre orientados bajo profesionales conocedores de la situación social nacional, para que las líneas de trabajo se atiendan de forma integral y competente.

1.10.2. El Código de Salud de Guatemala Decreto 90-97 del Congreso de la República en el artículo 2 Y 4 define que:

Art. 2. La salud es un producto social resultante de la interacción entre el nivel de desarrollo del país, las condiciones de vida de las poblaciones y la participación social, a nivel individual y colectivo, a fin de procurar a los habitantes del país el más completo bienestar físico, mental y social. (Congreso de la República de Guatemala, 1997, pág. Art. 2)

Art. 4. El Estado en cumplimiento de su obligación de velar por la salud de los habitantes y manteniendo los principios de equidad, solidaridad y subsidiaridad, desarrollará a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en coordinación con las instituciones estatales centralizadas, descentralizadas y autónomas, comunidades organizadas y privadas, acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, así como las complementarias pertinentes, a fin de procurar a los guatemaltecos el más completo bienestar físico, mental y social. Asimismo, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social garantizará la prestación de servicios gratuitos a aquellas personas y sus familias, cuyo ingreso personal no les permita costear parte o la totalidad de los servicios de salud prestados. (Congreso de la República de Guatemala, 1997)

La Salud Pública, no es únicamente la proyección de la salud hacia la sociedad o grupos comunitarios, esta va más allá, no se trata de actuar paliativamente, sino de buscar mecanismos para prevenir la enfermedad, prolongar y mejorar la calidad vida de cada habitante, así como fomentar la capacidad física y mental mediante los esfuerzos organizados de las de las autoridades competentes.

Dentro de los artículos mencionados anteriormente se estipula la salud como una obligación del Estado, para su cumplimiento, velando para que esta sea de fácil acceso a toda la población, sin embargo, es evidente la carencia de programas estipulados adecuadamente para la atención primaria, desde los centros o puesto de salud, ya que estos se encuentran desabastecidos en materia de medicamentos, personal capacitado y comprometido con la salud para la atención oportuna y de calidad, a fin de disminuir los casos de muerte por desnutrición u otras enfermedades que pueden ser tratadas a tiempo.

Dentro del marco legal también se puede mencionar la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional, cuyo principal objetivo es Proporcionar un marco estratégico coordinado y articulado, eficiente y permanente, entre el sector público, sociedad civil y organismos de cooperación internacional, que permita garantizar la Seguridad Alimentaria y Nutricional, entendida como el derecho de la población a tener, en todo momento, acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos, para satisfacer sus necesidades nutricionales, de acuerdo a sus valores culturales y con equidad de género, a fin de llevar una vida activa y sana para contribuir al desarrollo humano, sostenible, y el crecimiento económico y social de Guatemala”. (Congreso de La República de Guatemala, 2005)

Al referirse a seguridad alimentaria se debe hacer énfasis en que esta supone, en todo momento acceso físico económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer las necesidades nutricionales de las personas sus preferencias alimentarias a fin de llevar una vida activa y sana y de calidad, reduciendo los índices de desnutrición.

Por lo que considerando lo estipulado por la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional, se deduce que los alimentos, además de estar disponibles, deben estar accesibles económica y socialmente a toda la población, es decir que puedan ser comprados o producidos, y que el nivel educativo y las condiciones sanitarias como la información a la población les permita tomar las decisiones más adecuadas sobre el uso y distribución intrafamiliar de los alimentos, por otra parte el ingreso no les permite el acceso a un mínimo alimentario que es este caso es la canasta básica.

Capítulo 2

Contextualización del área de estudio

En el presente capítulo se da a conocer el contexto del municipio de Río Hondo, Zacapa, en donde se encuentra ubicada la Fundación Cristiana de Beneficio Social Esperanza de Vida, a la cual pertenece el Centro de Recuperación Nutricional Liberty, mismo donde se llevó a cabo la investigación, se presentan los antecedentes de creación de este centro, la cartera de servicios que presta y generalidades a fin de conocer toda la labor que se realiza.

2.1. Descripción de contexto local

Río Hondo es un municipio del departamento de Zacapa, se localiza al Nor-orienté de Guatemala. Está ubicado en el kilómetro 137 que conduce de la ciudad capital al océano Atlántico, con una altitud de 184.91 metros sobre el nivel del mar, con una latitud Norte 15 grados 2 minutos y 36 segundos y una longitud Oeste de 89 grados 35 minutos y 6 segundos. Este municipio limita al Norte con el municipio de El Estor, departamento de Izabal, al Este con Gualán y Zacapa; al Sur con Zacapa y Estanduela y al Oeste con Teculután.

Río Hondo posee una extensión territorial de 422 km², lo cual representa un 15.68% del departamento de Zacapa. El Municipio está integrado por 28 aldeas y 13 caseríos, se estima un total de 17,667 habitantes y una densidad poblacional de 42 personas por km². (Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia, 2010) Recuperado el 3 de marzo de 2017 de www.segeplan.gob.gt.

2.2. Aspectos generales de Esperanza de vida.

Se considera necesario realizar una descripción sobre la Organización Cristiana de Beneficio Social Esperanza de vida, los proyectos que realiza en favor de la población guatemalteca, el marco filosófico a través del cual trabaja, para poder dar paso al proyecto del Centro de Recuperación Nutricional donde se llevó a cabo la investigación.

La Organización Cristiana de Beneficio Social, Esperanza de vida o conocida en inglés como Hope of Life, se encuentra ubicada en la Aldea Llano Verde, del municipio de Río Hondo, departamento de Zacapa. Esperanza de Vida, la cual es una institución humanitaria de servicio social, que trabaja en beneficio de niños, ancianos y personas de escasos recursos; a través de la ayuda de personas individuales, nacionales y extranjeras y apoyo del Ministerio de Salud Pública de Guatemala.

Según detalla Evelyn Rojas, en su documento Presentación de la Organización Esperanza de Vida, esta tiene una trayectoria de veintinueve años de antigüedad brindando servicio y asistencia médica, educativa y social, desarrollando y ejecutando proyectos auto-sostenibles en la región nororiente de Guatemala. La organización fue fundada por el señor Carlos Vargas y su familia implementando diferentes servicios y centros de asistencia dentro de las instalaciones de la misma en la aldea Llano Verde, Río Hondo, Zacapa. Sin embargo, su labor no se limitó a las delimitaciones geográficas donde la organización está establecida, y se extendió atendiendo con programas de educación y asistencia médica, así como ejecución de proyectos de mejora en aldeas remotas de la región nororiente del país.

En el mismo documento hace notar que esta organización es el medio por el cual en la actualidad se combate la desnutrición severa atendiendo casos de miles de niños que ingresan al programa de recuperación nutricional y a quienes se les da seguimiento mensual. Aunado a ello la organización se encuentra trabajando de la mano con donadores extranjeros quienes envían equipo y materiales médicos siendo los mismos distribuido de manera gratuita a los diferentes hospitales y centros asistenciales en salud de todo el país. La organización Esperanza de Vida está conformada por un equipo de más de trescientos veintiocho empleados, siendo una de las fuentes de empleo significativas de la región. (Rojas, 2016, pág. 01)

Para la atención de la población vulnerable, Esperanza de Vida cuenta programas y estrategias para beneficiar a la población de este sector, entre ellos se mencionan: El Centro de Rescate y Recuperación Nutricional Liberty, ubicado en el Hospital San Lucas, cuyo principal objetivo es el tratamiento para niños con desnutrición, Centro de niños con necesidades especiales Kelly's House, el cual alberga a niños con discapacidad que han sido abandonados por sus familiares desde muy pequeños o al verse en la incapacidad de cuidar de ellos, Asilo Oasis del Edén, el cual alberga a personas mayores de 60 años que se encuentran en riesgo social, han sido abandonados o los familiares no pueden hacerse cargo de ellos y ancianos que sufren de maltrato, dos comunidades: Cause Life que alberga a madres viudas y solteras, y Hol Village que alberga a familias de escasos recursos, Orfanato Paraíso Infantil, integrado por niños abandonados o maltratados, referidos específicamente por los juzgados y Centro Educativo Liberty, cada uno de ellos enfoca sus programas y perfiles de atención específicamente al riesgo social, a personas de escasos recursos, cuyas condiciones de precariedad pongan en riesgo su vida.

2.2.1. Descripción de proyectos Sociales de Esperanza de Vida

Tabla 3: Proyectos sociales de Esperanza de Vida.

PROYECTO	DESCRIPCIÓN
Centro de Rescate y Recuperación Nutricional Liberty	El Centro de Recuperación Nutricional atiende a niños con problemas de desnutrición, desde una perspectiva integral, a través de un equipo multidisciplinario, abordando desde las causas principales de la problemática para evitar su reincidencia.
Asilo Oasis del Edén	Este programa está orientado a la atención del adulto mayor, cuyas condiciones socio económicas sean precarias y que no cuenten con familiares que puedan hacerse cargo de ellos. Se brinda apoyo con alimentación, hospedaje, recreación, atención médica, nutricional, psicológica y actividades de para desarrollar en el tiempo libre.
Orfanato Paraíso Infantil	Alberga a niños, niñas y adolescentes en riesgo social, cuyos derechos han sido vulnerados. El modelo utilizado es el de familias responsables, en donde se les brinda una habitación, alimentación, educación, durante el tiempo que dure su proceso legal.
Centro para niños con capacidades especiales Kelly's House	Este centro brinda atención de manera interna y ambulatoria, para niños con discapacidad, proveyendo atención médica, nutricional, psicológica y de fisioterapia, alberga a niños que han sido abandonados por sus familias debido a su problema físico o mental.
Colegio Liberty	Brinda educación desde el nivel pre primario hasta diversificado, para niños que se encuentran internos o de comunidades aledañas a través de becas.
Aldea Cause Life	Esta aldea alberga a madres solteras o viudas, de escasos recursos que no cuentan con una vivienda propia.
Aldea Hol Village o Esperanza de Vida	Esta aldea alberga a familias de escasos recursos que no cuentan con una vivienda propia.
Proyecto de patrocinio	Este programa está orientado a la búsqueda de patrocinadores extranjeros o nacionales, para niños de escasos recursos, proveyéndoles de bolsas de estudios, becas, atención médica, nutricional y bolsas de alimentos mensuales.
Transformación de comunidades	Este programa está dedicado a la construcción de viviendas para personas de escasos recursos, creación de pozos comunitarios, tanques de agua, etc. Beneficiando a comunidades aledañas.

Fuente: Investigación de Campo 2016

2.3. Marco Filosófico

EL marco filosófico bajo el cual trabaja la Organización Cristiana de Beneficio Social Esperanza de Vida, se resumen en su misión, visión, las cuales se presentan a continuación, objetivos tanto general como específicos y valores, los cuales se consigna en la tabla 4, para su mejor apreciación.

2.3.1. Misión:

Ser una institución que brinde esperanza en Guatemala a personas en pobreza y extrema pobreza, a través de programas de ayuda, con el propósito de ofrecer mejor calidad de vida; de modo que, al obtener estabilidad espiritual, social y económica, se consiga el sueño de tener un mejor país con mayores oportunidades de progreso. (Rojas, 2016, pág. 02)

2.3.2. Visión

Rescatar a las futuras generaciones de Guatemala a través de un evangelio práctico, comprometidos a suplir las necesidades físicas, pero no sin antes responder a las necesidades espirituales. Transformando una generación de dependencia a una independiente y convertirlos en líderes para el mundo y para el reino de Dios. (Rojas, 2016, pág. 02)

2.3.3. Objetivos:

Tabla 4: Objetivos y valores

Objetivo General	Brindar ayuda y solidaridad humana, social, educativa y cultural; en consecuencia, su objetivo fundamental es la prestación de servicios sociales a niños, ancianos y población en general que se encuentre en condiciones de pobreza y pobreza extrema.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar asistencia médica, psicológica, terapéutica y social, así como alimentación, educación, vestimenta y ayuda integral a niños en estado de desnutrición hasta su completa recuperación. • Brindar alimentos a miles de familias en comunidades marginadas y centros de recolección de basura a través de comedores infantiles para prevenir la desnutrición y los problemas de salud por la falta de nutrientes necesarios. • Contribuir con el desarrollo de los guatemaltecos en condición de pobreza y pobreza extrema con proyectos de desarrollo comunitario auto sostenibles. • Dar abrigo, educación, asistencia integral a niños en estado de orfandad, maltrato, marginación y alto riesgo. • Dar abrigo y asistencia médica e integral a personas de la tercera edad, en estado de abandono, marginación y riesgo.
Valores	
<ul style="list-style-type: none"> • Somos apasionados • Amamos sin esperar nada a cambio • Superamos cualquier reto • Soñamos en grande • Somos Agresivos • Somos una fuerza natural • Somos Únicos 	

Fuente: Elaboración propia, en base al documento Presentación General Esperanza de Vida, (Rojas, 2016, pág. 3)

2.4. Antecedentes del Centro de Recuperación Nutricional Liberty

El Centro de Rescate y Recuperación Nutricional, funciona desde el año 2005, cuando el misionero Carlos Vargas es notificado de un niño que se encuentra en estado de desnutrición y su madre al borde de la muerte, cuando el señor Carlos Vargas visita a este

niño, decide trasladarlo a las instalaciones de Esperanza de Vida y darle los cuidados necesarios, con el paso del tiempo y la atención nutricional y médica adecuada se logra su recuperación nutricional, es así como ese niño llamada José Perdomo se convierte en el primer niño rescatado y recuperado nutricionalmente y abre las puertas al Centro de Rescate y Recuperación Nutricional “Liberty” que actualmente alberga a más de 50 niños en condiciones de desnutrición, provenientes de comunidades de extrema pobreza de Guatemala en donde el hambre es el compañero diario. (Archila, 2016).

La principal función es combatir la desnutrición infantil, la labor de este centro inicia con rescates, los cuales se llevan a cabo a través de la identificación de niños con problemas de desnutrición en basureros, parques o montañas, por medio de un promotor social, quien es el encargado de identificar los casos y referirlos al Centro de Recuperación Nutricional, para posteriormente coordinar a través de un equipo de médicos, enfermeras y nutricionistas el rescate de los niños.

2.4.1. Perfil de Ingreso

La atención de los pacientes se basa en el perfil de ingresos, puesto que es necesario delimitar a la población a atender, tomando en cuenta los recursos con que se cuenta, el espacio adecuado, con el fin de evitar el hacinamiento y condiciones no adecuadas para los pacientes, sino más bien brindar un servicio de calidad que promueva el bienestar físico y emocional del paciente.

2.4.1.1. Población general:

Se atenderá en el Centro De Rescate y Recuperación Nutricional Liberty, perteneciente a la Organización Cristiana de Beneficio Social Esperanza de Vida

a niños de 0 a 13 años, siendo esta de extrema pobreza y referidos por un Centro de Salud, Hospitales Nacionales y Juzgados con su debida nota de referencia, cumpliendo con los siguientes requisitos.

2.4.1.2. Horario de atención

Se recibirá al paciente de lunes a viernes en horarios de 8:00 am a 4:00 pm.

2.4.1.3. Edades

Niños comprendidos de 0 a 13 años.

2.4.1.4. Estado nutricional

Niños con desnutrición aguda Leve, moderada, severa o en sus tipos: Kwashiorkor, Marasmo y desnutrición Mixta (Kwashiorkor-marasmático)

2.4.1.5. Documentación de Referencia

Antecedente médico verificable a través de certificación o Referencia firmada y sellada por la entidad pública que refiere.

En los casos legales, oficio de referencia y expediente médicos si existiera, así como informes de antecedente social, si el niño no fuera acompañado por algún familiar. Partida de nacimiento del niño y fotocopia del DPI de los padres.

2.4.1.5. Enfermedad sobre agregada

No se ingresan niños cuyas complicaciones ameriten cuidados intensivos, así como pacientes con enfermedades infectocontagiosas como: tuberculosis

(TB), Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y SIDA, toda vez que esta ponga en riesgo la vida del paciente, pues es necesario aislamiento o espacios específicos con los que el Centro de Rescate y Recuperación Nutricional no cuenta.

2.4.1.6. Acompañante del paciente

El niño debe venir acompañado de madre o algún encargado de sexo femenino. Se aceptan niños para estar bajo el cuidado de niñera si son referidos por orden judicial sin contar con recurso familiar.

Se recibirán paciente sin orden judicial, al cuidado de niñera cuyo responsable solicite el albergue temporal debido a causas mayores que impidan su estancia en esta institución por un tiempo definido.

2.4.1.7. Excepciones:

Casos especiales: En caso de referir a pacientes que no perfilen en este documento, el mismo podrá ser sometido a discusión en reunión del equipo interdisciplinario del Centro, quienes decidirán si se acepta o no el caso, tomando en cuenta factores de riesgo y la existencia del recurso necesario para tratar al paciente. (Pirir, 2017).

2.4.2. Programas del Centro de Recuperación Nutricional Liberty

EL Centro de Recuperación Nutricional cuenta con distintos programas de atención y de apoyo a la familia del niño con desnutrición, dentro de los cuales están: Atención y educación nutricional, Atención y seguimiento médico, Atención Socio familiar, Atención Psicológica, para ello cuenta con un equipo profesional, integrado por dos Médicos generales, un Médico Pediatra, una

Nutricionista, una Psicóloga, una Trabajadora Social, una fisioterapeuta, 7 enfermeras.

Las principales razones de consulta son: Por desnutrición Aguda Severa, Moderada, Leve, Desnutrición tipo Kwashiorkor, Marasmo y Mixta, los cuales en ocasiones están ligado a patologías como, síndrome diarreico, hiperactividad bronquial, cardiopatías o enfermedades comunes de la infancia.

2.4.2.5. Programa médico

EL programa médico está dirigido a los niños y niñas que ingresan por desnutrición, iniciando desde la evaluación general, diagnóstico del niño, elaboración de exámenes de laboratorio o exámenes especiales para confirmar diagnóstico, habilitación de expediente y orden de medicamentos necesarios en base al protocolo nutricional. Los niños y niñas que por su estado de salud ameritan ser ingresados, reciben diariamente la visita médica, con el fin de monitorear la evolución del, evaluar los avances o deterioros de la salud, evaluar las necesidades de nuevos exámenes, ya sea dentro del Centro de Recuperación nutricional o entes externos en el área de Zacapa o la ciudad capital. Todos los gastos son costeados con fondos de Esperanza de Vida, por ende, los pacientes no realizan ningún pago.

2.4.2.6. Programa Nutricional

El programa nutricional se orienta a la recuperación nutricional de los pacientes, realizando el diagnóstico y análisis de cada caso para poder determinar la dieta alimentaria que corresponde según sea el caso.

La dieta que reciben los niños con tratamiento nutricional es una dieta basada en 800 kcal y una distribución del macronutriente del 13% para proteínas, 60% para carbohidratos y 27% para grasas.

Los menús han sido elaborados a manera que las madres/padres o encargados aprendan la manera de preparar los alimentos disponibles en casa y sin olvidar que la alimentación del niño debe ser variado. Se brinda pollo 2 veces a la semana, carne de res 1 vez a la semana y envuelto de huevo 1 vez a la semana. Siempre se proporciona una taza de atol durante el desayuno y una taza durante la cena. Los horarios de alimentación corresponden a 8:00 am desayuno, 12:00 pm almuerzo y 5:00 pm cena.

2.4.2.7. Programa de seguimiento nutricional

Al concluir la recuperación nutricional, se implementa el programa de seguimiento a través del cual se citan a los pacientes en un lapso de tiempo, según amerite el caso para evaluar la evolución y recuperación en casa. Dentro del CRN se toma en cuenta la situación socioeconómica de cada paciente, por lo que a cada paciente se le apoya con la fórmula necesaria para 1 mes, bolsas de alimentos que contienen productos alimenticios con los nutrientes esenciales para la adecuada ingesta alimenticia. A través de estudio socio económico, se determinan las necesidades de las familias, en casos que ameriten, se les apoya con viáticos para cubrir el gasto en transporte de retorno al hogar y para asistir a las citas.

2.4.2.8. Programa psicológico

El programa psicológico contiene una serie de actividades para modificar y mejorar la conducta de los niños y niñas, así como también para brindar estimulación oportuna y favorecer su desarrollo integral. Además, incluye capacitaciones para mejorar y evaluar el trabajo de las niñeras y demás personal.

La atención es dirigida a niños y niñas de 0 a 5 años de edad con problemas de desnutrición aguda Leve, moderada, severa o en sus tipos: Kwashiorkor, Marasmo y desnutrición Mixta (Kwashiorkor-marasmático). Los NN que ingresan por desnutrición deben ser acompañados por uno de los padres, de preferencia la madre para su cuidado y también para recibir plan educacional. Los ingresos por vía legal permanecen en cuartos con niñeras para su cuidado.

La atención psicológica se brinda de forma individual a los niños, niñas y adultos para su debido plan terapéutico, también se realiza de forma y grupal al equipo de niñeras y enfermeras, abordando temas relacionados al buen trato y abordaje de la situación de cada niño y niña, así como reuniones con el equipo multidisciplinario para dar alternativas de solución en cada caso tratado en el Centro de Recuperación Nutricional.

2.4.2.9. Programa sociofamiliar

El programa socio familiar, se encamina a proporcionar una adecuada información, formación, orientación, atención y apoyo a la familia de los niños y niñas que ingresan de forma voluntaria, referidos por las diversas áreas de salud, o por medio de un proceso legal, atendiendo al principio de globalidad y

posibilitando opciones de acceso a la salud y promoción de la educación en salud del paciente y de su núcleo familiar.

A través del programa, también se facilita la relación entre las personas y el medio social, dado que esta relación puede ser problemática por las carencias que padecen y/o por los obstáculos que pone la propia sociedad para el desarrollo y bienestar de todos los ciudadanos. Se trabajan programas educacionales y de prevención de la desnutrición con el fin de instruir a las familias en relación a la adecuada alimentación y el trato correcto de cada niño y niña.

2.4.2.10. Programa de fisioterapia

Este programa es abordado por una especialista en fisioterapia y a través del programa de estudiantes de fisioterapia, quienes brindan tratamiento terapéutico tanto físico como ocupacional a los niños con desnutrición, desde la evaluación inicial para determinar el tratamiento a seguir, este enfocado en el fortalecimiento de las áreas motoras y de desarrollo del cuerpo que según la edad de cada niño debe caracterizarlos y que se ha visto afectadas a consecuencia de deficiencia de vitaminas y nutrientes esenciales.

2.4.3. Procedimiento para Ingreso al Centro de Recuperación Nutricional Liberty

Los niños que son referidos al Centro de Recuperación Nutricional Liberty, son atendidos por el equipo multidisciplinario, las evaluaciones se hacen en el siguiente orden, en caso de niños en estado delicado de salud, se omite el

procedimiento de ingreso, para dar prioridad a la atención, cuando el niño se encuentre estabilizado se da seguimiento al proceso de ingreso.

2.4.3.5. Evaluación nutricional:

Inicialmente se realiza la evaluación nutricional, a través del peso, talla y entrevista al padre de familia o encargado en relación a los hábitos alimenticios y antecedentes del problema que presenta el paciente.

2.4.3.6. Evaluación médica:

Posterior a la evaluación y diagnóstico nutricional, se refiere a evaluación médica para determinar patologías asociadas a la desnutrición y decidir en conjunto si el niño amerita atención en régimen de internamiento o puede ser tratado de forma ambulatoria, es decir con citas programadas mensualmente.

2.4.3.7. Entrevista con Trabajo Social

Al ser referidos al área de Trabajo Social, se realiza entrevista y a través de ficha de datos, se verifica la documentos para habilitación de expediente, el expediente está conformado por la hoja de referencia del puesto de salud, hospital o entidad que refirió al niño, una hoja de autorización de atención, la cual debe firmar el padre, madre o encargado, ficha de datos con fotografía del niño, hoja de evaluación nutricional, certificación de nacimiento, copia de dpi de los padres o encargado, ficha socio económica. Todos los datos obtenidos, son registrados en la estadística de ingresos para llevar un control estricto de los casos atendidos.

2.4.3.8. Entrevista con psicología

El área de psicología inicia su evaluación con entrevista los niños quienes pueden expresarse, en caso de los bebés o niños que aún no hablan, realiza la entrevista a la madre, y realiza evaluación motora a través de formato psicológico para determinar el tratamiento. En casos que se en evaluación se identifique algún problema emocional de especial significación, se convoca a reunión multidisciplinaria para poder estudiar el caso y brindar oportuno tratamiento integral.

2.4.3.9. Atención en área de fisioterapia

La fisioterapeuta realiza evaluación en relación a las habilidades motoras del niño, el desarrollo físico, para determinar si existe retraso psicomotor, la gravedad del mismo y dictar tratamiento específico de terapia, realiza el registro de su evaluación en su debido formato. Cada terapia es llevada a cabo en conjunto con el encargado del niño, para que este pueda realizar los ejercicios en tiempo libre.

Cada profesional, al culminar su evaluación, debe comunicar al equipo multidisciplinario y dirección administrativa, hallazgos de vital importancia durante su entrevista, ya que estos pueden terminar las causales del problema del niño o niña atendido, y contribuirán a dictar de manera profesional el procedimiento y tratamiento a seguir en cada caso.

Los niños que ameriten ser internados en el Centro de Recuperación Nutricional, reciben una habitación, implementos de limpieza e higiene personal,

tanto para el encargado como para el niño o niña ingresada, se les proporciona alimentación, desayuno, almuerzo y cena, así como insumos y orientación necesaria para su estancia en el centro.

Capítulo 3

Factores que inciden en problemas de desnutrición en los pacientes atendidos en el Centro de Recuperación Nutricional Libery (análisis de resultados)

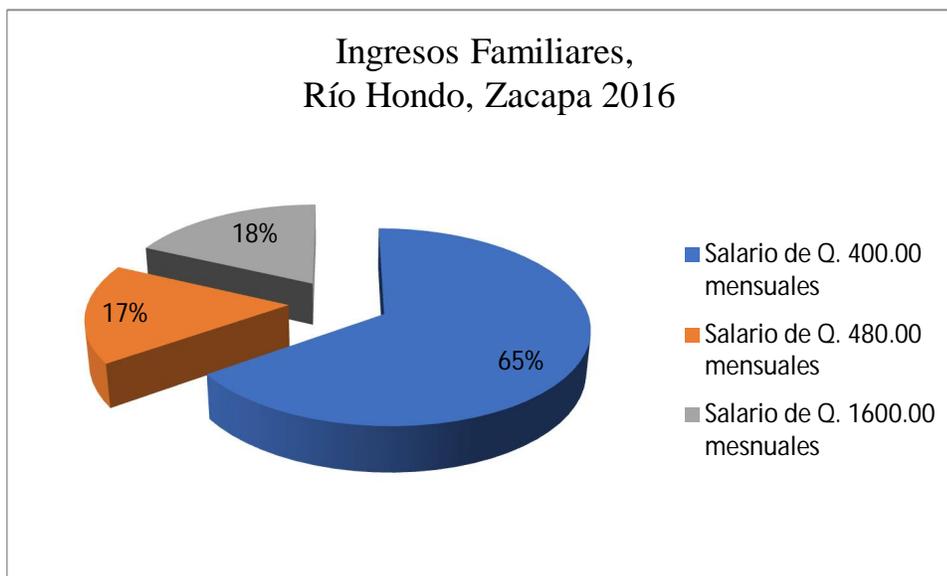
En este capítulo se presentan los resultados de la investigación de campo, la cual enriquece la teoría planteada, el mismo denota los factores que inciden en la desnutrición infantil, específicamente en niños de 0 a 5 años de edad que ingresan al Centro de Recuperación Nutricional Liberty de Esperanza de Vida, en los cuales es evidente que la desnutrición no es únicamente la insuficiente ingesta de alimentos tanto en cantidad, sino va unido a los fenómenos socioeconómicos, ambientales, culturales y sociales que caracterizan al país y específicamente, a las familias de las comunidades rurales, aunado a la falta de la asistencia primaria en salud, ya que las familias no asisten a control por tabúes o creencias impuestas, en otras situaciones, los centros o puestos de atención no cuentan con los recursos necesarios para la atención que ameritan los niños.

3.1. Factores económicos

El factor económico, es uno de los principales motivos por el cual cada mes es más alto el índice de niños con desnutrición, pues la mayor parte de familias se dedica a la agricultura, no obstante, el 25% obtiene productos agrícolas que vende en el mercado local, lo cual constituye un medio de ingresos. El padre es quien trabaja y aporta al ingreso familia, mismo que oscila entre los Q.25.00 y Q35.00, generalmente estos salarios no son altos, por lo que con esto no se alcanzara la satisfacción de las necesidades básicas de la familia.

3.1.1. Ingresos familiares

Figura 1



Fuente: Investigación de Campo 2016

En esta gráfica se evidencia que un 65% de las familias entrevistadas obtiene un salario de de Q. 400.00 mensuales, lo que significa que obtienene un pago de Q. 25.00 al día, con el agravante de que este mismo porcentaje de la población, solo obtiene trabajo 4 veces por semana, realizando trabajos de agricultura en fincas de cercanas, mientras que un 17 % obtiene un salario mensual de Q. 480.00 lo que equivale a 4 días de trabajo por semana con un pago de Q. 30.00 al día, y solo un 18% tiene un salario de Q. 1600.00 mensuales, equivalente a Q.100.00 al día, ya que cuentan con un trabajo fijo 4 días a la semana, con un mejor pago por el trabajo en el campo.

Lo anterior revela que las familias que se constituyeron como informantes no tienen un ingreso con capacidad para adquirir la canasta básica que según el Instituto Nacional de Estadística (2017) supera los Q. 4079.40, por lo que tomando como base el

salario mensual del 65% de la población que equivale a Q. 400.00 mensuales, esto demuestra que existe un déficit de Q. 3679.40, en dicho sector.

El salario de un agricultor, es insuficiente para adquirir los productos denominados de primera necesidad, es más, estas familias no pueden acceder a los satisfactores con alto valor nutritivo necesarios para contribuir al desarrollo integral del niño, niña y adultos, es decir para el logro del desarrollo físico e intelectual que corresponde a cada edad.

3.1.2. Tiempos de alimentación

Figura 2



Fuente: Investigación de Campo 2016

Los bajos ingresos económicos reducen las posibilidades de acceder a una dieta con alto valor nutritivo, un 65% de la familias tienden a reducir los tiempos de alimentación, consumiendo únicamente dos tiempos al día, mismos que no contienen las calorías necesarias para producir la energía física y realizar un trabajo de calidad en los adultos, o un adecuado rendimiento escolar en el caso

de los niños. Solo un 35% de las familias consumen los tres tiempos de alimentación, sin embargo esto no garantiza que los mismos contengan los porcentajes necesarios de vitaminas, minerales y componentes nutricionales que favorezcan en el desarrollo físico y mental y que generarán una alta calidad de vida.

El 100 % de las familias coincidió en que los principales alimentos que consumen son el frijol, tortillas de maíz de la cosecha, frutos de temporada y hervas que se producen en los alrededores, en ocasiones consumen las llamadas, gallinas de patio, las cuales son criadas por ellos desde pequeñas, cuando estas ya han crecido, las consumen, generalmente es una vez cada 3 meses. En situaciones, cuando el ingreso familiar no alcanza, se ven en la necesidad de venderlas a un bajo costo, a fin de menguar la necesidad económica.

Las madres cuyas familias únicamente consumen 2 tiempos de alimentación, para mitigar el hambre, dan a los niños frutas como naranjas, bananos, guineos, manzanas y otros, que se dan en los terrenos, si el terreno no produce ningún fruto, tendrán que esperar, hasta que llegue el siguiente tiempo de comida, factor principal que genera la pérdida de peso en los niños, afecta el adecuado crecimiento, teniendo serias repercusiones como producir la desnutrición crónica, que es el retardo severo en el peso y talla, lo cual los afectará de por vida, pues estos niños ya no tendrán la oportunidad de alcanzar la talla adecuada, además afectará el desarrollo de las áreas motoras, sin descuidar los casos de los lactantes, quienes se verán afectados si la madre no se está alimentando adecuadamente, ya que tendrá los elementos nutritivos para

producir la suficiente lactancia materna, encaminando al niño a un estado de desnutrición.

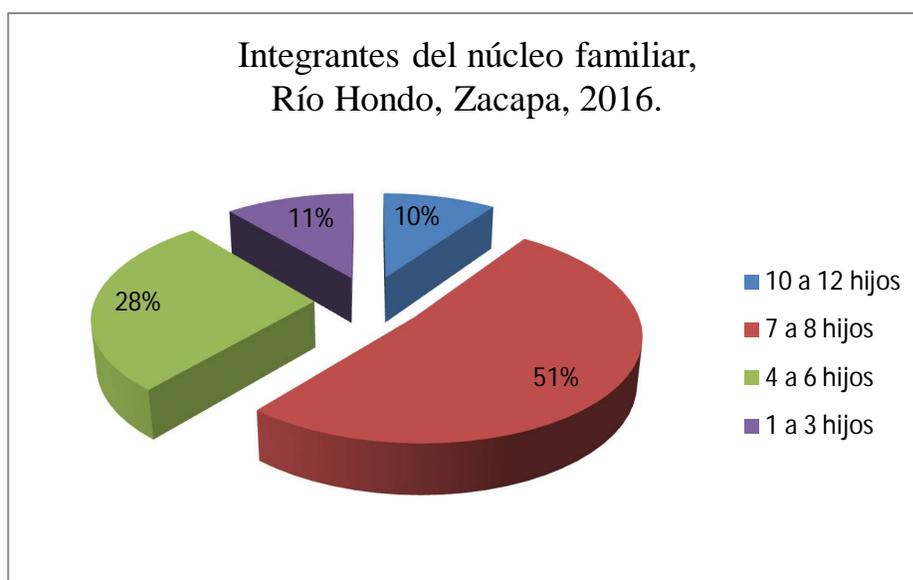
3.2. Factores sociales

Los factores sociales que afectan e inciden en los altos porcentajes de desnutrición infantil engloban principalmente el bajo nivel de estudios de los padres de familia, la corta edad de las mujeres al tener hijos, la cantidad de hijos por familia lo cual no permite proveer los insumos básicos alimenticios, y también la falta de práctica de hábitos higiénicos, ya que sin una adecuada práctica de hábitos higiénicos, las personas están propensas a adquirir infecciones intestinales por bacterias, los cuales a su vez generan patologías como síndrome diarreico, provocando la pérdida desequilibrada de líquidos y nutrientes necesarios para el organismo.

3.2.1. Integrantes del núcleo familiar

La siguiente gráfica revela la cantidad promedio de hijos por familia para lo cual la gráfica se divide mostrando que un 10% alcanza un número de 10 a 12 hijos o más, mientras que el 51% tienen de 7 a 8 hijos, tan solo el 2% tiene de 4 a 6 hijos y el 11% tiene de 1 a tres hijos, este pequeño porcentaje lo representan 8 familias de las cuales 3 son muy jóvenes, entre los 17 a 20 años que recién inician a formar un hogar y los otros 5 casos argumentos que no tienen más, debido a que el padre quien es el encargado de trabajar, no tiene un ingreso fijo, lo cual imposibilita la satisfacción de necesidades básicas y repercute en las oportunidades de acceso a la educación, a la atención en salud para una vida digna y disminuye las posibilidades de desarrollo integral para estas comunidades.

Figura 3



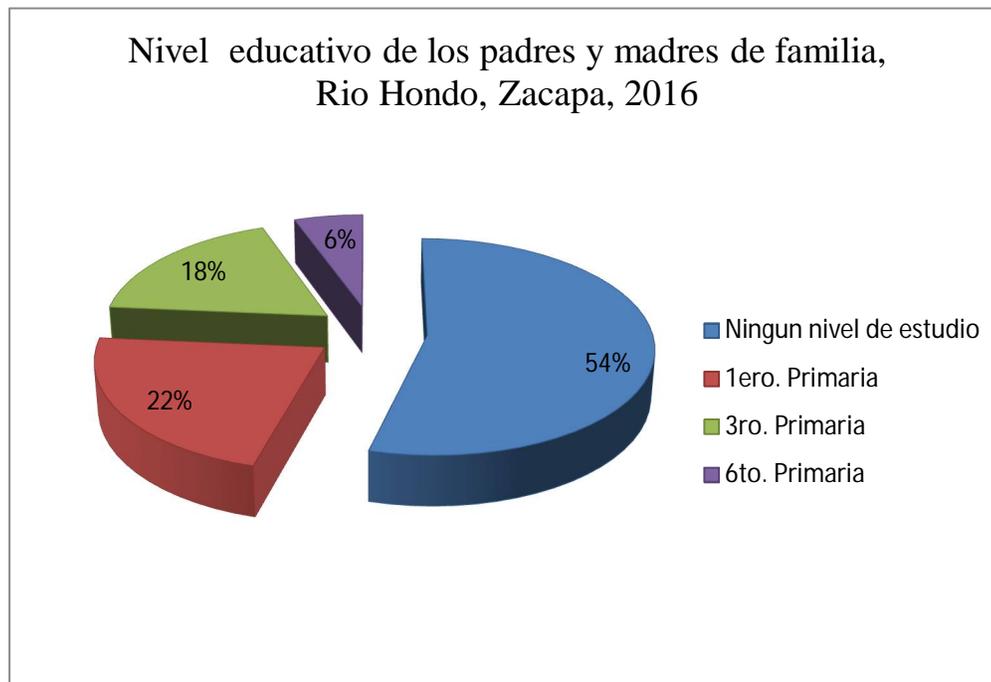
Fuente: Investigación de Campo 2016

Analizando los bajos ingresos económicos, en comparación de la cantidad de hijos por familia, tendremos un déficit en la satisfacción alimentaria, lo que ocasiona a su vez deserción y bajo rendimiento escolar por no encontrarse los niños en las condiciones intelectuales y físicas que una sana dieta alimentaria pueda proveer. Esto se convierte en un ciclo de repetición, ya que, a menor escala de satisfacción alimentaria, menos probabilidades de rendimiento escolar habrán, y por ende la reducción de oportunidades de desarrollo y acceso a un trabajo y vida digna.

Las familias que representan el 10% que tienen de 10 a 12 hijos o más, son personas de extrema pobreza y su falta de educación sexual no les permite analizar las consecuencias de no optar por un método de planificación familiar que contribuya a mejorar su condición de vida y la de su familia.

3.2.2. Nivel educativo

Figura 4



Fuente: Investigación de Campo 2016

Se toma el nivel educativo es uno de los factores asociados en la desnutrición infantil, pues a menor nivel de estudios, menor es la oportunidad que tienen de optar a un empleo que les genere mayores ingresos económicos o ser productores de sus propios ingresos a través del emprendimiento social, de las familias entrevistadas, el 54 % no saben leer ni escribir ya que nunca asistieron a la escuela, un 22 % logró culminar el primer grado de primaria, teniendo únicamente bajas nociones de lectura y escritura, un 18% tuvo acceso al tercer grado de primaria y tan solo el 6% pudo culminar los estudio primarios, sin embargo esto no es suficiente para generar las oportunidades de desarrollo para las familias, ya que aunque hayan culminado este nivel, argumentan que

únicamente pueden leer y escribir y con dificultad realizar algunos cálculos de suma y resta.

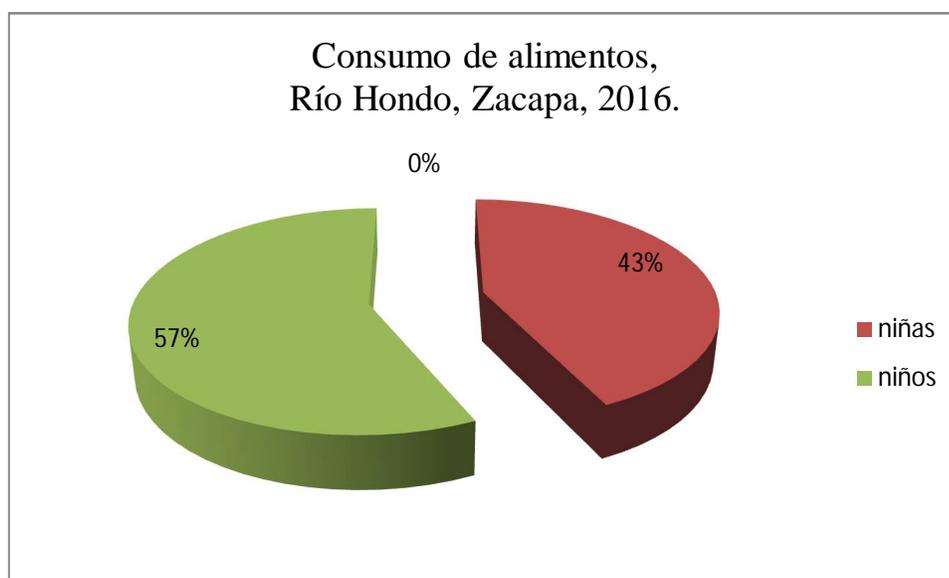
Aunado a esta problemática, ninguna de las familias evidenció conocimiento sobre la importancia de una adecuada alimentación y las adecuadas prácticas de higiene que deben tener en la preparación de los alimentos. Las familias desconocen que es una dieta alimentaria nutricional, cuáles son los nutrientes esenciales que los niños y adultos necesitan para desarrollarse en óptimas condiciones de salud y no denotan importancia en relación a las graves consecuencias que conlleva para los niños es ser afectados por desnutrición.

3.2.3. Consumo de alimentos

Según Prensa Libre, a través del informe de Inteligencia de consumo de productos agrícolas de la Cámara del Agro, reveló que “del total de artículos del agro consumidos en el país, son las áreas rurales las que menor cantidad ingieren”. (Prensa Libre, 2014)

Esto revela que las condiciones alimentarias de las áreas rurales son de menor calidad que las del área urbana, a lo cual se deduce que en éstas áreas se concentran mayores porcentajes de niños con desnutrición aguda y desnutrición crónica.

Figura 5



Fuente: Investigación de Campo 2016

Esta gráfica dejar ver cómo influye la preferencia entre niños y niñas en las comunidades, cuando de proveerles alimentación se trata, ya que un 57% del total entrevistado, respondió que en casa los varones son quienes deben consumir mayor cantidad y mejores alimentos que las niñas, pues ellos son quienes acompañan al papá trabajar y por realizar actividades en donde se utiliza mayor fuerza física, es necesario que se alimenten adecuadamente, a diferencia de la niñas que ellas se quedan en casa, no hacen mayores trabajos, únicamente ayudan con la preparación las tortillas y otros oficios domésticos sencillos que no les genera desgaste físico, por lo que no les es necesario el consumo de alimentos en igual proporción que los niños. Un 47 % de la población indico que las niñas deben alimentarse bien debido a que su cuerpo debe estar preparado para cuando llegue el momento de procrear y manifiestan no tener ninguna diferencia entre la cantidad y calidad de alimentos entre niños y niñas.

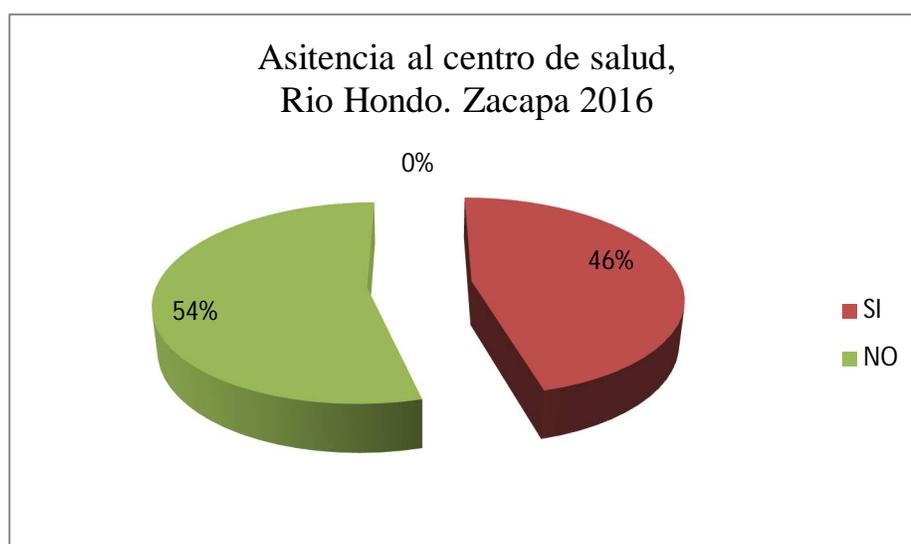
3.3. Factores culturales

Guatemala es un país pluricultural, lo cual es evidente en cada una de las comunidades, las creencias, los mitos, los tabúes se hacen presentes de diversas maneras, en este caso se analizan las creencias que se tienen acerca de la alimentación y el acceso a la salud, como factores que influyen en la desnutrición en los niños.

3.3.1. Asistencia al centro de salud

En esta gráfica se analizan las creencias que tienen las familias respecto a la asistencia a los centros de salud y el pensamiento respecto a la atención médica que puede brindar el personal profesional en salud para el adecuado tratamiento de las enfermedades que padecen los niños niñas y adultos de la comunidad.

Figura 6



Fuente: Investigación de Campo 2016

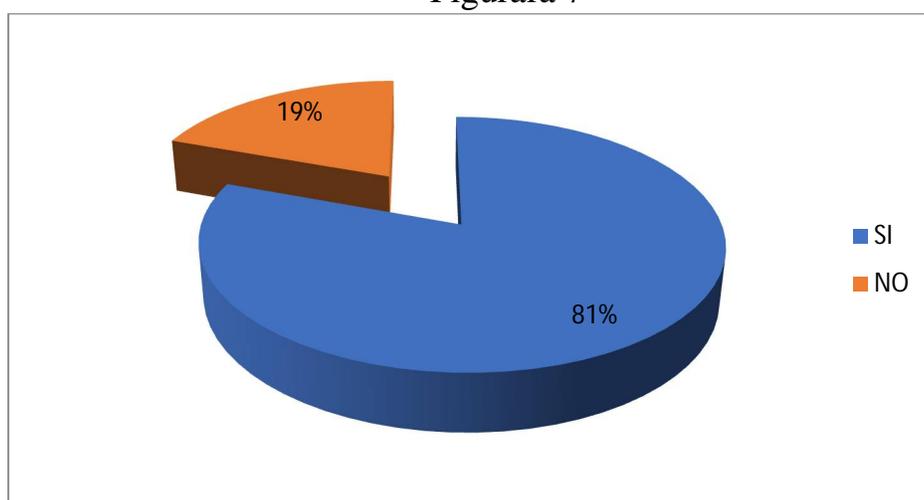
Posterior a las entrevistas en relación a la atención médica de los niños, en un hospital o Centro de Salud, se determina que un 46% de la población reconoce que si es necesario llevarlos a los puestos de salud cuando se enferman, pues allí podrán recibir el tratamiento especializado que mejorará las condiciones de salud, estas personas argumenta que acuden mensualmente a control de peso y talla al puesto de su comunidad, para asegurar la salud de sus niños, de hecho as familias sí reconocen el impacto positivo de la atención primaria en salud, términos de acceso a los servicios de educación y salud, y ven los controles de los Centros de Salud y las vacunas como precauciones útiles para evitar enfermedades severas. Sin embargo 54% de las familias, indican que, como parte de su cultura, no consideran necesario que los niños sean atendidos por algún especialista en salud, ya que los adultos de la familia, nunca necesitaron de un médico, cuando presentaban alguna enfermedad, lo primero es orar a Dios pidiendo el restablecimiento de la salud y utilizar las hierbas o plantas medicinales que la tierra les proporciona.

Por lo anterior se determina que las creencias y prácticas culturales influyen en los problemas de desnutrición, pues el porcentaje de personas que no acuden a un puesto de salud u hospital traen consigo la herencia cultural de sus anteriores generaciones, la utilización de plantas medicinales, los ungüentos en el estómago para niños que presentan algún problema intestinal, e incluso su fe en los llamados “curanderos” de la comunidad, o el habitante de mayor edad, a quien consideran el más sabio y que dará la solución a las enfermedades de los niños, lo cual no garantiza en un 100% la recuperación de los niños afectados.

3.3.2. Alimentos prohibidos

La población por la cultura transmitida de generaciones anteriores, argumentan que existen ciertos alimentos que, según el estado, el género, o la edad pueden o no ser consumidos, ya que pueden ocasionar daños, por ejemplo, en las madres lactantes o en el caso de las mujeres que están menstruando.

Figurara 7



Fuente: Investigación de Campo 2016

En el estudio realizado, un 81% de las familias coincidió en que existen alimentos que no pueden ser consumidos durante la lactancia, el embarazo o durante el periodo de menstruación. En el caso de las mujeres embarazadas, no pueden consumir alimentos, catalogados como “fríos” y no refiriéndose precisamente a la temperatura del alimento, sino al cambio de temperatura que proporcionan al cuerpo, y que pueden causar dolores de estómago, diarrea o fiebre, por lo que no los aconsejan para los niños y mujeres en estado de gestación, dentro de estos alimentos mencionan que están; el aguacate, queso, frijol, repollo, rábano, coco, entre otros.

En el caso de las mujeres lactantes, se les prohíbe el queso, el huevo y la leche, pues estos “arruinan la leche de la mujer o la cortan”, lo que la mujer debe consumir son los alimentos considerados “Calientes” como el arroz, los caldos de pollo o gallina, huevo, atoles, los cuales le mantendrán el cuerpo en temperatura adecuada y aumentarán la producción de leche.

Cabe resaltar que muy poca parte de la población consume carnes, pues argumentan que estas hacen daño, producen enfermedades como cáncer y disminuyen los años de vida de las personas por los productos químicos que con los que alimentan para acelerar su crecimiento, por lo que prefieren el consumo de hierbas que según sus creencias, son las que más vitaminas aportan al cuerpo y únicamente consumirán “gallina de patio”, cuando haya alguna actividad especial, pues saben de qué se han alimentado y que están sanos. Un 19% de la población coincidió en que no existen alimentos prohibidos, ellos consumen los alimentos que tengan sin excepción alguna.

Por lo anterior se determina que este no es un factor que sea considerado como causa principal de la desnutrición en los niños, sin embargo es necesario resaltar que la mayor parte de la población generalmente consume frijol y tortillas, y si esta se prohíbe a las mujeres lactantes, se les limita a comer únicamente hiervas y otros productos que no aportarán los nutrientes esenciales, y por ende no generarán la suficiente lactancia materna para el recién nacido, lo cual si lo afectara en su crecimiento y ganancia de peso.

3.4. Cuadro comparativo según caracterización de niños sanos y niños afectados por desnutrición.

Caracterización de niños sanos	Situación de niños del área afectada	Pronósticos
<p>Niños de 0 a 1 año, son capaces de sentarse, gatear, e inician a dar sus primeros pasos.</p> <p>Niños de 1 a 2 años, adquieren habilidades motrices como abotonar, armar torres, coordinar, subir y bajar escaleras.</p> <p>Niños de 2 a 3 años, se desarrolla estabilidad y coordinación en locomoción, fortalecen el tono muscular de la mano y brazo, adquieren mayor velocidad.</p> <p>Niños de 3 a 5 años, adquieren capacidad de expresión, dominio en movimientos del cuerpo, adquiere identidad personal, se encuentra en la etapa de absorción de conocimientos. (Ruiz, 2012)</p>	<p>Se denota el retraso de estas habilidades, inician la caminata hasta los 2 años o más.</p> <p>Inician con el gateo y caminata, se les dificulta la organización, se muestran tímidos e inseguros.</p> <p>Se ven afectadas en el área motor gruesa, no tienen equilibrio, al caminar, sus reacciones son tardías, no son capaces de sostener objetos, su fuerza física se ve afectada.</p> <p>Se ve afectada el área cognoscitiva o intelectual y de lenguaje, no son capaces de formular oraciones, mantener una conversación, seguir instrucciones apropiadamente, retardan su respuesta ante las instrucciones. (Urzúa, 2017)</p>	<p>Los pronósticos para esta población serán evidentes en la vida adulta, se les dificultará la comprensión de y resolución de conflictos que se les presente, su desarrollo académico será menor, su coeficiente intelectual disminuye, se dificulta la concentración, se cansan más rápido, se mantiene con sueño, no serán capaces de desarrollar habilidades motoras, como cortar, trazar, medir, o elementos básicos que serían de utilizar en su desempeño laboral.</p> <p>Todo lo anterior reducirá las oportunidades del acceso a una vida digna y limitará también las oportunidades para su familia.</p>

3.5. Datos de la población entrevistada

Tabla 5: Estado nutricional de los niños atendidos

No.	Nombre del paciente	Edad	Diagnóstico	Peso	Talla
1	Roberto Otoniel Lopez	3 meses	DA Moderada	7 kg	70 cm
2	Lazaro Emilio Gonzales	1 año	DA Moderada	8 kg	79 cm
3	Graciela Ciramagua García	1 año	DA Moderada	8 kg	77cm
4	Deisy Guadalupe Pérez Carranza	2 años	DA Moderada	7.15 kg	70 cm
5	Damaris Xiomara Gonzales	1 año	DA Moderada	7.6 kg	69.5 cm
6	Claudia Rosalía Miguel Lazaro	3 años	DA Moderada	11.4 kg	92 cm
7	Brenda Sucely García	5 años	DA Moderada	16.4 kg	97 cm
8	Amalia Orbeli Martinez	2 años	DA Severa	6 kg	97 cm
9	Ana Estela Ax	5 años	DA Severa	9.7 kg	89 cm
10	Alba Yeni Perez	5 años	DA Severa	11.2. kg	101 cm
11	Gary Ulices García	10 m,	DA Severa	6.0 kg	63 cm
12	Ivan Ernesto Rivera	5 años	DA Severa	9.7 kg	100 cm
13	Iginio García Lopez	1 mes	DA Moderada	2 kg	56 cm
14	Cruz Juda Sanabria	1 mes	DA Moderada	4.60 kg	57 cm
15	Luis Antoni Avalos	6 m	DA Severa	3.5 kg	60 cm
16	Erick Arturo Interiano Amador	5 años	DA Severa	11. 3o kg	89,3 cm
17	Dani Nahu Avalos	5 años	DA Moderada	8 kg	112 cm
18	Victoria Lopez García	1 mes	DA Severa	2.30 kg	50 cm
19	Silvia García Hernandez	23 días	DA Moderada	2.6 kg	49 cm
20	Ritzy Yaneth Pascual	3 años	DA Severa	7. 55 kg	73 cm
21	Eliezer Uriel Barrientos Del Cid	3ª, 2m	DA Moderada	10.7 kg	89.5 cm
22	Dayana judith Genis Amador	8 meses	DA Moderada	5.35 kg	63 cm
23	Roistin Estiven Hernández Mejía	10 meses	DA Severa	5.7 kg	66.5 cm
24	Valery Andrea López Rosales	2a, 5m	DA Moderada	8.95 kg	82 cm
25	Reynaldo Monroy Cerrata	1a, 6m	DA Moderada	7.30 kg	72.5 cm
26	María Graciela Solares Siramagua	1a, 2m	DA Severa	4.95 kg	64.5 cm
27	Estefany Rosana Gonzalez	3a, 6m	DA Moderada	8.8 kg	83 cm
28	Jesucely Marianely Pascual	6 m	DA Severa	3.5 kg	56 cm
29	Kevin Alberto López García	5a	DA Moderada	11.3 kg	94.5 cm
30	Oscar Daniel Pérez	2a	DA Severa	8.15 kg	79 cm
31	Darlin Sofía Mayorga Argueta	1a	DA Severa	5.90 kg	71 cm
32	Fares Isaías Esquivel Pérez	1 mes	DA Moderada	2.75 kg	49 cm
33	Aura Natalia Zeceña Juárez	1a, 9m	DA Severa	7.30 kg	77.5 cm
34	Nelson De Jesús Díaz Méndez	1m, 8d	DA Severa tipo Marasmo	3.05 kg	57 cm

Fuente: Investigación de campo 2016

NO.	Nombre del paciente	Edad	Estado Nutricional	Peso	Talla
35	Byron Eliel Flores Hernández	1a, 4m	DA Moderada	9.10 kg	83.3 cm
36	Lucía Valentina Morales Ramírez	3 días	DA Moderada	2.10 kg	45 cm
37	Armando Ramírez Quilimaco	5 años	DA Moderada	11.0 kg	90 cm
38	Kelin Lluliza Pérez Amador	4a, 6m	DA Moderada	12.7 kg	102.5 cm
39	Madelyn Natasha Mayorga Perez	5a, 2m	DA Moderada	12.2. kg	101 cm
40	Pablo Andrés Juarez Larios	1a, 1m	DA Moderada	7.40 kg	71 cm
41	Marlon José Cardona Rodríguez	4 meses	DA Moderada	5.60 kg	61 cm
42	José Geovani Cardona Rodríguez	4 meses	DA Moderada	5.20 kg	60 cm
43	Irma Nohemí Paz Perdomo	02 años	DA Severa	5.0 kg	77 cm
44	Junior Joel Ramírez Méndez	1a, 7m	DA Severa	6.7 kg	72 cm
45	Dilce Raquel Borja	9m aprox.	DA Moderada	6.1 kg	66 cm
46	Marielsi Saraí Ortíz López	1a, 5m	DA Moderada	7.65 kg	75 cm
47	Juan Angel García Díaz	3m 15d	DA Severa	2.70 kg	52 cm
48	Lorena García García	2m	DA Severa	3.05 kg	53 cm
49	Nanci Mariela Cruz Escalante	1a, 2m	DA Severa	5.40 kg	68 cm
50	Moises Ramiro Orellana Reyes	1a, 8m	DA Moderada	7.60 kg	76 cm
51	Daniel de Jesús Calderón Morales	10 meses	DA Moderada	6.70 kg	66cm
52	Alyn Fernanda Díaz Martínez	8 meses	DA Moderada	5.8 kg	63.3 cm
53	Jedrik Ezequiel Gonzáles del Cid	1a, 3m	DA Severa	7.25 kg	75 cm
54	Justin Josué López López	2 años	DA Moderada	7.20 kg	80 cm
55	Santos Rigoberto Interiano García	2a	DA Moderada	8.5 kg	80 cm
56	Blanca Noemí Interiano García	9a, 11m	DA Moderada	19.9 kg	120 cm
57	Juan Carlos Pérez Pérez	3ª	DA Moderada	10. 5 kg	89 cm
58	Elizabeth del Carmén Pérez	5 años	DA Severa	11.4kg	100 cm cm
59	Manuel Arnoldo Pérez Vásquez	4a, 9m	DA Moderada	13.4kg	99.5 cm
60	Cristian José Pérez Pérez	5m	DA Severa	6.55 kg	69.5 cm
61	Hijo de Manuela de Jesús	17 días	DA Moderada	2.85 kg	49 cm
62	Emily Fany María López Pérez	1a, 3 m	DA Moderada	7.1 kg	71 cm
63	Jonathan Kenedi Súchite Martínez	2a	DA Moderada	9.35 kg	78.5 cm
64	Josué Emanuel Ich Chub	1a,8m	DA Mixta	7.45 kg	77 cm
65	Juan Rosalío Ucelo García	2a, 1 mes	DA Severa	8.5 kg	79.5 cm
66	Franki Alexis Martínez García	3a, 9m	DA Moderada	10.45 kg	86.5 cm
67	Flori Marisol Pérez García	7a, 2m	DA Moderada	13.7 kg	99.5cm
68	Erick Joel López García	2a, 7m	DA Moderada	9.7 kg	85 cm
69	Ana Leticia López García	5 m	DA Severa	5.2 kg	64 cm
70	Edilson Baldemar López García	5a, 3m	DA Moderada	15 kg	100.5 cm
71	Sualdi Gavani López Morales	25 días	DA Moderada	2.35 kg	48.5 cm
72	Gamaliel de Jesús Coronado Portillo	1año	DA Moderada	5.9 kg	63.5 cm

Capítulo 4

Protocolo de intervención de trabajo social en el Centro de Recuperación Nutricional Liberty

Derivado de los problemas sociales que presentan los pacientes atendidos en el Centro de Recuperación Nutricional Liberty, se desarrolla el siguiente protocolo de atención, desde la perspectiva del Trabajo Social, en que se detalla el perfil de contratación, funciones, programas y proyectos para una mejor atención al paciente con desnutrición y su grupo familiar.

4.1. Introducción:

El trabajo social como disciplina, contribuye a dar a los servicios de salud, un enfoque integral, aportando específicamente los aspectos socio-familiares que inciden en el nivel de salud de la población desde una visión global y desde la cercanía al paciente, ejerciendo como defensores de sus derechos.

“La profesión de Trabajo Social nació con un marcado carácter ético debido a su propia vocación de servicio y ayuda a las personas”. “El objetivo de la profesión es facilitar la relación entre las personas y el medio social, dado que esta relación puede ser problemática por las carencias que padecen y/o por los obstáculos que pone la propia sociedad para el desarrollo y bienestar de todos los ciudadanos”. (Lázaro, Rubio, Juárez, 2010).

En la Asamblea de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales de Montreal, Canadá, en Julio de 2000 se aprobó la siguiente definición Trabajo Social:

“El Trabajo Social es la disciplina de la que se deriva la actividad profesional del Trabajador Social y del Asistente Social, que tiene por objeto la intervención social ante las necesidades sociales para promover el cambio, la resolución de los problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la libertad de la sociedad para incrementar el bienestar, mediante la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales y aplicando la metodología específica en la que se integra el trabajo social de caso, grupo y comunidad. El Trabajo Social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los derechos humanos y la justicia social son fundamentales para el Trabajo Social”

Es así que en el presente protocolo se dan a conocer las líneas de trabajo social, las áreas en las cuales puede laborar, y la intervención que el mismo puede realizar a través de la creación de instrumentos, programas y proyectos que brinden una mejor calidad de atención a los usuarios y coadyuven a la atención integral.

4.2. Definiciones ligadas a Trabajo Social:

A partir del trabajo profesional, se tomarán en cuenta temáticas relacionadas con Trabajo Social, a través de las cuales se orientará el profesional, como lo son los valores éticos, la atención social, el enfoque social y otros que a continuación se mencionan.

4.2.1. Trabajo Social:

Es una disciplina de las ciencias sociales que estudia, analiza y explica la problemática social, para coadyuvar en la solución de problemas de personas, grupos y comunidades que presentan carencias de tipo social, económico,

cultural, espiritual para trabajar procesos participativos de investigación, organización, promoción y movilización en la búsqueda de desarrollo humano. En dicho proceso, utiliza métodos propios de actuación. (Tomado de Área de Formación Profesional Especifica. Escuela de Trabajo Social. Universidad de San Carlos de Guatemala. Boletín Informativo. Guatemala, 1999).

4.2.2. Valores Éticos de la Profesión:

La filosofía del Trabajo Social, está estrechamente ligada a un sistema de valores, haciendo referencia al conjunto de normas o valores que dictan el buen actuar del ser humano, con el fin de formar profesionales comprometidos con los sectores vulnerables, con el fin de rescatar su dignidad desde los ejes centrales de su actuación profesional.

Para la Federación Internacional De Trabajadores Sociales (FITS) ha manifestado respecto al Trabajo Social, “que una conciencia ética es parte necesaria de la práctica profesional de todo trabajador social. Su capacidad de actuar según unos principios éticos es un aspecto fundamental de la calidad del servicio que ofrece” (FITS, 2010).

4.2.3. Atención Social:

La atención social es un servicio social especializado con el objetivo de acoger y atender a las personas e individualmente las demandas y las necesidades que presenten. (Porto, 2008)

4.3. Áreas laborales:

- Salud
- Seguridad social
- Jurídica
- Educación
- Bienestar social
- Empresarial
- Derechos humanos
- Adulto mayor
- Género
- Promoción social
- Desarrollo comunitario
- Eco desarrollo (riesgos y desastres)
- Proyectos de desarrollo comunal
- Proyectos de desarrollo municipal
- Consultorías
- Asesorías

4.4. Justificación:

La gran Labor que realiza la Organización Cristiana de Beneficio Social Esperanza de Vida, se ve reflejada en la alta cantidad de población que se atiende en el Hospital San Lucas y Centro de Rescate y Recuperación “Liberty”, población que se encuentra violentada en sus derechos humanos, individuales y sociales, limitada principalmente en el acceso a la salud ya que su condición socioeconómica es reducida e imposibilita el goce de la misma.

Es por ello que tomando en cuenta la situación antes planteada, se considera de vital importancia la presencia de un Profesional de Trabajo Social que se enfoque en la atención de estas personas, con el fin de brindar una adecuada atención que actúe sobre la raíz de los problemas y no solo se de una atención paliativa.

Esto a través de diversas técnicas propias de Trabajo Social como el estudio de casos, investigación diagnóstica, estudios socioeconómicos, visitas domiciliarias, elaboración de informes sociales y desde la parte gerencial, la creación de proyectos a largo plazo, encaminados a la búsqueda de la productividad de las personas que se atienden.

4.5. Objetivos

General:

- Administrar el servicio Social del Hospital implementado políticas de Bienestar Social y Calidad de Vida para los/as trabajadores y usuarios del Servicio de Salud del Hospital “San Lucas y RCN “Liberty”

Específico:

- Crear programas de atención al usuario y perfil de donación, previo estudio socioeconómico de cada usuario.
- Crear proyectos socio productivos que generen ingresos familiares.
- Gestionar de recursos de utilidad a usuarios, coordinado con instituciones públicas y privadas.

- Brindar escuelas para padres a las personas que estén a cargo de los pacientes durante el tiempo que estos estén ingresados para evitar el reingreso.

4.6. Funciones del Trabajador Social en el área de salud:

- Planificación estratégica en relación a servicios de bienestar que preste el hospital.
- Asesoramiento en la dirección de políticas de bienestar social
- Atención a situaciones de catástrofes o de emergencias (Elaborar plan de Reducción de Riesgos a Desastres).
- Defensa de los derechos humanos, es decir velar por el trato adecuado de las personas, que se respeten sus derechos y sea atendida con integridad.
- Proyectos de desarrollo.
- Mediación familiar a través de terapias familiares.
- Mediación comunitaria.
- Gestión y dirección de servicios y equipamientos sociales. (Gestionar recursos necesarios para cumplir con los servicios necesarios de atención al paciente.

4.7. Perfil de contratación del profesional de Trabajo Social:

El perfil solicitado para la atención integral de los pacientes se detalla a continuación, siendo el mismo considerado como base profesional para la adecuada atención social y trabajo de calidad.

4.7.1. Graduado o con pensum cerrado en Trabajo Social

4.7.2. Trabajador Social, jefe inmediato: Directora Administrativa

- 4.7.3. No supervisa ningún puesto
- 4.7.4. Puestos que reporta directamente: Si labora como Jefe de Departamento de Trabajo Social, reporta a jefe inmediato.

4.8. Funciones principales del o la Trabajador/a Social

- 4.8.1. Entrevista inicial a pacientes ingresados.
- 4.8.2. Aplicación metodológica en la atención de casos con las madres residentes
- 4.8.3. Elaboración de informes sociales de ingreso.
- 4.8.4. Apertura expediente de pacientes de nuevo ingreso.
- 4.8.5. Escucha necesidades de niños y adolescentes relacionados con su familia y atención especial que necesite.
- 4.8.6. Recibe, tramita y hace seguimiento a las quejas, reclamos, y solicitudes presentadas por los usuarios.
- 4.8.7. Ubicación de recurso familiar para niños ingresados solos, sin información, a través de entidad de referencia.
- 4.8.8. Verificar los derechos de la población desplazada para que puedan acceder a los servicios de salud a través de gestiones con entidad correspondiente.
- 4.8.9. Presentar informes mensuales sobre el desarrollo de las actividades que se están realizando con los usuarios con el fin de dar a conocer los resultados obtenidos por trabajo social.
- 4.8.10. Realizar planes de mejora con los jefes de departamento para brindar una mejor atención en servicio de salud.
- 4.8.11. Elaboración de proyectos en pro del desarrollo y empoderamiento de la población atendida.

4.9. Programas que pueden habilitarse en el departamento de Trabajo Social del Centro de Recuperación Nutricional Liberty.

4.9.1. Programa de acogimiento del niño, niña y adolescente:

Este programa se orienta principalmente a la adaptación del paciente de nuevo ingreso, a lo que será su albergue por un período temporal, al cual deberá adaptarse para que su estancia se torne positiva y su proceso de recuperación sea exitoso.

4.9.2. Programa de educación, formación y sensibilización:

Este programa se orienta principalmente a la educación de las madres de los pacientes, en temas relacionados a la salud, esto a través de talleres, exposiciones orales de interacción, conversatorios, debates, y actividades que promuevan la participación de todos los integrantes.

4.9.3. Programa de estudio de casos en equipo multidisciplinario:

Este módulo se enfoca en la programación de reuniones con el equipo multidisciplinario del Centro de Recuperación Nutricional para plantear puntos de vista sobre los diversos casos que se atienden, esto con el fin de estar en sintonía con la información que se maneja de los casos, y así mismo tomar las mejores decisiones en lo que respecta al bienestar integral de los niños, niñas y adultos ingresados.

4.9.4. Programa de prevención:

El Centro de Recuperación Nutricional Liberty, en coordinación con Trabajo Social actúa sobre problemas individuales y colectivos que provengan de problemáticas humanas y entorno social, elaborando y ejecutando jornadas médicas e informativas, para grupos de población en situaciones de riesgo social, y con ello reducir los índices de desnutrición que afectan a los niños y niñas.

4.9.5. Seguimiento a egresos:

Este programa se orienta a la continuación del tratamiento de los NNA que han sido atendidos en el Hospital. Posterior a su egreso, se les cita mensualmente para evaluar su progreso en salud, de no presentarse a su cita, se establece contacto telefónico con los padres o través de los líderes comunitarios para evaluar el motivo de la ausencia y buscar alternativas de solución.

4.9.6. Atención directa del niño, niña y su núcleo familiar:

Este programa se oriente a establecer alternativas de solución a los problemas de índole social, que presente el NNA y su público familiar, con el objetivo es potenciar el desarrollo de las capacidades, para afrontar por sí mismas futuros problemas e integrarse satisfactoriamente a la vida social.

4.9.7. Acompañamiento:

En procesos legales que requieran atención social y orientación en relación a los procedimientos a seguir en pro de la salud y bienestar los pacientes,

presentación de informes sociales, visitas, oficios y documentación necesaria ante los juzgados de referencia.

4.9.8. Programa de seguimiento y acompañamiento interinstitucional:

Este programa ha sido desarrollado a partir de la necesidad de brindar un tratamiento especializado a los niños y niñas que ingresan con patologías agregadas a la Desnutrición. Por lo que se coordinan con áreas de salud, Hospitales, y otros, el ingreso de los niños y niñas referidos para su tratamiento especializado. El desarrollo de este programa, también permite estar en contacto a través del área de Trabajo Social o directamente con los médicos y obtener información sobre el estado de salud de los pacientes referidos, así como para evaluar las necesidades que los mismos presentan para gestionarla y proveerlas.

4.9.9. Programa de productividad:

Este programa se enfoca en la creación de programas y talleres que potencialicen las habilidades de las madres y/o familiares de los pacientes, a fin de que inviertan su tiempo durante la estancia en el Centro de Recuperación, aunado a ello que generen ingresos económicos con el fin de coadyuvar en la economía del hogar. Estos talleres serán gestionados a través de diferentes instituciones que proporcionen el personal y material para poder llevarlos a cabo.

4.10. Áreas de Trabajo Social

El trabajador social, actúa desde diversas perspectivas para lograr una atención integral, por lo cual se describen las siguientes áreas de acción en la que

le trabajador social del Centro de Recuperación Nutricional podrá ejercer sus líneas de trabajo.

4.10.1. Preventiva:

El Trabajador Social actúa sobre problemas individuales y colectivos que provengan de problemáticas humanas y entorno social, elaborando y ejecutando proyectos de intervención para grupos de población en situaciones de riesgo social.

4.10.2. Atención directa:

Atención de individuos o grupos que presenten problemas de índole social, el objetivo es potenciar el desarrollo de las capacidades y facultades de las personas, para afrontar por sí mismas futuros problemas e integrarse satisfactoriamente a la vida social.

4.10.3. Planificación:

A través del análisis del contexto institucional y de la identificación de problemas sociales, se puede trabajar a nivel micro Social, que es el diseño de tratamientos, intervenciones a nivel familiar e individual. A nivel macro social, comprende el diseño de programas, proyectos y servicios sociales, orientados a la atención de pacientes internados.

4.10.4. Inserción y promoción social:

Se realiza con el fin de conservar y mejorar las capacidades de individuos y comunidades. También mediante el diseño y la implementación de las políticas

sociales que favorezcan la creación y reajuste de servicios y recursos adecuados a la cobertura de las necesidades sociales que presenta la población que se atiende en el Centro de Recuperación Nutricional.

4.10.5. Mediación:

Actúa posibilitando la unión de las partes implicadas en un conflicto, con el fin de facilitar que sean los propios interesados quienes logren la resolución del mismo de los problemas para el favorecimiento del bien común de cada una de las partes involucradas.

4.10.6. Gerencial:

Se desarrolla cuando el trabajador social tiene responsabilidades en la planificación de centros, organización, dirección y control de programas sociales y servicios sociales.

4.10.7. Investigación:

En este proceso el Trabajador Social, es capaz de interpretar, explicar y valorar una realidad, a través de un trabajo sistematizado posterior a la recolección de datos, establecimiento de hipótesis con el fin de intervenir de una acción social planificada.

4.10.8. Acompañamiento:

En procesos legales que requieran atención social y orientación en relación a los procedimientos en los juzgados para lograr la reintegración familiar cuando se encuentre recurso familiar idóneo, evaluación socio familiar, o investigación social para presentar los debidos informes al juzgado que compete el caso.

Conclusiones

La desnutrición afecta principalmente a la población infantil de áreas rurales, quienes cotidianamente enfrentan una situación de precariedad o satisfactores y oportunidades, a un nivel de vida adecuado, además de no contar con servicios de salud que su condición requiere. La desnutrición como problema de una alimentación adecuada, no alta en cantidad, sino más bien en calidad, refiriéndose a una dieta que contenga los nutrientes esenciales para el sano desarrollo físico e intelectual.

El bajo ingreso económico es uno de los factores principales que afecta a las familias ya que con ingresos que oscilan entre los Q400.00 y Q. 480.00 mensuales no es posible acceder a la canasta básica de alimentos proporcionen los nutrientes esenciales y permitan el desarrollo físico, cognoscitivo e intelectual acorde a cada edad de los niños.

La incidencia de la desnutrición infantil de los niños y niñas menores de 5 años está relacionada al bajo nivel de estudios de los padres, el bajo conocimiento de lo que es desnutrición, las buenas prácticas alimenticias y la importancia de una dieta balanceada rica en proteínas y vitaminas.

El nivel educativo de los padres es bajo, del total de la población entrevistada, un 54% no posee ningún nivel de estudios, lo cual limita el acceso a un trabajo donde la remuneración económica sea alta y suficiente para el acceso a los servicios alimenticios adecuados, servicio a la salud y educación para los niños.

El consumo de alimentos está basado en prácticas culturales, el 57% de la población argumenta que los niños son quienes deben consumir mayor cantidad y calidad de alimentos por el desgaste de la fuerza física en el trabajo en el campo, lo que limita el acceso de una alimentación adecuada para las niñas.

Existen costumbres y creencias erróneas en cuanto al problema de la desnutrición y la atención médica que requiere, un 54% de la población manifestó no ser necesario la asistencia al centro de salud a la atención de un médico, ya que se puede solucionar con plantas medicinales de la comunidad.

Recomendaciones

Al centro de Recuperación Nutricional “Liberty”, brindar el acceso oportuno para la atención del paciente con desnutrición, actuando no con acciones paliativas que den solución al momento, sino que se interiorice en los casos y se creen programas que atiendan la raíz de los problemas previniendo más casos de desnutrición en las comunidades que se atienden.

A las autoridades correspondientes del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que consideren importante la ampliación de los servicios o puestos de salud con personal capacitado e insumos necesarios para la atención de las familias y que estos mismos consideren la creación de proyectos sostenibles que eduquen en salud e implementen actividades de educación alimentaria que faciliten información teórica y práctica sobre el contenido de los alimentos, cuáles son los alimentos saludables, la inocuidad de los alimentos, las formas de preparación y consumo, esto principalmente en las zonas rurales con poco acceso a los servicios básicos del casco urbano.

Que se creen programas de prevención de enfermedades y educación sexual para evitar los altos índices de hijos por familia, que debido a la precariedad en que viven no les es posible acceder a los servicios básicos y sobrellevar una vida digna.

A las autoridades del departamento del Zacapa, trabajar en coordinación con los COCODES o autoridades comunitarias, fortaleciéndoles en medidas preventivas ante casos de desnutrición y que los orienten sobre las medidas que

se debe tomar, en caso de renuencia familiar en el traslado de los niños a un centro asistencial, con el fin de dar la atención oportuna a los niños afectados.

A las madres que acompañan a los pacientes, que se involucren y fortalezcan sus conocimientos en los talleres educativos sobre adecuadas practicas alimenticias del Centro de Recuperación Nutricional para prevenir de más casos de desnutrición en su familia y comunidad.

Referencias

- (UNICEF). (1998). Estado Mundial de la Infancia. Recuperado el 14 de Julio de 2016, de [Http://UNICEF/long/spanish/showc98sp/fge/htm](http://UNICEF/long/spanish/showc98sp/fge/htm)
- Archila, B. L. (05 de mayo de 2016). Antecedentes del Centro de Recuperación Nutricional Liberty. (M. E. Pirir, Entrevistador)
- Banco Mundial. (30 de Abril de 2013). Guatemala: en 44% de los municipios rurales, tres de cada cuatro personas viven en pobreza. Obtenido de <http://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2013/04/30/mapa-de-pobreza>
- Centro de Recuperación Nutricional Librty. (2016). Estadística de ingresos. Guatemala, Río Hondo, Zacapa.
- Congreso de La República de Guatemala. (1993). Constitución de la República de Guatemala. Guatemala.
- Congreso de la República de Guatemala. (1997). Código de Salud Decreto 90-97. Guatemala.
- Congreso de La República de Guatemala. (2005). Ley del Sistema Nacional de Seguridad alimentaria y Nutricional Decreto 32-2005. Guatemala.
- Departamento de Agricultura. (s.f.). Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Obtenido de <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s08.htm>
- Dirección Área de Salud de Zacapa. (2017). Sala Situacional de Desnutrición, Semana 7. Guatemala.
- FITS. (2010 de Mayo de 2010). FITS. Obtenido de [fitsutem.blogspot: de http://fitsutem.blogspot.com/2010/05/trabajo-social-segun-lafits.html](http://fitsutem.blogspot.com/2010/05/trabajo-social-segun-lafits.html)

Hope Of Life International. (2017). La Historia de Esperanza de Vida. Obtenido de La misión de salvar vidas ha sido siempre el latido del trabajo que hacemos. Es el tema que todos y cada uno recalibra a cada día. Salvar vidas es lo que comenzó cada proyecto nacido en los últimos 30 años.

Instituto Nacional de Estadística. (2000). Perfil de la Pobreza en Guatemala. Guatemala. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística.

Jiménez Benitez, D., Rodríguez Martín, A., & Jiménez Rodríguez, R. (Octubre de 2010). Análisis de determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000900003

Luna, M. E. (Agosto de 2008). La Realidad Social y Jurídica de la Desnutrición Infantil (0 a 12 años) En El Área Urbano Marginal de la Zona 18. La Realidad Social y Jurídica de la Desnutrición Infantil (0 a 12 años) En El Área Urbano Marginal de la Zona 18. Guatemala.

Ministerio de Salud Pública. (2017). Plan de respuesta al hambre Estacional. Guatemala.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2009). Protocolo para el Tratamiento En Centros de Recuperación Nutricional de la Desnutrición Aguda Severa y Moderada sin Complicaciones en el Paciente Pediátrico. Guatemala.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2013). Protocolo para el Tratamiento a nivel Hospitalario de la De la Desnutrición Aguda Severa y sus Complicaciones en el paciente Pediátrico. Guatemala.

OMS. (2017). Nutrición. Obtenido de Lactancia Materna Exclusiva: http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/

Organización Mundial de la Salud. (2017). Nutrición . Recuperado el 18 de julio de 2017, de Programas y Proyectos: http://www.who.int/nutrition/about_us/es/

Organización Mundial de la Salud. (1999). Tratamiento de la malnutrición grave: manual para médicos y otros profesionales sanitarios superiores . Recuperado el 15 de Julio de 2017, de <http://www.who.int/nutrition/publications/severemalnutrition/9241545119/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2017). Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado el 30 de Junio de 2017, de http://www.who.int/topics/social_determinants/es/

Organización Mundial para la Salud. (2007). Desnutrición. Obtenido de https://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_10172.htm

Palmieri Santiesteban, M., & Delgado Valenzuela, H. L. (2011). Recuperado el 18 de junio de 2017, de http://www.incap.int/portaleducativo/index.php/es/recursos/reservorio-san/doc_view/410-analisis-situacional-de-la-malnutricion-guatemala

Pirir, M. E. (2017). Manual de Convivencia Centro de Recuperación Nutricional Liberty. Guatemala.

PNUD Guatemala. (2011). Cifras para el Desarrollo Humano Zacapa. Colección Estadística Departamental, 12.

Porto, J. P. (2008). Porto, J. P. Recuperado el 20 de septiembre de 2017, de <http://definicion.de/desnutricion/>

Prensa Libre . (25 de 07 de 2016). La Desnutrición Aguda Aumenta en Guatemala. Prensa Libre.

Prensa Libre. (4 de junio de 2014). Consumo Urbano de alimentos es mayor que el rural. Prensa Libre.

- Revista Médica Electrónica. (17 de Agosto de 2013). Portales Médicos.com. Recuperado el 18 de 07 de 2017, de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/factores-desnutricion-infantil/4/>
- Rojas, E. (2016). Presentación General Organización Esperanza de Vida. Guatemala.
- Ruiz, P. (25 de noviembre de 2012). Desarrollo Motor y Actividades Físicas. Obtenido de Características físicas y desarrollo motor del niño pre-escolar Sin descripción de Monica Mercado : <http://desarrollomotorinfantil0-6.blogspot.com/p/etapas-del-desarrollo-motor.html>
- Secretaría de Planificación y y Programación de la Presidencia. (2010). Consejo Municipal de Desarrollo Muicipal de Río Hondo. Obtenido de Plan de Desarrollo, Río Honco, Zacapa: www.segeplan.gob.gt/2.0/index.php?option=com
- Segeplan. (16 de Enero de 2016). Pobreza en Guatemala aumenta. Prensa Libre.
- UNICEF. (2010). UNICEF Guatemala. Recuperado el 6 de junio de 2017, de UNICEF Guatemala: https://www.unicef.org/guatemala/spanish/panorama_18467.htm
- UNICEF. (2013). Desnutrición Crónica Infantil. 12.
- Urzúa, C. L. (25 de octubre de 2017). Desarrollo en niños afectados por la desnutrición. (M. E. Pirir, Entrevistador)
- Wihelm Sosa, K. (2014). Factores que impiden la recuperación nutricional en niños de 6 a 59 meses de edad con desnutrición aduga moderada sin complicaciones en el tratamiento con Alimentos Terapèuticos listos para el Consumo. Recuperado el 12 de marzo de 2017, de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/09/15/Wilhelm-Katherine.pdf>