

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DEL NORTE
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL**

TRABAJO DE GRADUACIÓN



**TESIS
DESNUTRICIÓN CRÓNICA DENTRO DEL PROGRAMA VENTANA
DE LOS MIL DÍAS, EN EL MUNICIPIO DE SANTA CRUZ VERAPAZ**

AMATUL OFELIA RIVERA GARCÍA

COBÁN, ALTA VERAPAZ, MARZO DE 2 016

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DEL NORTE
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL**

TRABAJO DE GRADUACIÓN

**TESIS
DESNUTRICIÓN CRÓNICA DENTRO DEL PROGRAMA VENTANA
DE LOS MIL DÍAS, EN EL MUNICIPIO DE SANTA CRUZ VERAPAZ**

**PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO DEL
CENTRO UNIVERSITARIO DEL NORTE**

POR

**AMATUL OFELIA RIVERA GARCÍA
CARNÉ 199850935**

**COMO REQUISITO PREVIO A OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL
DE LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL**

COBÁN, ALTA VERAPAZ, MARZO DE 2 016

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR MAGNÍFICO

Dr. Carlos Guillermo Alvarado Cerezo

CONSEJO DIRECTIVO

PRESIDENTE:	Lic. Zoot. M.A. Erwin Gonzalo Eskenasy Morales
SECRETARIO:	Ing. Geól. César Fernando Monterroso Rey
REPRESENTANTE DE DOCENTES:	Lcda. T.S. Floricelda Chiquín Yoj
REPRESENTANTE DE EGRESADOS:	Lic. Admón. Fredy Fernando Lemus Morales
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES:	Br. Fredy Enrique Gereda Milián PEM. César Oswaldo Bol Cú

COORDINADOR ACADÉMICO

Lic. Zoot. Erwin Fernando Monterroso Trujillo

COORDINADORA DE LA CARRERA

Lcda. T.S. Guadalupe Barreno de Bravo

COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN

COORDINADOR:	Lic. Econ. Héctor Virginio Escobar Rubio
SECRETARIA:	Lcda. T.S. Claudia Estela Quezada Aguilar
VOCAL:	Lic. T.S. M.A. Julio Antonio Pisquiy Mejía

REVISORA DE REDACCIÓN Y ESTILO

Lcda. T.S. Floricelda Chiquín Yoj

REVISOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

Lic. T.S. M.A. Julio Antonio Pisquiy Mejía

ASESORA

Lcda. T.S. Claudia Estela Quezada Aguilar

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



CENTRO UNIVERSITARIO
DEL NORTE —CUNOR—
Cobán Alta Verapaz
Telefax: 7951-3645 y 7952-1064
E-mail: usacoban@usac.edu.gt

Ref. No.: 15-TS-369-15.

7 de octubre de 2015.

Señores Miembros
Comisión de Trabajos de Graduación
Carrera Trabajo Social CUNOR
Cobán, Alta Verapaz

Respetables señores:

Atentamente hago de su conocimiento, que he finalizado la asesoría del trabajo de graduación titulado: *Desnutrición crónica dentro del Programa Ventana de los Mil Días, en el municipio de Santa Cruz Verapaz*, elaborado por la estudiante de T.S. Amatul Ofelia Rivera García, carné número 199850935.

Por lo anterior, solicito se envíe a donde corresponda, para el trámite correspondiente.

Deferentemente.



“*Id y Enseñad a Todos*”

Claudia D.

Lcda. Claudia Estela Quezada Aguilar
Asesora

c.c. Archivo.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



**CENTRO UNIVERSITARIO
DEL NORTE
(CUNOR)**

Apartado 55, Código Postal 16001
Cobán, Alta Verapaz – Guatemala, C. A.
PBX: 79566600
E-mail: usacoban@usa.edu.gt

Ref. No.: 15-TS-017-16.

18 de enero de 2016.

Señores Miembros
Comisión de Trabajos de Graduación
Carrera Trabajo Social CUNOR
Cobán, Alta Verapaz

Respetables señores:

Atentamente hago de su conocimiento, que he finalizado la revisión del trabajo de graduación titulado: *Desnutrición crónica dentro del Programa Ventana de los Mil Días, en el municipio de Santa Cruz Verapaz*, elaborado por la estudiante de Licenciatura en T.S. Amatul Ofelia Rivera García, carné número 199850935.

Tomando en cuenta que se cumplió con la revisión; respetuosamente solicito darle el trámite correspondiente.

Deferentemente.



“Id y Enseñad a Todos”


Lic. Julio Antonio Pisquiy Mejía
Docente Revisor

c.c. Archivo.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



**CENTRO UNIVERSITARIO
DEL NORTE
(CUNOR)**

Apartado 55, Código Postal 16001
Cobán, Alta Verapaz – Guatemala, C. A.
PBX: 79566600
E-mail: usacoban@usa.edu.gt

Ref. No.: 15-TS-187-16.

16 de marzo de 2016.

Señores Miembros
Comisión de Trabajos de Graduación
Cobán, Alta Verapaz

Respetables señores:

Atentamente hago de su conocimiento, que he finalizado la revisión en cuanto a redacción y estilo del trabajo de graduación titulado: *Desnutrición crónica dentro del Programa Ventana de los Mil Días, en el municipio de Santa Cruz Verapaz*, elaborado por la estudiante de Licenciatura en T.S. Amatul Ofelia Rivea García, carné número 199850935.

El trabajo en mención cumple con los requisitos establecidos por la Universidad de San Carlos de Guatemala; por tanto, se remite a esa instancia para que continúe con el trámite correspondiente.

Cordialmente.

“D y Enseñad a Todos”



Lda. Florceida Chiquin Yoj
Revisora de Redacción y Estilo

c.c. Archivo.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



**CENTRO UNIVERSITARIO
DEL NORTE
(CUNOR)**

Apartado 55, Código Postal 16001
Cobán, Alta Verapaz – Guatemala, C. A.
PBX: 79566600
E-mail: usacoban@usa.edu.gt

Ref. No.: 15-TS-197-16.

31 de marzo de 2016.

Licenciado
Erwin Gonzalo Eskenasy Morales
Director del CUNOR
Cobán, Alta Verapaz

Licenciado Eskenasy:

Habiendo conocido los dictámenes favorables de la asesora, revisor de trabajos de graduación y de la revisora de redacción y estilo; esta Comisión da el visto bueno al trabajo de graduación titulado: *Desnutrición crónica dentro del Programa Ventana de los Mil Días, en el municipio de Santa Cruz Verapaz*, elaborado por la T.S. Amatul Ofelia Rivera García, carné número 199850935.

Atentamente.

“Id y Enseñad a Todos”

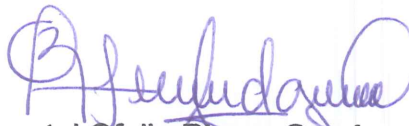


Lic. Héctor Virginio Escobar Rubio
Coordinador Comisión de Trabajos de Graduación

Adjunto: Copias de constancias de computación e idioma inglés.
c.c. Coordinación Académica, archivo.

HONORABLE COMITÉ EXAMINADOR

En cumplimiento a lo establecido por los estatutos de la Universidad de San Carlos de Guatemala, presento a consideración de ustedes el trabajo de graduación: Desnutrición crónica dentro del programa Ventana de los Mil Días, en el municipio de Santa Cruz Verapaz, como requisito previo a optar al título profesional de Licenciada en Trabajo Social.



Amatul Ofelia Rivera García
Carné número: 199850935

RESPONSABILIDAD

“La responsabilidad del contenido de los trabajos de graduación es: Del estudiante que opta al título, del asesor y del revisor; la Comisión de Redacción y Estilo de la carrera, es la responsable de la estructura y la forma, y de las autoridades del Centro Universitario del Norte”.

Aprobado en punto SEGUNDO, inciso 2.4, subinciso 2.4.1. del Acta No. 17-2012 de Sesión Extraordinaria de Consejo Directivo de fecha 18 de julio del año 2012.

ÍNDICE GENERAL

	Página
LISTADO DE SIGLAS	vii
RESUMEN	ix
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	3

CAPÍTULO 1 MARCO CONCEPTUAL

1.1 Antecedentes	5
1.2 Justificación	9
1.3 Planteamiento del problema	10
1.4 Delimitación	12
1.5 Alcance	13

CAPÍTULO 2 MARCO TEÓRICO

2.1 Desnutrición	15
2.1.1 Desnutrición global	16
2.1.2 Desnutrición crónica	16
2.1.3 Desnutrición aguda	17
2.2 Pobreza	18
2.2.1 Individual	19
2.2.2 Colectiva	19
2.2.3 Cíclica	19
2.3 Medición de la pobreza	21
2.4 Marco legal seguridad alimentaria	22
2.5 Estrategias de intervención de seguridad alimentaria	24
2.5.1 Establecimiento del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional	24
2.5.2 Sensibilización	24
2.5.3 Articulación de actores	24
2.5.4 Generación de empleo	25
2.5.5 Promoción de sistemas de producción sostenible	25

2.5.6	Priorización de poblaciones y áreas geográficas	25
2.5.7	Formación de capital humano	25
2.5.8	Respuesta ante emergencias	25
2.5.9	Establecimiento del sistema de información, monitoreo, evaluación y alerta de la seguridad alimentaria y nutricional	26
2.5.10	Respeto a la diversidad étnica y cultural	26
2.5.11	Articulación con políticas nacionales de desarrollo	26
2.6	Plan Hambre Cero	27
2.6.1	Población objetivo	27
2.6.2	Ventana de los Mil Días	27
2.6.3	Resultados en madres y nacimientos	28
2.6.4	Bebés recién nacidos	28
2.6.5	Infantes y niños	28
2.6.6	Resultados en madres y nacimientos	29
2.6.7	Infantes y niños	29

CAPÍTULO 3

MARCO METODOLÓGICO

3.1	Tipo de investigación	31
3.1.1	Cuantitativo	31
3.1.2	Cualitativo	31
3.2	Método	31
3.3	Técnicas e instrumentos	32
3.3.1	Entrevistas	32
3.3.2	Encuesta	33
3.3.3	Observación	33
3.3.4	Estudio de casos	33
3.3.5	Investigación documental	33
3.3.6	Investigación de campo	34
3.4	Criterios de selección	34
3.5	Muestra	35
3.6	Hipótesis	36
3.7	Variables	37
3.8	Indicadores	37

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1	Desnutrición crónica en el municipio de Santa Cruz Verapaz	39
4.2	Acciones de la Ventana de los Mil Días	48
4.2.1	Promoción y apoyo a la lactancia materna	48
4.2.2	Suplementación de vitamina A	53
4.2.3	Provisión de micronutrientes en polvo	55
4.2.4	Desparasitación y vacunación de niños/as	59
4.2.5	Suplementación de hierro y ácido fólico	64
4.3	Estudios de casos	66
4.3.1	Caso 1	66
4.3.2	Caso 2	70
4.3.3	Caso 3	73
4.3.4	Caso 4	75
4.3.5	Caso 5	78
4.3.6	Caso 6	80
4.3.7	Caso 7	82
4.3.8	Caso 8	83
	CONCLUSIONES	87
	RECOMENDACIONES	89
	BIBLIOGRAFÍA	91

ÍNDICE DE CUADROS

1	Censo de peso y talla, desnutrición crónica a nivel nacional	40
2	Integrantes de la familia Chalib Caal	84

ÍNDICE DE IMÁGENES

1	Clasificación de la desnutrición	16
2	Tipos de desnutrición	18

ÍNDICE DE GRÁFICAS

1	Inseguridad alimentaria Santa Cruz Verapaz	10
2	Desnutrición en Santa Cruz Verapaz	41
3	¿Conocen lo que significa lactancia materna exclusiva y complementaria?	51
4	Edad de la alimentación complementaria	52
5	Suplementación de vitamina A	54
6	Utilización de micronutrientes	56
7	Alimentos en los que mezclan los micronutrientes	57
8	Consumen el vitacereal	58
9	¿Vacuna a su hijo/a?	62

ÍNDICE DE FOTOGRAFÍAS

1	Entrevista al director del CAP Santa Cruz Verapaz	43
2	Puesto de salud Chijou	46
3	Madres San Rafael 1	47
4	Encuesta a pacientes	50
5	Micronutrientes en polvo	55
6	Carné de vacunación	61
7	Área de vacunación, medición y pesaje	63
8	Hierro y ácido fólico	65
9	Estudio de caso Rudy	67
10	Control de talla Beatriz	71
11	Control de talla Jonatan	74
12	Monitoreo de talla, Ervin	76
13	Visita domiciliar	78
14	Entrevista a madres	81
15	Estudio de caso Fernanda	83
16	Desnutrición aguda	85
17	Entrevista del estudio de caso	86

LISTADO DE SIGLAS

CAP:	Centro de Atención Permanente
CB:	Creciendo Bien
CONASAN:	Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria
CUNOR:	Centro Universitario del Norte
DASAV:	Dirección de Área de Salud de Alta Verapaz
DC:	Desnutrición Crónica
FNCH:	Frente Nacional Contra el Hambre
GIA:	Grupo de Instituciones de Apoyo
IBÍD:	En el mismo lugar
INCAP:	Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá
INCOPAS:	Instancia de Consulta y Participación Social
INSAN:	Inseguridad Alimentaria y Nutricional
MINEDUC:	Ministerio de Educación
OMS:	Organización Mundial de la Salud
PDM:	Plan de Desarrollo Municipal
PRDC:	Programa para la Desnutrición Crónica
PRESANCA:	Programa Regional de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Centroamérica
SESAN:	Secretaría de Seguridad Alimentaria
SINASAN:	Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional
UNICEF:	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

RESUMEN

La carrera de Trabajo Social del Centro Universitario del Norte (CUNOR), como requisito previo a optar al título de licenciada en Trabajo Social, pone a disposición del estudiante diversas modalidades de trabajos de graduación, entre ellas, la tesis, la cual se elaboró con el propósito de conocer el tema de la desnutrición crónica dentro de la Ventana de los Mil Días, del Plan Pacto Hambre Cero.

El objetivo de la investigación fue identificar el impacto social causado por las acciones del Programa Ventana de los Mil Días, del Plan Pacto Hambre Cero, en las comunidades de Chitul, Saquijá, San Rafael 1 y Chisacsi del municipio de Santa Cruz Verapaz, Alta Verapaz.

La investigación se apoyó del enfoque cuantitativo y cualitativo, la información cualitativa se manejó por medio de entrevistas abiertas a familias donde hay casos de desnutrición. La información cuantitativa se obtuvo por medio de datos obtenidos en el Centro de Atención Permanente de Santa Cruz Verapaz, Puestos de Salud y la Dirección de Área de Salud de Alta Verapaz.

Con fines de la investigación se seleccionaron 5 de las 10 acciones contempladas por el programa de la Ventana de los Mil Días, las cuales se seleccionaron de acuerdo a la factibilidad de cada una, siendo estas las siguientes:

- a. Promoción y apoyo de la lactancia materna.
- b. Suplementación de vitamina A.
- c. Provisión de micronutrientes en polvo.
- d. Desparasitación y vacunación de niños y niñas.

- e. Suplementación de hierro y ácido fólico para prevención y/o tratamiento de la anemia en mujeres embarazadas.

Por medio de la investigación se conoció la realidad de los casos de desnutrición crónica en las comunidades descritas, se determinó que el programa de la Ventana de los Mil Días del Plan Pacto Hambre Cero, generó cambios positivos en la atención de niños con desnutrición crónica; pero estos cambios fueron mínimos, debido al difícil acceso que la población tiene a los servicios de salud, pues desde el año 2 014 se cerraron los centros de convergencia porque las prestadoras de salud dejaron de funcionar, por no tener los recursos económicos para emplear a profesionales en salud y cubrir el área rural del país.

Además, los índices de pobreza no permiten que los padres puedan adquirir alimentos ricos en vitaminas y minerales que nutran a los niños/as. Las deficiencias presupuestarias impiden la suplementación constante de vacunas, vitaminas y minerales, queda incompleto el programa de vacunación lo que vulnera al niño hacia enfermedades que puedan impedir su desarrollo físico.

Se culminó la investigación con éxito, y se comprobó que la Ventana de los Mil Días sí generó un cambio positivo en la población en condiciones de pobreza extrema de las comunidades investigadas, detectando mejoras en la evolución de casos con desnutrición crónica.

INTRODUCCIÓN

Dentro del programa *Ventana de los Mil Días, del Pacto Hambre Cero*, implementado por el gobierno de Guatemala en el período administrativo 2 012 – 2 015, se realizó esta investigación sobre desnutrición crónica en comunidades de: Chitul, Saquijá, Chisacsi y San Rafael 1 del municipio de Santa Cruz Verapaz, departamento de Alta Verapaz municipal.

Este informe se hace con el fin de identificar el impacto social causado por las acciones del *Programa Ventana de los Mil Días, del Plan Pacto Hambre Cero*, en las comunidades de Chitul, Saquijá, San Rafael I y Chisacsi del municipio de Santa Cruz Verapaz, Alta Verapaz.

Contiene los marcos metodológicos que orientaron al investigador durante el proceso de recolección y análisis de datos.

Capítulo 1: Marco Conceptual. Aquí se presentan los antecedentes, justificación, planteamiento, delimitación y alcance del problema investigado.

Capítulo 2: Marco Teórico. En este se presentan los postulados creados por varios autores sobre temas relacionados con la desnutrición crónica en Guatemala.

Capítulo 3: Marco Metodológico. En este se detalla la metodología de la investigación, método, técnicas e instrumentos, criterios de selección, muestra, hipótesis, variables e indicadores, para el desarrollo de la investigación.

Capítulo 4: Marco Operativo. Se hace referencia a la recolección de datos, recursos empleados y cronograma de actividades realizadas.

Capitulo 5: Presenta el análisis y discusión de resultados, como producto de la investigación.

Adicional se incluye las conclusiones, recomendaciones y bibliografía de la investigación.

OBJETIVOS

General

Identificar el impacto social causado por las acciones del Programa Ventana de los Mil Días, del Plan Pacto Hambre Cero, en las comunidades de Chitul, Saquijá, San Rafael I y Chisacsi del municipio de Santa Cruz Verapaz, Alta Verapaz.

Específicos

1. Conocer la forma en que el personal de salud del municipio de Santa Cruz Verapaz, implementaron las acciones de la Ventana de los Mil Días.
2. Obtener información sobre el seguimiento por parte del personal de salud pública, con relación a los casos de desnutrición crónica detectados en las comunidades de Chitul, Saquijá, San Rafael I y Chisacsi.
3. Determinar el impacto social que tuvieron las acciones de la Ventana de los Mil Días en los casos de desnutrición crónica.
4. Determinar si las acciones de la Ventana de los Mil Días, generaron cambios sociales positivos en la población de las comunidades de Chitul, Saquijá, San Rafael I y Chisacsi.

CAPÍTULO 1

MARCO CONCEPTUAL

DESNUTRICIÓN CRÓNICA DENTRO DE LA VENTANA DE LOS MIL DÍAS EN EL MUNICIPIO DE SANTA CRUZ VERAPAZ

1.1 Antecedentes

Guatemala es considerado como un país desigual, debido a que la mitad de los niños/as comprendidos entre cero y cinco años de edad presenta un cuadro de desnutrición, colocando a Guatemala como el primer país de América Latina y el Caribe con mayor desnutrición y el sexto a nivel mundial. La tasa de desnutrición crónica infantil de Guatemala, según datos publicados por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) es de 49.8 por ciento.

La desnutrición crónica infantil se refiere al retardo en el crecimiento de niños/as menores de cinco años de edad, es una manifestación de los problemas que enfrenta Guatemala en garantizar la vida de su población desde el nacimiento. El impacto de la desnutrición sobre el desarrollo infantil representa una cadena perenne para los niños/as y para todo el país.

“La desnutrición es una enfermedad que debilita el desarrollo intelectual de la persona, limita la productividad y frena el potencial de la sociedad”.¹

¹ Naciones Unidas. *Programa Nacional de Alimentos*. Guatemala 2 012

“La desnutrición es una afección vinculada a la nutrición, se puede corregir con la reposición de los nutrientes que faltan y, si está ocasionado por un problema específico del organismo, con un tratamiento adecuado que contrarreste la deficiencia nutricional. Si no se detecta a tiempo o no se recibe la atención médica necesaria, la desnutrición puede llegar a ocasionar discapacidad, tanto mental como física, enfermedades y hasta incluso puede resultar mortal”.²

Según el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la principal causa de la muerte de lactantes y niños pequeños en países en vías de desarrollo; por eso prevenirla se ha convertido en una prioridad para la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En algunas regiones rurales de Guatemala se concentra la población maya del país, y es ahí donde los índices de malnutrición infantil alcanzan el 80 por ciento, debido a que la dieta básica de ingesta de alimentos se centra en el consumo de tortillas de maíz lo que causa daños con efectos permanentes en los niños/as.

Las causas estructurales y socioeconómicas de la pobreza en Guatemala son complejas y tienen sus raíces en problemas profundos como la escasez de fondos públicos para fines sociales, educación y salud, la discriminación que sufren las poblaciones indígenas, la dependencia económica del exterior, tenencia de la tierra, construcción de políticas sociales, entre otros.

El problema nutricional se debe a las condiciones de pobreza y extrema pobreza en que viven las familias y a la falta de educación. El índice de desarrollo humano de Guatemala es 0.574, lo que coloca al país en la posición 131 de los 187 países del mundo.

² Ibíd.

Varias han sido las acciones ejecutadas por los mandatarios del país, para contrarrestar y erradicar la desnutrición crónica en Guatemala. Durante el Gobierno del Licenciado Alfonso Portillo, se formuló una estrategia para mejorar las condiciones de vida de los guatemaltecos más pobres, pero debido a que dicha estrategia era financiada principalmente con impuestos de los contribuyentes guatemaltecos, su alcance fue limitado y selectivo, pero se iniciaron las acciones para conocer las principales características de la pobreza y analizar sus causas, para esclarecer las líneas sobre las que pueda marcarse el rumbo hacia dónde deberán concentrarse los esfuerzos de gobierno.

“Durante el Gobierno de Oscar Berger, para reducir la alta tasa de desnutrición crónica (DC) y mejorar la seguridad alimentaria y nutricional (SAN), múltiples esfuerzos se realizaron. En el inicio del período presidencial se creó el Comisionado del Frente Nacional Contra el Hambre (FNCH). Luego en los siguientes años, la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional fue establecida como la política oficial de país y se aprobó la Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SINASAN) (Decreto Numero 32-2005).

Asimismo, se define la estructura del SINASAN, conformado por el Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria (CONASAN), la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN), la Instancia de Consulta y Participación Social (INCOPAS) y el Grupo de Instituciones de Apoyo (GIA). Durante este mismo periodo, se inició la planificación e implementación de dos programas que tienen enfoque en reducir la tasa de desnutrición crónica - el Programa para la Reducción de la Desnutrición Crónica (PRDC) y el Programa “Creciendo Bien” (CB).³

Durante el Gobierno del Ingeniero Álvaro Colom, se realizó el Tercer Censo Nacional de Talla en Escolares, en las fechas del 4 al 8 de agosto de 2008 a través del Ministerio de Educación (MINEDUC) y la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN), con el apoyo técnico del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) y del

³ Leiva Vásquez, Omar. *Estudio sobre la desnutrición en Guatemala*. Guatemala 2012. Pág. 15

Programa Regional de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Centroamérica (PRESANCA).

El objetivo principal del censo fue realizar un diagnóstico actualizado para conocer a través del indicador de talla por edad, el estado nutricional de los niños/as de primer grado del país. Este indicador midió el retardo de crecimiento en talla, y establecer el grado de severidad de la desnutrición crónica lo que permitió relacionar directamente el nivel de desarrollo social y económico de la familia y la comunidad de donde provienen los niños/as medidos.

Durante el Gobierno del General Otto Pérez Molina, se creó el Plan del Pacto Hambre Cero, dentro del cual se encuentra La Ventana de los Mil Días, que es una propuesta del Gobierno de Guatemala que busca reducir el índice de desnutrición, implementando prácticas efectivas con base a experiencias de especialistas de México y Bangladesh.

El Gobierno de Guatemala, contempla realizar acciones que disminuyan los índices de desnutrición en los municipios del país, por lo que esta investigación pretende medir el impacto social que dichas acciones tienen en la población del municipio de Santa Cruz Verapaz, que es el objeto de estudio.

Según datos obtenidos del Plan de Desarrollo Municipal (PDM), se considera al municipio de Santa Cruz Verapaz, como una zona vulnerable, en el año 2013 se presentaron 16 casos de desnutrición aguda.

Según clasificación realizada por la Secretaría de Seguridad Alimentaria (SESAN), en el municipio de Santa Cruz Verapaz, persiste la alerta amarilla, que representa un 26.67 por ciento de los lugares

poblados con un alto riesgo a Inseguridad Alimentaria y Nutricional (INSAN), entre estos estan: Saquija, Chitul, San Rafael I y Chisacsi.

1.2 Justificación

La desnutrición crónica en Guatemala, es un problema que afecta a todos como sociedad, debido a que el mayor número de casos de desnutrición se encuentran registrados en niños, lo que provocará un débil desarrollo intelectual y una limitada productividad, esto desencadena un freno en el potencial social.

El propósito de la investigación fue identificar el impacto social que tuvo en la población de las comunidades Chisacsi, Saquijá, Chitul y San Rafael del municipio de Santa Cruz Verapaz, las acciones implementadas dentro de la Ventana de los Mil Días, según lo contemplado dentro del Plan del Pacto Hambre Cero, para verificar si disminuyó la desnutrición crónica en éste lugar.

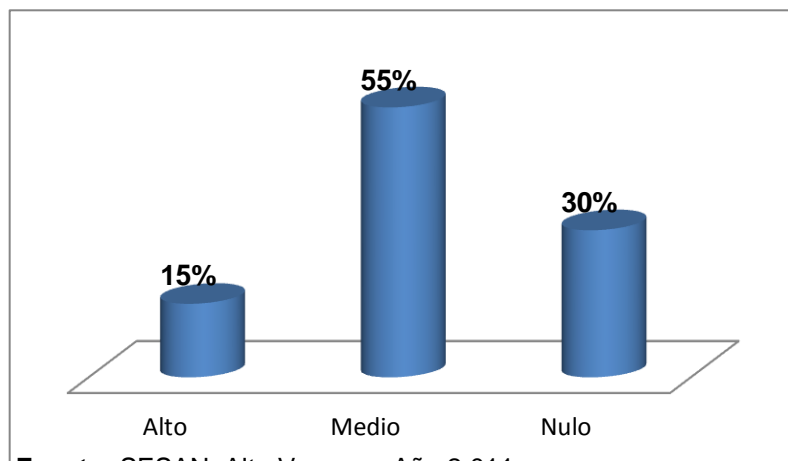
La investigación se enfocó directamente a la población municipal más vulnerable de las comunidades de: Chitul, Saquijá, Chisacsi y San Rafael I, que son los niños de 0 a 2 años de vida, mujeres en periodo de gestación y madres lactantes, a través de ellos puede evidenciarse si las acciones de la Ventana de los Mil Días, contribuyeron a mejorar la calidad de vida de los niños.

Al terminar la investigación, se verificó el cumplimiento del Pacto Hambre Cero, en lo concerniente a desnutrición crónica; con lo cual se demostró el impacto que tiene la propuesta de intervención del Gobierno de Guatemala.

Según la priorización hecha por la Secretaría de Seguridad Alimentaria (SESAN), Alta Verapaz tiene 16 municipios con alto índice de desnutrición, entre estos esta Santa Cruz Verapaz.

GRÁFICA 1

INSEGURIDAD ALIMENTARIA SANTA CRUZ VERAPAZ



Fuente: SESAN, Alta Verapaz. Año 2 011.

1.3 Planteamiento del problema

El objetivo de la investigación fue determinar el impacto social que tuvo la implementación de las acciones contempladas en el Plan del Pacto Hambre Cero, para reducir la desnutrición crónica, dentro de la Ventana de los Mil Días en el municipio de Santa Cruz Verapaz.

Con el estudio se pretendió dar respuesta a las preguntas siguientes:

- ¿Qué es la desnutrición crónica?
- ¿Cuáles son las acciones implementadas para disminuir la desnutrición?
- ¿Qué impacto social tiene en la población la Ventana de los Mil Días?
- ¿Qué eficacia han tenido las acciones desde su implementación?

e. ¿En qué ha cambiado la situación de desnutrición en el municipio de Santa Cruz Verapaz?

Tomando como marco referencial el plan del Pacto Hambre Cero, se evaluaron y analizaron las acciones realizadas para el cumplimiento del objetivo que busca disminuir en un 10 por ciento la prevalencia de la desnutrición crónica infantil en un plazo de cuatro años, lo cual es base para una reducción del 24 por ciento en los próximos diez años.

En el Plan del Pacto Hambre Cero, se contemplan acciones que deben implementarse para combatir desnutrición crónica, dentro de la Ventana de los Mil Días, el grupo objetivo fueron los niños/as menores de dos años, las mujeres en período de gestación y madres lactantes.

El propósito era trabajar durante mil días, que es la oportunidad de desarrollo físico y mental de los/as niños desde que fueron concebidos hasta que cumplen los dos años de vida.

La viabilidad de la investigación radicó en que los datos a analizar fueron los proporcionados por los prestadores de salud pública del municipio de Santa Cruz Verapaz, por lo que se tuvo acceso a ellos y pudo hacerse una validación de los resultados, se contrastaron con la información de los estudios de casos, lo que a su vez permitió conocer las deficiencias en la implementación de las acciones para reducir y erradicar la desnutrición crónica.

La investigación se realizó evaluando y conociendo el impacto social que han tenido las acciones contempladas en el Plan del Pacto Hambre Cero, en el municipio de Santa Cruz Verapaz. Las acciones a evaluar fueron las siguientes:

a. Promoción y apoyo de la lactancia materna.

- b. Suplementación de vitamina A.
- c. Provisión de micronutrientes en polvo.
- d. Desparasitación y vacunación de niños y niñas.
- e. Suplementación de hierro y ácido fólico para prevención y/o tratamiento de la anemia en mujeres en período de gestación.

1.4 Delimitación

1.4.1 Temporal

Se investigó el impacto social del programa de la Ventana de los Mil Días en comunidades del municipio de Santa Cruz Verapaz, en el período comprendido de marzo a septiembre del año 2 015.

La investigación se inició con el análisis de los datos numéricos del año 2 012 que proporcionó la Dirección de Área de Salud, se hizo un estudio cronológico de los casos identificados durante ese año y la evolución que tuvieron durante la Ventana de los Mil Días.

Se colocaron como marco de referencia el año 2 015, que es durante este año que se realizó el estudio, el cual tuvo una duración de 6 meses, tomando en cuenta la fase de planificación y recolección de datos. Este proceso inició durante el mes de marzo y culminó en septiembre del año 2 015.

1.4.2 Espacial

Desnutrición crónica en las comunidades de Saquija, Chitul, San Rafael I y Chisacsi del municipio de Santa Cruz Verapaz, departamento de Alta Verapaz.

1.5 Alcance

Se evaluó la desnutrición crónica en el municipio de Santa Cruz Verapaz, a través de la implementación de las acciones contempladas dentro de la Ventana de los Mil Días, del Plan Pacto Hambre Cero.

La información cuantitativa se obtuvo por medio de información recabada por la SESAN y la DASAV. Los datos cualitativos se obtuvieron por medio de estudios de casos de desnutrición crónica en niños de 0 a 2 años de vida, que es el marco de referencia de la Ventana de los Mil Días.

En los estudios de casos también se evaluaron a las madres de familia y el entorno de los niños/as del municipio de Santa Cruz Verapaz.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1 Desnutrición

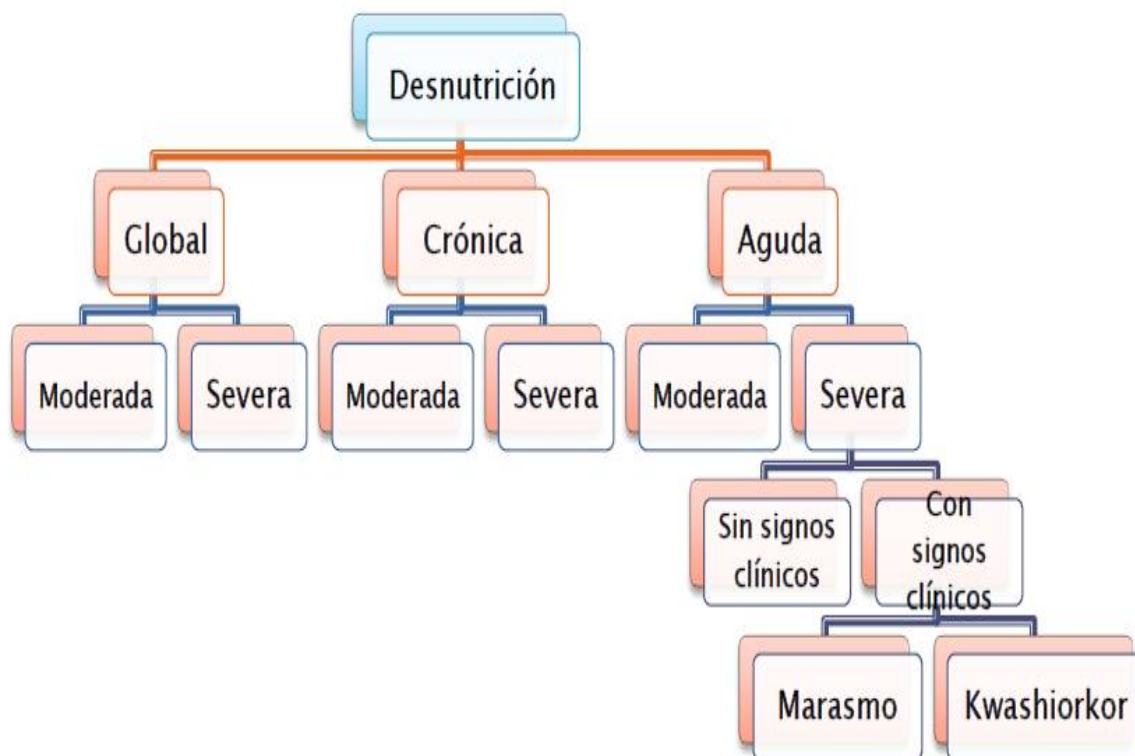
Según las definiciones de Omar Leiva Vásquez, en un estudio realizado sobre la desnutrición en Guatemala, considera a la desnutrición como una enfermedad que en el ser humano es causada por el consumo insuficiente de alimentos, o por el padecimiento continuo de enfermedades infecciosas. Cuando una persona presenta desnutrición, esta se manifiesta por medio del peso corporal, disminuye notablemente con relación a la edad y estatura del individuo.

Cuando se presenta la desnutrición, es importante tratar de forma inmediata al paciente, ya que presenta carencia de vitaminas y minerales conlleva a un retraso en el crecimiento y a la malnutrición por carencia de micronutrientes.

La desnutrición puede ser clasificada de la manera siguiente:

- a. Global.
- b. Crónica.
- c. Aguda.

IMAGEN 1 CLASIFICACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN



Fuente: Leiva Vásquez, Omar. *Desnutrición en Guatemala*. Año 2014.

2.1.1 Desnutrición global

Se caracteriza porque presenta un cuadro de bajo peso con relación a la edad del individuo, además, indica la situación presente y pasada de la persona. Se utiliza para el monitoreo de crecimiento y su indicador es el peso/edad (P/E).

2.2.2 Desnutrición crónica

Es conocida también con el nombre de retardo en el crecimiento. Se manifiesta por una baja talla con relación a la edad del individuo, como consecuencia de enfermedades frecuentes a una ingesta de alimentos deficiente por largo tiempo. Su indicador es la talla /edad (T/E).

2.2.3. Desnutrición aguda

Se manifiesta por el bajo peso que tiene el individuo con relación a la talla. Se origina por una situación reciente de falta de alimentos o una enfermedad que haya producido una pérdida rápida de peso. El indicador de este tipo de desnutrición es el peso/talla (P/T).

Este tipo de desnutrición (aguda), puede presentarse de las formas siguientes:

a. Marasmo

Es el tipo de desnutrición caracterizado por adelgazamiento de tejidos magros y ausencia de tejido muscular que da la apariencia de vejez. Se manifiesta por medio de delgadez extrema del individuo.

b. Kwashiorkor

Es el tipo de desnutrición que se presenta como consecuencia de una alimentación deficiente en proteínas. Se caracteriza por los edemas o hinchazón de la cara y extremidades, o también, por costras y descamación de las extremidades inferiores.

c. Kwashiorkor marasmática (mixta)

Es la combinación de dos tipos de desnutrición (marasmo y kwashiorkor). Se produce cuando el individuo tiene desnutrición energética, es decir, proteico en su forma crónica y deficiencia aguda de proteínas.

La persona presenta: Edema, estatura baja con relación a la edad, emaciación, cambios en la piel y adelgazamiento del cabello.

IMAGEN 2 TIPOS DE DESNUTRICIÓN



Fuente: Investigación de campo. Año 2 015.

2.2 Pobreza

Roberto Arriaza, define a la pobreza como la situación donde la persona no tiene la posibilidad de acceder a los satisfactores a sus necesidades básicas de alimentación, vestuario, vivienda, educación y salud, debido a que su condición económica y social es inferior a la de otros individuos.

La pobreza presenta varias características, debido a que es un estado dinámico, Arriaza la clasifica de la manera siguiente:

2.2.1 Individual

Se caracteriza porque solo afecta a una persona o a una familia. Además, esta persona no tiene las facultades físicas ni mentales para acceder a los medios que satisfagan sus necesidades básicas, debido a su condición de salud.

2.2.2 Colectiva

Este tipo de pobreza no afecta a una persona o a una familia, sino todo lo contrario, es la pobreza que sufre una comunidad o número importante de personas que habitan un mismo lugar.

La limitación que presentan estos individuos que viven este tipo de pobreza, se debe a que la situación económica, agrava la posibilidad que tienen de acceder a los recursos necesarios para cubrir sus necesidades, como consecuencia de un bajo desarrollo económico y social.

Las tasas de mortalidad aumentan, debido a que no poseen la capacidad de recibir una buena alimentación, acortando la esperanza de vida.

2.2.3 Cíclica

Tipo de pobreza que alcanza a grandes porciones de la sociedad, de forma pasajera, es decir, que las dificultades se presentan como consecuencia de desastres naturales o problemas agrícolas y pecuarios.

Otra forma de clasificar la pobreza, según Spicker, en un estudio de las ciencias sociales con relación a las carencias, estas pueden ser:

a. Absolutas

Donde las personas no tienen la posibilidad de acceder a la satisfacción de las necesidades básicas de alimentación, educación, salud y vestuario.

b. Relativas

En este tipo de pobreza se presenta dependiendo del lugar donde nos situemos. Por ejemplo, la pobreza que presentan los norteamericanos es diferente a la pobreza que existe en Centro América.

c. Educación

Se da cuando las personas no tienen acceso a la educación, lo que dificulta que accedan al mercado laboral y poder así tener acceso a los satisfactores de las necesidades.

d. Servicios

Es el tipo de pobreza en la que las personas no pueden acceder a los servicios de energía eléctrica, agua, drenajes, entre otros, por no contar con el efectivo para costearlos, o porque viven alejadas de las zonas urbanas.

e. Salud

En este tipo de pobreza, las personas no tienen acceso a la salud privada, recurriendo a la salud cuyas condiciones y resultados no suelen ser los ideales. Además les resulta mucho más complicado acceder a los medicamentos en caso de no ser dados de forma gratuita.

Según el Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales, los pobres se encuentran en esta situación, porque carecen de los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas de alimentación, vivienda, vestido, salud y educación.

La pobreza se caracteriza por una sensación de falta de voz y de poder, en especial respecto de su representación e interacción con las instituciones.

Según Spicker, en las ciencias sociales hay por lo menos doce acepciones del término pobreza, las que se dividen en tres grupos:

- 1) La pobreza como un concepto material, es decir que se es pobre porque se carece de recursos para acceder a lo que se necesita. Entre estas definiciones están: Necesidad, patrón de privaciones y limitación de recursos.
- 2) La pobreza como situación económica, está asociada principalmente a la falta de ingresos económicos y se expresa en: Nivel de vida desigualdad y posición económica.
- 3) La pobreza como un juicio moral. En regencia a que la privación en tanto constituye una creencia severa es moralmente inaceptable.

2.3 Medición de la pobreza

Según Ileana Pinto, la pobreza y su medición esta asociada a una escala de privación de ciertos activos que bajo criterios se consideran básicos; los que además tienen que ser observables y medibles tales como: Los ingresos económicos, el acceso agua potable, etc. Ello define los principales criterios de bienestar:

2.3.1 La capacidad adquisitiva del ingreso o el consumo de bienes y servicios de las personas o los hogares en relación al umbral establecido.

2.3.2 El acceso de las personas o los hogares a una canasta mínima de bienes y servicios.

2.4 Marco legal Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)

El fundamento legal de la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN) se basa en la *Constitución Política de la República de Guatemala*. El Artículo 2, Deberes del Estado, garantiza la vida, la seguridad y el desarrollo integral a las y los habitantes de la República; la alimentación y la nutrición son partes inherentes a dichos derechos.

La especificidad se acentúa en el artículo 94 constitucional, que establece la obligación del Estado de proveer salud y asistencia social; además, dicho Artículo enuncia el compromiso explícito de procurar a los habitantes el más completo bienestar físico, mental y social.

El artículo 97 de la *Carta Magna* norma el uso racional de la fauna, la flora, la tierra y el agua; finalmente, el artículo 99, referente a la alimentación y nutrición, establece el mandato concreto de implementar un sistema alimentario nacional efectivo.

En esa línea, la PSAN responde al compromiso nacional de promover el desarrollo humano sostenible y la ampliación y profundización de la gestión democrática del Estado. La Política se inserta en la estrategia de reducción de la pobreza y responde a los Acuerdos de Paz, los cuales consideran “objetivos sucesivos de desarrollo, a partir de un primer e inmediato objetivo

de seguridad alimentaria y adecuada nutrición para las familias y comunidades”.

Mediante el Acuerdo Gubernativo No. 278-98, el Estado se compromete a mejorar las condiciones alimentarias de la población. En dicho acuerdo se da el mandato explícito al Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación de:

“Atender los asuntos concernientes al régimen jurídico que rige la producción agrícola, pecuaria forestal e hidrobiológica, así como aquellas que tienen por objeto mejorar las condiciones alimentarias de la población, la sanidad agropecuaria y el desarrollo productivo nacional”.⁴

Asimismo, el *Código de Salud* en el artículo 43 indica que “se promoverán acciones que garanticen la disponibilidad, producción, consumo y utilización biológica de los alimentos tendientes a lograr la seguridad alimentaria y nutricional de la población guatemalteca”⁵.

Por otro lado, es importante hacer referencia a los compromisos asumidos por Guatemala mediante la suscripción de protocolos y convenios internacionales, tales como: La Cumbre Mundial a favor de la Infancia (1990); las resoluciones de la Conferencia “Acabando con el Hambre Oculta” (1992); la Declaración de Roma sobre la Seguridad Alimentaria Mundial, proclamada en 1996; la Declaración de Roma Cinco Años Después; las Metas del Milenio; el Codex-Alimentarius; el Convenio de Diversidad Biológica Río de Janeiro, junio de 1992; y el Protocolo de Cartagena sobre la Seguridad en Biotecnología, Montreal, enero de 2000; asimismo, la ratificación del *Código de Conducta para la Pesca Responsable*, FAO, 1996.

⁴ Acuerdo Gubernativo 278-98. Guatemala 1 998.

⁵ *Ibíd.*

2.5 Estrategias de intervención de seguridad alimentaria

La Secretaría de Seguridad Alimentaria (SESAN), contempla las estrategias de intervención siguientes:

2.5.1 Establecimiento del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional

Diseñar e implementar un marco normativo e institucional para la coordinación de las acciones de SAN, que asegure la ejecución de la presente política y la integración de las instituciones y organizaciones, nacionales e internacionales, involucradas en la SAN.

2.5.2 Sensibilización

Sensibilizar a las instituciones del sector público, sociedad civil y organismos internacionales, sobre la magnitud, trascendencia, tratamiento del problema alimentario y nutricional y sus consecuencias, así como de los compromisos que deberá asumir cada una de las partes involucradas en la perspectiva de su solución.

2.5.3 Articulación de actores

La implementación de la Política SAN se llevará a cabo, en el marco del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, de manera descentralizada, incluyente y coordinada entre las instituciones gubernamentales, la sociedad civil y la cooperación internacional, en los ámbitos nacional, departamental, municipal y local, promoviendo la participación de la mujer y de los pueblos indígenas en distintas acciones.

2.5.4 Generación de empleo

Promover que las políticas públicas que contribuyan a la SAN (camino, infraestructura básica, acceso al agua, extensión agrícola, pequeñas y medianas empresas, etc.) Tendrán entre sus objetivos la generación de empleo local.

2.5.5 Promoción de sistemas de producción sostenible

La Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional fomentará la promoción de sistemas de producción agropecuaria sostenibles, fortaleciendo las diversas formas productivas, en el marco de la interculturalidad, así como las cadenas productivas, y disminuyendo los niveles de intermediación comercial entre productores y consumidores.

2.5.6 Priorización de poblaciones y áreas geográficas

Identificar grupos de población y áreas geográficas con alta vulnerabilidad alimentaria y nutricional, con énfasis en mujeres embarazadas, lactantes y niños menores de 3 años, focalizando acciones y recursos en la lucha contra la desnutrición, el hambre y la pobreza.

2.5.7 Formación de capital humano

Desarrollar programas integrados de información, educación y adiestramiento, para la implementación de la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional, promoviendo la participación ciudadana en el proceso de seguimiento y fiscalización de la misma.

2.5.8 Respuesta ante emergencias

Fortalecer la capacidad de respuesta, gubernamental y social, frente a las emergencias de inseguridad alimentaria y nutricional, provocada por fenómenos naturales, económicos y sociales,

desarrollando las capacidades necesarias para reaccionar eficiente y oportunamente.

2.5.9 Establecimiento del sistema de información, monitoreo, evaluación y alerta de la seguridad alimentaria y nutricional

Diseñar e implementar un sistema nacional de información, monitoreo y alerta de la inseguridad alimentaria, para facilitar la toma de decisiones en los diferentes ámbitos político-administrativos. El sistema incluirá acciones de investigación que permita caracterizar mejor a las poblaciones más vulnerables, conocer la situación de SAN del país, emitir alertas tempranas y medir la eficacia de las acciones implementadas.

2.5.10 Respeto a la diversidad étnica y cultural

Las acciones que se implementen deberán respetar y responder a la diversidad étnica y cultural del país, para asegurar que a la población destinataria le sea respetada su identidad y derechos culturales, patrones de consumo, formas de organización, sistemas normativos y prácticas productivas.

2.5.11 Articulación con políticas nacionales de desarrollo

La Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional, se implementará de manera articulada con las políticas nacionales de desarrollo económico, social y ambiental, garantizando su vigencia en los convenios o tratados de los que el Estado de Guatemala forme parte.

2.6 Plan Hambre Cero

Es una estrategia conjunta de atención a la desnutrición crónica, la desnutrición aguda y la inseguridad alimentaria.

Busca crear condiciones necesarias para generar en mediano y largo plazo, Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) efectiva y sostenible, por medio de intervenciones, planes y proyectos integrales que respondan a la multicausalidad del problema.

2.6.1 Población objetivo

- a. Niños menores de cinco años, con prioridad a niños menores de dos años dentro de la ventana de los Mil Días.
- b. Mujeres en período de gestación, madres lactantes y mujeres en edad fértil de 12 a 45 años de edad.
- c. Población vulnerable a inseguridad alimentaria

2.6.2 Ventana de los Mil Días

Es una estrategia del Plan Pacto Hambre Cero, que tiene como prioridad a las madres y niños de cero a dos años de vida.

Por medio de la priorización de diez intervenciones que conduzcan a la disminución de la desnutrición crónica, la Ventana de los Mil Días resulta ser una intervención efectiva con la puesta en marcha de las acciones siguientes:

- a. “Promoción y apoyo de la lactancia materna
- b. Mejoramiento de la alimentación complementaria, a partir de los seis meses de edad.
- c. Mejoramiento de prácticas de higiene incluyendo el lavado de manos.
- d. Suplementación de vitamina A.
- e. Suplementación de zinc terapéutico en el manejo de la diarrea.
- f. Provisión de micronutrientes en polvo.
- g. Desparasitación y vacunación de niños y niñas.
- h. Suplementación de hierro y ácido fólico para prevención y/o tratamiento de la anemia en mujeres embarazadas.

- i. Prevención de la deficiencia de yodo, a través de sal yodada.
- j. Fortificación de los alimentos básicos con micronutrientes”.⁶

6.2.3 Resultados en madres y nacimientos

- a. Suplementación de folato de hierro.
- b. Suplementos de micronutrientes múltiples para la madre.
- c. Yodación a través de la sal yodada para la madre.
- d. Suplementación con calcio para la madre.
- e. Intervenciones para reducir el consumo de tabaco o la contaminación del aire en ambientes cerrados.

6.2.4 Bebés recién nacidos

- a. Fomento de la lactancia (asesoramiento individual y grupal).

6.2.5 Infantes y niños

- a. Fomento de la lactancia (asesoramiento individual y grupal).
- b. Comunicación de cambio de comportamiento para la mejora de la alimentación complementaria.
- c. Suplementación con zinc.
- d. Zinc en el tratamiento de la diarrea.
- e. Suplementación y enriquecimiento con vitamina A.
- f. Yodación de la sal universal.
- g. Intervenciones relativas al lavado de manos y la higiene.
- h. Tratamiento de la desnutrición grave (desnutrición aguda).

6.2.6 Resultados en madres y nacimientos

- a. Suplementos proteicocalóricos balanceados para la madre.
- b. Suplementos yodados para la madre.
- c. Desparasitación durante el embarazo.
- d. Tratamiento preventivo recurrente de la malaria.
- e. Redes para camas tratadas con insecticidas.

⁶ Gobierno de Guatemala. *Plan del Pacto Hambre Cero*. Año 2 012.

6.2.7 Infantes y niños

- a. Programas de transferencia de dinero condicionados (con educación sobre nutrición).
- b. Desparasitación.
- c. Programas de suplementación y enriquecimiento con hierro.
- d. Redes para camas tratadas con insecticidas.

CAPÍTULO 3

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación

3.1.1 Cuantitativo

En una investigación el análisis cuantitativo se orienta a investigar las cantidades sobre el objeto de la investigación. Son los datos numéricos, cuantificables durante un proceso investigativo que arroja estadísticas exactas de los fenómenos que se investigan.

3.1.2 Cualitativo

En investigación el análisis cualitativo se centra en la calidad, a diferencia del cuantitativo que se centra en la cantidad o dato exacto del fenómeno que se este investigando. Lo cualitativo puede ser además, una calificación de las cualidades sobre los datos numéricos o estadísticos.

3.2 Método

La investigación se realizó en el municipio de Santa Cruz Verapaz, departamento de Alta Verapaz, durante el período comprendido de marzo a septiembre del año 2 015, siendo sujeto de estudio los/as niños de cero a 2 años de vida contemplados dentro de la Ventana de los Mil Días, que presentan casos de desnutrición crónica.

Se empleó un método de investigación mixto, se utilizó el paradigma cualitativo y cuantitativo, con lo que se pretendió que la información numérica recopilada tengan respaldo con el análisis de los datos cualitativos;

asimismo fueron tomadas en consideración opiniones emitidas por personal de salud pública y familiares de los/as niños con cuadros de desnutrición en el municipio.

3.3 Técnicas e instrumentos

La información cuantitativa se obtuvo de los datos manejados por el Área de Salud de Alta Verapaz, Centro de Atención Permanente de Santa Cruz Verapaz, Centros de Convergencia de las comunidades priorizadas (Chitul, Chisacsi, Saquijá y San Rafael 1) y Secretaría de Seguridad Alimentaria de Santa Cruz Verapaz.

Además, la información cualitativa fue obtenida con las familias de los/as niños/as que presentaron cuadros de desnutrición crónica dentro de la Ventana de los Mil Días, que se contempla desde la concepción hasta que el infante tiene dos años de vida.

Las técnicas de investigación que se utilizaron son las siguientes:

3.3.1 Entrevistas

Se realizaron de dos formas. En primer lugar entrevistas semiestructuradas con preguntas generadoras al personal administrativo de salud pública de las instituciones arriba mencionadas y las entrevistas abiertas a madres de familia o en período de gestación, que presenten cuadros de desnutrición durante y después del embarazo.

3.3.2 Encuesta

Se aplicaron por medio de un cuestionario a los/as asistentes al Centro de Atención Permanente y Centros de Convergencia Comunitarios del municipio de Santa Cruz Verapaz.

3.3.3 Observación

Se observó al personal de salud durante la atención de los pacientes en el Centro de Convergencia y de Atención Permanente, durante las visitas que los sujetos de la investigación hicieron a las instalaciones.

También se observaron las instalaciones, actitudes y dotación de medicamentos e insumos a los pacientes con cuadros de desnutrición crónica.

3.3.4 Estudio de casos

Por medio de visitas domiciliarias a familias en las que presentan un caso de desnutrición crónica, la información se obtuvo por medio de guía de preguntas a los integrantes del núcleo familiar.

3.3.5 Investigación documental

Se investigaron si han realizado estudios previos sobre la desnutrición crónica en el municipio de Santa Cruz Verapaz, dentro de la Ventana de los Mil Días del Pacto Hambre Cero y los alcances de la misma.

3.3.6 Investigación de campo

Con la que se pretendió comprobar o rechazar las hipótesis de la investigación, por medio de la recolección y análisis de los datos obtenidos.

Los instrumentos utilizados por las técnicas mencionadas anteriormente, fueron los siguientes:

- a. Guía para entrevista.
- b. Cuestionario.
- c. Guía para observación.

- d. Información estadística.
- e. Interpretación de gráficas.
- f. Fichas bibliográficas.
- g. Cámara fotográfica.
- h. Grabadoras.

3.4 Criterios de selección

Se realizó una investigación donde la recolección de datos, se efectuó por medio de entrevistas al Director del Distrito de Salud del municipio de Santa Cruz Verapaz sobre las cuatro comunidades seleccionadas (Saquiya, Chitul, San Rafael I y Chisacsi). También fueron entrevistados el encargado de la Dirección de Área de Salud de Alta Verapaz y de la Secretaría de Seguridad Alimentaria.

Se realizaron encuestas al personal de salud (administrativo, enfermeras y médicos, entre otros), además a las personas que asisten al Centro de Atención Permanente de Santa Cruz y a los Centros de Convergencia en calidad de pacientes.

Con los datos se elaboraron las estadísticas que luego fueron analizadas, para conocer si las acciones contempladas dentro de la Ventana de los Mil Días tuvieron el impacto esperado en la reducción de la desnutrición crónica y el impacto social.

La información fue vaciada en una matriz que facilitó la tabulación de los datos, para luego analizarlos y llegar a las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

Se elaboró un informe con información sobre el tema, delimitaciones, análisis de resultados, conclusiones y recomendaciones; información que fue empleada para presentar los resultados de la tesis.

La información obtenida de los estudios de casos realizados con los familiares de niños/as con casos de desnutrición crónica, respaldaron la información cuantitativa y sirvió para conocer el impacto social de la Ventana de los Mil Días en el municipio de Santa Cruz Verapaz.

3.5 Muestra

En el municipio de Santa Cruz Verapaz, Alta Verapaz, existen 39 comunidades, de las cuales se priorizaron cuatro de ellas con el apoyo de la Secretaría de Seguridad Alimentaria (SEESAN), quien proporcionó los datos de las comunidades donde tienen registro de casos de desnutrición, siendo las siguientes:

- a. Saquija.
- b. Chitul.
- c. San Rafael 1.
- d. Chisacsi.

La cantidad de comunidades fueron seleccionadas con la fórmula estadística siguiente:

$$n = \frac{N}{N(d)^2 + 1}$$

En donde:

n = tamaño de la muestra

N = Universo (39 comunidades)

2 = Constante

d = Grado de error del 0.1

1 = Constante

$$n = \frac{39}{39(0.1)^2+1} = 4.4318 \approx 4 \text{ comunidades del municipio}$$

La información econumérica de la implementación de las acciones de la Ventana de los Mil Días, fue obtenida de los centros de convergencia de las 4 comunidades mencionadas. También, se obtuvo información de la Dirección de Área de Salud de Alta Verapaz (DASAV), Centro de Atención Permanente (CAP), Centros de Convergencia y de la Secretaría de Seguridad Alimentaria (SESAN).

La información cualitativa que apoyó la información estadística, se obtuvo por medio de entrevistas abiertas realizadas a familiares de los/as niños con casos de desnutrición crónica.

3.6 Hipótesis

Las acciones realizadas por el Gobierno para reducir la desnutrición crónica, dentro de la Ventana de los Mil Días en el municipio de Santa Cruz Verapaz, no han surtido el efecto esperado, debido a la inseguridad alimentaria, pobreza, políticas públicas, accesibilidad a los servicios de salud, el desconocimiento en la ingesta de otros alimentos, la falta de higiene y la lactancia materna complementaria después de los 6 meses de vida.

3.7 Variables

3.7.1 Pobreza.

3.7.2 Políticas públicas.

3.7.3 Seguridad alimentaria.

3.7.4 Acceso a la salud.

3.7.5 Salud preventiva.

3.7.6 Lactancia materna.

3.8 Indicadores

3.8.1 Desempleo.

3.8.2 Salud.

3.8.3 Educación.

3.8.4 Ingresos.

3.8.5 Vigencia de las políticas.

3.8.6 Aplicación de políticas.

3.8.7 Canasta básica.

3.8.8 Acceso a los alimentos.

3.8.9 Ingesta de nuevos alimentos.

3.8.10 Lactancia materna exclusiva.

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 Desnutrición crónica en el municipio de Santa Cruz Verapaz

Por medio de entrevistas realizadas al Director y Nutricionista del Área de Salud de Alta Verapaz (DASAV), el municipio de Santa Cruz Verapaz, se encuentra en el ámbito departamental en el octavo lugar, con un porcentaje de 57.6 de desnutrición crónica y aguda en el departamento. De los 159 casos reportados de desnutrición, 126 corresponden a desnutrición aguda en niños/as mayores de tres años de edad; 33 casos se reportan en niños menores de dos años, de los cuales 13 corresponden a desnutrición crónica y el resto a desnutrición estacional.

Los casos de desnutrición crónica son tratados de forma inmediata con suplementación de zinc en menores de dos años, bionutrientes, se vigilan los casos y se reportan a la Secretaría de Seguridad Alimentaria (SESAN), para que les den seguimiento.

Los niños/as menores de dos años son monitoreados cada mes para verificar el progreso del paciente, saber cuánto peso y centímetros ha adquirido y poder verificar si el tratamiento es el adecuado.

CUADRO 1

CENSO DE PESO Y TALLA EN ALTA VERAPAZ

Prioridad a Nivel Nacional	Prioridad a Nivel Deptal.	Municipio	% Prevalencia de Retardo en Talla Total	Categoría Vulnerabilidad Nutricional
33	1	Tamahú	70.4	Muy Alta
61	2	San Cristóbal Verapaz	63.8	Muy Alta
72	3	Tactic	61.9	Muy Alta
79	4	Lanquin	60.5	Muy Alta
83	5	Senahú	60.1	Muy Alta
92	6	San Juan Chamelco	58.5	Alta
93	7	San Miguel Tucurú	58.4	Alta
94	8	Santa Cruz Verapaz	57.6	Alta
105	9	Chahal	55.1	Alta
112	10	La Tinta	53.4	Alta
120	11	Panzós	52.1	Alta
121	12	Santa María Cahabón	51.1	Alta
130	13	San Pedro Carchá	49.3	Alta
152	14	Chisec	45.8	Alta
158	15	Fray Bartolomé De Las Casas	44.3	Alta
163	16	Cobán	43.2	Alta

Fuente: MINEDUC – SESAN. Año 2 014.

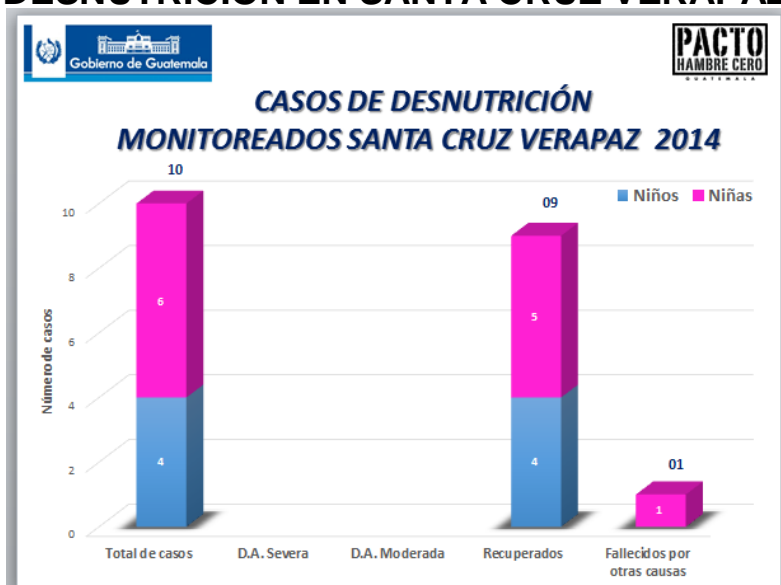
El Plan del Pacto de Hambre Centro y la Ventana de los Mil Días, permite medir el progreso y evolución de los casos de desnutrición crónica; antes de que se empleara este plan de monitoreo, se daba seguimiento de forma esporádica, solo cuando la madre acudía al puesto de salud, no se realizaban visitas a los domicilios, y se apoyaba al niño/a, con suplementación de vitaminas.

Con la Ventana de los Mil Días, el control de los casos con desnutrición es más exhaustivo, se concientiza a la población sobre la importancia del monitoreo de crecimiento y los beneficios de una buena alimentación e higiene en la manipulación de los alimentos.

Se ha logrado una vigilancia activa de la desnutrición, se amplió y mejoró la cobertura de suplementación, se motiva a las madres a realizar lactancia de manera exclusiva y complementaria después de los seis meses de vida del niño/a, la vacunación, medición, dotación de micronutrientes (chispitas), han permitido que los casos de muertes se hayan reducido en un 1.33 por ciento en el ámbito municipal.

GRÁFICA 2

DESNUTRICIÓN EN SANTA CRUZ VERAPAZ



Fuente: Dirección de Salud de Alta Verapaz. Año 2015.

Cuando un caso de desnutrición es reportado a la SESAN, se procede a evaluarlo, monitorearlo y darle seguimiento por medio de la medición y pesaje, suplementación de micronutrientes en polvo, vita cereal y vitamina A.

Estas acciones han permitido que de cada diez casos reportados, nueve se hayan recuperado. Cuando se da un caso de fallecimiento, se debe a que los niños además del cuadro de desnutrición, presentan problemas cardíacos, respiratorios y gastrointestinales, complican el diagnóstico, por ser difícil la recuperación de estos.

La Ventana de los Mil Días, según el Director de la DASAV, ha sido clave en el desarrollo, ya que permite la reducción de muertes en niños/as por desnutrición, al brindar tratamiento oportuno a los casos por medio de la suplementación y vacunación; además a largo plazo previene que hayan casos de desnutrición aguda y crónica con los que se evitan enfermedades generales.

Otro factor clave, es que ahora la población busca ayuda en los centros de salud, lo que no ocurría hace diez años, donde era difícil medir la desnutrición, las madres no asistían a control pre y postnatal.

En el Centro de Atención Permanente (CAP), del municipio de Santa Cruz Verapaz, el Director expresó que son trece casos de desnutrición los que atienden, de los cuales siete son severos, a estos casos se les da atención especial, son constantemente monitoreados por enfermeras auxiliares que realizan visitas domiciliarias, suplantándolos con cereal, vitaminas y carbohidratos.

Cuando es identificado un caso de desnutrición severa, se procede a trasladarlos al Centro de Recuperación Nutricional (CRN), que se encuentra ubicado en el municipio de San Cristóbal Verapaz, donde le administran un Tratamiento Lácteo Complementario (TLC), preparado para su consumo inmediato. Cuando el paciente sale del centro de atención, las enfermeras monitorean constantemente al niños/a en un período de dos a tres meses, hasta que termine la crisis.

FOTOGRAFÍA 1

ENTREVISTA AL DIRECTOR DEL CAP SANTA CRUZ VERAPAZ



Tomada por: Emily García Rivera. Año 2 015.

La Ventana de los Mil Días, permite que se detecten más niños desnutridos, gracias a la búsqueda activa y la sensibilización del personal de salud sobre el tema de seguridad alimentaria y mala alimentación. Además, con el nuevo Modelo Incluyente en Salud (MIS), la información ya no se desvía a las prestadoras de salud, sino que ahora todo queda registrado dentro del Centro de Atención Permanente (CAP), y las medidas son más inmediatas.

Con la creación de la Comisión Nacional para la Seguridad Alimentaria (CONASAN), se sistematizó el enfoque, delimitando los tipos de desnutrición, talla, peso, control estricto y obligatorio de los casos para atenderlos inmediatamente y estabilizarlos. El Plan del Pacto Hambre Cero, permitió delimitar una pirámide de control, que inicia por los puestos de salud, centro de atención y centro de convergencia.

Los puestos de salud de las comunidades Chitul y Saquijá, actualmente se encuentran fuera de funcionamiento, a pesar que cuentan con

instalaciones físicas en condiciones aceptables a la atención de pacientes, no tienen personal, esto se debe a que en el año 2 014, el gobierno de la república de Guatemala, suspendió los contratos de las prestadoras de salud que colaboraban con el Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSPAS), por falta de presupuesto para cubrir el servicio de salud en el área rural del país.

Como respuesta a la necesidad en salud, en el año 2 015 el gobierno implementó el Modelo Incluyente en Salud (MIS), que busca que el personal de los Centros de Atención Permanente, tengan directamente la atención de los puestos de salud y centros de convergencia en el área rural, por medio de visitas y rotación de enfermeras/as auxiliares; pero debido a lo reciente del modelo aun no se han afinado detalles, por esta razón que en la comunidad Saquijá y Chitul, desde hace ocho meses no hay consultas.

Se espera que para el año 2 016 se regularice la atención en salud, por medio de visitas periódicas de enfermeras del centro de salud a los centros de convergencia que se encuentran cerrados actualmente. El personal de salud esta consiente de la demanda poblacional, pero no se da abasto debido a que no tienen los elementos suficientes para cubrir todas las comunidades del municipio de Santa Cruz Verapaz, Alta Verapaz.

Cuando las prestadoras de salud funcionaban, se tenía una cobertura mayor en salud, porque había personal de planta en los puestos de salud y centros de convergencia, al dejar de funcionar las prestadoras se dejó de lado la atención al área rural. Prácticamente son atendidas únicamente las personas que asisten al centro de salud, pero la población que no tienen recursos para movilizarse no cuenta con la atención apropiada, se dejó sin efecto la vacunación, pesaje y talla de sus hijos/as.

Las personas de Saquijá y Chitul, para ser atendidos deben viajar al municipio, lo que se les dificulta ya que deben pagar transporte para su

traslado debido a la distancia que hay de la comunidad al Centro de Atención Permanente (CAP), lo que ha provocado que las visitas sean espaciadas y que se programen las fechas para recibir las vacunas correspondientes a los niños menores de dos años de edad.

Para recibir la atención médica en la comunidad Chisacsi, no existe centro de convergencia, por lo que deben trasladarse a la comunidad de Chijou, que está a tres kilómetros de distancia. El Puesto de Salud de Chijou, atiende además las comunidades de Santa Elena, Pancoyou, Chajcojoj y Chisacsi, lo que dificulta que asistan debido a la distancia que deben recorrer y que los buses de transporte hacen el recorrido dos veces al día, es el principal problema para que las madres lleven con regularidad a los/as niños a control de peso y talla.

Las instalaciones del puesto de salud de Chijou, están en buenas condiciones, tienen una enfermera auxiliar, un enfermero profesional, quienes se encargan de atender a la población que los visita. Reciben donaciones del propietario de la empresa Chisacsi, lo que ayuda a que cuenten con medicamentos y vitaminas que son entregados a los/as niños con problemas de mal nutrición.

FOTOGRAFÍA 2

PUESTO DE SALUD CHIJOU



Tomada por: Emily García Rivera. Año 2 015.

Los casos de desnutrición que llegan al puesto de salud, son monitoreados por medio de visitas mensuales realizadas por la enfermera profesional asignada al área de cobertura, quien mide, pesa y suplementa al niño/a desnutrido con vita cereal, micronutrientes (chispita), vitamina A y en algunos casos se les da arroz, incaparina y vitaminas que donan personas externas al puesto de salud.

Todos los casos de desnutrición son reportados al CAP de Santa Cruz, quien se encarga de remitirlos los datos a la Dirección de Salud y Secretaria de Seguridad Alimentaria.

En la comunidad San Rafael I, no existe centro de convergencia, por lo que una enfermera del centro de salud de Santa Cruz, visita la comunidad una vez cada quince días, para suplementar a madres y niños, medir, pesar y vacunar. Esta actividad la realizan en la casa del guardián de la Finca San

Rafael, debido a que varios de los comunitarios trabajan en dicho lugar en la siembra y cosecha de tomate.

FOTOGRAFÍA 3

MADRES SAN RAFAEL 1



Tomada por: Emily García Rivera. Año 2 015.

La comunidad San Rafael 1 no tiene acceso vehicular, por lo que se dificulta aun más la atención en salud, es por ello que las visitas de la enfermera se realizan en las instalaciones de la finca. Esta comunidad debido a la distancia a la que se encuentra del área urbana, es donde existe en mayor número de casos de pobreza, desnutrición crónica y aguda, por lo distante de esta comunidad es aquí donde se muestra la crudeza de la pobreza y la desnutrición. A pesar del programa de Gobierno Pacto Hambre Cero, la calidad de la atención en salud del personal, es deficiente, debido a que no cuentan con instalaciones apropiadas para que se atiendan a los/as comunitarios, no tienen insumos, la enfermera que visita la comunidad lo hace cuando puede, porque las condiciones climáticas y distancia dificulta que realice las visitas cada quince días como esta programado.

San Rafael 1, tiene muchas necesidades insatisfechas y necesita apoyo y seguimiento constante, la mayoría de familias tienen casos de desnutrición estacional, aguda y crónica.

4.2 Acciones de la Ventana de los Mil Días

A continuación se detalla la investigación de campo realizada en las comunidades Chitul, Saquijá, San Rafael 1 y Chisacsi, centrándose en el cumplimiento de las acciones contempladas en la Ventana de los Mil Días, en la reducción de la desnutrición crónica en madres y niños/as menores de dos años de edad.

4.2 1 Promoción y apoyo de la lactancia materna

En el puesto de salud de Chijou, durante las visitas a los comunitarios de San Rafael y en la consulta externa del Centro de Atención Permanente de Santa Cruz Verapaz, se observó que los/as enfermeros dan charlas sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva y complementaria. Las charlas se desarrollan de la manera siguiente: Por medio de paleógrafos una enfermera/o se para en la sala de espera de la consulta externa y le habla a los presentes sobre lo importante que es amantar a los niños/as sólo con leche materna durante los primeros seis meses de vida, y que después deben iniciar a darle papillas para que los niños reciban mayor cantidad de minerales y vitaminas, debido a que la leche materna después de los seis meses no es suficiente para alimentar correctamente al niño/a.

Las charlas tienen una duración de veinte minutos, la información se da en idioma *Pocomchí*, el problema de utilizar este método de enseñanza se encuentra en que la información se da en una sola vía, debido a que la enfermera da su monologo y al culminar pregunta al

público si tiene dudas, lo que no resulta efectivo y si las personas tienen dudas no las manifiestan, además, no existe una evaluación del proceso para constatar si la información fue asimilada.

El auditorio se encuentra distraído durante la charla debido a que durante el transcurso de esta, deben estar pendientes al llamado que les hagan para ingresar a las clínicas, además existen otros distractores como lo son la televisión de la sala de espera, los vendedores ambulantes y la movilización de las personas que ingresan y egresan del centro o puesto de salud.

Las charlas sobre lactancia materna se dan una vez al mes y siempre se emplea la misma metodología de enseñanza que es un método excluyente que no permite verificar si la información es asimilada de forma exitosa.

Cuando las madres entran a consulta para vacunar, medir y pesar a los niños/as la enfermera le habla de forma personalizada sobre como darle el pecho a su niño/a, la frecuencia con la que lo debe de hacer, el tiempo y la higiene personal que debe tener para que el niño/a no enferme de problemas gastrointestinales.

Las enfermeras durante las consultas ofrecen la misma información ofrecida en la charla pero de manera puntual, aclaran dudas sobre cómo darle el pecho, cuidados de la mama, alimentos que deben preparar para el niño/a, higiene personal, entre otros, con el fin de mejorar la atención en salud.

FOTOGRAFÍA 4

ENCUESTA A PACIENTES

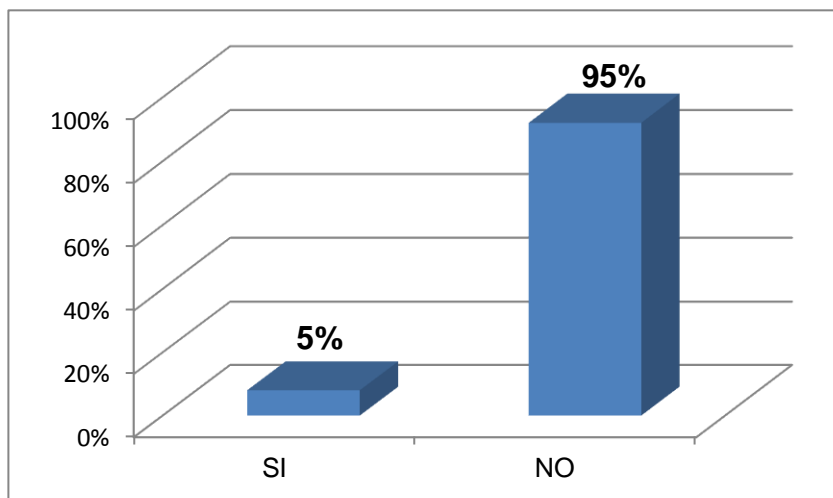


Tomada por: Emily García Rivera. Año 2 015.

Se encuestaron a madres que visitan el centro y puestos de salud, donde se realizó la pregunta si conocían lo que era la lactancia materna exclusiva y complementaria, manifestando la mayoría de mujeres que no. También desconocían qué tipo de alimentos debían proporcionarles a sus hijos y la edad en la que debían iniciar con la alimentación.

GRÁFICA 3

CONOCIMIENTO SOBRE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y COMPLEMENTARIA



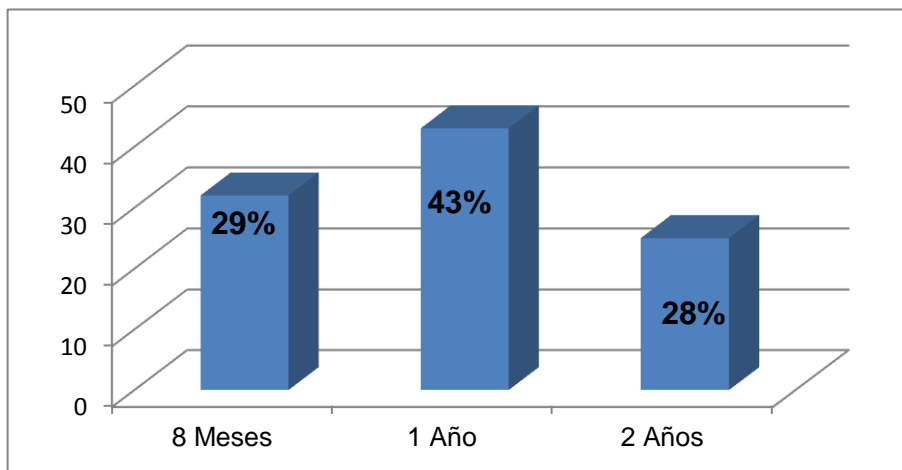
Fuente: Investigación de campo. Año 2 015.

Esto demuestra que el término lactancia no es comprendido pero en la práctica sí es aplicado desde antes de que se implementará el programa de la Ventana de los Mil Días, ya que en lenguaje coloquial las mujeres comprenden que solo “chiche” deben de darle a sus hijos desde que nacen para nutrirlos y para que estén sanos. El reto de esta acción se da con la lactancia complementaria debido a que por cultura no se acostumbra a dar papillas a los niños desde los seis meses de vida, esperan a que les salga los dientes y es ahí donde inician a introducir otros alimentos.

Otro problema radica en la pobreza imperante en el municipio de Santa Cruz Verapaz, A. V., que impide a las familias aumentar la ingesta de nutrientes esenciales en el desarrollo de los niños/as, retardando el consumo de alimentos por no contar con ingresos económicos suficientes para comprar frutas y verduras para elaborar las papillas de los pequeños.

No complementar la lactancia con otros alimentos provoca que el desarrollo del niño se frene, biológicamente necesita integrar la alimentación con otros nutrientes debido a que la leche materna no es suficiente para nutrir al niño que ya tiene un peso y talla diferentes al nacimiento y precisan de una ingesta más elevada de vitaminas y minerales.

GRÁFICA 4
EDAD DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA



Fuente: Investigación de campo. Año 2 015.

La promoción y apoyo de la lactancia materna es una acción que sí genera impacto en la población del municipio en la reducción de la desnutrición crónica, pero solo durante los primeros seis meses de vida, ya que después las madres no complementan la alimentación frenando el desarrollo del niño/a, quedan vulnerables a padecer de desnutrición.

4.2 2 Suplementación de vitamina A

De acuerdo a la Guía Operativa de la Atención Nutricional, la vitamina A es esencial para: Procesos de visión, crecimiento y

desarrollo de huesos, dientes, protección de las vías respiratorias y la creación de defensas para que la niñez se enferme menos.

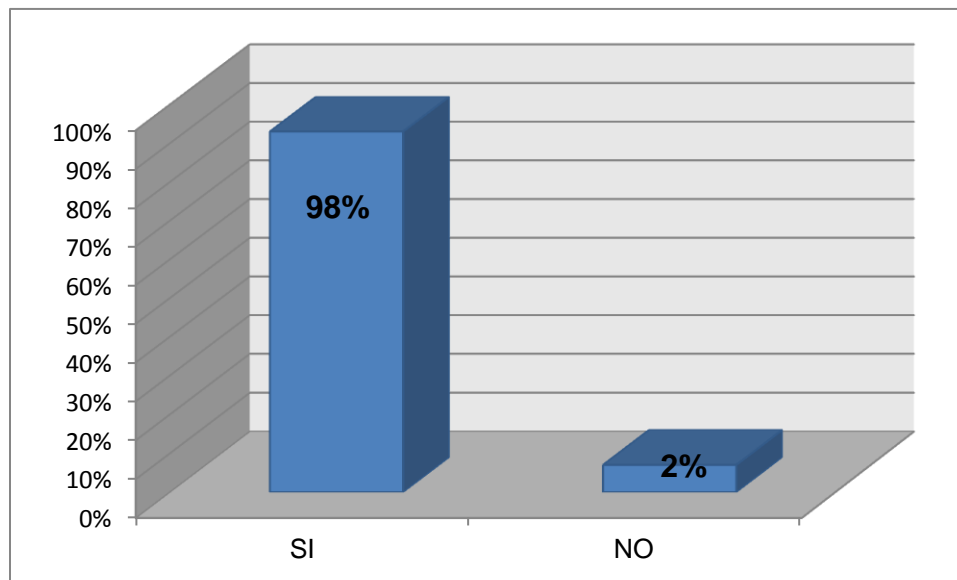
Las acciones de la Ventana de los Mil Días, contemplan que la suplementación de vitamina A, se realice a partir de los seis meses de vida del infante y se prosigue con las dosis espaciándolas cada seis meses.

La vitamina A, se otorga a los niños/as por medio de una perla color rojo, que se rompe en la boca del niño y se bebe el contenido, tiene beneficios a corto, mediano y largo plazo en un correcto desarrollo del niño.

El Director del Centro de Atención Permanente (CAP), de Santa Cruz Verapaz, afirma que la suplementación de vitamina A, se ha realizado de manera constante, suplementando a cada niño que acude al centro de salud para ser monitoreados en peso y talla.

En el caso específico de la vitamina A, no han tenido problemas, por ser bebida las madres no les preocupa que se la apliquen a sus hijos/as, además no tiene reacción como sucede con las vacunas.

GRÁFICA 5 SUPLEMENTACIÓN DE VITAMINA A



Fuente: Investigación de campo. Año 2 015.

La vitamina A tiene muchos beneficios entre los cuales se encuentran que interviene en la formación y mantenimiento de las células epiteliales, además contribuye al crecimiento correcto de los huesos, desarrollo, protección y regulación de la piel y de las mucosas, es un nutriente esencial para el ser humano, se encuentra naturalmente en vegetales, lácteos y carnes rojas, pero debido a la dieta limitada que tienen los niños en el área rural, se les proporciona de manera sintética en una capsula liposoluble que contiene la cantidad necesaria para el desarrollo del niño/a.

Administrar esta vitamina mejora considerablemente la salud, además que permite un correcto crecimiento óseo, fortalece el sistema inmunológico. Esta acción de la Ventana de los Mil Días, no se ha cumplido a cabalidad por la falta de insumos en los centros y puestos de salud.

Se administra en los centros y puestos de salud, sino que por su fácil manipulación, también se brinda a los niños/as durante las visitas que las/os enfermeras realizan a las viviendas de niños con problemas de desnutrición.

Esta acción de la Ventana de los Mil Días, es cumplida por el personal de salud siempre que cuenten con los suministros, aplican la dosis correspondiente a todos los niños monitoreados.

4.2.3 Provisión de micronutrientes en polvo

Los micronutrientes en polvo (chispitas), son unos sobrecitos que contienen vitaminas y minerales en polvo. Estos deben ser agregados a comidas solidas listas para el consumo; no pueden agregarse a líquidos debido a que el contenido no se disuelve, por lo que es indispensable que se consuma con alimentos secos o pastosos, para que el polvo se adhiera a estos.

FOTOGRAFÍA 5

MICRONUTRIENTES EN POLVO



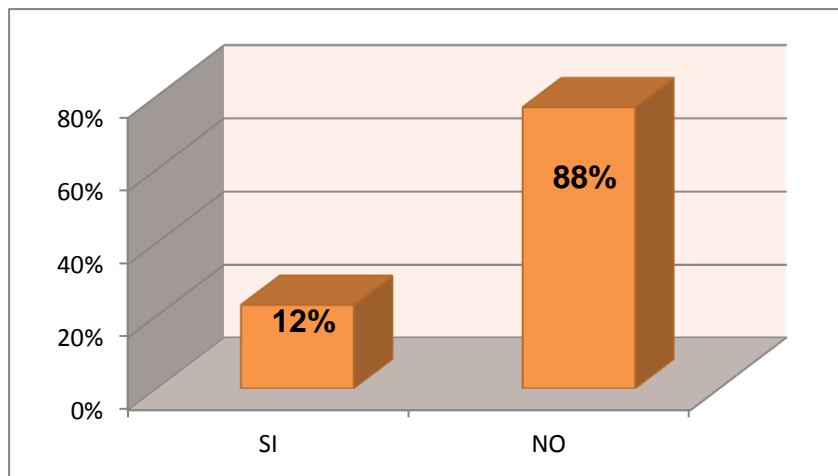
Tomada por: Emily García Rivera. Año 2 015.

Cada sobre contiene:

- a. Vitamina A

- b. Vitamina C
- c. Vitamina D
- d. Vitamina E
- e. Vitamina B1
- f. Niacina
- g. Acido fólico
- h. Hierro
- i. Zinc
- j. Cobre
- k. Selenio
- l. Yodo

GRÁFICA 6
UTILIZAN LOS MICRONUTRIENTES

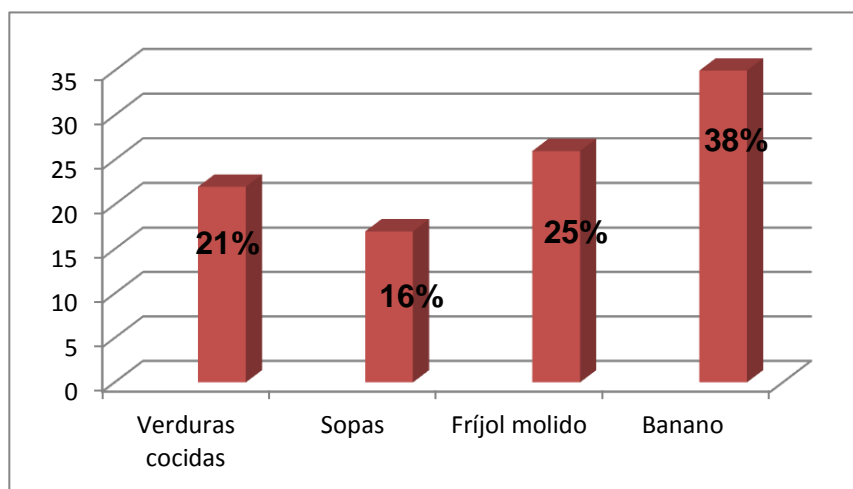


Fuente: Investigación de campo. Año 2 015.

A pesar de los numerosos beneficios que tienen los micronutrientes (chispitas) en el desarrollo del niño/a, la mayoría de las madres de familia no los utilizan, debido a que para consumirlos necesariamente deben colocarlos en alimentos sólidos o papillas. Durante las entrevistas realizadas las madres manifiestan que el problema es que muchas veces en el hogar no tienen alimentos, a veces lo único que

consumen son tortillas con sal y así es imposible darle las chispitas a los niños/as.

GRÁFICA 7 ALIMENTOS EN LOS QUE MEZCLAN LOS MICRONUTRIENTES



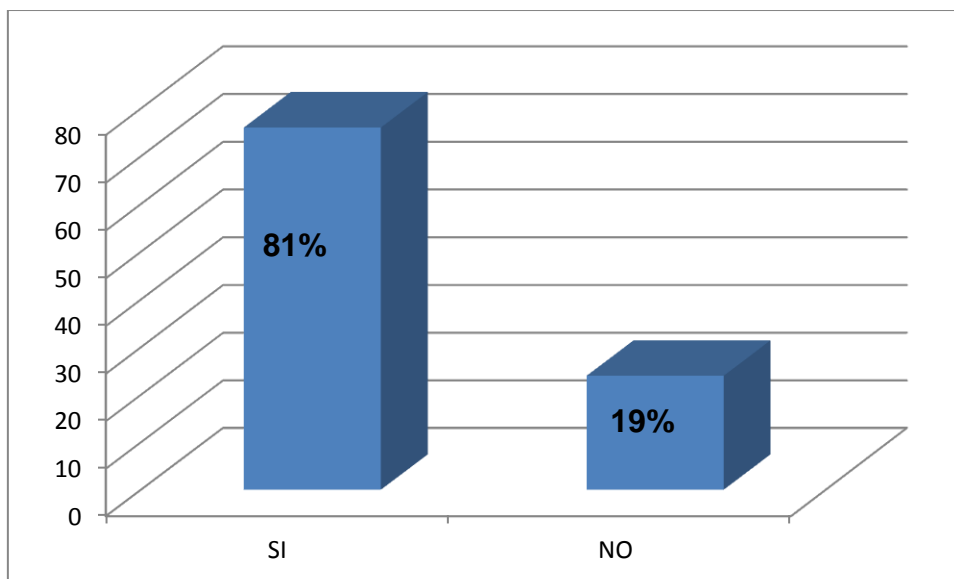
Fuente: Investigación de campo. Año 2 015.

Las madres que sí les dan los micronutrientes a sus hijos/as, lo hacen en alimentos como papas y güisquil cocido, papilla de banano, sopas y en frijol molido. Es lamentable que en el país exista tanta pobreza y que en muchos hogares del área rural consuman únicamente tortilla y sal para sobre vivir, esta dieta los mantiene llenos pero no los alimenta, con los nutrientes necesarios para un desarrollo óptimo.

Las personas que no utilizan los micronutrientes en polvo simplemente los tiran a la basura, son una pérdida considerable de recursos que podrían orientarse a otras áreas.

El vitacereal es una bolsa que contienen un polvo color marrón, este polvo se vierte en agua y se pone a cocer, la mezcla se le da a los niños/as ya que es rico en vitaminas y minerales. El problema es que el producto se entrega esporádicamente y las madres no tienen de forma constante la fórmula

GRÁFICA 8 CONSUMEN EL VITACEREAL



Fuente: Investigación de campo. Año 2 015.

Las madres que durante la entrevista manifestaron que no dan el vitacereal a sus hijos/as, es debido a que tiene mal sabor y la consistencia es desagradable al momento de comerlo. El producto lo deshacen en agua y se lo dan a los pollos o cerdos.

Una deficiencia del programa de la Ventana de los Mil Días, es la suplementación de micronutrientes, las madres no los utilizan debido a la pobreza imperante en los hogares del área rural, no cuentan con los medios para alimentar a los niños/as y poder aprovechar los minerales y vitaminas que contienen los sobres de chispitas. La alimentación gira

entorno a la lactancia materna, ingesta de atoles y caldos de hiervas; las chispitas no pueden ser diluidas por lo que las madres optan por no darlas a los/as niños.

4.2.4 Desparasitación y vacunación de niños/as

a. Desparasitación

Las acciones de la Ventana de los Mil Días, están orientadas a disminuir la desnutrición crónica de niños menores de dos años de edad. Durante el primer año de vida se desparasita por primera vez al niño/a, con una dosis única de mebendazol de 05 ml. Esto permite que los parásitos intestinales sean expulsados y los nutrientes que el niño absorba sean de mayor beneficio para el organismo.

Las madres que llevan a sus hijos a medir y pesar, los/as enfermeros les informan sobre la importancia de desparasitar a los/as niños cuando cumplen un año de vida, por lo que confían en que las madres acudan a desparasitar a sus hijos.

b. Vacunación

La vacunación contemplada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, se compone de dieciséis vacunas, las cuales son las siguientes:

- 1) Al nacer: BCG y Hepatitis B
- 2) A los 2 meses de vida: Polio 1, Penta 1, Rotavirus 1 y Neumococo 1.
- 3) A los 4 meses: Polio 2, Penta 2, Rotavirus 2 y Neumococo 2.
- 4) A los 6 meses: Polio 3 y Penta 3.
- 5) A los 12 meses: SPR, Neumococo y Refuerzo.
- 6) A los 18 meses: Polio R1 y DPT R1.
- 7) A los 4 años: Polio R2 y DPT R2

Las vacunas se colocan desde que el niño/a nace, hasta que cumple dieciocho meses de edad, con un refuerzo al cumplir los cuatro años de vida.

Esta cartilla de vacunación se mejoró con la Ventana de los Mil Días, ya que antes no se aplicaba la vacuna del Neumococo, que contribuye a evitar enfermedades de las vías respiratorias.

FOTOGRAFÍA 6

CARNÉ DE VACUNACIÓN

¿Cuándo debo llevar a vacunar a mi niño?

Esquema Nacional de Vacunación

Edad	Vacunas	Fecha de Administración		
		Día	Mes	Año
Al nacer	Hepatitis "B"	13	11	13
	BCG	13	11	13
	Polio 1	15	01	13
2 meses	Penta 1	16	01	13
	Rotavirus 1	15	01	13
	Neumococo 1	25	01	13
	Polio 2	19	03	13
4 meses	Penta 2	19	03	13
	Rotavirus 2	19	03	13
	Neumococo 2	25	03	13
6 meses	Polio 3	20	05	13
	Penta 3	20	05	13
12 meses	SPR	18	11	13
	Neumococo Refuerzo	18	11	13
18 meses	Polio R1	21	5	14
	DPT R1	21	5	14
4 años	Polio R2			
	DPT R2			
Edad:	Otra Vacuna: Rotateq	15	01	13
Edad:	Otra Vacuna: Rotateq	19	03	13
Edad:	Otra Vacuna: Rotateq	20	05	13
Edad:	Otra Vacuna: Influenza	18	5	13
Edad:	Otra Vacuna:			

• Las vacunas y vitaminas son gratis y están disponibles en todos los servicios del Ministerio de Salud.
• Lleve a vacunar a su niño aunque tenga tos, catarro o diarrea.
• Para evitar molestias o reacciones de las vacunas, déle a su niño la dosis indicada de acetaminofén inmediatamente después de aplicar las vacunas y cada 6 horas por 3 días.

Tomada por: Emily García Rivera. Año 2 015.

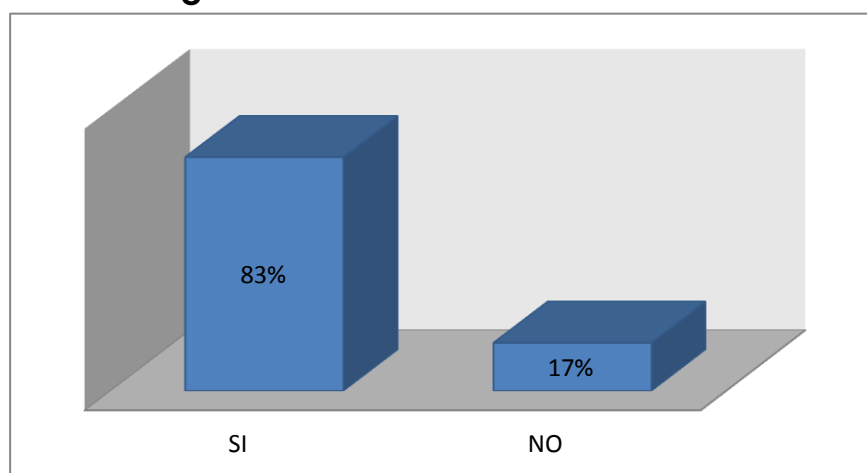
De las personas encuestadas la mayoría ha vacunado a sus hijos, las vacunas se aplican no solo en los centros o puestos de salud, sino que también en jornadas médicas programadas para cada comunidad, según el calendario de visitas.

Las madres que no vacunan a sus hijos se debe a las razones siguientes:

- a. Madres solteras que trabajan y no cuentan con tiempo suficiente para llevar a los niños/as a vacunar, debido a que las vacunas solo se colocan en el centro de salud de lunes a viernes; los fines de semana solo atienden emergencias.
- b. En el centro de salud o centro de convergencia no tienen los suministros necesarios, por que se colocan las vacunas a destiempo.
- c. La distancia a la que se encuentra el centro de salud dificulta que asistan a colocar las vacunas, ya que no cuentan con los recursos económicos suficientes para pagar realizar el viaje.

GRÁFICA 9

¿VACUNA A SU HIJO/A?



Fuente: Investigación de campo. Año 2 015.

El registro de las vacunas se coloca en el carné de vacunación, además, los/as enfermeros llevan un registro interno de las vacunas que se le colocan a cada niños evaluado.

Conjuntamente con la vacunación, se encuentra la medición y pesaje de los niños/as, estas cifras son las que permiten constatar si los niños logran hacer una curva de crecimiento normal. Antes de vacunar al niño, las enfermeras primero pesan y miden al niño.

FOTOGRAFÍA 7

ÁREA DE VACUNACIÓN, MEDICIÓN Y PESAJE



Tomada por: Emily García Rivera. Año 2 015.

Con base en la medición y pesaje de los niños, los enfermeros se percatan si el niño está desnutrido, así que proceden a suplementar, monitorear el peso y crecimiento hasta que logran sacarlo de la zona de riesgo. Se cumple con el monitoreo constante de esta acción de la Ventana de los Mil Días, por medio de la antropometría de los niños/as, permite estar alerta en los casos de desnutrición.

El problema con esta acción es que los centros de convergencia de las comunidades se encuentran cerrados por falta de personal, y las madres que viven en el área rural les cuesta estar asistiendo al centro de salud para el monitoreo de talla y peso de sus hijos.

4.2.5 Suplementación de hierro y ácido fólico

Las mujeres en período de gestación que asisten a control al centro o puesto de salud, son suplementadas con hierro y ácido fólico, para lo cual se les proporcionan cada tres meses un frasco de capsulas que contienen estos dos componentes.

Las mujeres embarazadas deben ser monitoreadas para detectar señales de peligro durante el período de gestación: Dolor de cabeza, sangrado vaginal, anemia, fiebre y presión arterial elevada.

Cuando una madre muestra alguna señal de peligro, es evaluada y se le realizan pruebas de laboratorio, las cuales se practican en el Hospital Regional de Cobán, Alta Verapaz, estas pruebas no pueden ser realizadas en Santa Cruz Verapaz, debido a que no cuentan con un laboratorio y esto dificulta que se realicen los exámenes necesarios, las mujeres en período de gestación deben viajar a la cabecera departamental y para ser atendidas deben llegar prácticamente de madrugada debido a la gran demanda de la población en los servicios de salud pública.

La Ventana de los Mil Días tiene una acción específica para atender a la mujer en periodo de gestación, la cual tiene el propósito de evitar la anemia durante el embarazo; por medio de la implementación de esta acción se controle de forma efectiva la evolución del embarazo, y si la madre es diagnosticada con anemia se suplementa sulfato ferroso (hierro), de manera concentrada para controlarla. Además, existen en las comunidades facilitadores y comadronas capacitadas por el CAP, que realizan redes de monitoreo.

Las madres reciben hierro y ácido fólico durante los nueve meses del embarazo, son monitoreadas cada mes durante el primer trimestre, y los dos trimestres restantes se evalúan cada dos meses, por personal del centro de salud.

FOTOGRAFÍA 8 HIERRO Y ÁCIDO FÓLICO



Tomada por: Emily García Rivera. Año 2 015.

La suplementación de hierro y ácido fólico es un logro de la Ventana de los Mil Días, en el pasado las madres no eran monitoreadas como sucede ahora, y la suplementación se daba de manera esporádica, no se contaba con los suministros. A pesar de los problemas presupuestarios del Ministerio de Salud, con lo que respecta a suplementar el hierro y ácido fólico ha sido constante.

Durante cada trimestre del embarazo se dota a la madre con un frasco de píldoras que contiene 100 píldoras, de las cuales consumen una diariamente. Cada grajea contiene la cantidad necesaria de hierro y ácido fólico necesario para un desarrollo apropiado del embrión y salud de la madre.

Todas las madres que asisten a los puestos o centros de salud del municipio de Santa Cruz Verapaz, se les proporciona las píldoras, el control se lleva internamente en los puestos de salud, donde se anota la evolución del embarazo y la cantidad de medicamento otorgado. Los suplementos de ácido fólico y de hierro no han escaseado durante el periodo 2 012-2 015 y el control permite verificar si las madres consumen estos suplementos.

4.3 Estudios de casos

Para apoyar la información cuantitativa obtenida durante el proceso de investigación, se realizaron ocho estudios de casos, en las comunidades seleccionadas (Chitul, Saquijá, Chisacsi y San Rafael 1), tomar dos casos por comunidad con el fin de conocer como se vive el fenómeno de la desnutrición en el seno familiar, reacciones y acciones que tienen frente a este problema y el apoyo que reciben del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).

4.3.1 Caso 1

Rudy es niño de la comunidad Chitul, tiene 2 años de edad, es el menor de 8 hermanos, su familia esta integrada por su madre de 38 años de edad, el padre de 41 años, cuatro hermanas: Delfina de 19, Sandra de 17, Ofelia de 15 y Estela de 12 años. Además de sus tres hermanos: Álvaro de 10, Rubén de 9 y Rolando de 7 años.

La vivienda tiene dos ambientes, cocina y un dormitorio para toda la familia, un corredor y letrina. La vivienda esta construida con piso de tierra, paredes son de madera y techo de lámina.

La casa es habitada por diez personas, el único servicio que poseen es de agua entubada que no es apta para el consumo humano y no lo disponen con regularidad, sino cada dos o tres días por períodos de 2 a 7 horas. El acceso a la vivienda es por una vereda donde no existe acceso para vehículos.

La vivienda se encuentra a 2 kilómetros del centro de convergencia y 6 kilómetros del centro de salud de Santa Cruz Verapaz.

FOTOGRAFÍA 9

ESTUDIO DE CASO RUDY



Tomada por: Emily García Rivera. Año 2 015.

El padre de Rudy es quien provee recurso económico a la familia, trabaja como guardián en una propiedad ubicada dentro de la misma comunidad donde viven (Chitul), tiene un salario de Q. 800.00 mensuales, otros ingresos que percibe la familia son producto de la agricultura, tienen dos parcelas de terreno donde siembran frijol y maíz, parte de la cosecha la destinan al consumo familiar y la otra a la venta. También, venden otros

productos como lo son las granadillas, aguacates, güisquiles y hierbas, dependiendo de la temporada.

Los cultivos están bajo la responsabilidad de las hijas mayores, ya que no están estudiando, sólo los hijos varones asisten a la escuela debido a que no poseen los recursos para que estudien todos los hijos del matrimonio. Lo que evidencia el machismo del medio, debido a que se prefiere dar educación a los hombres y las mujeres quedan sin educación. Este fenómeno es un problema ideológico donde se prioriza a los hombres por ser quienes deben proveer el hogar en el futuro.

La madre de Rudy, hace 1 año sufrió un accidente en su hogar, al derribar un árbol ocurrió un derrumbe, el cual dejó soterrada a la señora por algunos minutos, lograron rescatarla pero quedó gravemente lesionada, con varios golpes y el desprendimiento de una extremidad inferior, por lo que tuvo que ser trasladada al Hospital Regional de Cobán, donde la intervinieron quirúrgicamente lograron rescatar el miembro, pero por la gravedad de la intervención debió permanecer hospitalizada 30 días para su recuperación. Quedó sin caminar por varios meses y como no pudo asistir a las terapias que debía hacerse ya no pudo volver a caminar.

A consecuencia del accidente sufrido por la madre, ya no pudo continuar con la lactancia materna, por lo que a los 11 meses de edad Rudy inició a ingerir alimentos y atoles que le daban en biberón.

Al no estar presente la madre en el hogar provocó que Rudy fuera descuidado en su desarrollo, enfermándose

constantemente de diarrea, vómitos y fiebre, a pesar de que lo llevaban al Centro de Salud, el peso del niño disminuyó de 17 libras que pesaba cuando tenía 1 año a 13 libras en 3 meses, cuando los parámetros para esa edad deberían ser entre 18.7 a 20.9, según las cifras dadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala.

Rudy cuenta con todas las vacunas programadas en el carné de vacunación, recibió por parte del Centro de Convergencia de Chitul, Vita cereal cada 3 meses desde que Rudy cumplió 6 meses de edad, además de micro nutrientes en polvo y capsulas de vitamina A.

A pesar de la suplementación de vitamina A, vita cereal y micronutrientes en polvo, Rudy presenta un grado de desnutrición crónica, los productos no le son suministrados, la hermana mayor quien es la encargada de cuidarlo expresa que al niño no le gusta el sabor del vita cereal, por ese motivo no se lo dan. Los micronutrientes (Chispitas) deben ser colocados en comida seca o pastosa, se los dan ocasionalmente en papilla de banano, papas cocidas o en fríjol, motivo por el cual desistieron de continuar dándole las Chispitas.

Desde que dejaron de dar consulta en el Centro de Convergencia de la comunidad, han llevado a control pocas veces a Rudy, para llegar al Centro de Salud deben viajar al pueblo que se encuentra a 5 kilómetros de distancia.

Rudy sufre de desnutrición, a sus 2 años de edad, mide 69 centímetros, pesa 16 libras, esta pálido, tiene el abdomen

visiblemente inflamado, no habla y tiene dificultades al mantenerse de pie.

A pesar del apoyo que brindan las acciones de la Ventana de los Mil Días, los beneficios de estas no son aprovechadas por las familias, el problema radica en que los micro nutrientes deben ser consumidos con otros alimentos y debido al alto grado de pobreza de la familia, no tienen los recursos para comprar o adquirir otros productos para el consumo. Además, manifiestan que el sabor desagradable del vita cereal no permite que el niño lo ingiera, no contiene azúcar por lo que el sabor no es agradable y resulta difícil que lo consuma.

El apoyo institucional que se brinda a la familia del niño Rudy, es poco, la familia vive en extrema pobreza y la ingesta de alimentos gira entorno a consumir frijol y tortillas; la suplementación que el MSPAS no es suficiente para que se generen cambios sólidos en la vida de estas personas. Rudy se encuentra en recuperación del cuadro de desnutrición en el que se encuentra, pero qué sucederá cuando tenga 5 años de vida, es difícil que en el futuro no vuelva a presentar desnutrición si la situación económica de su familia no cambia.

4.3.2 Caso 2

Beatriz es una niña de 1 año 4 meses de edad, de la comunidad Chitul, es la menor de dos hermanos, su padre la abandonó después de que su madre muriera dándola a luz. Actualmente ella y su hermano de 3 años viven con una tía materna que se hizo cargo de ellos.

La madre de Beatriz murió debido a un paro cardíaco causado por una presión arterial irregular que sufrió durante el período de gestación y que no fue controlado a tiempo.

El hogar donde vive Beatriz, esta conformado por sus tíos quienes son padres de cuatro niños, siendo Beatriz la menor. El tío provee el hogar con el trabajo que realiza como guardián de una finca, donde obtiene un sueldo mensual de Q. 1,000.00.

La vivienda esta construida con paredes de block, piso de cemento y techo de lámina; cuenta con tres ambientes (cocina y dos dormitorios). Además cuentan con servicios de agua entubada y energía eléctrica.

La casa esta construida en un terreno de 20 x 20 metros cuadrados, es habitada por ocho personas, debido a lo pequeño del terreno deben comprar el maíz y frijol que utilizan para consumo ya que no pueden producirlo.

FOTOGRAFÍA 10

CONTROL DE TALLA BEATRIZ



Tomada por: Emily García Rivera. Año 2 015.

Beatriz no ha recibido todas las vacunas, debido a que la tía no tiene tiempo, ni dinero para llevarla al centro de salud, cuando el centro de convergencia funcionaba acudían a él, pero desde que lo cerraron ya no han recibido las vacunas que le corresponden.

Beatriz no fue amamantada, debido a la muerte de la madre durante el parto, la niña fue alimentada con agua de arroz, atol de masa e incaparina desde su nacimiento.

La niña padece de vómitos, fiebre y diarreas, es visitada esporádicamente por una enfermera quien la mide y pesa, además la suplementan con vitamina A, vita cereal y micro nutrientes, debido a que presenta un cuadro de desnutrición estacional.

Beatriz consume el vita cereal, pero no las chispitas, la tía dice que le cambia el sabor de la comida y que a ella no le gustan.

Además la familia es beneficiada con el bono seguro, lo que ayuda a que tengan un ingreso extra en el hogar. El bono lo reciben cada tres meses y el monto es de Q. 300.00

El peso de Beatriz es de 12.5 libras, lo cual es preocupante, para sus 16 meses de edad, es un peso relativamente bajo, según la curva de peso del MSPAS debe estar entre 16.5 y 21.25 libras. La SESAN la considera en recuperación porque aun no ha llegado a los 2 años de edad y tienen un período en el que pueden lograr recuperar el peso por medio de la suplementación y monitoreo, para desarrollarse normalmente.

4.3.3 Caso 3

Jonatan vive en la aldea Saquijá tiene once meses de vida, la madre tiene 16 años de edad y es madre soltera, viven actualmente en casa de los abuelos maternos, habitan la vivienda cuatro personas en total.

Jonatan fue un niño prematuro, tuvo bajo peso al nacer por lo que estuvo hospitalizado quince días después de nacer. La madre durante el embarazo sufrió de anemia severa debido a la poca atención que recibió durante los primeros meses de embarazo, la causa fue con la intención de ocultar el embarazo ante sus padres, no informó su estado hasta que cumplió los cinco meses de gestación.

Jonatan nació pesando 4 libras 3 onzas y 39 centímetros de estatura, por medio de cesárea, la madre estaba muy débil debido a la anemia que sufrió, a pesar de que la madre sabía de su embarazo por miedo a la reacción de sus padres no les informó de inmediato, lo cual tuvo como consecuencia padecer de anemia durante el embarazo.

Luego del nacimiento del niño, la madre tuvo que visitarlo diariamente para amamantarlo, pero la lactancia tuvo que apoyarse con fórmula para que el niño ganará peso rápidamente; al salir del hospital la lactancia materna fue exclusiva hasta los ocho meses, actualmente la madre esta empezando a alimentarlo con papillas de verduras y frutas a la dieta del niño.

Jonatan, tiene al día la cartilla de vacunación, recibe vitamina A y chispitas que le proporcionan en el centro de salud de Santa Cruz, a donde asiste la madre para control.

FOTOGRAFÍA 11

CONTROL DE TALLA DE JONATAN



Tomada por: Emily García Rivera. Año 2 015.

El niño sufre de fiebres y gripes constantes, además padece de diarreas y estuvo internado en el Hospital Regional cuando tenía dos meses de vida por una neumonía.

La manutención y cuidados de Jonatan dependen exclusivamente de los abuelos maternos, quienes lo apoyan con medicamentos y alimentos, la madre no trabaja por lo que no contribuye a la economía del hogar.

Jonatan es llevado mensualmente al centro de salud, para ser monitoreado en talla y peso. Los embarazos a temprana edad representan riesgos extras en el desarrollo del feto; las madres jóvenes son más propensas a padecer de anemia durante el periodo de gestación por no estar sus cuerpos preparados para el proceso de gestación. Jonatan, es un niño relativamente pequeño, la responsabilidad de su crianza la

tienen los abuelos maternos, ya que tienen mayor experiencia en la atención de un niño.

El apoyo que reciben es únicamente el brindado por el MSPAS, por lo que están supeditados a la suplementación como única vía para sacar de la desnutrición estacional a Jonatan.

4.3.4 Caso 4

Ervin es el menor de cuatro hermanos, tiene un año siete meses de vida, es procedente de la aldea Saquijá. Vive con sus padres y hermanos.

La madre de Ervin tiene 34 años, emigró del departamento de Totonicapán hace 8 años debido a que su esposo lo contrataron como guardián en una finca. Debido al alcoholismo del cónyuge perdió ese trabajo y actualmente trabaja como guardia de seguridad en la ciudad capital, pero su familia se quedó viviendo en esta región.

El padre de Ervin viene cada 22 días, tiene un salario de Q. 2,300.00, a causa del alcoholismo que padece gasta su salario en comprar bebidas embriagantes, provocan que las condiciones de vida de la familia sean limitadas.

Cuando el padre viene a su descanso a fin de mes, pasa la mayor parte de tiempo bebiendo alcohol, y no llega a dormir a la casa, cuando esta sobrio aporta lo que le resta del dinero al hogar.

La vivienda esta construida con paredes de madera, piso de tierra, techo de lámina y cuentan únicamente con el servicio de agua entubada, además la casa no tiene más que un ambiente donde se encuentra la cocina y las camas donde duermen. No tienen animales domésticos, ni tienen espacio para sembrar frijol o maíz, por lo que deben comprar estos productos que son de consumo diario.

El hermano mayor de Ervin tiene discapacidad intelectual, denominada retardo mental, por lo que necesita supervisión constante, no asiste a la escuela y la madre no puede trabajar, porque debe cuidar a su hijo mayor y a Ervin quien está muy pequeño.

FOTOGRAFÍA 12

MONITOREO DE TALLA, ERVIN



Tomada por: Emily García Rivera. Año 2 015.

La madre asiste al centro de salud debido a que ya no atienden en el centro de convergencia de la comunidad, sin embargo, por los bajos recursos con los que cuenta tiene que irse caminando hasta Santa Cruz para ser atendida.

Ervin aun es amamantado, además la madre manifiesta que lo alimenta con caldo de frijol, arroz, verduras cocidas, hierbas, entre otros, y cuando es posible le da los micronutrientes en polvo al niño en la comida, no siempre se los puede dar porque en el caldo no se disuelve el contenido.

Ervin ha sido suplementado con vitamina A, tiene todas sus vacunas, pero padece constantemente de fiebre y diarrea; cuando enferma y pueden ir al centro de salud, lo atienden y le dan acetaminofén para la fiebre y suero, pero es lo único que proporcionan y si le recetan otro medicamento deben comprarlo porque el centro de salud no cuenta con medicamentos.

Al no ser originaria de este departamento la familia sufre discriminación y no son tomados en cuenta para la ayuda del gobierno del bono seguro, por lo que no lo reciben, debido a que es un trámite realizado por el Consejo Comunitario de Desarrollo (COCODE), y ellos no son beneficiados.

Ervin no es visitado por ninguna enfermera del centro de salud, así que el monitoreo de peso y talla lo realizan únicamente cuando visitan el centro de salud.

El caso de desnutrición de Ervin se encuentra considerado por la SESAN, como un caso recuperado, ha alcanzado un peso de 19.14 libras y según la curva de crecimiento el peso

para un niño/a de esta edad es de 17.6 a 19.8 libras. El peso de Ervin esta acorde con las cifras establecidas por el MSPAS.

4.3.5 Caso 5

Anderson tiene siete meses y vive en la aldea Chisacsi, su familia la integran sus padres y sus cinco hermanos, viven en una casa construida con paredes de madera, piso de tierra y techo de lámina. Cuentan con servicio de agua entubada la cual no cumple con los requerimientos mínimos para consumo humano.

El padre es jornalero y gana aproximadamente cuarenta quetzales diarios, lo que no les permite tener acceso a otros servicios, ni otros productos para preparar alimentos.

FOTOGRAFÍA 13 VISITA DOMICILIAR



Tomada por: Emily García Rivera. Año 2 015.

Las condiciones de la familia de Anderson, son muy sencillas, la casa cuenta con un solo ambiente, donde duermen

y cocinan. No tienen ingresos extras, debido a que no son beneficiados con el bono seguro, la madre trabaja medio día como empleada doméstica en una casa vecina, ganando cien quetzales a la semana.

El trabajo como empleada doméstica no permite que la madre tenga tiempo suficiente para llevar a sus hijos al centro de salud, además que por la distancia que existe desde la comunidad hasta el pueblo donde se encuentra el centro de salud, limita la atención en salud que reciben los niños.

Cuando Anderson se enferma de fiebre o problemas gastrointestinales la madre recurre a medicina natural, porque no puede ir al centro de salud, y tampoco tiene recursos económicos suficientes para comprar los medicamentos que les recetan.

Anderson no tienen todas la vacunas, además la suplementación no ha sido constante debido a que la madre no puede ir al centro de salud, las chispitas en polvo no son aprovechadas, la madre solo da sopas y atol como alimento complementario a la lactancia materna, y los micro nutrientes no pueden disolverse en líquidos.

La madre no es monitoreada de forma constante porque no se mantiene en su domicilio, por lo que la suplementación de vitamina A es deficiente.

Anderson es considerado por la SESAN como un caso recuperado, debido a que su peso de 14.52 libras es aceptable según la curva de crecimiento del MSPAS que establece el

peso para un niño/a de su edad entre 13.2 a 14.3 libras. Anderson es vulnerable de volver a presentar desnutrición, debido a que su familia no cuenta con los recursos necesarios para brindarle una alimentación apropiada, permitiéndole la ingesta de alimentos ricos en vitaminas y minerales; el MSPAS debe darle continuidad al caso para evitar recaídas en el futuro.

4.3.6 Caso 6

Kimberly es una niña de once meses de vida, es la menor de tres hermanos, vive con sus padres en la aldea Chisacsi. Su casa esta construida con paredes de block y madera, piso de cemento y techo de lámina. La vivienda tiene dos ambientes, en uno se encuentra la cocina y en otro el dormitorio, además tienen baño lavable y un corredor, cuenta con servicios de agua y energía eléctrica.

El hogar es sostenido por el padre, quien es albañil y gana Q. 50.00 diarios, pero debido a su profesión el trabajo no es constante, así que además de su oficio se dedica a la agricultura, tiene un terreno de tres cuerdas donde siembra maíz, frijol y tomate. Es beneficiado con el programa de fertilizantes del Ministerio de Alimentación, Ganadería y Agricultura (MAGA).

Kimberly padece de tos, fiebre, vómitos y diarrea, cuando se enferma la madre la lleva al centro de salud de Santa Cruz, porque la comunidad Chisacsi no cuenta con un centro de convergencia y el puesto de salud de Chijou que tiene a su cargo esta comunidad, esta a una distancia mayor de la que existe al centro de salud.

Kimberly tiene todas sus vacunas, ha sido suplementada con vitamina A y micronutrientes, los cuales no se los dan, manifestando que tienen mal sabor y no se come los alimentos cuando le colocan los micronutrientes.

La niña sufrió de desnutrición en el primer trimestre de su nacimiento, le fue difícil a la madre amamantarla pero luego de que la madre tuvo suficiente leche materna, la niña se recuperó, también, gracias al apoyo energético que le brindaron en el centro de salud, por medio de un alimento lácteo preparado con el propósito de suplementar a niños con casos severos de desnutrición.

Kimberly a sus 11 meses de edad pesa 14 libras aproximadamente, es considerada por la SESAN como un caso recuperado pero que necesita seguimiento para que no haya recaídas que la pongan en riesgo nuevamente.

FOTOGRAFÍA 14

ENTREVISTA A MADRES



Tomada por: Emily García Rivera. Año 2 015.

4.3.7 Caso 7

Fernanda es una niña de la comunidad San Rafael I, es hija única y tiene un año de edad. Su familia esta integrada por su madre de 17 años y su padre de 19 años.

La vivienda esta construida con paredes de madera, piso de tierra y techo de lámina. Tiene un solo ambiente donde duermen y preparan los alimentos. Cuentan con el servicio de agua entubada la que no es apta para el consumo humano, se encuentra a una distancia de la calle principal de 600 metros y el acceso es una vereda.

Es un matrimonio joven, la madre resulto embarazada mientras estudiaban el básico y los padres de ambos los casaron. Actualmente el padre de Fernanda trabaja en la finca San Rafael, como agricultor gana Q. 1,500.00 mensuales con lo que provee a su familia.

Fernanda padece de gripes recurrentes y diarrea, la madre no asiste al centro de salud, por que se encuentra a 6 kilómetros de distancia, acude a las jornadas médicas que hace el centro de salud en la comunidad, ahí vacunan, pesan, miden y suplementan a Fernanda con vitamina A y micronutrientes.

Los micronutrientes en polvo se los dan ocasionalmente a Fernanda en papilla de banano, le cuesta mucho a la madre dárselos porque a la niña no le gusta el sabor y vomita cuando se los dan en otro alimento que no sea banano, pero como no siempre tiene bananos le cuesta darle las chispitas.

Fernanda aun es amamantada, pero no de forma exclusiva, complementan la alimentación con atoles, verduras, hierbas y frijol.

Al ser hija única de un matrimonio joven, le dedican prestan atención a las necesidades que presenta actualmente, pero las condiciones de vida son precarias y el poco acceso a los servicios de salud convierte a Fernanda en una niña vulnerable a padecer enfermedades crónicas como la desnutrición.

FOTOGRAFÍA 15

ESTUDIO DE CASO FERNANDA



Tomada por: Emily García Rivera. Año 2 015.

4.3.8 Caso 8

Oneida es una niña de la comunidad San Rafael I, tiene dos años ocho meses de edad. Su familia esta integrada por el padre de 42 años, la madre de 40 años y nueve hermanos. La casa es habitada por once personas, uno de los hijos falleció cuando tenía un año de vida.

El padre trabaja como jornalero y gana Q. 30.00 diarios, no tienen terreno para hacer siembras por lo que viven del trabajo del padre. Además, los hijos mayores contribuyen a la economía del hogar aportando lo que obtienen del trabajo como jornaleros también.

TABLA 2
INTEGRANTES DE UNA FAMILIA INVESTIGADA

Edad (años)	Descripción	Escolaridad	Aporte mensual	Observaciones
42	Padre	Ninguna	600.00	Jornalero
40	Madre	Ninguna	-----	-----
1	Hija	No tiene edad escolar	-----	-----
2	Hija	No tiene edad escolar	-----	-----
5	Hijo	-----	-----	-----
7	Hijo	No estudia	-----	-----
9	Hijo	No estudia	100.00	Jornalero
11	Hijo	4to. Primaria	-----	-----
13	Hijo	4to. Primaria	-----	-----
14	Hijo	6to. Primaria	150.00	Jornalero
15	Hija	4to. Primaria	-----	-----
21	Hijo	6to. Primaria	300.00	Jornalero
Fuente: Investigación de campo. Año 2 015.				

A pesar de que Oneida ya supera la edad para ser atendida por el Programa Ventana de los Mil Días, aun monitoreada y suplementada por el centro de salud, porque en su familia todos sus hermanos sufren de desnutrición aguda siendo ella el único miembro de la familia que tiene peso y talla aceptables para su edad.

Los casos de desnutrición aguda ya no son atendidos por la Secretaria de Seguridad Alimentaria (SESAN), ni por el Ministerio de Salud, las acciones van orientadas a que los niños no lleguen a este cuadro de desnutrición y quienes ya lo presentan solo pueden suplementarles micronutrientes en polvo por su condición no permite que se regeneren la neuronas y el tejido óseo.

FOTOGRAFÍA 16

DESNUTRICIÓN AGUDA



5 años	2 años	7 años	9 años	15 años
--------	--------	--------	--------	---------

Fuente: Investigación de campo. Año 2 015.

El niño de nueve años está en una etapa grave, tiene diarreas constantes y vómitos, una enfermera del centro de salud lo visitó en la vivienda, le administró zinc para calmar la diarrea, suero oral y micronutrientes en polvo. La madre no hace nada para mejorar la salud de su hijo, no lo lleva a control y este niño está en riesgo de perder la vida.

La hija menor de la señora murió con tan solo un año de vida, nació prematura y no resistió. Murió de neumonía mal atendida, por no llevarla al Hospital para tratar de salvarle la vida.

FOTOGRAFÍA 17

ENTREVISTA DEL ESTUDIO DE CASO



Fuente: Investigación de campo. Año 2 015.

Oneida es el único miembro de la familia que ha sido desparasitado, es notorio el desarrollo de la niña en comparación al de sus hermanos, tiene una estatura mayor que la del niño de cinco años de edad.

Este caso demuestra que la Ventana de los Mil Días, si causó impacto en la desnutrición crónica del municipio de Santa Cruz Verapaz, Oneida quien se benefició de las acciones del programa no sufre de desnutrición como el resto de sus hermanos quienes por la edad no pudieron tener acceso a los beneficios del programa.

Oneida es una muestra real de que las acciones implementadas por el programa Ventana de los Mil Días, si causaron un impacto en la población de 0 a 2 años de vida. Los niños que se encuentran en la misma familia y que no fueron beneficiadas por el programa presentan desnutrición aguda y ella es la única que tiene un peso y talla aceptable para el MSPAS.

CONCLUSIONES

1. El programa de la Ventana de los Mil Días del Plan Pacto Hambre Cero, generó cambios positivos en la atención de niños con desnutrición crónica; pero estos cambios han sido mínimos, debido al difícil acceso que la población tiene a los servicios de salud, los índices de pobreza no permiten la ingesta de otros alimentos para el correcto desarrollo del niño/a, las deficiencias presupuestarias impiden la suplementación constante de vacunas, vitaminas y minerales.
2. La manera en la que se implementó el programa Ventana de los Mil Días por el personal de salud pública, no reúne las características necesarias para que la intervención sea eficiente, debido a que los centros de convergencia de las comunidades se encuentran cerrados, lo que dificulta a la población rural el acceso a la salud pública y asistencia social.
3. El seguimiento brindado por el personal de salud a los casos de desnutrición crónica permiten que los casos se recuperen, disminuyendo en un 1.33 por ciento la muerte infantil en el municipio de Santa Cruz Verapaz.
4. La Ventana de los Mil Días generó un impacto social positivo en los habitantes de las comunidades: Chitul, Chisacsi, Saquijá y San Rafael 1 del municipio de Santa Cruz Verapaz, se recuperaron los casos identificados con desnutrición crónica, por medio de la suplementación de vitaminas y minerales de forma constante.
5. La Secretaría de Seguridad Alimentaria (SESAN), realiza una labor de seguimiento a los casos de desnutrición del municipio, por medio de visitas domiciliarias, donde se evalúa el progreso de los casos.

RECOMENDACIONES

1. Darle seguimiento al programa de la Ventana de los Mil Días del Plan Pacto Hambre Cero, para que se realice una intervención acorde al idioma y con pertinencia cultural para que la suplementación sea aprovechada por la población beneficiada, ya que es una herramienta efectiva en el control y monitoreo de casos de desnutrición crónica en niños menores de 2 años de edad.
2. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), debe reabrir los puestos de salud y centros de convergencia, para que la salud sea accesible a la población rural que no cuenta con recursos para asistir al Centro de Atención Permanente (CAP).
3. La Secretaria de Seguridad Alimentaria (SESAN), debe brindar apoyo nutricional a los casos de desnutrición, proporcionándoles alimentos variados ricos en vitaminas y minerales que contribuyan a recuperar a los niños/as con desnutrición crónica y estacional, además, de ampliar el rango de edad de atención a niños desnutridos.
4. Concientizar por medio de capacitaciones a las población sobre la importancia de introducir en la dieta de los/as niños otros alimentos, que complementen la lactancia materna y mejorar el desarrollo físico del niño/a.
5. Es preciso que el seguimiento que la Secretaria de Seguridad Alimentaria (SESAN), hace de los casos de desnutrición ya recuperados se extienda hasta los cinco años de vida debido a que vulnerables de recaer en desnutrición.

BIBLIOGRAFÍA

- Arriaza, Roberto. *Estudios sociales: Problemas socio-económicos de Guatemala*. Guatemala: Editorial Dinamita, 1 997.
- Congreso de la Republica. *Reglamento interno del Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación (Acuerdo 278-98)*. Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala: Editorial Universitaria, 1 998.
- Gordillo Castillo, Enrique. *Guía general de estilo para la presentación de trabajos académicos*. Guatemala: Centro de Estudios Urbanos y Regionales- Universidad de San Carlos de Guatemala, 2 002.
- Leiva Vásquez, Omar. *Estudio sobre la desnutrición en Guatemala*. Guatemala: Editorial de San Carlos de Guatemala, 2 012.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-. *Manual de normas y procedimientos administrativo-financieros para la prestación de servicios básicos de salud*. Guatemala: Sistema integral de asistencia en salud, 2 002.
- Et.Al. *Encuesta nacional de salud materno infantil*. Guatemala: MSPAS., 2 010.
- Pinto, Ileana E. *Estudio de la realidad de Guatemala; Aspecto social*. Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala: Editorial de San Carlos de Guatemala, 1 994.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD-. *El rostro del desarrollo humano*. Informe de Desarrollo Humano 1997. Guatemala: PNUD., 1 997.
- *Guatemala: Los contrastes del desarrollo humano*. Informe Nacional de Desarrollo Humano 1998. Guatemala: PNUD., 1 998.
- Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia -SEGEPLAN-. *Plan de Desarrollo Municipal*. Santa Cruz Verapaz, Alta Verapaz, Guatemala: SEGEPLAN., 2 012.



Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional -SESAN-. Plan del pacto hambre cero. Guatemala: SESAN. Marco Legal, 2 012.



VºB.º
[Handwritten signature]

Adán García Véliz
Licenciado en Pedagogía e Investigación Educativa
BIBLIOTECARIO



No.050-2016



CUNOR | CENTRO UNIVERSITARIO DEL NORTE

Universidad de San Carlos de Guatemala

El director del Centro Universitario del Norte de la Universidad de San Carlos de Guatemala, luego de conocer los dictámenes de la Comisión de Trabajos de Graduación de la carrera de:

TRABAJO SOCIAL

Al trabajo titulado:

TESIS DESNUTRICIÓN CRÓNICA DENTRO DEL PROGRAMA VENTANA DE LOS MIL DÍAS, EN EL MUNICIPIO DE SANTA CRUZ VERAPAZ

Presentado por el (la) estudiante:

AMATUL OFELIA RIVERA GARCÍA

Autoriza el

IMPRIMASE

Cobán Alta Verapaz 10 de Marzo de 2016.


Lic. Erwin Gonzalo Eskenasy Morales
DIRECTOR

