

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**“CONOCIMIENTOS, PERCEPCIONES, ACTITUDES Y PRÁCTICAS
SOBRE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN MADRES, PADRES,
COMADRONAS Y PERSONAL DE SALUD”**

Estudio mixto realizado en San Juan Comalapa,
Departamento de Chimaltenango

abril-mayo 2013

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

**Pedro Pablo Cardoza Cabrera
Juan Pablo García Meléndez
Peter Mauricio Rojas Schippers
Adrian Ranferi Gil Rabanales
Ana José Izaguirre Beckley**

Médico y Cirujano

Guatemala, julio de 2013



El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

Los estudiantes:

Pedro Pablo Cardoza Cabrera	200510130
Juan Pablo García Meléndez	200518100
Peter Mauricio Rojas Schippers	200518101
Adrian Ranferi Gil Rabanales	200610064
Ana José Izaguirre Beckley	200610085

ha cumplido con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en el grado de Licenciatura y, habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

**“CONOCIMIENTOS, PERCEPCIONES, ACTITUDES Y PRÁCTICAS
SOBRE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN MADRES, PADRES,
COMADRONAS Y PERSONAL DE SALUD”**

**Estudio mixto realizado en San Juan Comalapa,
departamento de Chimaltenango**

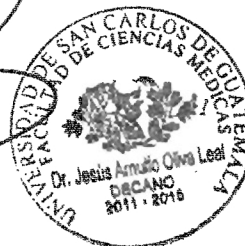
abril-mayo 2013

Trabajo asesorado por la Dra. Aida Guadalupe Barrera Pérez y revisado por la Dra. Eugenia Palencia Alvarado, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, doce de julio del dos mil trece

**DR. JESÚS ARNULFO OLIVA LEAL
DECANO**





El infrascrito Coordinador de la Unidad de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que los estudiantes:

Pedro Pablo Cardoza Cabrera	200510130
Juan Pablo García Meléndez	200518100
Peter Mauricio Rojas Schippers	200518101
Adrian Ranferi Gil Rabanales	200610064
Ana José Izaguirre Beckley	200610085

han presentado el trabajo de graduación titulado:

**“CONOCIMIENTOS, PERCEPCIONES, ACTITUDES Y PRÁCTICAS
SOBRE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN MADRES, PADRES,
COMADRONAS Y PERSONAL DE SALUD”**

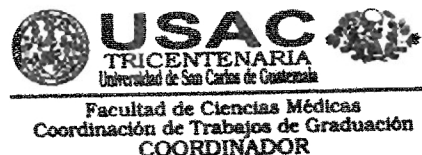
**Estudio mixto realizado en San Juan Comalapa,
departamento de Chimaltenango**

abril-mayo 2013

El cual ha sido revisado, corregido y autorizado por la Dra. Aida Guadalupe Barrera Pérez y, al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se le autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, el día doce de julio del dos mil trece.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

**Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas
Coordinador**



Guatemala, 12 de julio del 2013

Doctor
Edgar Rodolfo de León Barillas
Unidad de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. de León:

Le informo que los estudiantes abajo firmantes:

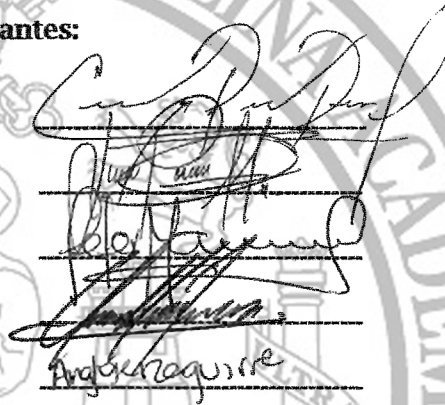
Pedro Pablo Cardoza Cabrera

Juan Pablo García Meléndez

Peter Mauricio Rojas Schippers

Adrian Ranferi Gil Rabanales

Ana José Izaguirre Beckley



Presentaron el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

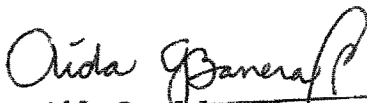
**“CONOCIMIENTOS, PERCEPCIONES, ACTITUDES Y PRÁCTICAS
SOBRE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN MADRES, PADRES,
COMADRONAS Y PERSONAL DE SALUD”**

**Estudio mixto realizado en San Juan Comalapa,
departamento de Chimaltenango**

abril-mayo 2013

**Del cual como asesor y revisor nos responsabilizamos por la metodología,
confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y
de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.**

Atentamente,



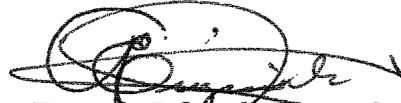
Dra. Aída Guadalupe Barrera Pérez

Asesora

Firma v sello profesional

Aída G. Barrera Pérez

MEDICA Y CIRUJANA
Col. 11596



Dra. Eugenia Palencia Alvarado

Revisor

Firma v sello profesional

Dra. Ana Eugenia Palencia
Médico y Cirujano
Colegiado No. 5981

RESUMEN

OBJETIVO: Describir los conocimientos, percepciones, actitudes y prácticas de los padres, madres, comadronas y personal de salud acerca de desnutrición crónica del municipio de San Juan Comalapa del departamento de Chimaltenango durante Abril – Mayo 2013. **POBLACIÓN Y MÉTODOS:** Estudio mixto realizado en aldeas del municipio de San Juan Comalapa, departamento de Chimaltenango. Se tomó una muestra por conveniencia obteniendo un total de 413 personas encuestadas, más un promedio de 60 personas que participaron en 6 grupos focales. **RESULTADOS:** De la población encuestada el 73% refirió conocer el concepto de desnutrición crónica, sin embargo, solamente el 7% logró identificar la característica de la desnutrición crónica. El 76% sabe la manera de prevenir la desnutrición crónica con una apropiada alimentación antes de los dos años. En cuanto a las percepciones que tiene la población acerca de desnutrición crónica se observa que el 93% identifica al niño con desnutrición aguda severa tipo marasmo como niño con desnutrición crónica. Luego de haber explicado a la población la característica que identifica a la desnutrición crónica, se preguntó acerca de existencia de desnutrición crónica en sus hijos y el 87% niega dicho estado nutricional. El 86% acudiría a los servicios de salud, aunque un 11% recurría a otra estrategia previo a consultar con el personal de salud. El 90% de los encuestados refiere dar proteínas de alta calidad biológica a sus hijos. **CONCLUSIONES:** La mayoría de los participantes de los grupos focales confunden el concepto de desnutrición aguda con crónica, ya que el concepto que ellos aplican para desnutrición crónica es peso bajo para la edad. El personal de salud no aplica las normas de atención en salud y guías alimentarias para educar a la población sobre desnutrición crónica. A pesar de ser una población indígena kaqchikel, no hubo barrera lingüística ya que la mayoría era bilingüe.

Palabras clave: Desnutrición proteica, trastornos de la nutrición del niño, trastornos de la nutrición del lactante, desnutrición proteico-calórica, desnutrición

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	3
2.1 General	3
2.2 Específicos	3
3. MARCO TEÓRICO	5
3.1 Antecedentes	5
3.2 Desnutrición	8
3.2.1 Definición	8
3.2.2 Clasificación	9
3.2.3 Etiología	10
3.3 Desnutrición crónica	10
3.3.1 Causas de desnutrición crónica	11
3.3.2 Consecuencias	12
3.3.3 Medidas de combate	12
3.4 Seguridad alimentaria	13
3.5 Programas para combatir la desnutrición crónica	15
3.5.1 Ventana de los 1,000 días	15
3.5.2 Pacto hambre cero	16
3.5.3 Frente contra el hambre y programa de reducción de la desnutrición crónica	17
3.5.4 Otros programas gubernamentales	18
3.5.5 Cooperación internacional	19
3.6 Manual de normas de atención en salud	20
3.6.1 Monitoreo del crecimiento:	20
3.6.2 Suplementación Indicada por las Guías de Alimentación de Guatemala	21
4. POBLACIÓN Y MÉTODOS	27
4.1 Tipo y diseño de la investigación	27
4.2 Temporalidad	27
4.3 Unidad de análisis	27

4.4	Población y muestra	27
4.4.1	Población o universo	27
4.4.2	Marco muestral	27
4.4.3	Muestra.....	27
4.5	Selección de sujetos de estudio	28
4.5.1	Criterios de inclusión	28
4.5.2	Criterios de exclusión	28
4.6	Definición y operacionalización de variables	28
4.6.1	Definición y operacionalización de variables cuantitativas.	28
4.6.2	Definición y operacionalización de variables cualitativas.....	30
4.7	Técnicas, procedimientos e instrumentos a utilizar en la recolección de datos	33
4.7.1	Técnicas	33
4.7.2	Procedimientos.....	34
4.7.3	Instrumentos.....	36
4.8	Procesamiento y análisis de datos (diseños muestreo y análisis)	36
4.9	Alcances y límites.....	37
4.9.1	Alcances	37
4.9.2	Límites	37
4.10	Aspectos éticos de la investigación.....	37
5.	RESULTADOS	39
5.1	Componente cuantitativo.....	39
5.1.1	Datos generales	40
5.1.2	Conocimientos, percepciones, actitudes, prácticas acerca de desnutrición crónica	41
5.2	Componente cualitativo.....	46
5.2.1	Notas de campo	56
6.	DISCUSIÓN.....	63
6.1	Componente cuantitativo.....	63
6.2	Componente cualitativo	67
7.	CONCLUSIONES	77

7.1	Componente cuantitativo.....	77
7.1.1	Conocimientos acerca de desnutrición crónica.....	77
7.1.2	Percepciones acerca de desnutrición crónica.....	77
7.1.3	Actitudes acerca de desnutrición crónica.....	77
7.1.4	Prácticas acerca de desnutrición crónica.....	78
7.2	Componente cualitativo	78
7.2.1	Conocimientos acerca de desnutrición crónica.....	78
7.2.2	Percepciones acerca de desnutrición crónica.....	78
7.2.3	Actitudes acerca de desnutrición crónica.....	79
7.2.4	Prácticas acerca de desnutrición crónica.....	79
8.	RECOMENDACIONES	81
8.1	Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.....	81
8.2	Al Área de Salud de Chimaltenango	81
8.3	Al Distrito de Salud de San Juan Comalapa	82
8.4	A las Organizaciones no Gubernamentales.....	82
9.	APORTES	85
10.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
11.	ANEXOS	91
11.1	Anexo 1	91
11.1.1	Guía grupo focal para padres, madres y comadronas.....	91
11.1.2	Guía grupo focal para personal de salud	93
11.1.3	Cuestionario para personal de salud.....	94
11.1.4	Encuesta dirigida a la población de San Juan Comalapa.....	95
11.1.5	Guías Visuales: Fichas de fotografías.....	99
11.2	Anexo 2: Consentimiento informado	102
11.3	Anexo 3: Contextualización del área de estudio	103
11.3.1	Demografía.....	103
11.3.2	Kaqchikeles	106
11.4	Anexo 4: Otros.....	109

11.4.1	Manifestaciones de la inseguridad alimentaria-nutricional.....	109
11.4.2	Tabla 5: Guías alimentarias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ..	109
11.4.3	Olla familiar guías alimentarias Guatemala 2013.	110
11.4.4	Componentes del programa de reducción de desnutrición crónica de Guatemala	111
11.4.5	Municipios clasificados por grado de desnutrición.	111

1. INTRODUCCIÓN

A pesar de existir programas como “Ventana de los 1000 días”, “Pacto hambre cero”, “Frente contra el hambre”, “Programa de reducción de la Desnutrición Crónica –PRDC–”, se siguen observando casos de desnutrición crónica, siendo así Guatemala uno de los lugares prevalentes en desnutrición crónica a nivel mundial. (1).

La desnutrición se puede clasificar de distintas maneras. Se clasificó en este trabajo por su duración, siendo esta aguda o crónica, enfocándose la tesis en desnutrición crónica. La desnutrición crónica se produce por la inadecuada alimentación en los primeros años de vida de las personas incluyendo el tiempo de gestación. Esto puede producir consecuencias como retardo de crecimiento, falta de concentración, disminución en la capacidad de aprendizaje, reducción de capacidad productiva y afectación del sistema inmunológico, esto constituye una de las principales causas del elevado índice de mortalidad que presentan los niños de edad pre-escolar en las regiones poco desarrolladas. (2).

En un estudio realizado en el municipio de San Juan Comalapa en el año 2012 evidenció que el 51.6% de niños menores de 2 años presentaba algún grado de desnutrición y de estos, el 94.7% presentaba desnutrición crónica. (3).

El diseño de la investigación consta de un componente cuantitativo y un componente cualitativo; el componente cuantitativo se realizó de manera transversal, encuestando a padres y madres del municipio de San Juan Comalapa, se utilizó ayuda visual así como preguntas para identificar conocimientos, actitudes y prácticas de este grupo. También se realizaron grupos focales con padres, madres, comadronas y personal de salud del municipio de San Juan Comalapa, en donde se utilizó ayuda visual para identificar casos de desnutrición crónica y se pidió la opinión de los mismos acerca del tema tratado.

San Juan Comalapa es un área de Guatemala en donde la población predominante es kaqchikel, no obstante no existió barrera lingüística ya que la población en su mayoría era bilingüe.

Debido a los estudios realizados y los programas existentes surgieron las siguientes preguntas: ¿Cuáles son los conocimientos, percepciones, actitudes y prácticas que tienen

los pobladores del municipio de San Juan Comalapa acerca de la desnutrición crónica? ¿Reconocen la diferencia entre niño sano y niño desnutrido? ¿Reciben promoción de salud sobre educación alimentaria? ¿Qué alimentos de los que cosechan consumen? ¿Qué comidas consideran nutritivas y necesarias en la dieta de los menores de dos años? ¿Qué fuentes de proteína consumen y con qué frecuencia?

Este estudio se desarrolló con el objetivo de describir los conocimientos, percepciones, actitudes y prácticas de los padres, madres, comadronas y personal de salud acerca de desnutrición crónica del municipio de San Juan Comalapa del departamento de Chimaltenango durante abril – mayo 2013, esto debido a que el gobierno de Guatemala ha declarado de urgencia la prevención de la desnutrición crónica e implementó la Estrategia Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica -ENRDC- para reducir la prevalencia en niños y niñas menores de 5 años, en 10 puntos porcentuales a nivel nacional para el año 2012. En la Encuesta de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2009 en Guatemala, cerca de un millón de niños y niñas menores de 5 años registran una baja talla para su edad. Así mismo, la incidencia de esta situación se duplica en la niñez indígena (69.5%), en comparación con la no indígena (35.7%). La media de desnutrición crónica en las áreas rurales era de 55.5%. (1).

Como característica general, las personas en el municipio de San Juan Comalapa, se mostraron renuentes a participar en el trabajo, sobre todo al pedir información personal, como huella digital, nombre o firma, siendo esta una limitante para el trabajo de campo. Al realizar los grupos focales con el personal de salud, madres y comadronas, de manera separada y por grupos, ninguno tiene claro el concepto de desnutrición crónica, más la mayoría sabe que tienen que dar una buena alimentación antes de los dos años de edad e incluso refieren que la buena alimentación se debe iniciar durante el embarazo. Se observa que el 73.12% de la población encuestada refiere saber el concepto de desnutrición crónica, sin embargo solo el 6.78% de encuestados identifica las características que definen el problema, habiendo una diferencia en los lugares que cuentan con puestos de salud, ya que la mayoría pertenecían a aldeas con puestos de salud. Dentro de las actitudes que presenta la población encuestada se observó que el 86.44% acuden a los servicios de salud, de los cuales el 87.89% lo hace lo más pronto posible y el 11.38% lo hace después de tomar alguna medida previa como recurrir a remedios caseros o visitar a la comadrona.

2. OBJETIVOS

2.1 General

- Describir los conocimientos, percepciones, actitudes y prácticas de los padres, madres, comadronas y personal de salud acerca de desnutrición crónica del municipio de San Juan Comalapa del departamento de Chimaltenango durante abril – mayo 2013.

2.2 Específicos

Identificar:

2.2.1 Los conocimientos acerca de desnutrición crónica que tienen padres, madres, comadronas y personal de salud del municipio de San Juan Comalapa.

2.2.2 Las percepciones acerca de desnutrición crónica que tienen padres, madres, comadronas y personal de salud del municipio de San Juan Comalapa.

2.2.3 Las actitudes acerca de desnutrición crónica que tienen padres, madres, comadronas y personal de salud del municipio de San Juan Comalapa.

2.2.4 Las prácticas acerca de desnutrición crónica que tienen padres, madres, comadronas y personal de salud del municipio de San Juan Comalapa.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Antecedentes

El gobierno de Guatemala ha declarado de urgencia la prevención de la desnutrición crónica y está implementando la Estrategia Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica -ENRDC- para reducir la prevalencia en niños y niñas menores de 5 años, en 10 puntos porcentuales a nivel nacional para el año 2012. (4)

La Estrategia Guatemala Saludable y Productiva fue creada por la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional, con el fin disminuir la desnutrición en el país, como una estrategia operativa que busca el encadenamiento y simultaneidad de acciones de instituciones de Gobierno y programas presidenciales. (5)

La malnutrición proteica constituye una de las principales causas del elevado índice de mortalidad que presentan los niños de edad pre-escolar en las regiones poco desarrolladas, por lo que se está tratando por todos los medios posibles de cambiar las prácticas de la alimentación infantil.

Dichos esfuerzos consisten en programas educativos destinados a fomentar el uso de alimentos adecuados que ya se encuentran disponibles en la localidad, o bien de introducir nuevos productos alimenticios. Sin embargo es importante comprender las creencias en que se basan las prácticas inadecuadas de alimentación, así como saber qué actitudes no sería probable que surgiesen al iniciar los cambios proyectados.

En el municipio de San Juan Comalapa en niños menores de 2 años el 50% tiene algún tipo de desnutrición. Se observa que el 52.34% es de sexo masculino y el 47.66% es de sexo femenino. (2)

En un estudio realizado el municipio de San Juan Comalapa en el año 2012 en donde se evidenció que el 51.6% de niños menores de 2 años presenta algún grado de desnutrición y de estos el 94.7% presenta desnutrición crónica.(4)

En el estudio “Interculturalidad alimentario-nutricional en la etnia Wixarika de México” realizado en el año 2004 con la tribu Wixaritari que se localizan al norte de Jalisco, al oriente de Nayarit, al sur de Durango y Zacatecas, estados ubicados en el Noroccidente de México. La prevalencia de desnutrición es alta al comparar con las medias nacionales, (6)

De la misma manera que otros pueblos mesoamericanos prehispánicos, la etnia Wixarika conserva la cultura de consumo alimentario basada en el maíz como elemento central, con agregados de frijol y calabaza. Para la cultura Wixarika el maíz es el articulador y forjador de la identidad cultural, el que enlaza no sólo las celebraciones religiosas durante el año, sino que es la pieza central para la construcción de la identidad étnica dentro de la cultura mesoamericana del maíz.

El consumo alimentario del pueblo Wixarika, como en la mayoría de pueblos de Mesoamérica, tiene un sentido religioso y no solamente biológico de satisfacer las necesidades del cuerpo, por lo que los alimentos no sólo proporcionan nutrientes sino energía que viene de ellos. La base de la producción y el consumo alimentario Wixarika está formada por la tríada: maíz, frijol y calabaza, con agregados de jitomate y chile, tradición que se ha mantenido desde tiempos ancestrales. La recolección de alimentos en bosques y cañadas tiene como importancia la recolección de guajes, hongos, quelites y nopales. Los alimentos son consumidos por clanes familiares en 2 a 3 tiempos, dependiendo de las posibilidades de la cosecha, la época del año, de ingresos extraordinarios por venta de sus productos a las comunidades mestizas, por trueque en la comunidad o por recursos obtenidos como asalariados estacionales. (6)

Se ha observado el abandono de algunos alimentos en las localidades que tienen mayor vínculo con el mundo mestizo, se puede mencionar el inicio de la alimentación con maíz “nishtamalizado” que es preparado con cal y contiene todos sus nutrientes, también se ha observado el consumo de harina de maíz industrializado con bajo contenido de fibra, aceites vegetales y calcio. Se ha abandonado el consumo de vegetales tradicionales como los nopales, quelites, hongos y guajes y se ha aumentado el consumo de alimentos refinados, como harinas, refrescos embotellados, etc. lo que está impactando en el estado

nutricional de los adultos principalmente. En la evaluación nutrimental inicial el 24% de las mujeres en edad fértil que viven las localidades con mayor vinculación al mundo occidental tienen obesidad combinada con baja talla, un tipo de obesidad desnutrida de los pueblos marginados de América Latina incorporados al mundo global. (6)

Los datos que aporta el estudio de la cultura de consumo alimentario del pueblo Wixarika muestran la existencia de un sustrato prehispánico que reconoce el valor de que el alimento no solo tiene la función de satisfacer necesidades biológicas sino que tiene alto contenido religioso. (6)

Se concluye en el estudio realizado que las cantidades de proteínas, minerales y vitaminas que se encuentran en los alimentos nativos ofrecen la posibilidad de nutrir a la población sin recurrir necesariamente a la carne, huevo, a los productos lácteos.

Las instituciones de salud, nutrición y desarrollo que operan programas en la población Wixarika han constituido propuestas alimentarias nutricionales sin tomar en cuenta los elementos culturales, no obteniendo beneficios en los indicadores de calidad de vida y seguridad alimentaria y frecuentemente agrediendo las costumbres de la población. Por lo cual se ha señalado que la inseguridad alimentaria que padecen representa una violación básica de los derechos humanos de las etnias. (6)

En el estudio “Una aldea Kaqchikel situada en los altiplanos de Guatemala y sus prácticas de alimentación” realizado en Santa María Cauqué, se explica que los pobladores alimentan bien a sus hijos, no con el propósito de que sean más sanos, sino porque gocen de buena salud. El buen apetito va asociado con la salud; sin embargo no se obliga al niño a comer un alimento que no acepta voluntariamente, ya que sus gustos y aversiones son respetados. Por otra parte, sin embargo, tan pronto como el niño enferma, se acostumbra retirar parte de la alimentación de su dieta. (7)

Así, a un niño que ha estado recibiendo carne y leche juntamente con frijoles y tortillas, tan pronto como sufra de diarrea se suspenderá su administración y en su lugar se le dará un atol consistente enteramente de carbohidratos. En Santa María Cauqué, este atol bien puede ser un preparado de maicena o sencillamente el agua en que se ha cocido el frijol o el maíz. (7)

Es probable que los alimentos ricos en proteína también se eliminen de la dieta del niño que presente cualquiera de los signos o síntomas que la madre atribuye a la presencia de lombrices. Estos incluyen la diarrea, sino también los vómitos, la irritabilidad y la anorexia. La carne y la leche son consideradas como alimentos especialmente peligrosos debido al efecto que tienen de estimular las lombrices, o de “alborotarlas”.

En el año de 1,967 en Santa María Cauqué habían fracasado los esfuerzos encaminados a persuadir a los pobladores de que la leche debe darse a los niños porque mejora y mantiene la salud. Sin embargo, se acepta la leche por otros motivos. La mayoría de los que la aceptan hoy día, lo hacen así porque gustan de este alimento y porque les cae bien, y no porque estén convencidos de que la leche sea buena para la salud o que evite las enfermedades. También ha contribuido a que acepten el temor de que en el caso de rehusar la leche se les negará tratamiento médico en la clínica que funciona en esa aldea. (7)

En muchos casos, es probable que tenga más éxito un proyecto cuyo propósito es introducir el uso de un alimento nuevo con respecto al cual todavía no existen prejuicios, que un programa que destaca el valor de la carne, de la leche y de los huevos. (7)

3.2 Desnutrición

3.2.1 Definición (5)

De acuerdo a la terminología utilizada por SESAN, la desnutrición es la manifestación de bajo peso en relación a la talla del individuo, el cual se origina por una situación reciente de falta de alimentos o una enfermedad que produce una pérdida rápida de peso.

La desnutrición es un estado patológico provocado por la falta de ingesta o absorción de alimentos o por estados de exceso de gasto metabólico.

3.2.2 Clasificación (2)

Por su intensidad

- Leve: es cuando la cantidad y variedad de nutrientes que el niño recibe son menores a sus requerimientos. Al inicio se caracteriza por la pérdida o no ganancia de peso.
- Moderada: cuando la falta de nutrientes se prolonga y acentúa, la desnutrición se agudiza y fácilmente se asocia a procesos infecciosos, se manifiesta con mayor déficit de peso, detención del crecimiento, anorexia y mayor facilidad para contraer infecciones.
- Severa: cuando la carencia acentuada de alimentos continua asociada a padecimientos infecciosos frecuentes, la anorexia se intensifica y la descompensación fisiológica del organismo llega a tal grado, que pone al niño en grave peligro de muerte se manifiesta en dos formas: marasmo y kwashiorkor.

Por el tiempo de aparición

- Primaria: cuando los aportes de nutrientes no pueden ser aportados por la situación económica, cultural y/o educativa.
- Secundaria: si los aportes nutricionales son adecuados pero, debido a otras enfermedades, la absorción o utilización de estos alimentos no es adecuada.

Por su duración

- Aguda: se presenta debido a la restricción de alimentos que se manifiesta por la pérdida de peso y quizá detención del crecimiento. Cuando el niño es atendido adecuadamente y oportunamente, este se recupera, repone sus pérdidas y vuelve a crecer normal.
- Crónica: cuando la privación de alimentos se prolonga, la pérdida de peso se acentúa como consecuencia el organismo para sobrevivir disminuye requerimientos y deja de crecer, es decir mantiene una estatura baja para su edad. La recuperación es más difícil.

3.2.3 Etiología (5)

Existen diversos tipos de factores que inciden directamente sobre el apareamiento de la desnutrición infantil, siendo algunos de estos: factores sociales y económicos, biológicos, ambientales y la edad del paciente.

En Guatemala, la inseguridad alimentaria y nutricional de la población se ve reflejada en el bajo peso al nacer que afecta el 12% de los neonatos. Esta problemática también se manifiesta en la presencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años, población cuyo promedio nacional es de 49.3%, lo que representa aproximadamente un millón de niños.

Cinco de cada diez niños, en edad escolar presentan desnutrición crónica y el 14.8% presenta un retardo severo de crecimiento.

3.3 Desnutrición crónica

La desnutrición crónica ocurre cuando la falta de una dieta balanceada provoca el retardo en el crecimiento de una persona y resulta en una baja talla en relación a su edad, causando daños tanto físicos como intelectuales. (1)

Según la Encuesta de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2002 en Guatemala, cerca de un millón de niños y niñas menores de 5 años (49.3% del total) registran una baja talla para su edad. Así mismo, la incidencia de esta situación se duplicaba en la niñez indígena (69.5%), en comparación con la no indígena (35.7%). La media de desnutrición crónica en las áreas rurales era de 55.5%. (1)

La desnutrición crónica infantil se produce durante la "ventana de los primeros 1,000 días", que incluye el embarazo y los primeros dos años de vida, y tiene importantes efectos negativos en la morbilidad y mortalidad, la estatura, la capacidad para trabajar en la adultez, el desempeño intelectual, la escolaridad y en los futuros ingresos. En Guatemala, la prevalencia de la desnutrición crónica sigue siendo una de las más altas del mundo. (2)

3.3.1 Causas de desnutrición crónica

Las principales razones por las que se produce la desnutrición crónica están relacionadas con: 1. Alimentación inadecuada en los primeros dos años de vida. 2. Escaso cuidado del niño en el hogar. 3. Infecciones recurrentes.

Alimentación inadecuada se observa desde los primeros meses de vida, en donde los niños tienen la oportunidad de recibir lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, sin embargo frecuentemente se incluye "agüitas" o atoles que no solo desplazan la lactancia, sino que no aportan los nutrientes que necesita en esa edad. (8)

A partir de los seis meses la lactancia materna exclusiva ya no es suficiente y los niños necesitan "complementar" su alimentación con otros alimentos que deben ser fácilmente digeribles, en cantidades adecuadas al tamaño de su estómago y con la concentración suficiente de nutrientes que necesitan para crecer y desarrollarse saludablemente.

Escaso cuidado del niño en el hogar: Se refiere a la higiene personal, a la preparación de sus alimentos, al uso de los servicios de salud para mantener una vigilancia de su crecimiento, administrarle vacunas, vitaminas y minerales, entre otros. Cuando esto no se hace periódicamente, aumentan las probabilidades de que el niño se enferme.

Infecciones recurrentes. Las infecciones más comunes son las infecciones respiratorias y la diarrea. Estas enfermedades se acompañan de una disminución del apetito; aumento de la pérdida de nutrientes por la diarrea y aumento en las necesidades de nutrientes por la fiebre y el desgaste del organismo para contrarrestar la enfermedad. (1)

3.3.2 Consecuencias (1)

Los primeros 36 meses de vida de un ser humano son denominados como la “ventana de oportunidad”, ya que es en este periodo donde existe la mayor potencialidad de desarrollo.

Durante los primeros 36 meses de vida, cuando no existe una nutrición adecuada, el riesgo de morbilidad y mortalidad incrementa, así como hay un deterioro en el crecimiento y desarrollo físico y mental, obteniendo como resultado un impacto negativo que afecta la niñez y se extiende a lo largo de su vida hasta la edad adulta.

La desnutrición crónica conlleva consecuencias graves, debido a que disminuye la concentración y capacidad de aprendizaje, reduciendo entre 5 y 11 puntos menos el coeficiente intelectual, reduce la capacidad productiva (disminución aproximada del 3% producto interno bruto) y afecta el sistema inmunológico.

3.3.3 Medidas de combate (1)

Van dirigidas a: 1. Mejorar la dieta, con programas como promoción de lactancia materna, alimentación complementaria adecuada, alimentación durante la convalecencia, información, educación y comunicación en salud,

y 2. Prevenir infecciones con programas como promoción de salud, controles médicos, inmunizaciones completas para la edad, suplementación con vitamina A, Hierro, Zinc y control de crecimiento y desarrollo.

Otra intervención de impacto en el estado nutricional es el uso de agua segura, lo cual implica la incorporación de otros actores locales, como las municipalidades, los grupos comunitarios organizados, las ONG, estas acciones, deben articularse con otros proyectos comunitarios y municipales que se desarrollen localmente, para dar sostenibilidad a las acciones en el nivel familiar.

3.4 Seguridad alimentaria

Se define como seguridad alimentaria y nutricional (SAN) como el momento en que todas las personas gozan, en forma oportuna y permanente, de acceso físico, económico y social a los alimentos que necesitan, en cantidad y calidad para su adecuado consumo y utilización biológica, garantizándoles un estado de bienestar general que coadyuve al logro de su desarrollo.

Se considera la interacción de cuatro pilares para la SAN: (8)

1. Disponibilidad de alimentos: se refiere a la cantidad y variedad de alimentos con que cuenta un país, región, comunidad o individuo.
2. Accesibilidad a los alimentos: la posibilidad que tienen los individuos o familias para adquirir los alimentos ya sea por medio de su capacidad para producirlos y/o comprarlos o mediante transferencias o donaciones.
3. Consumo de los alimentos: la capacidad de la población para decidir adecuadamente sobre la forma de seleccionar, almacenar, preparar, distribuir y consumir los alimentos a nivel individual, familiar, comunitario. El consumo de los alimentos está íntimamente relacionado con las

costumbres, creencias, conocimientos, prácticas de alimentación y el nivel educativo de la población.

4. Utilización o aprovechamiento óptimo de los alimentos: una persona depende de la condición de salud de su propio organismo para aprovechar al máximo todas las sustancias nutritivas que contienen los alimentos. (8) (ver anexo 11.5.1)

En el país no convergen todos estos componentes de forma positiva en muchos de los municipios, aldeas y comunidades. En Guatemala se pueden encontrar muchos factores que inciden negativamente como: bajo acceso a la educación, pobreza, pobreza extrema, falta de agua segura, inexistencia de drenajes, condiciones ambientales inadecuadas, por lo cual contar con seguridad alimentaria resulta un tema de difícil abordaje.

Desde el año 2002 Guatemala ha desarrollado un proceso de descentralización para agilizar las acciones en los municipios más afectados.

El Gobierno de Guatemala instauró el objetivo de reducir 50% del índice actual de la desnutrición crónica para alcanzar los objetivos del milenio en el año 2015.

Respecto al marco legal los Acuerdos de Paz plantean la necesidad de tomar medidas de política social y económica orientadas a atender a la población excluida. La Ley de Descentralización promueve la descentralización económica administrativa para lograr un adecuado desarrollo del país en forma progresiva y regulada. Además reconoce la importancia de la activa participación ciudadana en el proceso de descentralización. La Ley de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural reconoce la participación de la población maya, xinca y garífuna y la no indígena en los procesos de planificación democrática del desarrollo del Estado.

El Código Municipal desarrolla los principios constitucionales referentes a la organización, gestión, administración y funcionamiento de los municipios.

Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia entró en vigencia en el año 2003 después de que Guatemala firmó la Convención sobre los Derechos del Niño en 1990. Es un instrumento jurídico nacional y específico en materia de los derechos humanos de las personas menores de dieciocho años. Se especifica que: “Es necesario promover el desarrollo integral de la niñez y la adolescencia guatemalteca, especialmente de aquellos con sus necesidades parcial o totalmente insatisfechas”.

Para que se logren reducir los altos índices de desnutrición crónica infantil, es necesario adoptar un enfoque integral y multisectorial. La SESAN, es una institución creada en el 2005 que es encargada de coordinar acciones con todas las instituciones, ONG’s y la Cooperación Internacional.

3.5 Programas para combatir la desnutrición crónica

A través de los años se ha venido realizando diversos programas para combatir la desnutrición crónica en Guatemala y en la región de Chimaltenango, de los cuales se puede mencionar: “Ventana de los 1000 días”, “Pacto hambre cero”, “Frente contra el hambre”, “Programa de reducción de la Desnutrición Crónica –PRDC-“. (1)(2)(3)

3.5.1 Ventana de los 1,000 días

Su propósito es garantizar la nutrición del niño desde el vientre materno hasta los dos años de edad.

Este período representa una oportunidad única para el futuro de un individuo. Durante ese tiempo, es posible mejorar la talla de los niños sin predisponerlos a un aumento de peso. Se sabe que el 93% del peso corporal guarda estrecha relación con las condiciones de vida tempranas tales como la alimentación, hábitos alimenticios y vida intrauterina (cuidar a la mujer embarazada, controlar el embarazo), promover la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y de acompañamiento, y garantizar la calidad de los alimentos complementarios que empiezan a introducirse de a poco hasta los 2 años de vida. (3)

Es durante este tiempo donde tiene la mayor velocidad de crecimiento, razón por la cual toda demora en hacer el diagnóstico implica perder la posibilidad de intervenir oportunamente sobre las causas, si el diagnóstico ocurre mas allá de los 2 años de edad (dos mil días), el “restitutio ad integrum” suele ser mucho más difícil o inalcanzable. (3)

El Gobierno de Guatemala enfoca sus intervenciones en asegurar que la madre y el menor tengan lo necesario para una buena nutrición. (2)

Por su parte, organizaciones como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), contribuyen con los programas de desnutrición crónica con intervenciones a través del sector de salud, que incluye: pinzamiento tardío del cordón umbilical, promoción de lactancia materna y alimentación complementaria, orientación sobre la higiene y preparación de alimentos, suplementación de la madre con hierro y ácido fólico, suplementación del niño con vitamina A, inmunizaciones, zinc y rehidratación oral en tratamientos de diarrea y la distribución de alimentos complementarios fortificados o polvos de micronutrientes a niños de 6-24 meses con orientación a las madres. (2)

3.5.2 Pacto hambre cero (2)

Este es un compromiso mediante el cual el gobierno pretende reducir la desnutrición. Se encuentra formado por cuatro pilares, el primero es un sistema de información, monitoreo y evaluación, el segundo es un análisis de las cifras obtenidas para que se conviertan en propuestas, el tercero es el fortalecimiento de la capacidad de coordinar esfuerzos institucionalmente y la cuarta es una fase para comunicar y sensibilizar a la población.

El principal fundamento de este Pacto es la Ventana de los 1,000 días. El primer paso para la elaboración de este pacto fue identificar los puntos de desnutrición tanto aguda como crónica, lo que permitió establecer la cobertura de los diferentes ministerios.

El ministerio de salud no es el único ministerio del que se necesita capacidad de acción. Se señala que el área educativa debe hacer mayor hincapié en formar a las niñas antes de que entren a la edad fértil, ya que hay casos en los que los niños nacen prematuramente o con bajo peso.

3.5.3 Frente contra el hambre y programa de reducción de la desnutrición crónica

En el año 2005 el “Frente Contra el Hambre” surge como una instancia de la Presidencia de Guatemala, que luego se constituyó en la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional –SESAN-. La cual convocó a un taller para la formulación del plan nacional de la desnutrición crónica de la población más vulnerable de Guatemala, en la cual asistieron instituciones Gubernamentales, No Gubernamentales, Cooperación Internacional y Expertos en Programas de Nutrición. (1)

Para que se logren reducir los altos índices de desnutrición crónica infantil, es necesario adoptar un enfoque integral y multisectorial. La SESAN, es una institución creada en el 2005 que es encargada de coordinar acciones con todas las instituciones, ONG’s y la Cooperación Internacional. (8)

Con base en las propuestas generadas en dicho taller y el trabajo posterior por un equipo técnico interinstitucional se formuló el Programa de Reducción de la Desnutrición Crónica –PRDC-, cuya finalidad era establecer una estrategia nacional que permitiera unir esfuerzos y canalizar los recursos nacionales e internacionales con la finalidad de reducir la Desnutrición Crónica en la niñez Guatemalteca. (1)

El PRDC es un programa nacional que articula las acciones, recursos técnicos y materiales de distintas instituciones, de la sociedad civil y de la cooperación internacional, para la reducción de la desnutrición crónica en la niñez.

Su propuesta, reducir la prevalencia de desnutrición crónica a la mitad en niños y niñas menores de 5 años para el año 2016. (1)

El programa tiene seis componentes: tres directos (atención con servicios básicos de salud para niños menores de 3 años, mujeres embarazadas y mujeres lactantes, educación comunitaria en salud y nutrición para el mejoramiento de prácticas alimentarias y cuidados del niño, promoción de la lactancias materna y la alimentación complementaria) y tres de viabilidad y sostenibilidad (provisión de servicios de agua y saneamiento básico y vigilancia de la sostenibilidad ambiental, mejoramiento de la economía familiar y fortalecimiento de la organización y participación comunitarias a favor de la nutrición y salud de la niñez) , además cuenta con cuatro ejes transversales y cinco estrategias de implementación.(ver anexo 5)

3.5.4 Otros programas gubernamentales

En el año 2005 el Programa Regional de Seguridad Alimenta y Nutricional para Centroamérica –PRESANCA- con colaboración del Instituto de Nutrición Centroamérica y Panamá –INCAP- elaboraron un documento técnico conteniendo inventario de programas alimentario nutricionales. Con este se lograron obtener ciertas conclusiones; de las más importantes se encontró que no existe información oportuna, válida y confiable acerca de los programas y de su cobertura real, los programas no están integrados adecuadamente, los programas asistenciales y preventivos no están enfocados en los grupos de la población con más riesgo, hay insuficiencia en recursos humanos capacitados en aspectos técnicos y en gestión en relación a las necesidades de los programas, la inversión social pública es muy baja, existen inconsistencias en los datos reportados por el Sistema de Información Gerencial de Salud –SIGSA-, no se cuenta con recursos necesarios tanto de alimentos , insumos como también de logística. Por lo que lo que los programas de seguridad alimentaria y nutricional deberían de enfocarse es en optimizar el ordenamiento y desarrollo de las actividades especialmente las que conciernen con la atención en el primer nivel de atención.

A partir de ello podemos concluir entonces que los programas de seguridad alimentaria y nutricional deberían enfatizar la necesidad de un mayor y

mejor ordenamiento y optimización de las actividades de desarrollo, en especial en el primer nivel de atención en salud. (2)

3.5.5 Cooperación internacional

Dentro de las instituciones que presentan programas de cooperación técnica y financiera en seguridad alimentaria y nutricional podemos encontrar:

- United States Agency International Development-USAID-: Esta organización se ha dedicado a la creación de programas con respecto a la salud materno-infantil, salud reproductiva y en programas para fortalecer los sistemas de salud tanto en Guatemala como en el resto de Latinoamérica y el Caribe.(9)
- Unión Europea: Presenta un programa de apoyo a la política de seguridad alimentaria y nutricional de Guatemala, como principal objetivo contribuir a la reducción de la desnutrición infantil crónica a través de la promoción de la seguridad alimentaria y nutricional y el desarrollo económico de las zonas rurales de Guatemala, con particular enfoque en agricultura, salud, educación, agua y saneamiento.(10)
- Banco Mundial: Proyectos de fortalecimiento de la red de servicios materno-infantil y de nutrición, y otro componente sobre comunicación en salud y evaluación y fortalecimiento institucional. (2)
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID): Con el proyecto de fortalecimiento institucional y apoyo a la pre-inversión para el desarrollo empresarial. (2)
- El Sistema de la Naciones Unidas: Comprende la cooperación técnica y financiera de agencias del sistema en sus campos técnicos específicos, como sería el caso de FAO, OPS, PMA, UNICEF, así como programas conjuntos de FAO, OPS, PMA, UNICEF, UNFPA y VNU para la reducción a la desnutrición crónica. (2)

3.6 Manual de normas de atención en salud (11)

El ministerio de salud pública y asistencia social –MSPAS- utiliza este manual para el tratamiento de todos los problemas de salud incluida la desnutrición crónica.

3.6.1 Monitoreo del crecimiento:

- **Peso**

Se debe realizar monitoreo en el lactante de manera mensual, y este se debe hacer con el lactante sin ropa, si presenta dos desviaciones estándar por debajo de lo indicado presenta “peso bajo para su edad”.(11)

TABLA 1. Frecuencia de consulta para control de peso.

EDAD	FRECUENCIA	CONTROLES
De 1 a menos de 2 años	Cada mes	12 al año
De 2 a menos de 3 años	Cada tres meses	4 al año
De 3 a menos de 5 años	Cada seis meses	2 al año

Fuente: Normas de atención en salud integral para primero y segundo nivel de atención, Guatemala; 2006.

Si presenta dos desviaciones estándar por debajo de lo indicado en la gráfica de peso el niño tiene peso bajo en P/E.

Según se observó en el ejercicio profesional supervisado rural –EPS rural- los enfermeros solamente utilizan la tabla de peso-edad que se encuentra en el carné y no llevan control de talla-edad

- **Longitud o Talla**

Al lactante se le debe medir cada 6 meses con o sin enfermedad, esto debe hacerse con ayuda de un infantómetro. Si el lactante presenta 2 desviaciones estándar por debajo de lo indicado en la gráfica se clasifica como retardo del crecimiento. Realice medición de longitud en menores de 2 años o que mida menos de 85 centímetros, y realice la medición de la talla en mayores de 2 años o que mida más de 85

centímetros, cada 6 meses. Si presenta dos desviaciones estándar por debajo de lo indicado en la gráfica de talla para edad se clasificara como “retardo de crecimiento”.

3.6.2 Suplementación Indicada por las Guías de Alimentación de Guatemala

Tabla 2. Suplementación nutricional para niños menores a un año.

SUPLEMENTO	PRESENTACIÓN	DOSIS	FRECUENCIA DE ENTREGA
Hierro (gotas o jarabe)	Gotas pediátricas de 125 mg de sulfato ferroso en 1 ml.	1 gotero de 1 ml cada 8 días.	Cite cada tres meses para monitorear consumo de gotas pediátricas y nueva entrega.
	Jarabe de 200 mg de sulfato ferroso en 5 ml.	1 cucharadita 5 ml cada 8 días.	Cite cada tres meses para monitorear consumo de jarabe de sulfato ferroso y nueva entrega
Ácido Fólico	Tabletas de 5 mg de ácido fólico.	1 tableta cada 8 días diluido en agua.	Cite cada tres meses para monitorear consumo de las tabletas de ácido fólico y nueva entrega.
Micronutrientes espolvoreados (se entrega en lugar de hierro y ácido fólico)	Sobre de 1 gramo	1 sobre, 1 vez al día, por 60 días.	Cite cada 6 meses para monitorear consumo de sobres de chispitas y nueva entrega.
Vitamina A	Perla de 100,000 UI	Dar el contenido de 1 perla (100,000 UI) por vía oral, dosis única.	1 perla al cumplir los 6 meses, citar en 6 meses para nueva dosis.

Fuente: Normas de atención en salud integral para primero y segundo nivel de atención, Guatemala; 2006.
(11)

Tabla 3. Recomendaciones para dar suplementación Nutricional a niños mayor a 1 año.

SUPLEMENTO	PRESENTACIÓN	RANGO DE EDAD	DOSIS	FRECUENCIA
Hierro (sulfato ferroso) Dosis preventiva	Jarabe de 200 mg de sulfato ferroso en 5 ml	12 a 18 meses	1 cucharadita (5 ml) cada 8 días.	Cite cada tres meses para monitorear consumo de micronutrientes y entregar nueva dosis.
		19 a 23 meses	8 ml cada 8 días	
	Gotas pediátricas de 125 mg de sulfato ferroso en 1 ml.	12 a 18 meses.	1 ml cada 8 días.	Cite cada tres meses para monitorear consumo de micronutrientes y entregar nueva dosis.
		19 a 23 meses.	2 ml cada 8 días.	
	Tabletas de 300 mg de sulfato ferroso.	24 a 59 meses	1 tableta cada 8 días.	Cite cada tres meses para monitorear consumo de micronutrientes y entregar nueva dosis.
Ácido Fólico	Tabletas de 5 mg	6 a 59 meses	1 tableta cada 8 días	Cite cada tres meses para monitorear consumo de las tabletas de micronutrientes y entregar nueva dosis.
Vitaminas y minerales espolvoreados (en situación de hierro y ácido fólico)	Sobres de 1 gm.	6 meses a menores de 5 años.	1 sobre 1 vez al día	60 sobres cada seis meses.
Vitamina A	Una dosis de 200,000 UI		1 perla de 200,000 UI por vía oral.	Cite cada seis meses y suministre nueva dosis.

Fuente: Normas de atención en salud integral para primero y segundo nivel de atención, Guatemala; 2006.(11)

3.6.2.1 Retardo de crecimiento en el lactante: (longitud/talla baja) (11)

Si presenta tendencia de curva hacia arriba:

- Cumplir con acciones preventivas
- Felicitar a la madre
- Indicar que siga con lactancia materna si es menor a 6 meses y si es de 6 meses o mayor indicar seguir con lactancia materna y alimentación complementaria.
- Registrar en el Sistema de Información Gerencial de Salud (SIGSA)

Si presenta horizontalidad respecto a la curva entonces:

- Cumplir con acciones preventivas
- Oriente sobre alimentación de la y el lactante según Guías Alimentarias para población menor a 2 años.
- Indicar que siga con lactancia materna si es menor a 6 meses y si es de 6 meses o mayor indicar seguir con lactancia materna y alimentación complementaria.
- Referir a un grupo de apoyo si existe alguno.
- Registrar en el Sistema de Información Gerencial de Salud (SIGSA)

Que la curva empiece a subir, refleja que está aumentando de longitud. Si es así, entonces:

- Cumpla con las acciones preventivas en la o el lactante
- Entregue a la madre tabletas de zinc: De 2 a menos de 6 meses de edad: 45 tabletas de 20 mg, 1/2tableta al día, por 90 días.
- A las y los lactantes de 6 meses o más de edad: 90 tabletas 20 mg 1 tableta diaria por 90 días.
- Oriente sobre alimentación y nutrición.
- Cite en 3 meses para nueva evaluación de longitud.
- Refiera a la madre a un grupo de apoyo.
- Registre en SIGSA.

Si la curva se muestra horizontal refleja que no ganó longitud, si es así, entonces:

- Cumpla con las acciones preventivas de la o el lactante.
- Entregue a la madre tabletas de zinc, de 2 a menos de 6 meses de edad: 45 tabletas de 20 mg $\frac{1}{2}$ tableta al día, por 90 días. A los y las mayores de 6 meses de edad: 90 tabletas 20 mg 1 tableta diaria por 90 días.
- Oriente sobre alimentación y nutrición
- Cite en 3 meses para nueva evaluación de longitud
- Refiera a la madre a un grupo de apoyo
- Registre en SIGSA

3.6.2.2 Retardo de crecimiento en niños mayores a 1 año: (longitud/talla baja) (11)

Si presenta aumento respecto a la curva entonces:

- Cumplir con acciones preventivas
- Entregar 90 tabletas de zinc de 20 mg y dar una tableta diaria por 90 días.
- Orientación sobre alimentación y nutrición.
- Cite en 3 meses para nueva evaluación de longitud/talla
- Refiera a la madre a un grupo de apoyo.
- Registrar en el Sistema de Información Gerencial de Salud (SIGSA)

Si presenta horizontalidad respecto a la curva entonces:

- Cumplir con acciones preventivas
- Control de crecimiento.
- Evaluar alimentación para menores de 2 años en base a las guías alimentarias.
- Suplementación con micronutrientes.
- Inmunizaciones.
- Vigilancia del desarrollo infantil.
- Evaluación buco-dental.
- Evaluación visual.

- Evaluación auditiva.
- Entregar 90 tabletas de zinc de 20 mg y dar una tableta diaria por 90 días. A los mayores de 6 meses de edad.
- Registrar en el Sistema de Información Gerencial de Salud (SIGSA)
- Orientación sobre alimentación y nutrición.
- Cite en 3 meses para nueva evaluación de longitud
- Refiera a la madre a un grupo de apoyo.

4. POBLACIÓN Y MÉTODOS

4.1 Tipo y diseño de la investigación(12)

Mixto: enfoque cuantitativo y enfoque cualitativo.

4.2 Temporalidad

Transversal.

4.3 Unidad de análisis

Madres, padres, comadronas y personal de salud que fueron encuestados en las aldeas del municipio de San Juan Comalapa departamento de Chimaltenango.

4.4 Población y muestra(13)

4.4.1 Población o universo

Madres, padres, comadronas y personal de salud que residen en el casco urbano y las 12 aldeas que conforman el municipio de San Juan Comalapa.

4.4.2 Marco muestral

12 aldeas y el casco urbano del municipio de San Juan Comalapa del departamento de Chimaltenango.

4.4.3 Muestra

Para el componente cualitativo se realizaron 6 grupos focales de 10 integrantes cada uno para tener un total de 60 personas. Para lo cual se contó con el apoyo del personal de salud de San Juan Comalapa y el Instituto Multidisciplinario para la Salud –IMSALUD- que trabajan en esa región, ellos contactaron a las personas que participaron en los grupos.

Para el componente cuantitativo no se tomó muestra: se entrevistaron a todas las madres y padres que asistieron a las convocatorias que se realizaron durante el trabajo de campo.

4.5 Selección de sujetos de estudio

4.5.1 Criterios de inclusión

Madres que aceptaron participar voluntariamente.

Padres que aceptaron participar voluntariamente.

Personal de salud que aceptaron participar voluntariamente.

Comadronas que aceptaron participar voluntariamente.

4.5.2 Criterios de exclusión

Padres, madres, comadronas y personal de salud que no hablaban español y que no se contaba con traductor en el momento de la actividad.

Padres, madres que se encontraban laborando al momento de realizar la actividad.

Padres, madres con trastornos mentales o deficiencias neurosensoriales que impidieron la comunicación con lenguaje oral.

4.6 Definición y operacionalización de variables(12)(13)(14)(15)

4.6.1 Definición y operacionalización de variables cuantitativas.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación
Edad	Tiempo que una persona ha vivido desde el nacimiento.(16)	Número de años que el encuestado tiene según documento de identificación.	Cuantitativa Discreta	Razón	Años
Sexo	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra.(16)	Auto percepción de la identidad sexual durante la entrevista.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Masculino Femenino
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante	Nivel que un estudiante ha aprobado en un	Cualitativa Politómica	Nominal	Ninguna Primaria Básica

	aprueba en un establecimiento docente.(16)	establecimiento educativo.			Diversificada Universitaria
Conocimientos acerca de desnutrición crónica	Saberes que posee el personal de salud acerca de desnutrición crónica, según lo indicado en las normas de atención en salud respecto al retardo del crecimiento del niño en relación a su edad (1)	Respuesta dada por el personal de salud en cuanto a: definición de desnutrición crónica, identificación de niños con desnutrición crónica	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Si conoce No conoce
Prácticas sobre desnutrición crónica	Acciones que realiza el personal de salud para prevenir y tratar la talla baja para edad según lo indicado en las normas de atención en salud. (1)	Respuesta dada por el personal de salud en cuanto a: Medición talla- edad del niño, tratamiento de desnutrición crónica, educación en salud sobre desnutrición crónica.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Si práctica No práctica
Percepciones sobre desnutrición crónica	Apreciación que tienen los pobladores encuestados sobre desnutrición crónica.	Porcentaje de la población que identifican a la niña en la fotografía 6 como desnutrición crónica.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Si identifican No identifican

Actitudes sobre desnutrición crónica	Actitudes que tienen los pobladores encuestados sobre desnutrición crónica.	Porcentaje de la población que reconoce que hijos presentan desnutrición crónica	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Si reconoce No reconoce
		Porcentaje de la población que consulta por desnutrición crónica.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Si buscan ayuda No buscan ayuda

4.6.2 Definición y operacionalización de variables cualitativas.

- La categoría principal de análisis fue la desnutrición crónica. Y se define como estado patológico provocado por la falta de ingesta o absorción de alimentos o por estados de exceso de gasto metabólico.
- Niño sano: Todo niño que se encuentra en completo uso de sus facultades físicas y mentales.
- Niño desnutrido: Es aquel quien tiene una ingesta incorrecta, insuficiente o una deficiente absorción de los alimentos.
- Desnutrición crónica: definida como el retardo en el crecimiento del niño con relación a su edad.
- Distribución de alimentos: Es la manera en que se racionan los alimentos en el núcleo familiar.
- Fuentes de proteínas: Alimentos que contienen los nutrientes necesarios para realizar la síntesis y regeneración de tejidos.
- Educación alimentaria: es la educación encaminada a lograr un mejoramiento general del estado nutricional mediante el fomento de hábitos alimentarios, eliminación de prácticas dietéticas poco satisfactorias.
- Alimentos para consumo: Alimentos que la población tiene acceso para ser consumidos.

Problema de Investigación	Pregunta de Investigación	Objetivo General	Objetivos Específicos	Categorías	Subcategorías
A pesar de que el gobierno y ONG's han realizado intensos programas, el porcentaje de desnutrición en niños menores a 2 años es elevado (50%) en San Juan Comalapa, podrían estar influyendo otros factores como los conocimientos, percepciones, actitudes y prácticas de alimentación de los padres.	¿Cuáles son los conocimientos, percepciones, actitudes y prácticas de los padres, madres, comadronas y personal de salud de San Juan Comalapa acerca de la desnutrición?	Determinar los conocimientos, percepciones, actitudes y prácticas de los padres, madres, comadronas y personal de salud de San Juan Comalapa acerca de la desnutrición.	Comprender los conocimientos acerca de desnutrición crónica que tienen padres, madres, comadronas y personal de salud del municipio de San Juan Comalapa.	Desnutrición crónica Niño sano	Padres, madres, comadronas Definición de desnutrición crónica. Signos de desnutrición crónica. Acciones para prevenir la desnutrición crónica. Repercusiones de la desnutrición crónica. Alimentación en menores de 2 años. Pláticas recibidas acerca de prevención y tratamiento de desnutrición crónica.
			Identificar las percepciones acerca de desnutrición crónica que tienen padres, madres, comadronas y personal de salud del	Niño desnutrido agudo y crónico Niño sano. Niño obeso. Alimentación adecuada.	Padres, madres, comadronas. Características de niño sano, obeso, desnutrido agudo y crónico . Alimentos adecuados para crecimiento y desarrollo de niño sano.

			municipio de San Juan Comalapa.		
					Personal de salud
					Características de niño sano, obeso, desnutrido agudo y crónico.
			Interpretar las actitudes acerca de desnutrición crónica que tienen padres, madres, comadronas y personal de salud del municipio de San Juan Comalapa.	Desnutrición crónica.	Padres, madres, comadronas.
					Reacción emotiva que provoca la desnutrición crónica.
					Decisión de consultar con los servicios de salud u otras personas.
					Personal de salud.
					Magnitud que le da a la desnutrición crónica.
					Reacción ante casos que se presenten de desnutrición crónica.

			Comprender las prácticas acerca de la desnutrición crónica que tienen padres, madres, comadronas y personal de salud del municipio de San Juan Comalapa	Desnutrición crónica. Alimentos que consumen. Consumo de proteínas de alta calidad biológica.	Padres, madres, comadronas. Alimentación proporcionada a niños menores de 2 años. Tipo de proteína que brindan a niños menores de 2 años y frecuencia de consumo.
--	--	--	---	---	--

(17)

4.7 Técnicas, procedimientos e instrumentos a utilizar en la recolección de datos

4.7.1 Técnicas

Se realizaron seis grupos focales, dos en el casco urbano de San Juan Comalapa, dos en la aldea de Agua Caliente y dos en la aldea Simajhuleu. De los grupos focales se realizaron dos con el personal de salud (uno en casco urbano y uno en área rural) y cuatro con madres, padres y comadronas. En las aldeas restantes se realizaron encuestas a la población que acudió a las convocatorias programadas para realizar la actividad. Al momento de realizar las encuestas se tomaron notas del entorno, se realizó grabación de audio y se tomaron fotografías sobre el acceso, existencia de huertos, animales, tiendas, carnicerías, basura, etc., en el municipio de San Juan Comalapa

Para los grupos focales se tuvo previsto dos guías diferentes, una dirigida a padres, madres y comadronas y la otra dirigida al personal de salud específicamente. Con el personal de salud además de las preguntas del grupo focal, se realizó un cuestionario para evaluar los conocimientos y

prácticas que tienen sobre desnutrición crónica en base a las normas de atención en salud proporcionadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Grupo focal es un tipo especial de entrevista grupal, que se estructura para recolectar opiniones detalladas y conocimientos acerca de un tema particular. Permite organizar grupos de discusión, alrededor de una temática la cual es elegida por el investigador. Además se obtiene respuestas a fondo sobre lo que piensan y sienten las personas del grupo de forma libre y espontanea guiadas por un moderador.

Encuesta poseen la utilidad particular tanto en exploración de temas complejos y que tienen una carga emocional considerable. Tienen como objetivo principal explorar todas las opciones para recolectar información, definir áreas de importancia y permitir al entrevistador guiar la plática en mayor medida.

Observación es la técnica idónea para estudiar comportamientos no verbales comunes durante los cuales los individuos quizá no son conscientes de cómo actúan.

4.7.2 Procedimientos

- Se contactó al Instituto Multidisciplinario en Salud –IMSALUD- el día 25 de febrero de 2013, con quienes se tuvo una reunión en Chimaltenango. IMSALUD es una organización no gubernamental que actualmente tiene un proyecto en el área de Chimaltenango llamado “Red Global para la Investigación de la Salud de la Mujer y el Niño”, se presentó el anteproyecto y accedieron a colaborar con nosotros.
- Se visitó el área de salud de Chimaltenango en busca del jefe de área Dr. Ronulfo Álvarez Rivera con el anteproyecto de nuestra investigación para solicitar la autorización de realizar el trabajo de campo, quien la concedió con fecha 6 de marzo de 2013.

- Se validó la encuesta con 10 personas del área kaqchiquel que no residan en San Juan Comalapa.
- El día 22 de abril de 2013 se llevo a cabo una reunión con el doctor José Simón, donde se presento el material a utilizar y el cronograma de actividades. Posteriormente el doctor Simón procedió a presentar al equipo que conforma el centro de atención permanente.
- Se realizaron encuestas los siguientes días:

Aldea	Fecha
Pachitur	23 de abril 2013 – 17 de mayo 2013
Panabajal	24 de abril 2013 – 2,8 de mayo 2013
Xetonox	24 de abril 2013 - 9 de mayo 2013
Xenimaquín	24 de abril 2013 - 9 de mayo 2013
CojolJuyú	25 de abril 2013 – 17 de mayo 2013
Patzaj	29 de abril 2013 – 15 de mayo 2013
Paquixic	30 de abril 2013 – 13 de mayo 2013
Pamumus	30 de abril 2013 - 15 de mayo 2013
XiquínSanahí	2 de mayo 2013 – 14 de mayo 2013
Paraxaj	6 de mayo 2013 – 16 de mayo 2013

- Durante la encuesta se mostraron fotografías de niños sanos y desnutridos a padres y madres donde se anotaron sus percepciones.
- Los grupos focales se realizaron los días 26 de abril 2013 en el salón municipal con padres y madres del casco urbano y en el salón de Centro de atención permanente con el personal de salud del casco urbano y el personal de salud de las aldeas Simajhuleu y Agua Caliente. El día 3 de mayo 2013 se realizaron los grupos focales con padres y madres de las aldeas de Simajhuleu y Agua Caliente. El día 7 de mayo se realizó el grupo focal con comadronas.
- Para la realización de las actividades se brindo a los participantes una explicación breve sobre el estudio, también se indico en qué consistía la

carta de consentimiento informado para autorizar su participación (firma o huella digital).

- Se contó con un moderador, redactor, observador y participantes, se solicitó la autorización de grabar la conversación del grupo focal, el moderador dio un tiempo prudencial para cada tema, el redactor tomó nota de los conceptos claves que se encuentran en la guía (ver anexo), y el observador completó datos proporcionados por los participantes.
- La reunión tuvo un aproximado de 40 minutos, y se dio un refrigerio en agradecimiento por su participación.

4.7.3 Instrumentos

- Se utilizó una guía de preguntas para los grupos focales y una encuesta al resto de la población. En la encuesta se incluyeron guías visuales (fichas de fotografías) para evaluar percepciones de desnutrición crónica.
- Se tomó nota de las reacciones y posturas que los participantes presentaron a lo largo del grupo focal, con el fin de poder evaluar las actitudes y percepciones.
- Se contó con una grabadora como apoyo audiovisual.

4.8 Procesamiento y análisis de datos (diseños muestreo y análisis)

Se recaudaron los datos a través de las entrevistas a grupos focales, encuestas y observación. Se clasificaron conforme las preguntas de investigación. Se complementaron con la información obtenida con las grabaciones. Se realizó triangulación de datos entre los diferentes grupos focales, encuestas y observación para realizar el análisis y establecer conclusiones.

Se revisaron y archivaron las encuestas con el fin de que se encontraran debidamente llenadas. Se analizaron los datos cuantitativos estadísticamente a través de frecuencias y porcentajes para describir la distribución de la población y los resultados de la encuesta, dicho procedimiento se realizó con los programas Microsoft Office Excel y Microsoft Office Word.

4.9 Alcances y límites

4.9.1 Alcances

Se trazó una línea basal con la información de lo que el personal de salud, las comadronas y las personas de las comunidades encuestadas piensan y creen acerca de la desnutrición crónica para desarrollar una intervención adecuada basada en conocimientos reales de las personas de la comunidad y el personal de salud tomando en cuenta a las comadronas para desarrollar estrategias adecuadas que ayuden a disminuir este problema.

4.9.2 Límites

Difícil acceso a las aldeas del municipio de San Juan Comalapa.

Inicio de temporada lluviosa, por lo cual disminuyó el número de personas que asisten al puesto de salud.

Falta de colaboración ante la firma del consentimiento informado.

Participantes que no quisieron responder todas las preguntas de la encuesta.

Impedimento físico de dos investigadores por traumatismo en miembro inferior.

4.10 Aspectos éticos de la investigación

A todas las personas entrevistadas (grupo focal y encuesta) se presentó y explicó el consentimiento informado para la autorización del estudio, toda información recabada fue confidencial, se omitió el nombre de los

participantes quienes no accedieron a proporcionarlo y validaron la encuesta con su huella digital.

Este estudio se clasifica en la categoría I (sin riesgo), ya que no se realizó ninguna intervención o modificación de la situación de las personas encuestadas, además no invadió la intimidad de dichas personas.

5. RESULTADOS

5.1 Componente cuantitativo

Para el componente cuantitativo se obtuvo un total de 413 encuestas que se realizaron a los padres y madres en las aldeas del municipio de San Juan Comalapa, Chimaltenango.

En el cuadro 1, se observa que la población encuestada pertenece en un 77.96% al sexo femenino, siendo el grupo de edad de mayor prevalencia el de 30 a 34 años, con primaria completa.

En el cuadro 2, se puede observar que el 73.12% de población encuestada refiere saber el concepto de desnutrición crónica pero identifica solamente características compatibles con desnutrición aguda.

Se observa en el cuadro 3 que en las aldeas que cuentan con puesto de salud en comparación con aquellas que cuentan únicamente con centro de convergencia, hubo un 85.11% de personas encuestadas que identifican de manera correcta las características de desnutrición crónica.

En el cuadro 4, el 84.5% de población encuestada identificó la foto del niño con desnutrición aguda severa tipo marasmo como la correspondiente a un niño con desnutrición crónica.

La población encuestada considera que sus hijos no presentan desnutrición crónica, pero ante la sospecha de que la padecieran, consultarían con el personal de salud, tal como se observa en el cuadro 5.

En el cuadro 6, más del 90% de los padres indicaron que alimentan a sus hijos con proteínas de alta calidad biológica, y más del 50% de los niños las consume en cantidades adecuadas.

5.1.1 Datos generales

Cuadro 1
Distribución por edad, sexo y escolaridad de la población encuestada
CAP's de desnutrición crónica, aldeas del municipio de San Juan Comalapa,
Chimaltenango.

	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
Edad (años)	f	%	f	%	f	%
15-19	16	4.97	4	4.39	20	4.84
20-24	42	13.04	6	6.59	48	11.62
25-29	59	18.32	16	17.58	75	18.16
30-34	72	22.36	20	21.98	92	22.28
35-39	36	11.18	12	13.19	48	11.62
40-44	37	11.49	9	9.89	46	11.14
45-49	16	4.97	9	9.89	25	6.05
50-54	12	3.74	4	4.39	16	3.87
55-59	18	5.59	3	3.31	21	5.08
60-64	4	1.24	3	3.31	7	1.69
65-69	4	1.24	2	2.19	6	1.46
70-74	5	1.55	1	1.1	6	1.46
>75	1	0.31	2	2.19	3	0.73
TOTAL	322	100%	91	100	413	100%
ESCOLARIDAD						
Ninguna	38	11.81	13	14.29	51	12.35
Primaria Incompleta	89	27.64	28	30.77	117	28.33
Primaria Completa	130	40.37	30	32.97	160	38.74
Básico	36	11.18	12	13.19	48	11.62
Diversificado	24	7.45	7	7.69	31	7.51
Universitario	5	1.55	1	1.09	6	1.45
TOTAL	322	100%	91	100%	413	100%

Fuente: Encuestas realizadas en las aldeas del municipio de San Juan Comalapa durante los meses de abril – mayo 2013, junio 2013.

5.1.2 Conocimientos, percepciones, actitudes y prácticas acerca de desnutrición crónica

Cuadro 2
Conocimiento de desnutrición crónica de la población encuestada
CAP's de desnutrición crónica, aldeas del municipio de San Juan Comalapa,
Chimaltenango.

Concepto de desnutrición crónica		
	f	%
Si conocen	302	73.12
No conocen	111	26.88
TOTAL	413	100
Identificación de las características de desnutrición crónica		
Identifican características de desnutrición aguda	385	93.22
Identifican características de desnutrición crónica	28	6.78
TOTAL	413	100
Conocimiento de las formas de prevención de desnutrición crónica		
Alimentación adecuada antes de los dos años	316	76.51
Inicio de ablactación antes de los seis meses	69	16.71
Consumo de frituras como sustituto de comidas	0	0
Otros	28	6.78
TOTAL	413	100
Identificación de las consecuencias que produce la desnutrición crónica		
1 respuestas correcta*	116	28.09
2 respuestas correctas*	73	17.67
3 respuestas correctas*	214	51.82
Otras	10	2.42
TOTAL	413	100

Fuente: Encuestas realizadas en las aldeas del municipio de San Juan Comalapa durante los meses de abril – mayo 2013, junio 2013.

*Consecuencias de la desnutrición crónica: talla corta para la edad, bajo rendimiento escolar, disminución de capacidad laboral. (4)

Cuadro 3
Identificación de las características de desnutrición crónica por aldeas
CAP's de desnutrición crónica, aldeas del municipio de San Juan Comalapa,
Chimaltenango.

Aldea	Identificación de características de desnutrición crónica		Identificación de características de desnutrición aguda		Total	
	f	%	f	%	f	%
Xiquín Sanahí	8	17.02	66	18.04	74	17.92
Panabajal	5	10.64	55	15.03	60	14.53
Pamumus	0	0	43	11.75	43	10.41
Patzaj	1	2.13	39	10.65	40	9.68
Paraxaj	24	51.07	23	6.28	47	11.38
Cojol Juyú *	0	0	31	8.47	31	7.51
Pachitur *	2	4.25	34	9.29	36	8.72
Paquixic	2	4.25	31	8.47	33	7.99
Xetonox *	5	10.64	24	6.56	29	7.02
Xenimaquín *	0	0	20	5.46	20	4.84
TOTAL	47	100	366	100	413	100

Fuente: encuestas realizadas en las aldeas del municipio de San Juan Comalapa durante los meses de abril – mayo 2013, junio 2013.

* Aldeas que cuentan únicamente con centros de convergencia

Cuadro 4
Percepción de desnutrición crónica de la población encuestada
CAP's de desnutrición crónica, aldeas del municipio de San Juan Comalapa,
Chimaltenango.

Percepción de desnutrición crónica identificado en fotografías *		
	f	%
Fotografía de niño con desnutrición aguda	15	3.63
Fotografía con niño con obesidad	5	1.21
Fotografía de niño con desnutrición aguda severa tipo Kwashiorkor	22	5.33
Fotografía de niño con desnutrición aguda severa tipo Marasmo	349	84.5
Fotografía de niño sano	0	0
Fotografía con desnutrición crónica	22	5.33
TOTAL	413	100
Percepción de niño sano identificado en fotografías *		
Fotografía de niño con desnutrición aguda	1	0.25
Fotografía con niño con obesidad	30	7.26
Fotografía de niño con desnutrición aguda severa tipo Kwashiorkor	0	0
Fotografía de niño con desnutrición aguda severa tipo Marasmo	0	0
Fotografía de niño sano	380	92.01
Fotografía con desnutrición crónica	2	0.48
TOTAL	413	100
Percepción de alimentos apropiados e inapropiados para niños menores de dos años		
Considera apropiados a los alimentos recomendados para menores de dos años**	400	96.85
Considera apropiados a los alimentos no recomendados para menores de dos años***	13	3.15
TOTAL	413	100

Fuente: encuestas realizadas en las aldeas del municipio de San Juan Comalapa durante los meses de abril – mayo 2013, junio 2013.

* Ver anexo 11.1.5

**Frutas, verduras, Incaparina, leche, huevos y tortillas, según guías alimentarias para menores de 2 años del MSPAS (19).

***Frituras

Cuadro 5
Actitudes acerca de la desnutrición crónica de la población encuestada
CAP's de desnutrición crónica, aldeas del municipio de San Juan Comalapa,
Chimaltenango.

Respuesta a la pregunta: ¿Considera qué sus hijos presentan desnutrición crónica?		
	f	%
Si	50	12.11
No	363	87.89
TOTAL	413	100
Reacción ante la sospecha de desnutrición crónica en los hijos de encuestados		
Miedo	36	8.72
Sorpresa	26	6.29
Preocupación	230	55.69
Tristeza	87	21.06
Vergüenza	31	7.51
Otros	3	0.73
TOTAL	413	100
Persona con quienes padres y madres consultarían por sospecha de desnutrición crónica		
Doctor o personal de salud	357	86.44
Familiar	45	10.9
Amigo cercano	1	0.24
Vecinos	4	0.97
Otros	6	1.45
TOTAL	413	100
Estrategias que realizarían los padres y madres antes de consultar al doctor o personal de salud		
Remedios caseros	40	85.11
Visitar a comadrona	7	14.19
TOTAL	47	100
Momento en que los padres y madres consultarían por desnutrición crónica de hijos		
Lo más pronto posible	363	99.18
Nunca	3	0.82
TOTAL	366	100

Fuente: encuestas realizadas en las aldeas del municipio de San Juan Comalapa durante los meses de abril – mayo 2013, junio 2013.

Cuadro 6
Prácticas de alimentación de los padres de familia encuestados
CAP's de desnutrición crónica, aldeas del municipio de San Juan Comalapa,
Chimaltenango.

Frecuencia de alimentación diaria brindada a menores de dos años		
	f	%
1 a 3 veces por día	195	47.21
4 a 5 veces por día	201	48.67
Más de 5 veces por día	17	4.12
TOTAL	413	100
Fuentes de proteínas de alta calidad biológica brindada a menores de 2 años		
Huevos	409	99.03
Lácteos*	390	94.43
Carne	399	96.61
Frecuencia de consumo semanal de proteína de alta calidad biológica brindada a menores de 2 años		
Huevos		
Ninguna	4	0.96
1 vez	22	5.32
2 veces	93	22.52
3 veces	172	41.65
4 veces o más	122	29.55
TOTAL	413	100
Lácteos		
Ninguna	23	5.57
1 vez	43	10.41
2 veces	106	25.67
3 veces	85	20.58
4 veces o más	156	37.77
TOTAL	413	100
Carne		
Ninguna	14	3.39
1 vez	179	43.34
2 veces	154	37.29
3 veces	48	11.62
4 veces o más	18	4.36
TOTAL	413	100

Fuente: encuestas realizadas en las aldeas del municipio de San Juan Comalapa durante los meses de abril – mayo 2013, junio 2013.

* Lácteos: leche, queso, crema y yogurt (ver anexo 11.5.3)

5.2 Componente cualitativo

Para el componente cualitativo se realizaron 6 grupos focales en los cuales se contó con la participación de 10 personas aproximadamente por grupo focal. Para recabar la información de los padres de familia se realizaron 3 grupos focales y adicionalmente se obtuvo información de preguntas abiertas que se encontraban en la encuesta. Los grupos focales se realizaron en el salón municipal del casco urbano, en un aula de la escuela de la aldea de Agua Caliente y en el puesto de salud de la aldea Simajhuleu. Se contactó a las personas con la ayuda del personal de salud.

Se realizaron dos grupos focales para el personal de salud, uno compuesto por el personal del centro de atención permanente y otro compuesto por personal de los servicios de salud de aldeas Simajhuleu y Agua Caliente. Los grupos focales se llevaron a cabo el mismo día en el centro de atención permanente, ya que la coordinadora de área rural se encargó de citarlos para la actividad.

Se realizó un grupo focal con las comadronas en el centro de atención permanente, dicha actividad se llevó a cabo el día que las comadronas se debían presentar para una actividad del distrito.

Conocimientos acerca de desnutrición crónica en personas que participaron en los grupos focales realizados en las aldeas de Agua Caliente, Simajhuleu y casco urbano de San Juan Comalapa, Chimaltenango

“Son niños débiles, que tienen color pálido, no entienden, se miran hinchados, se les cae el pelo, son niños que son muy delgados” (<i>madre</i>)	¿Qué entienden por desnutrición crónica y qué características identifican en niños con desnutrición crónica?
“La desnutrición se evita con una buena alimentación, en la que no se dan galguerías, se dan frutas, verduras, atoles, aquí el más se da es el atol de masa, las	¿Cómo se previene la desnutrición crónica en menores de dos años?

hierbas se dan mucho aquí en San Juan Comalapa porque muchas veces en época de invierno se acostumbra a dar hierbas como macuy, berro o quilete porque estás crecen en las orillas de los ríos y entonces no pagamos por conseguirlas.” (*padre*)

“Un niño sano es un niño que se mira de buen color, sus ojos brillan, se mira sonriente, gordito, que está jugando, se mantiene activo y no solo durmiendo, que come bien las comidas que le damos.” (*madre*)

“Estos niños no aprenden bien, son berrinchudos, se enferman mucho, son débiles, pálidos, tienen peso bajo” (*madre*)

“A mi hijo le empecé a dar comida a los 3 meses porque el bebe me lo pidió porque después ya no comen si no se les da cuando lo piden”(madre)

“Antes de los seis meses casi siempre le damos lactancia es lo que nos han recomendado”(madre)

“A partir de los seis meses se empiezan a dar papillas, verduras machacadas, frutas en papillas.” (*madre*)

¿Qué es un niño sano?

¿Qué repercusiones tiene la desnutrición crónica en la vida del niño?

¿A qué edad le deben empezar a dar alimentos a los bebés? ¿Por qué?

¿Qué deben comer los menores de 6 meses?

¿Qué deben comer los mayores de 6 meses? ¿Por qué?

Actitudes acerca de desnutrición crónica en personas que participaron en los grupos focales realizados en las aldeas de Agua Caliente, Simajhuleu y casco urbano de San Juan Comalapa, Chimaltenango

“Se consulta al puesto de salud de una vez, lo más pronto posible porque si no el niño se puede morir” (<i>madre</i>)	¿En qué momento consulta por un niño con desnutrición crónica?
“Es muy serio para los chiquitos” (<i>madre</i>) “Aquí en San Juan Comalapa ese problema no existe porque aquí abundan los alimentos y se les trata dar bien de comer” (<i>comadrona</i>) “Es muy grave porque en el futuro vamos a tener ciudadanos con falta de conocimiento y capacidad intelectual y esto va a hacer que sea un mal futuro para sus familias” (<i>personal de salud</i>)	¿Qué tan serio considera que es la desnutrición crónica?

Percepciones acerca de desnutrición crónica en personas que participaron en los grupos focales realizados en las aldeas de Agua Caliente, Simajhuleu y casco urbano de San Juan Comalapa, Chimaltenango

“No porque en el puesto de salud los pesan y también los tallan y nos dicen que están bien” (<i>madre</i>)	¿Cree que sus niños pueden padecer de desnutrición crónica?
“Niño pequeño que no crece y no pesa” (<i>madre</i>) “Son niños que generalmente se enferman bastante, se quedan chiquitos, no aumentan peso, no comen y están pálidos” (<i>comadronas</i>)	¿Cómo se mira un niño con desnutrición crónica?

“Yo una vez salí con una EPS de medicina y pasamos de casa en casa enseñando fotos de un niño con desnutrición crónica y otro que no la presentaba, luego de esto les dábamos una charla y si tenían niños con desnutrición crónica los invitábamos a pasar a consulta, pero muchos no llegaron.” (*personal de salud*)

¿Qué ayudaría a las familias a entender el problema de desnutrición crónica?

“Frutas, verduras, hierbas, pescado, carnes, huevo.” (*madre*)

¿Qué alimentos considera usted que son importantes para que un niño menor de dos años este sano?

Prácticas acerca de desnutrición crónica en personas que participaron en los grupos focales realizados en las aldeas de Agua Caliente, Simajhuleu y casco urbano de San Juan Comalapa, Chimaltenango

“Nunca nos hablan sobre desnutrición crónica, son raros los que nos hablan sobre de eso y de una buena alimentación” (*madre*)

¿Han recibido capacitaciones sobre desnutrición crónica?

“Recibimos capacitaciones pero de desnutrición crónica es muy raro” (*comadronas*)

“Ricitos no le compramos nosotras, los compran ellos a escondidas” (*madres*)

¿Qué alimentos compra en la tienda para darle a sus hijos? Y ¿por qué?

“Yo les recomiendo a las familias que utilicen la tierra para cosechar sus alimentos y que se los coman” (*personal de salud*)

¿Qué recomendaciones hace usted alimentarias proporciona a familias con niños que presentan desnutrición crónica?

“Yo trato de hacerles un presupuesto con lo

que gastan en la tienda comprando frituras y lo que podrían comprar para una alimentación adecuada” (*personal de salud*)

“Pues no podemos hacer nada porque en las guías dicen que tenemos que dar zinc y en este momento no tenemos zinc” (*personal de salud*)

“Identificamos el caso, monitorizamos constantemente, se da consejería a la madre para crear conciencia sobre el tema” (*personal de salud*)

¿Qué hace usted si consulta un niño con desnutrición crónica?

Triangulación de Resultados

Categorías	Padres	Comadronas	Personal de Salud	Investigadores
Conocimientos acerca de desnutrición crónica: Niños que presentan talla corta para la edad.	Son niños débiles, pálidos, que no comen, delgados, no aprenden en la escuela y tienen tendencia al sueño.	Es el niño que no come y esta pálido, delgado y que no crece. Niños que se enferman demasiado.	Reconocen que un niño sano tiene un peso y talla adecuada y no se enferma constantemente En cuanto a desnutrición crónica la mayoría de los participantes refieren: peso bajo para edad, no ganan peso	Padres y madres: Desconocen el concepto de desnutrición crónica, sin embargo la mayoría dice saber cómo prevenir el problema. Comadronas: Se tenían dos opiniones distintas en relación al tema: el primer grupo

			pero la talla es normal, falta de nutrientes en su organismo. Muy pocos identifican talla corta como característica de desnutrición crónica. Consideran que la desnutrición aguda y crónica son similares, no logran identificar las características específicas de cada una.	consideraba la desnutrición crónica como aquel niño que presentaba talla corta para la edad y el otro grupo refería que la desnutrición crónica era aquel niño que presentaba bajo peso para la edad. Personal de salud: No saben diferenciar entre desnutrición aguda y crónica. No conocen las normas de atención en salud respecto a desnutrición crónica. Conocen los alimentos que se deben proporcionar según grupo etario en menores de 2 años según las
--	--	--	---	--

				guías alimentarias del MSPAS
Categorías	Padres	Comadronas	Personal de Salud	Investigadores
Percepción: Identificar al niño de la ficha fotográfica # 6 como paciente con desnutrición crónica y al niño de la ficha fotográfica #5 como el niño sano. El niño debe consumir alimentos que contengan proteínas de alta calidad biológica.	Los participantes en su mayoría identifican según las guías visuales al niño con desnutrición aguda tipo marasmo como desnutrición crónica. Todos los participantes identifican al niño de la ficha fotográfica # 5 como niño sano. Los padres consideran que una adecuada alimentación consta de: verduras, frutas, hierbas, carne y lácteos.	Identifican al niño de la ficha fotográfica #5 como el niño sano. Refieren que los niños de las otras fichas se encuentran enfermos y que el niño de la ficha fotográfica #4 refleja la desnutrición en Guatemala. Identifican que la niña en la ficha fotográfica #6 es pequeña. Consideran que los niños pueden padecer desnutrición	Los participantes en su mayoría identificaron al niño con desnutrición aguda severa tipo marasmo como el niño con desnutrición crónica. Creen que se debería realizar un plan educacional comparando precios de comida saludable versus comida chatarra, así como consumir lo que cosecha la familia para aprovechar estos recursos. Consideran que	Padres y madres: La mayoría de los participantes perciben la desnutrición crónica como un problema de peso y no de talla. La totalidad de los participantes consideran las frituras como alimentos inadecuados, sin embargo refieren que sus hijos los compran a escondidas. Comadronas: Globalmente se pudo identificar que todas las participantes perciben la desnutrición en sus distintos grados, aunque solamente un

		crónica si no consultan a un puesto de salud a tiempo. Creen que las verduras, frutas, arroz, pollo criollo y caldos son los alimentos adecuados para una buena alimentación; refieren que los caldos solamente contienen agua y verduras.	el problema no debiese de existir ya que cuentan con suficientes cosechas.	pequeño porcentaje tenía la idea correcta. Personal de salud: Insisten en el control de peso como la medida correcta para prevenir la desnutrición crónica. Únicamente un grupo pequeño de los participantes consideran que la consejería en alimentación es una medida adecuada para prevenir la desnutrición crónica.
Categorías	Padres	Comadronas	Personal de Salud	Investigadores
Actitudes: Ante la sospecha de un niño con desnutrición crónica, la persona debe	Se considera un problema serio que puede llevar a la muerte, por lo que la mayoría refiere que al	Aconsejan que las madres deben de consultar con el personal de salud en cuanto el niño	Creen que es un problema serio, aunque la mayoría de los participantes insiste en que se debe	Padres y madres: ante la pregunta ¿padecen sus hijos de desnutrición crónica? Las reacciones

acudir con un médico para que se brinde la atención adecuada.	sospechar de desnutrición crónica deciden consultar al médico de inmediato. Algunos de los participantes refieren que el control para prevenir la desnutrición inicia en el momento del embarazo.	deja de comer y llevarlo antes que se enferme. Sin embargo no perciben que el problema de la desnutrición sea de gravedad, pues indican que <i>“es un problema que se toma a la ligera”</i>.	recuperar el peso lo más pronto posible para evitar que el problema se magnifique. Los educadores son los que detectan los casos y los refieren a los puestos de salud para iniciar el tratamiento adecuado.	fueron de molestia, tomaron una actitud a la defensiva, por lo cual no se pudo indagar a profundidad. Comadronas: dentro de su campo de trabajo no representa un problema serio, por lo que cuando aconsejan a la población es difícil que sus recomendaciones sean tomadas en consideración. Personal de salud: Consideran que es un problema serio, pero sus medidas de acción no son las correctas.
---	---	---	--	---

Categorías	Padres	Comadronas	Personal de Salud	Investigadores
Prácticas: Buena alimentación durante el embarazo, lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y luego iniciar alimentación complementaria según “Guías nutricionales para menores de 2 años para Guatemala”.	Refieren que solo reciben capacitaciones durante el embarazo o al consultar en el puesto de salud. La mayoría comenta sobre la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y luego iniciar la alimentación complementaria.	Refieren que no reciben capacitaciones sobre desnutrición crónica. Los alimentos para consumo son principalmente abarroses como fideos, sopa de sobre y el resto son de cosechas. La alimentación debe ser lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y luego papillas hasta el año.	Refieren que los niños no llegan por desnutrición crónica sino por alguna comorbilidad, en estos casos se evalúa y se inicia seguimiento. Si la familia no lleva a los niños a consulta se refiere el caso al MP. Se da consejería y monitoreo del crecimiento y desarrollo. Consideran el uso de micronutrientes principalmente el zinc como suplemento ante el retardo de crecimiento según las normas de atención en	Padres y madres: Refieren que únicamente las madres embarazadas reciben capacitación en nutrición pero no de desnutrición crónica. Personal de salud: no aplican las normas de atención en salud del MSPAS acerca de desnutrición crónica. Refieren que la mayoría da capacitación mensual, sin embargo los padres, madres y comadronas refieren que no reciben capacitación para prevención de la desnutrición crónica.

			salud. No cuentan con fundamento teórico para elaborar sus pláticas.	
--	--	--	---	--

5.2.1 Notas de campo

Sobre la carretera Interamericana en el kilómetro 64 se encuentra el acceso al municipio de Zaragoza, que se atraviesa para seguir la carretera que conduce a San Juan Comalapa, quedando esta a 17 kms de distancia. La carretera se encuentra en buen estado, asfaltada hasta llegar a San Juan Comalapa. En el camino se observan principalmente cultivos de fresa.

El primer lugar al que se accede es el casco urbano, o como la población lo identifica “el centro” de San Juan Comalapa, cabecera del municipio. Se observa en la avenida principal establecimientos como la Despensa Familiar, escuelas, bancos, hoteles, el cementerio general, gasolineras, centro de estudios lingüísticos de la Universidad de San Carlos de Guatemala –USAC-. Se observaron murales en las paredes del centro de estudios lingüístico de la USAC y del cementerio representativos al tiempo de la guerrilla y sobre la historia maya, siendo estos murales sumamente expresivos en donde se observa secuestros, asesinatos o reclutamientos tanto militar como de la guerrilla. La mayoría de la población es indígena y aún conservan su traje regional, especialmente las mujeres

Al llegar al parque central hay dos iglesias católicas, una plaza central, canchas deportivas, ventas callejeras (la mayoría de frutas y verduras) y la municipalidad; el área se ve limpia y al pasar por las calles se encontraron abundantes tiendas, abarroterías, carnicerías, librerías, barberías, y comedores. Hay servicio de buses desde las aldeas del municipio al casco urbano los días martes, viernes y domingo, los cuales son días de mercado en donde la población aprovecha para realizar sus compras.

Pasando el parque central y cruzando hacia la izquierda se encuentra el centro de salud que es un centro de atención permanente –CAP- el cuál es amplio, limpio, cuenta con un servicio de atención de emergencias y también con un área de consulta externa. El personal es atento y colaborador.

San Juan Comalapa es un territorio en donde el idioma predominante es el kaqchikel, por lo que se consideró que podía ser una limitante al momento de la investigación, sin embargo al platicar con la población se observó que la mayoría era bilingüe, hablaba kaqchikel y español, solamente las personas de mayor edad no eran bilingües por lo que la barrera lingüística no fue problema al momento de obtener la información para el estudio.

En general al salir hacia las demás aldeas pertenecientes a este municipio, los caminos son de terracería; por ser el inicio de la época lluviosa, el acceso empezó a tornarse dificultoso, aún se podía transitar pero con precaución. Cada aldea a la que se acudió presentaba una garita de control, la cual siempre se encontraba levantada, esto es recuerdo aun de tiempos del conflicto armado interno en Guatemala. La gente en las aldeas al preguntarles si quieren ayudar con responder una encuesta, se mostró desconfiada y muchas veces no colaboró, sobre todo al leerles el consentimiento informado y pedirles el nombre o huella digital, como constancia de su participación. Se considera que la razón de dicha falta de colaboración es que aún existe temor y desconfianza hacia las personas extrañas a las comunidades por lo sucedido en el tiempo de la guerra.

En todos los caminos se observan cultivos varios: fresa, tomate, arveja china, mora, papa, lechuga, café en pocos sectores, maíz en la mayoría de las aldeas y también flores. Se observan pocas extensiones de tierra con ganado tanto bovino como caprino, en la mayoría de viviendas se observó aves de corral y en otras, cerdos.

Antes de iniciar las encuestas y grupos focales se realizó un reconocimiento del área de trabajo, en donde la primera aldea que se visitó

fue Panabajal, la cual cuenta con servicios básicos completos, calles principales adoquinadas, tiendas, librerías y carnicerías, siendo esta una de las más completas y desarrolladas después de San Juan Comalapa; el área se observó limpia y tiene un puesto de salud en donde atiende un estudiante de medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala que realiza su ejercicio profesional supervisado rural –EPS-, una enfermera auxiliar y una educadora, la cual informó de los casos de desnutrición crónica en la aldea y los logros que han alcanzado con niños que presentan desnutrición crónica. Comentaron que la gente no acude por estatura baja de los niños y que se ha impartido pláticas sobre el tema.

Posteriormente se visitó la aldea Xetonox que se encuentra hacia la derecha en la bifurcación que lleva a Panabajal; aquí hay un centro de convergencia, en donde no se encontró al personal de salud, hay dos tiendas, una escuela; la mayoría de gente se encontraba trabajando en los campos de siembra, que se encontraban alrededor de la aldea. Al finalizar se visitó la aldea Xenimaquín, donde se encontró un centro de convergencia sin atención, según refieren los pobladores no se cuenta con personal de salud, por lo que acuden al casco urbano.

La siguiente aldea que se visitó fue Paquixic, la cual cuenta con un puesto de salud que se encuentra en una colina, donde atienden una educadora y una auxiliar de enfermería; el puesto de salud se observó limpio y se encontró un mapa en donde se encuentra identificada con tachuelas la ubicación de niños con desnutrición crónica, de los niños con desnutrición aguda, las mujeres con embarazos de alto riesgo y otros pacientes con patologías, para su vigilancia. Cabe mencionar que en ningún otro puesto se encontró esta información tan detallada y visualmente abierta a quien quisiera revisarla. La aldea cuenta con iglesia, cementerio, tiendas, librería, escuelas y grandes extensiones de siembra, donde predomina la siembra y cosecha de arveja china. Se tomó el camino principal y luego se cruzó a la derecha para llegar a la aldea Paraxaj, en la cual se encontró una aldea pobre, la escuela en mal estado, no se observaron grandes extensiones de siembra como en otras aldeas, contaban con pequeñas tiendas poco

surtidas. El puesto de salud era una construcción nueva, en una colina de difícil acceso, atendida por un auxiliar de enfermería.

La próxima aldea fue Xiquin Sinahi en donde también cuentan con tiendas, librerías, carnicería, escuela, instituto y un puesto de salud en donde la educadora estaba dando consulta, refiere tener buena relación con los aldeanos y era una persona colaboradora.

Al ingresar a San Juan Comalapa y tomar un cruce a la derecha frente al cementerio, a más o menos un kilómetro de distancia se encuentra la aldea CojolJuyú, una aldea pequeña, muy cerca del casco urbano, en donde se observó siembra de maíz y rótulos que promocionan artesanía local. CojolJuyú cuenta con centro de convergencia, localizado frente a la iglesia, el acceso a dicho centro actualmente se encontró bloqueado, debido a que se encontraba en construcción.

Para continuar con el reconocimiento del área de estudio, se tomó el camino que parte del casco urbano hacia el norte del municipio para visitar las aldeas, Pamumus, Simajhuleu, Agua Caliente y Patzaj. En Pamumus se observó una aldea muy pobre, no se observaron siembras y las casas estaban construidas con tablas y palos, contaba con un puesto de salud. Simajhuleu es la aldea más retirada de San Juan Comalapa, el camino era el que en peores condiciones se encontraba, y al llegar se observó en el puesto de salud pancartas y mantas vinílicas con información sobre desnutrición crónica, sin embargo las fotografías se mostraban ejemplificaban niños con desnutrición aguda. La ruta más difícil fue la que conduce de Simajhuleu a Agua Caliente, a la cual se llega a través de un camino estrecho entre montañas; al llegar a Agua Caliente las calles se vuelven de adoquín, y frente a la iglesia a la par del instituto se encontró el servicio de salud, el cuál era un centro de convergencia. Luego se tomó un extravío bajo la lluvia para llegar a la aldea de Patzaj, en donde a través de campos brumosos se logró observar grandes extensiones de siembras de fresa y mora.

Para finalizar el reconocimiento del área, se visitó la aldea Pachitur, la cual cuenta con un camino de terracería que dirige a Zaragoza por donde se ingresó al municipio. La aldea cuenta con un centro de convergencia atendido por una enfermera auxiliar. Se observaron grandes extensiones de siembras, principalmente mora y fresas, además contaban con tiendas que en su mayoría estaban poco surtidas.

En el cuadro 7 se presenta un resumen de las características observadas en las aldeas del municipio de San Juan Comalapa que pueden favorecer o evitar el desarrollo de desnutrición crónica en niños menores de dos años.

Cuadro 7

Factores protectores y factores no protectores para desnutrición crónica en las aldeas del municipio de San Juan Comalapa, Chimaltenango.

Variable	Factores protectores	Factores no protectores
Comida	Se observa que en la mayoría de lugares hay cultivos variados como fresa, mora, arveja china, papa, maíz, lechuga entre otros.	La mayoría de alimentos cultivados son para venta, no se consume lo que se cosecha, solo lo que sobra.
Tiendas y abarroterías	Hay tiendas en la mayoría de aldeas en donde los alimentos como frituras, gaseosas y jugos procesados son predominantes.	Pocas aldeas tienen lugares en donde se consigan alimentos de alto valor proteico y calórico Varias tiendas no cuentan con refrigerador.
Servicios de salud	Las aldeas cuentan con puesto de salud o centro de convergencia.	La disposición de desechos es por entierro, quema o a flor de tierra. En la mayoría de aldeas no cuentan con drenajes ni red de agua potable. Se abastecen de agua proveniente de pozos artesanales.
Preparación de alimentos	La preparación de los alimentos es por tradición, ya que es transmitida de generación en generación, refieren que hierven el agua y lavan los alimentos antes de prepararlos.	En la mayoría de lugares se refiere una dieta basada principalmente en carbohidratos. Hay poco acceso al agua potable al no contar con agua intra domiciliar y en muchos lugares se preparan los alimentos con estufas de leña, afectando la salud principalmente de mujeres y niños pequeños.

6. DISCUSIÓN

6.1 Componente cuantitativo

Para el componente cuantitativo se decidió realizar un muestreo por conveniencia en las aldeas del municipio de San Juan Comalapa, Chimaltenango, se logró entrevistar a 413 pobladores, a quienes se les realizó una encuesta para evaluar conocimientos, actitudes, percepciones y prácticas sobre desnutrición crónica. San Juan Comalapa es un municipio que presenta una alta prevalencia de desnutrición, 50% de los niños menores de 2 años presenta algún grado de desnutrición y de los niños que presentan desnutrición, el 94.7% presenta desnutrición crónica (1).

Del total de la población encuestada se observa que el 22.03% era de sexo masculino y de estos, el rango de edad más frecuente es el comprendido entre los 30 a 34 años con un 21.98%. La escolaridad del sexo masculino es en su mayoría primaria completa (32.97%) y el 1.09% representa el nivel universitario. El sexo femenino representó el 77.97% del total de la población en estudio, siendo el rango de edad más frecuente el de 30 a 34 años con un 22.36%. El nivel de escolaridad más alto para este grupo es primaria completa con un 40.37% y el 1.55% alcanzó nivel universitario. Se puede identificar una diferencia en la distribución de la población por género, esto se debe a que las encuestas fueron realizadas durante horas en donde la mayoría de población masculina se encontraba laborando, por lo que es más común encontrar a madres con sus hijos que a los padres. Por otro lado es cultural que la madre se encargue del cuidado de los niños, obteniendo como resultado que la mayor frecuencia de población que asistió a las convocatorias de los servicios de salud para realizar dicha actividad pertenecía al sexo femenino.

Al evaluar los conocimientos sobre desnutrición crónica en la población encuestada, el 73.12% refirió saber que existe el problema de la desnutrición crónica, sin embargo solo el 6.78% identificó la característica de talla corta para la edad que define a la desnutrición crónica (18). Al analizar a la población por aldea encuestada, se comprobó que existe diferencia en las respuestas entre las aldeas

que cuentan con puesto de salud y aquellas que únicamente cuentan con centros de convergencia. En la identificación de características de desnutrición crónica, a pesar de ser un porcentaje muy bajo el que identifica correctamente la desnutrición crónica, la mayoría de ellos residen donde existe un puesto de salud en donde hay enfermeros y educadores, por lo que contar con personal de salud permanente podría hacer la diferencia y si esto se comprueba, es indispensable contar con personal de salud en cada aldea, para la educación en salud y nutrición.

Resulta interesante que a pesar que la población no reconoce el problema de desnutrición crónica, sí reconoce las medidas correctas para prevenirlo, pues el 76.51% refirió que para evitar la desnutrición crónica en niños se debe dar una adecuada alimentación antes de los dos años de edad, como está descrito en las guías alimentarias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS- (3) (ver anexo 11.5.2). Un pequeño porcentaje 6.78% refirió otras maneras de prevenir la desnutrición crónica, como brindar una adecuada alimentación a la madre durante el embarazo, lo cual está descrito en el programa de la ventana de los 1000 días (1).

Según el MSPAS los primeros 36 meses de vida de un ser humano, es un periodo denominado la ventana de oportunidad, donde existe la mayor potencialidad de desarrollo. Cuando no se brinda una alimentación balanceada en carbohidratos, grasas y proteínas, el riesgo de morbi-mortalidad aumenta, existe un deterioro en el crecimiento y desarrollo físico y mental obteniendo como efecto un impacto negativo en la niñez que se extiende hasta la vida adulta (18). De la población encuestada el 97.58% identifica al menos una consecuencia que produce la desnutrición crónica como la disminución de la concentración y capacidad de aprendizaje, talla corta para la edad o una disminución en la capacidad laboral (18).

De la población universitaria, el 100% reconoció el concepto de desnutrición crónica, sin embargo ninguno identifica el concepto correcto y solo uno de ellos identificó la principal característica, talla baja para la edad, que define este problema (1).

Para evaluar las percepciones sobre desnutrición crónica en la población encuestada, se utilizaron seis fotografías en donde se mostraba lo siguiente: foto 1-niño con desnutrición aguda, foto 2-niño con obesidad, foto 3-niño con desnutrición aguda tipo Kwashiorkor, foto 4-niño con desnutrición aguda tipo marasmo, 5-niño sano y 6-niña con desnutrición crónica. Dentro de los resultados se encontró que el 84.5% de la población encuestada identifica como desnutrición crónica a la ficha fotográfica número 4 (niño con desnutrición aguda severa tipo marasmo), lo que se relaciona con la respuesta de la entrevista en la que se pregunta acerca de las características de desnutrición crónica, en la que se obtuvo como respuesta que el 93.22% de los padres y madres encuestados identificó las características de desnutrición aguda; para ellos, la desnutrición crónica es sinónimo de bajo peso. El 5.33% de la población encuestada percibe que la niña en la fotografía 6 presenta desnutrición crónica, lo cual es correcto. Es importante resaltar que a pesar de que en el municipio de San Juan Comalapa el 51.6% de los menores de dos años presentan algún grado de desnutrición y de estos el 94.7% presentan desnutrición crónica, la población encuestada no identifica las características de dicha afección, probablemente porque la talla corta se ha normalizado, considerando que lo normal es la talla corta en los niños y los adultos.

Respecto a la identificación de niño sano, el 92.01% de la población identificó correctamente la fotografía, sin embargo resulta interesante resaltar que un 7.26% identificó como niño sano la fotografía que representa a un niño obeso, lo cual podría indicar que hay pobladores que aún asocian la obesidad infantil con la idea de un niño saludable.

Con base a las guías alimentarias que el MSPAS considera adecuadas para una alimentación apropiada en niños menores de 2 años, se incluye lactancia materna desde el nacimiento hasta los 6 meses y una alimentación complementaria en las edades comprendidas de 6 meses a 2 años que incluya frutas, verduras, huevos, leche, carne, hierbas, cereales, atoles y tortillas (19), el 96.85% de las madres y padres encuestados consideraron como alimentos apropiados para menores de 2 años las frutas, verduras, incaparina, leche, huevos y tortillas la cual es acorde a las guías alimentarias propuestas por el MSPAS. (Ver anexo 11.5.2)

Luego de explicar y ejemplificar el concepto de desnutrición crónica, el 87.89% refirió que sus hijos no presentan desnutrición crónica, la razón más común por la cual refirieron que están sanos es porque se encuentran bien de peso; la población encuestada no asocia la talla baja con un problema de salud y bienestar. Solamente el 12.11% se percató, después de la información recibida, de que sus hijos presentan desnutrición crónica, debido a que son de talla corta y tienen retraso en el crecimiento.

Se evidencia que la preocupación es la reacción más frecuente (55.69%) ante la posible sospecha de desnutrición crónica. Esta preocupación motivaría la búsqueda de ayuda en la mayoría (86.44%) de encuestados, que decide acudir con un doctor o personal de salud. Del total de la población encuestada, un 11.38% decide utilizar otras alternativas o estrategias previo a consultar a un servicio de salud, siendo las principales estrategias utilización de remedios caseros, acudir con una nutricionista y visitas a la comadrona. Solamente 0.82% de los encuestados nunca acudiría a un centro asistencial debido a desconfianza en el personal y la mala atención que refirieron haber recibido previamente.

Respecto a la frecuencia de alimentación diaria brindada a los menores de 2 años se observó que los grupos que se alimentan de 1 a 3 veces y de 4 a 5 veces al día comprenden el 95.88% de la población encuestada, lo cual se debe a que la mayoría de la población encuestada que respondió de 1 a 3 veces, brinda a sus hijos 4 ó 5 tiempos de comida pero no consideran que las refacciones sean un tiempo de comida a tomar en cuenta. De los alimentos que refieren dar de comer a sus hijos se pueden mencionar frijol, arroz, papas, crema, pastas, atoles, hierbas, huevos. Según lo referido por los padres, la frecuencia de alimentación que brindan a sus hijos es la adecuada según las guías de alimentación para menores de dos años del MSPAS ya que estas indican que al niño amamantado sano se le debe proporcionar 2 a 3 comidas al día entre los 6 y 8 meses de edad y 3 a 4 comidas al día entre los 9 y 11 meses así como entre los 12 y 24 meses de edad. Además, las meriendas nutritivas (como una fruta, un pedazo de pan o pan árabe con pasta de nueces) pueden ser ofrecidas 1 o 2 veces al día, según lo desee el niño. (19).

Dentro de las proteínas de alta calidad biológica que proporcionan los padres a los menores de 2 años se encuentran los huevos, lácteos y carne, siendo el predominante el consumo de huevos con un 99.03%; la razón principal por la cual el consumo de huevos es mayor es debido a la accesibilidad y al bajo costo de los mismos. La nutrición proporcionada a menores de dos años en el área de estudio aparentemente es la adecuada a pesar de las limitaciones económicas y de la dificultad al acceso de los alimentos variados que se presentan ya que según las guías alimentarias del MSPAS se debe introducir el huevo a partir de los 6 meses, luego a partir de los 9 meses se puede complementar con un producto animal como carne de res o hígado, y a partir del año la dieta de la familia cumple los requerimientos necesarios del niño y la lactancia materna pasa a ser un complemento. (19).

Comparando la frecuencia de consumo semanal de proteínas de alta calidad biológica con la olla familiar guatemalteca (ver anexo 11.5.3), el 71.2% de los encuestados refiere que brinda a sus hijos huevos 3 o más veces por semana, el 58.35 % brinda a sus hijos lácteos 3 o más veces a la semana y el 53.27% brinda a sus hijos carne al menos 2 veces a la semana; es de hacer notar que la frecuencia de consumo de huevos contrasta con el porcentaje de desnutrición crónica que presentan los menores de dos años en San Juan Comalapa, ya que si el consumo fuese como lo indican los padres, el porcentaje de desnutrición crónica debería ser menor en esta población.

6.2 Componente cualitativo

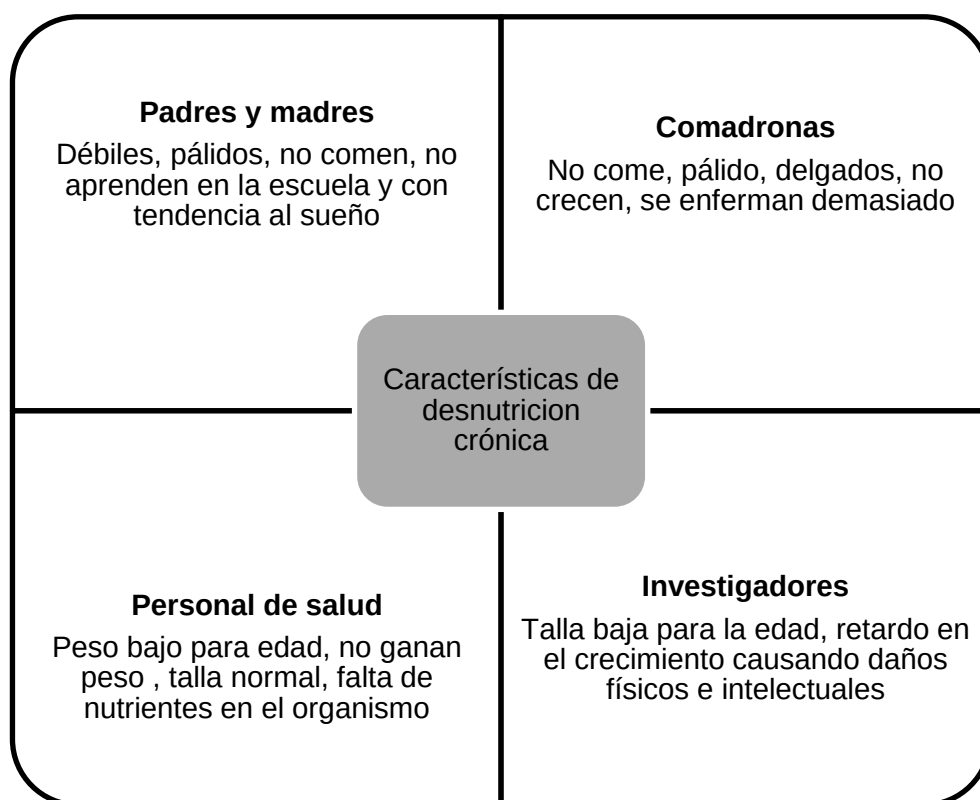
Conocimientos acerca de desnutrición crónica que tienen los padres, madres, comadronas y personal de salud del municipio de San Juan Comalapa.

Se decidió realizar tres grupos focales de padres y madres en el casco urbano y en las aldeas Simajhuleu y Agua Caliente, un grupo focal con las comadronas y dos grupos focales con el personal de salud, uno en el casco urbano y otro con el personal de salud de las aldeas Simajhuleu y Agua Caliente, con el fin de identificar los conocimientos que tienen acerca de desnutrición crónica.

Según refirieron los participantes en los grupos focales la mayoría refiere saber qué es desnutrición crónica, sin embargo al momento que se pidió que con sus palabras dieran a entender el concepto se obtuvieron respuestas como “*niños que no comen bien*”, “*niños que tienen bajo peso*”, “*niños que se enferman*”, “*niños chiquitos para la edad que tienen*”, “*sucede cuando los niños no se alimentan bien por lo que no ganan peso*”.

Por parte del personal de salud se obtuvieron respuestas como “*es el retardo del crecimiento/falta de talla para la edad*”, “*es cuando el niño está en peligro y si no se atiende inmediatamente se puede morir*” ó “*es un niño o niña que no tiene un peso adecuado*”, figura 1.

Figura 1
Características de desnutrición crónica



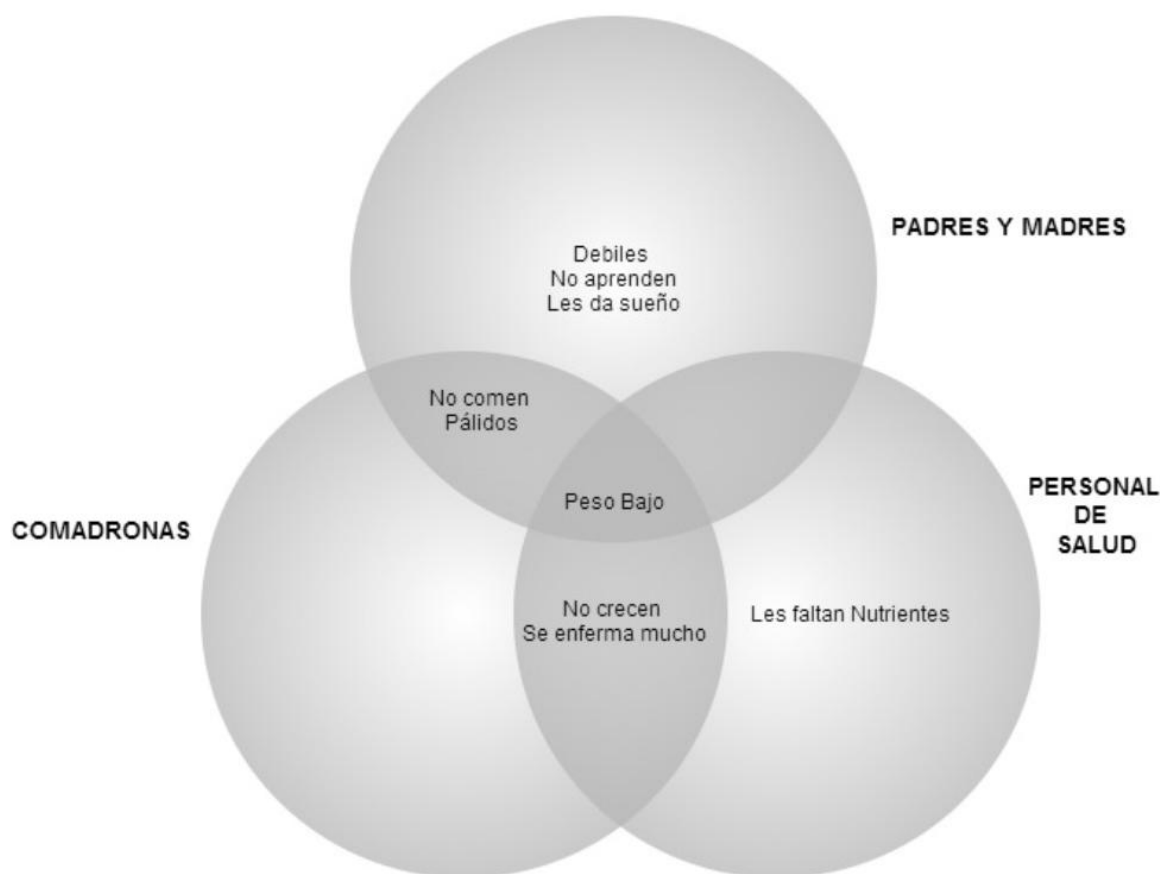
Fuente: Elaboración propia con base a los resultados obtenidos con los grupos focales.

En la figura 2 se observa la relación existente entre las características referidas por padres, madres, comadronas y personal de salud, donde se

evidencia que la característica predominante en relación a desnutrición crónica es bajo peso. La característica de retardo de crecimientos es referida tanto por el personal de salud como las comadronas, pero dicho conocimiento no se transmite a padres y madres.

Figura 2

Relación de conocimientos de madres y padres, comadronas y personal de salud acerca de desnutrición crónica



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados obtenidos con los grupos focales.

En la figura 3 se observa que el personal de salud identifica como repercusiones de desnutrición crónica al retardo del crecimiento, “*defensas bajas*”, disminución de la capacidad laboral y rendimiento escolar bajo. Durante el grupo focal se evaluaron los conocimientos del personal de salud acerca de las normas de atención en salud y guías alimentarias propuestas por el MSPAS; hubo que suspender la actividad debido a que

un participante del centro de atención permanente se molestó con el personal al escuchar las respuestas que brindaron, e indicó que es obligación que el personal de enfermería conozca y aplique las normas de atención del MSPAS y resaltó que no es obligación de los educadores conocer a profundidad el tema (pues ellos dieron respuestas más acertadas y acordes a lo establecido por las normas).

Llama la atención que existen conocimientos compartidos entre comadronas y padre de familia (no comen y son pálidos), comadronas y personal de salud (no crecen y se enferman mucho), pero no existen conocimientos en común entre padres de familia y personal de salud. Entonces se puede pensar que no se están dando las pláticas educativas a los padres o que estas no son efectivas, y el mensaje para detectar la desnutrición crónica no ha sido asimilado por la población.

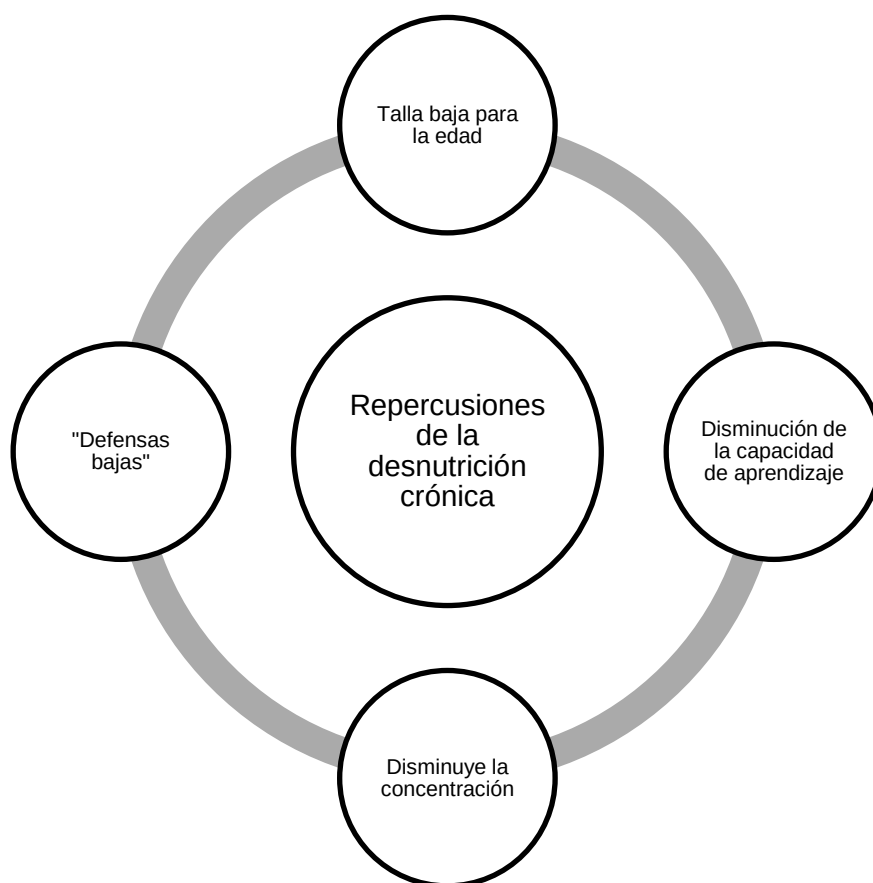
Percepciones acerca desnutrición crónica que tienen los padres, madres, comadronas y personal de salud del municipio de San Juan Comalapa.

Para evaluar las percepciones de los participantes en los grupos focales se utilizaron guías visuales (fotografías) de niños con distintos estados nutricionales (ver anexo 11.1.5).

La mayoría de participantes refirió que el niño que se encontraba en la fotografía 4 (desnutrición aguda severa tipo marasmo), era el identificado como desnutrición crónica, y se pudo observar que los participantes seleccionaban esta ficha fotográfica por lo impactante de la imagen. En esta percepción puede estar influyendo las imágenes transmitidas por medios de comunicación masiva (televisión y periódico), que relacionan “desnutrición” con los niños que presentan marasmo. Sin explicar si es desnutrición aguda o crónica.

Un comentario interesante hecho por una comadrona fue que el niño con desnutrición aguda severa tipo marasmo *“es el reflejo de la realidad nutricional del país”*.

Figura 3
Repercusiones referidas por el personal de salud acerca de desnutrición crónica



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados obtenidos con los grupos focales del personal de salud.

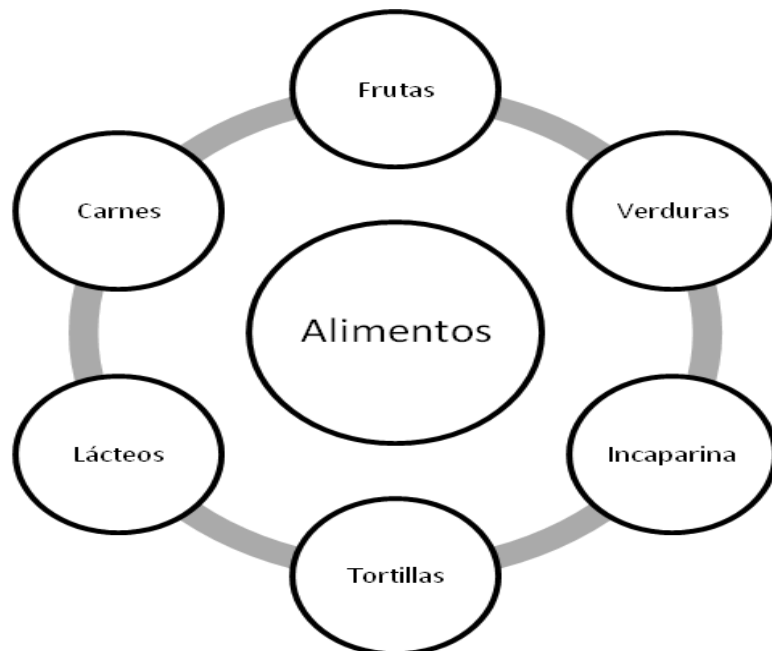
Luego al cuestionar a las comadronas si los niños de San Juan Comalapa padecen desnutrición crónica, refirieron que este problema *“no existe en dicha región”*, explicando que es un problema de otras regiones del país.

En la figura 4 se observa que en cuanto a la alimentación adecuada para niños menores de 2 años la mayoría coincidió en una dieta variada donde se incluyen frutas, verduras, derivados de lácteos, carnes y tortillas.

Al momento de preguntar al personal de salud sobre como ayudarían a las familias para evitar este problema opinaron que lo necesario seria realizar consejería sobre una adecuada alimentación, dentro de las propuestas sugirieron *“mostrar el valor nutritivo de los alimentos que se cosechan en las aldeas donde viven”*. Otra de las ideas propuestas fue *“evidenciar que el gasto que se realiza en comida chatarra pudiera ser mejor utilizado comprando alimentos para una adecuada nutrición”*.

Figura 4

Alimentos que refieren brindar los padres, madres y comadronas a niños sanos menores de 2 años.



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados obtenidos con los grupos focales de padres, madres y comadronas.

El personal de salud participante, refiere que la población no acude al centro asistencial por retraso de crecimiento, sino por alguna otra morbilidad.

Actitudes acerca de desnutrición crónica que tienen los padres, madres, comadronas y personal de salud del municipio de San Juan Comalapa.

Se procedió a preguntar a padres y madres si consideran que sus hijos presentan desnutrición crónica, la reacción ante la pregunta fue de impacto, notándose cierta incomodidad en los padres a quienes se preguntaba, pues su postura y su expresión facial cambiaron, denotando molestia. Posteriormente se obtuvo la respuesta con un tono elevado de voz y postura defensiva; la mayoría de personas referían que tenían hijos enérgicos, activos, no delgados y que trataban de brindarles una buena alimentación. Pareciera que la sola sospecha de que sus hijos pudiesen presentar desnutrición crónica, les incomodaba hasta el grado de enojarles. Algunos indicaron que sentirían mucha vergüenza si sus hijos tuviesen desnutrición crónica pues indicaría que *“no cuidaron bien a sus hijos”* o *“no pudieron alimentar bien a sus hijos”* o *“fallaron como padres”*.

Al platicar con las comadronas, y preguntar cuándo consideran ellas oportuno consultar por un niño con desnutrición crónica las respuestas se dividieron: un grupo comentó que se debe hacer antes que el niño se enferme y otro grupo refería que deben consultar al momento de notar que el niño no come nada.

El personal de salud opina sobre la importancia del problema que: *“es importante por ser la salud de un niño y se debe actuar antes de los 3 años para mejorar su desarrollo”, “un niño con desnutrición crónica no tiene la misma habilidad psicomotora que un niño sano”*.

En el grupo focal con el personal de salud, al igual que las comadronas, refirieron que la población en general no presta la importancia necesaria al problema de la desnutrición crónica, pues se justifican indicando que ser de talla corta es normal debido a que ellos mismos y sus ancestros son de talla corta (herencia), razón por la cual cuando se identifica un caso, la consulta es mínima ya que la gente *“lo toma a la ligera”* según lo referido por las comadronas.

Prácticas acerca de desnutrición crónica que tienen los padres, madres, comadronas y personal de salud del municipio de San Juan Comalapa.

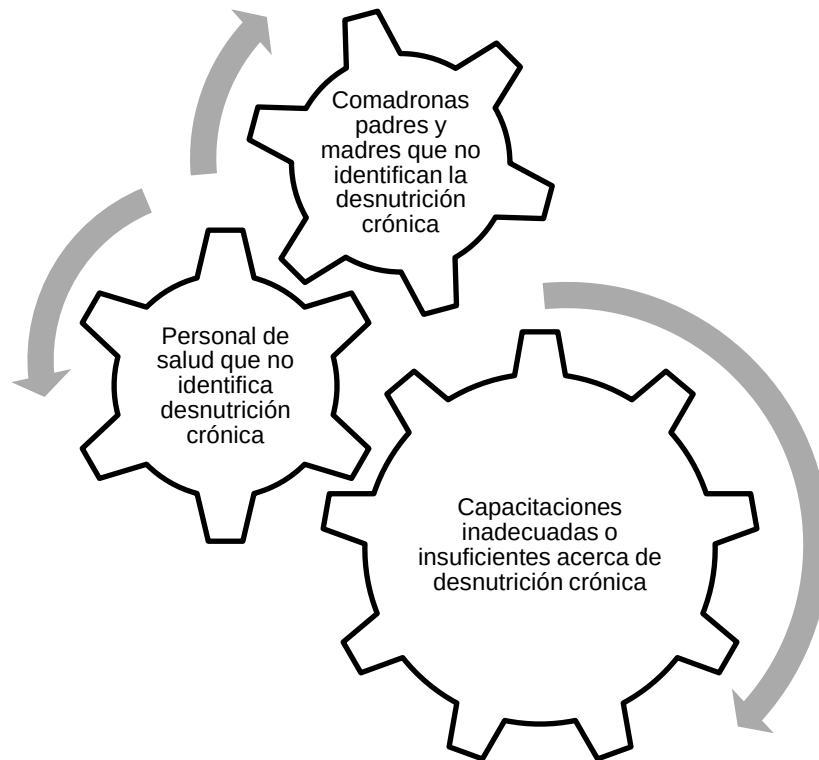
En cuanto a los padres y madres, las respuestas obtenidas sobre prácticas para prevenir la desnutrición crónica fueron muy generales y repetitivas, la mayor parte refirió que se debe dar una buena alimentación a sus hijos y que se debe llevar al puesto de salud para su chequeo periódico.

Respecto a las comadronas, hubieron respuestas divididas: dos grupos que expresaron sus acciones y métodos a seguir con un niño que presenta desnutrición crónica; el primer grupo refirió que ellas deciden tratar al niño brindando atoles, (lo cual es incorrecto) para el tratamiento de desnutrición crónica; el segundo grupo refirió orientar a los padres y madres para que busquen ayuda con el personal de salud. Sin embargo ambos grupos coincidieron que a pesar de identificar a niños con desnutrición crónica la población no las toma en consideración, ya que consideran que ellas solo saben acerca del embarazo.

Según refiere el personal de salud se brindan capacitaciones acerca de prevención de desnutrición crónica una vez al mes, no obstante la información obtenida no es de una fuente con valor científico, ya que refieren obtener su información de los carneé de vacunación; lo que lleva a una transmisión insuficiente de información a padres, madres y comadronas, tal como se observa en la figura 5.

Llama la atención que los padres y madres refirieron no haber recibido pláticas para dar una alimentación adecuada a sus hijos, ni pláticas para identificar y prevenir la desnutrición crónica.

Figura 5
Capacitaciones para prevenir la desnutrición crónica

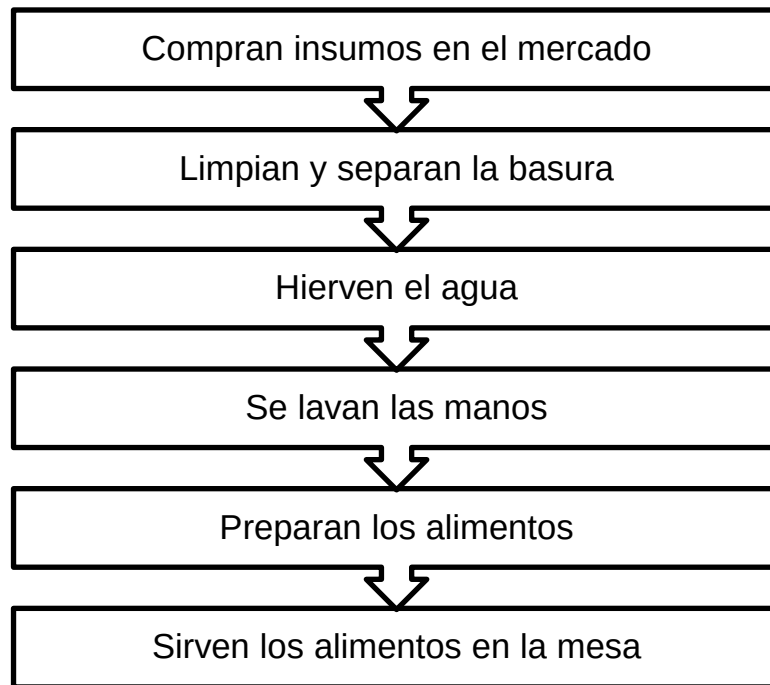


Fuente: Elaboración propia con base a los resultados obtenidos con los grupos focales.

Según refieren las madres y comadronas participantes en los grupos focales siguen la secuencia que se observa en la figura 6 para preparar sus alimentos; según refieren las participantes son los niños quienes compran a escondidas comida chatarra, ya que ellas no brindan usualmente ese tipo de comida a sus hijos. Es curioso hacer notar que el personal de salud tiene otra percepción respecto a la comida que las madres brindan a sus hijos, pues una de las recomendaciones que dan para evitar la desnutrición crónica es enseñar a las madres a que en lugar de utilizar el dinero para comprar comida chatarra, compren alimentos más nutritivos y saludables.

Figura 6

Secuencia de la preparación de los alimentos según refieren las madres y comadronas que participaron en los grupos focales.



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados obtenidos con los grupos focales.

En el cuadro 7 hay observaciones que tuvimos al visitar los lugares y encontramos que existen cosechas de frutas y verduras en todas las aldeas, la gente refiere que estos alimentos son para venta y no de consumo en el hogar, refiriendo que *“solo se come lo que sobra”* y refieren una dieta principalmente en carbohidratos como papa, tortilla, atoles. Las aldeas cuentan con tiendas y abarroterías que venden, de manera general, frituras, gaseosas y jugos procesados, solo en San Juan Comalapa, Xiquin Sinahi y Panabajal hay tiendas surtidas con productos lácteos, verduras, frutas y cuentan con carnicerías. Todas las aldeas cuentan con puesto de salud o centros de convergencia.

7. CONCLUSIONES

7.1 Componente cuantitativo

7.1.1 Conocimientos acerca de desnutrición crónica

7.1.1.1 La población encuestada reconoce el concepto de desnutrición crónica, sin embargo solo el 7% identifica las características que definen el problema; existe diferencia en las respuestas de las aldeas que cuentan con puesto de salud y aquellas que cuentan con centro de convergencia, ya que la mayoría de la población que identifica de manera correcta las características de desnutrición crónica cuentan con puesto de salud.

7.1.1.2 Tener un nivel superior de educación no es significativo al momento de identificar las características de desnutrición crónica, ya que ninguna de las personas con educación universitaria identificó correctamente las características que definen el concepto de desnutrición crónica.

7.1.2 Percepciones acerca de desnutrición crónica

7.1.2.1 El 84% de la población encuestada identifica incorrectamente la desnutrición crónica, pues la mayoría asocia la desnutrición crónica con la fotografía del niño con desnutrición aguda severa tipo marasmo, siendo un reflejo de la asociación que hacen de desnutrición crónica con bajo peso.

7.1.3 Actitudes acerca de desnutrición crónica

7.1.3.1 De los padres encuestados, el 88% refieren que sus hijos no presentan desnutrición crónica.

7.1.3.2 Dentro de las actitudes que presenta la población encuestada se observó que la mayoría acudiría a los servicios de salud si sus hijos fuesen diagnosticados con desnutrición crónica; consultarían lo más pronto posible y algunos lo harían después de realizar consultas previas con otras personas o de usar remedios caseros.

7.1.4 Prácticas acerca de desnutrición crónica

- 7.1.4.1 Más del 90% de la población encuestada del municipio de San Juan Comalapa refiere brindar proteínas de alta calidad biológica y con una frecuencia semanal adecuada a los menores de dos años, según las recomendaciones de las guías de alimentación para menores de 2 años del MSPAS.

7.2 Componente cualitativo

7.2.1 Conocimientos acerca de desnutrición crónica

- 7.2.1.1 La mayoría de los participantes de los grupos focales confunden el concepto de desnutrición aguda con el de desnutrición crónica, ya que el concepto que ellos aplican para desnutrición crónica es peso bajo.
- 7.2.1.2 En cuanto al personal de salud, coinciden que para prevenir la desnutrición crónica se debe proporcionar una buena alimentación desde el embarazo, para evitar problemas en el futuro.

7.2.2 Percepciones acerca de desnutrición crónica

- 7.2.2.1 El personal de salud considera que para mejorar la alimentación se debe enseñar a consumir los alimentos que cosechan, así como hacer un mejor uso de los ingresos que perciben, evitando el consumo de comida chatarra.
- 7.2.2.2 La mayoría de los trabajadores de salud de los puestos de salud no identifican la desnutrición crónica, desconocen el tratamiento de la misma y no maneja adecuadamente las normas de atención en salud propuestas por el MSPAS.
- 7.2.2.3 Tanto el grupo de padres y comadronas coinciden al indicar que los niños con desnutrición crónica son aquellos que no comen bien y se encuentran pálidos.

7.2.2.4 Las comadronas y el personal de salud refieren que los niños con desnutrición crónica no crecen y se enferman mucho.

7.2.2.5 El grupo de las comadronas identifica la desnutrición aguda severa tipo marasmo como la realidad nutricional del país e indican que la desnutrición crónica es un problema que no se presenta en San Juan Comalapa.

7.2.2.6 Las comadronas refieren que la población de San Juan Comalapa no le presta la atención necesaria al problema de desnutrición crónica, ya que refieren que es normal ser de talla corta.

7.2.3 Actitudes acerca de desnutrición crónica

7.2.3.1 Los padres y madres encuestados se mostraron a la defensiva ante la posibilidad de que uno de sus hijos presentara desnutrición crónica pues eso les haría sentir vergüenza ya que no cuidaron bien a sus hijos.

7.2.3.2 Los padres refirieron que si sus hijos fuesen diagnosticados con desnutrición crónica, los llevarían a consulta.

7.2.3.3 La postura de los padres ante la desnutrición crónica es de vergüenza, ya que lo identifican como fracaso en la crianza de sus hijos.

7.2.4 Prácticas acerca de desnutrición crónica

7.2.4.1 La mayoría de la población encuestada compra alimentos del grupo de los carbohidratos para consumo diario.

7.2.4.2 Tanto en encuestas como en grupo focal los padres coinciden que la alimentación adecuada para sus hijos comprende una dieta variada donde se incluye frutas, verduras, derivados de los lácteos, carne y tortillas.

7.2.4.3 En cuanto a los padres y madres, las respuestas obtenidas sobre prácticas para prevenir la desnutrición crónica fueron muy generales y repetitivas, la mayor parte refirió que se debe dar una buena alimentación a sus hijos y que se debe llevar al puesto de salud para su chequeo periódico.

8. RECOMENDACIONES

8.1 Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

- 8.1.1 Fortalecer los programas para la identificación y promoción de la desnutrición crónica en conjunto con el Ministerio de Educación.
- 8.1.2 Fortalecer los centros de convergencia para que el personal a cargo brinde capacitaciones sobre prevención de desnutrición crónica y mejorar la promoción en salud.
- 8.1.3 Crear campañas que estén destinadas a informar acerca de desnutrición crónica en forma masiva a través de medios visuales como vallas, carteles y televisión con imágenes comparativas de niños sanos y niños con desnutrición aguda y niños con desnutrición crónica, para que no se confundan ambos conceptos.
- 8.1.4 Reforzar los programas de capacitación constante para el personal de salud sobre temas de alimentación adecuada y prevención de la desnutrición crónica.

8.2 Al Área de Salud de Chimaltenango

- 8.2.1 Realizar evaluaciones constantes al personal de salud sobre temas de salud materno infantil y la aplicación de las normas de atención en salud.
- 8.2.2 Evaluar si comadronas y educadores en salud tienen conocimientos suficientes para poder impartir planes educativos efectivos para prevenir y tratar la desnutrición crónica, con ejemplos que la población logre captar.
- 8.2.3 Desarrollar programas para conocer el valor nutritivo que tienen los alimentos cultivados en las aldeas y la importancia de estos alimentos para el crecimiento de los niños y niñas en cada área de influencia.

- 8.2.4 Que el personal de salud rural al hacer extensión de cobertura, explique la importancia del crecimiento normal del niño y de cómo esto puede afectar en el futuro el rendimiento académico y laboral del mismo.

8.3 Al Distrito de Salud de San Juan Comalapa

- 8.3.1 Promover en la consulta diaria la medición de talla en niños menores de 2 años y brindar educación en salud a las madres cuando la talla presente retardo, antes de que este retardo sea irreversible.
- 8.3.2 Realizar talleres, exposiciones y charlas en donde se eduque al personal de salud sobre desnutrición crónica.
- 8.3.3 Supervisar que se lleve de manera adecuada la identificación y seguimiento de los niños menores de 2 años con desnutrición crónica para lograr su recuperación durante la ventana de los 1000 días.
- 8.3.4 Realizar evaluación de los programas que se ejecutan para mejorarlos y fortalecerlos.

8.4 A las Organizaciones no Gubernamentales

- 8.4.1 Evaluar la eficiencia de los programas con los que cuentan actualmente, para así fortalecerlos y tener mejor gestión de los recursos ya disponibles.
- 8.4.2 Trabajar en conjunto con programas gubernamentales para que la gente se identifique con el problema y así crear sinergia en los programas.
- 8.4.3 Buscar coordinación interinstitucional con las organizaciones que trabajan en el área y con el MSPAS para no crear nuevos programas de prevención de desnutrición crónica, sino perfeccionar los que ya están en función, lo cual fortalecería los programas y evitaría la dispersión de acciones y de recursos.
- 8.4.4 Promover a través de redes sociales la ayuda para que los programas sean sostenibles y se estructuren de una mejor manera.

8.4.5 Realizar evaluaciones constantes y publicación de los resultados obtenidos con los programas ejecutados, para mejorarlos y fortalecerlos.

9. APORTES

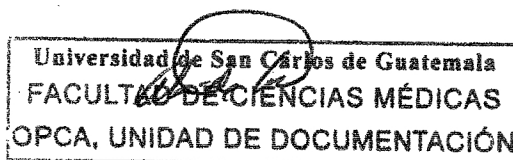
La finalidad de esta investigación fue trazar una línea basal con conocimientos nuevos obtenidos en el campo sobre desnutrición crónica, con lo cual se pueden crear mejoras a los programas existentes con respecto al tema. A si mismo puede ser utilizada como referencia bibliográfica para futuras investigaciones. Por último será utilizada para desarrollar programas de salud, con información local para profundizar con otras investigaciones por parte de organizaciones no gubernamentales como por ejemplo el Instituto Multidisciplinario en Salud con su programa “Red global para la investigación de la salud de la mujer y el niño”.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Banco Mundial. Revalorización del papel fundamental de la nutrición para el desarrollo: estrategia para una intervención a gran escala. Tendencias del desarrollo. Washington: Banco Mundial; 2006.
2. USAID. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social trabaja por el derecho a la salud y nutrición de los niños guatemaltecos. Serie de noticias técnicas sobre extensión de cobertura. Guatemala: USAID; 2008.
3. Ramos D, Reyna E, Hernandez E, Lopez N. Prácticas alimentarias de madres de niños menores de 2 años con desnutrición: Estudio analítico de casos y controles realizado en 42 comunidades del municipio de San Juan Comalapa del departamento de Chimaltenango, durante los meses de noviembre y diciembre. [tesis Médico y Cirujano] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2013.
4. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. V Encuesta nacional de salud materno infantil 2008/2009. Guatemala: MSPAS; 2010.
5. Guatemala. Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Programa para la reducción de la desnutrición crónica 2006-2016. [en línea] Guatemala: SESAN; 2006 [citado 18 Feb 2013] Disponible en: <http://www.cooperaitalia.org/Gestion%20de%20riesgo/Riesgo%20Alimentario/Estrategia%20Nacional%20Reducir.%20Desn.%20Cronica.pdf>.
6. Crocker R. Interculturalidad alimentario-nutricional en la etnia wixarika de México. Revista Española Salud Pública. 2004; 6(78):691-700.
7. Solien N. Prácticas de alimentación infantil observadas en una aldea de Guatemala y su significado desde el punto de vista de la salud pública. Boletín INCAP [en línea] 1967 [citado 4 Mar 2013] 46 (s3): 216. Disponible en: <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v46s3p216.pdf>.
8. Guatemala. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Desnutrición Crónica: El enemigo silencioso: Hechos y derechos de la niñez en la adolescencia. Guatemala: UNICEF; 2007.
9. USAID. A story to tell better health in Latin America and the Caribbean. [en línea] Guatemala: USAID; 2002 [citado 7 Mar 2013] Disponible en: http://transition.usaid.gov/gt/docs/usaid_story_on_health_in_lac.pdf.
10. Comisión Europea. Documento de estrategia de cooperación con Guatemala 2007-2013: Consulta sobre la cooperación de la comisión europea con Guatemala en el marco de la revisión de medio término del documento de estrategia. Guatemala: Comisión Europea. 2013.

11. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Normas de atención en la salud integral para primero y segundo nivel de atención. Guatemala: MSPAS; 2006.
12. Hernandez R. Metodología de la Investigación. 4 ed. Mexico: McGraw Hill Interamericana; 2007.
13. Taylor S. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica; 1987.
14. Scrimshaw S, Hurtado E. Procedimientos de asesoría rápida para programas de nutrición y atención primaria de salud: Enfoques antropológicos para mejorar la efectividad de los programas. Universidad de las Naciones Unidas, Chicago; 1988.
15. México. Secretaría de Marina-Armada de México. Manual para elaborar y evaluar trabajos de investigación. [en línea] México: La Secretaría; 2010 [citado 7 Mar 2013] Disponible en: http://www.cesnav.edu.mx/pdfs/manual_de_investigacion.pdf.
16. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 19 ed. Madrid: Espasa-Calpe; 1970.
17. Ortiz L. Factores Condicionantes del Embarazo no deseado: Estudio Cualitativo realizado en mujeres de 10 a 55 años de edad en un departamento del occidente de Guatemala marzo-abril 2010. [tesis Médico y Cirujano] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2010.
18. Gamarra R, Porroa M, Quintana M. Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación en niños menores de 3 años, en una comunidad de Lima. Anales de la Facultad de Medicina [en línea] 2010 [citado 5 Abr 2013]; 71 (3): [aprox. 5 pant] Disponible en: www.scielo.org.pe/pdf/afm/v71n3/a07v71n3.pdf.
19. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guías alimentarias para la población de Guatemala menor de dos años. Guatemala: MSPAS; 2006.
20. García K, Orellana D, Solórzano D. Conocimientos, actitudes, percepciones y prácticas acerca del parto vertical: estudio cualitativo realizado en comadronas y mujeres del municipio de Santa Apolonia departamento de Chimaltenango agosto - septiembre 2012. [tesis Médico y Cirujano] Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala; 2012.
21. Guatemala. Programa de los Informes Nacionales de Desarrollo Humano y Objetivos de Desarrollo del Milenio. Cifras para el desarrollo humano, Chimaltenango. [en línea] Guatemala: PNUD; 2011 [citado 18 Feb 2013] Disponible en: <http://www.desarrollohumano.org.gt/fasciculos/pdfs/d4.pdf>.

22. Guatemala. Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Plan de reconstrucción del departamento de Chimaltenango. [en línea] Guatemala: SESAN; 2006 [citado 18 Feb 2013] Disponible en: <http://www.segeplan.gob.gt/stan/Reconst/ReconstChimaltenango.pdf>.
23. Yool M. Historia de San Juan Comalapa. [tesis Maestría en Investigación] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Humanidades; 2007.
24. López C. Análisis comparativo del cambio de la agricultura tradicional policultivista a la producción monocultivista de hortalizas para la exportación en las economías campesinas de 14 comunidades agrícolas del municipio de San Juan Comalapa, Chimaltenango. [tesis Ingeniero Agrónomo] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Agronomía; 2006.
25. Xuyá M. El idioma Kaqchiquel en el juicio oral de alimentación en el juzgado de primera instancia de trabajo y previsión social y de familia del departamento de Chimaltenango. [tesis Abogado y Notario] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales; 2007.
26. Herrera A. Alicia C. Desnutrición crónica: estudio de las características, conocimientos y aptitudes de las madres sobre nutrición infantil. [en línea] Lima, Peru: Sisbib.edu.pe; 2003 [citado 18 Feb 2013] Disponible en: http://sisbib.edu.pe/bibvirtualdata/monografias/basic/herrera_ga/cap1.pdf.



11. ANEXOS

11.1 Anexo 1

11.1.1 Guía grupo focal para padres, madres y comadronas

- Conocimientos

¿Qué entiende usted por desnutrición crónica?

¿Qué características identifica usted en niños desnutridos?

¿Cómo se previene la desnutrición crónica?

¿Qué es para usted un niño sano?

¿Sabe usted cuáles son las repercusiones que tiene la desnutrición crónica en la vida del niño?

¿A qué edad le deben empezar a dar alimentos a los bebés? ¿Por qué?

¿Qué deben comer los menores de 6 meses? ¿Por qué?

¿Qué deben comer los mayores de 6 meses? ¿Por qué?

- Actitudes

¿En qué momento consulta por un niño con desnutrición?

En su opinión ¿Qué tan serio considera que es la desnutrición crónica?

- Percepciones

¿Cree que sus niños pueden padecer de desnutrición crónica? ¿Por qué?

¿Cómo se mira un niño con desnutrición crónica?

¿Qué alimentos considera usted son importantes para que un niño esté sano?

¿Por qué?

¿Cómo le gustaría que se vieran sus hijos? ¿Por qué?

De estos niños ¿cuáles considera sanos? ¿Por qué?

Mostrar fotografía

De estos niños ¿Cuáles considera enfermos? ¿Por qué?

Mostrar fotografía

- Prácticas

¿Han recibido capacitaciones sobre desnutrición crónica?

¿Qué alimentos compra en la tienda para darle a sus hijos? ¿Por qué le da esos alimentos?

¿Ha recibido alguna plática donde le enseñan cómo alimentar a los niños menores de 2 años?

¿Cómo prepara los alimentos que le da a los niños menores de 1 año?

11.1.2 Guía grupo focal para personal de salud

- Conocimientos

¿Qué es para usted un niño sano?

¿Sabe usted cuáles son las repercusiones que tiene la desnutrición crónica en la vida del niño?

¿Qué es la alimentación complementaria?

¿Conoce usted cuáles son las normas de atención en salud respecto a desnutrición crónica?

- Actitudes

En su opinión ¿Qué tan serio considera que es la desnutrición crónica?

¿Cómo reacciona usted cuando encuentra un caso de desnutrición crónica?

- Percepciones

En su experiencia ¿Qué ayudaría a las familias a entender el problema de desnutrición crónica de una mejor manera?

¿Qué tan avanzada considera usted que debe estar la desnutrición crónica para que la población consulte con el personal de salud? ¿Por qué?

- Prácticas

¿Qué hace usted si consulta un niño con desnutrición crónica?

¿Qué recomendaciones alimentarias proporciona a familias con niños que presentan desnutrición crónica?

11.1.3 Cuestionario para personal de salud

- Conocimientos

¿Qué entiende usted por desnutrición crónica?

¿Cómo sabemos que un niño presenta desnutrición crónica?

¿Cómo se previene la desnutrición crónica?

¿A qué edad le deben empezar a dar alimentos a los bebés? ¿Por qué?

¿Qué deben comer los menores de 6 meses?

¿Qué deben comer los niños a los 6 meses?

¿Qué deben comer los niños a los 9 meses?

¿Qué deben comer los niños a los 12 meses?

- Prácticas

¿Qué hace usted si consulta un niño con desnutrición crónica?

¿Han brindado capacitaciones sobre desnutrición crónica?

Si ☐ No ☐

¿Con qué frecuencia realiza pláticas sobre desnutrición crónica?

☐ Cada mes

C☐la 3 meses

☐ Cada 6 meses

☐ Nunca

¿De dónde obtiene la información con la que realiza sus pláticas?

11.1.4 Encuesta dirigida a la población de San Juan Comalapa

Objetivo: Determinar los conocimientos, actitudes, percepciones y prácticas de los padres, madres, comadronas y personal de salud acerca de desnutrición crónica.

Fecha: _____

Lugar: _____

Datos Generales

1. ¿Qué edad tiene? _____
2. Sexo
 - a. ☐ Femenino
 - b. ☐ Masculino
3. Escolaridad
 - a. ☐ Ninguna
 - b. ☐ Primaria Completa
 - c. ☐ Primaria Incompleta
 - d. ☐ Básica
 - e. ☐ Diversificada
 - f. ☐ Universitaria

Conocimientos

4. ¿Sabe qué es desnutrición crónica?
 - a. ☐ Si
 - b. ☐ No —————> pasar a pregunta 6
5. Dígame con sus palabras ¿Qué es desnutrición crónica?

6. ¿Qué características presenta un niño con desnutrición crónica?
 - a. ☐ Talla baja para la edad
 - b. ☐ Peso bajo para la edad
 - c. ☐ Pelo quebradizo
 - d. ☐ Uñas débiles
 - e. ☐ Edema (hinchazón de extremidades)
 - f. ☐ Palidez
 - g. ☐ Otros: _____

7. ¿Cómo se previene la desnutrición crónica?
- a. ☐ Proporcionando una buena alimentación antes de los 2 años de edad
 - b. ☐ Proporcionando alimentos completos desde el nacimiento
 - c. ☐ Ofreciendo frituras como sustituto de comidas
 - ☐ Otros: _____
8. ¿Qué consecuencias tiene para un niño vivir con desnutrición crónica?
- a. ☐ Talla corta para la edad
 - b. ☐ Bajo rendimiento escolar
 - c. ☐ Disminución de la capacidad laboral
 - d. ☐ Otros: _____

Percepciones

A continuación le mostraré unas fotografías y luego le haré unas preguntas.

9. ¿Cuál de estos niños tiene desnutrición crónica?
- a. ☐ Ficha 1
 - b. ☐ Ficha 2
 - c. ☐ Ficha 3
 - d. ☐ Ficha 4
 - e. ☐ Ficha 5
 - f. ☐ Ficha 6
10. ¿Cómo le gustaría que se vieran sus niños?
- a. ☐ Ficha 1
 - b. ☐ Ficha 2
 - c. ☐ Ficha 3
 - d. ☐ Ficha 4
 - e. ☐ Ficha 5
 - f. ☐ Ficha 6
- Por qué: _____
11. De los alimentos que se muestran a continuación ¿Cuáles considera apropiados para la alimentación de los niños menores de 2 años?
- a. ☐ Frutas y verduras
 - b. ☐ Incaparina
 - c. ☐ Leche y huevos
 - d. ☐ Frituras

e. ☐ Tortillas

¿Por qué? _____

NOTA: Luego de evaluar conocimientos y percepciones, si el encuestado desconoce del concepto de desnutrición crónica o da un concepto equivocado se tendrá un momento para explicar.

Actitudes

12. Usted considera que sus hijos presentan desnutrición crónica

a. ☐ Si ¿Por qué? _____

b. ☐ No ¿Por qué? _____

13. ¿Cuál sería su reacción si uno de sus hijos se le diagnostica desnutrición crónica?

a. ☐ Miedo

b. ☐ Sorpresa

c. ☐ Preocupación

d. ☐ Tristeza

e. ☐ Vergüenza

f. ☐ Otros: _____

14. ¿Con quién acudiría si sospecha de desnutrición crónica en uno de sus familiares?

a. ☐ Doctor o personal de salud

b. ☐ Familiar

c. ☐ Amigo cercano

d. ☐ Vecinos

e. ☐ Nadie

f. ☐ Otros: _____

15. Si tiene un familiar con desnutrición crónica ¿Cuándo decide acudir a los servicios de salud?

a. ☐ Cuando los remedios caseros no son efectivos —————> pasar a pregunta 17

b. ☐ Después de visitar a la comadrona —————> pasar a pregunta 17

c. ☐ Lo más pronto posible —————> pasar a pregunta 17

d. ☐ Nunca —————> pasar a pregunta 16

16. ¿Cuál es la razón por la que usted no acude a los servicios de salud?

a. ☐ No sé a dónde acudir

b. ☐ Dificultad de transporte

- c. ☐ Inaccesibilidad a los servicios de salud
- d. ☐ Desconfianza en el personal de salud
- e. ☐ Mala atención en los servicios de salud
- f. ☐ Otros: _____

Prácticas

17. ¿Qué alimentos proporciona a sus hijos para una adecuada alimentación?

18. ¿Cuántas veces al día le da de comer a su hijo?

- a. ☐ 1 – 3 veces
- b. ☐ 4 – 5 veces
- c. ☐ Más de 5

Por qué: _____

19. ¿Cuál de las siguientes fuentes de proteínas proporciona a sus hijos?

- a. ☐ Huevos
- b. ☐ Lácteos (queso, leche, yogurt)
- c. ☐ Carne

Por qué: _____

20. Respecto a la pregunta anterior ¿Cuántas veces a la semana le da de comer a sus niños huevos, lácteos y carne?

	Ninguna	1 vez a la semana	2 veces a la semana	3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
Huevos					
Carne					
Lácteos					

11.1.5 Guías Visuales: Fichas de fotografías

A continuación se presentan imágenes las cuales serán impresas en una hoja media carta, se tomará la opinión de las/los participantes del grupo focal y se pedirá que digan si existe o no un problema nutricional en los niños mostrados en las fichas, esta información luego se interpretará y analizará.



Fotografía 1

Niño con desnutrición aguda



Fotografía 2

Niño con obesidad



Fotografía 3

Niño con desnutrición aguda tipo kwashiorkor



Fotografía 4

Niño con desnutrición aguda tipo marasmo



Fotografía 5
Niño sano



Fotografía 6
Niñas de 2 años de edad, a la derecha niña
con desnutrición crónica, a la izquierda niña
sana.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nosotros somos estudiantes del séptimo año de la carrera de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Estamos investigando sobre “CONOCIMIENTOS, PERCEPCIONES, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE DESNUTRICIÓN CRÓNICA”. El objetivo de la investigación es describir los conocimientos, percepciones, actitudes y prácticas sobre desnutrición crónica que tienen los habitantes de las aldeas del municipio de San Juan Comalapa, del departamento de Chimaltenango durante abril-mayo del año 2013. El propósito del estudio es profundizar acerca del tema desde el punto de vista de las personas que viven en este municipio. Le vamos a dar información y la vamos a hacer partícipe de nuestro estudio. Si tiene preguntas puede hacérselas cuando crea conveniente.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Puede dejar de participar en el momento que usted lo desee, tiene el derecho de retirarse de la investigación sin que afecte de alguna manera.

El estudio no conlleva ningún riesgo, ya que el procedimiento que se llevara a cabo es una encuesta la cual tendrá duración de aproximadamente una 15 minutos. Al finalizar se dará una compensación con víveres por participar. Los datos obtenidos serán estrictamente confidenciales si usted así lo desea o puede autorizar si desea que su nombre sea utilizado en el informe cuando los resultados de la investigación sean publicados.

He sido invitado a participar en la investigación. He leído y comprendido la información proporcionada. Tendré la oportunidad de preguntar sobre ella y se me contestaran las preguntas que realizare. Consiento voluntariamente participar en esta investigación.

Nombre: _____

Firma o Huella del Participante: _____

Confirmando que la persona ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador: _____

Firma del Investigador: _____

Fecha: _____

Confidencial ☐

No Confidencial ☐



11.3 Anexo 3: Contextualización del área de estudio

11.3.1 Demografía

11.3.1.1 Chimaltenango

Chimaltenango proviene del náhuatl “chimal” que significa “escudo broquel o rodela” y “tenango” que significa “lugar amurallado”.(20)

El departamento de Chimaltenango está ubicado en la región central del país a 54 km de la ciudad capital por la carretera Interamericana. Ocupa una superficie aproximada de 1,979 km², dividido en 16 municipios. Su cabecera departamental, Chimaltenango, se ubica aproximadamente a 1,800 metros sobre el nivel del mar. En el año 2010, estaba habitado por 595 mil personas, de las cuales 76.2% son de etnia kaqchikel, 1.7% de etnia K'iche, ladino 21.2% y otros 0.9%. Según proyecciones de población, el 51% de los habitantes son de sexo femenino.(21)

La tasa de mortalidad infantil es 30 x 1000 nacidos vivos. La tasa de fecundidad global es de 4 hijos por mujer. El índice de desarrollo humano de 0.679 en comparación de 0.702 a nivel nacional (20)

Respecto al clima, se caracteriza por ser un clima templado, con temperaturas que oscilan entre 12.1 ° C y los 23.7 ° C. El departamento de Chimaltenango tiene como principal actividad económica la agricultura.(22)

11.3.1.2 San Juan Comalapa

San Juan Comalapa fue fundado en el año 1524, el nombre antiguo y cultural es “Chi Xot”, que significa en el idioma Kaqchikel “en la fuente de los comales”. Pero, durante la invasión española, los indígenas Nahuatl que acompañaban a los invasores, lo tradujeron a su propia lengua, llamándole “COMALAPA” de las voces “COMAL” que significa “discos de barro” y “APA” que significa “lugar”.(23)

San Juan Comalapa se encuentra a 84 kilómetros de la Ciudad Capital de Guatemala y a 28 kilómetros de la cabecera de Chimaltenango. Su extensión territorial es de 76 km², colinda en su región norte con San José Poaquil y San Martín Jilotepeque; al este con San Martín Jilotepeque; al sur con Zaragoza, Santa Cruz Balanyá, Chimaltenango; al oeste con Tecpán Guatemala, Santa Apolonia, San José Poaquil y Santa Cruz Balanyá. (23)

La principal vía de acceso para el municipio de San Juan Comalapa es Zaragoza en el kilómetro 57 por la ruta nacional y es totalmente asfaltada desde Zaragoza a Comalapa, entronca con la ruta departamental de Chimaltenango, ingresando por el noreste dista a 15 kilómetros a la cabecera de San José Poaquil, en donde se entronca con la ruta departamental de Chimaltenango y la última vía de acceso a 10 kilómetros hacia el Norte de la Cabecera de Santa Apolonia ingresando por el centro de dicho municipio entroncando hacia la entrada de Tecpán Guatemala con la carretera Internacional en el kilómetro 84.(23)

La población del municipio de San Juan Comalapa es aproximadamente de 42 mil habitantes, cuenta con una cabecera, Comalapa, 12 aldeas, y 10 caseríos. (23)

Clima del municipio de San Juan Comalapa es principalmente templado y durante los meses de noviembre a diciembre es frío. (23)

Tabla 4: distribución geográfica de San Juan Comalapa

Aldeas	Distancia km	Caseríos	Distancia km
Panabajal	7	Quisayá	14
Xetonox	7	Pavit	11
Simajhuleu	12	Chichalí	11
Paquixic	7	San Juan Palima	13
Agua Caliente	14	Panimacac	18
Patzaj	9	Manzanillo	1
CojolJuyú	2	Payá	8
Pamumus	5	Panicuy	13
Xiquin Sanahí	7	Chimayá	2
Xenimaquín	4	Parxaquen	6
Paraxaj	11		
Pachitur	6		

Tesis Historia de San Juan Comalapa, Guatemala, octubre 2007.

Según la caracterización de la estructura productiva de las familias campesinas se determinó que en función de la disponibilidad de tierras existen cuatro tipos de productores:

- Los que no poseen tierra, pero sin embargo la arrendan para dedicarse a esta actividad productiva, o venden su fuerza de trabajo como jornaleros asalariados en actividades agrícola.
- Los que eventualmente dedican parte de la tierra para el cultivo de productos no tradicionales.
- Los que dedican en forma permanente, parte de sus tierras para la producción de cultivos no tradicionales y otra parte la trabajan con granos básicos.
- Los que se dedican directamente al cultivo de productos no tradicionales ocupando el total de sus tierras y en algunos casos recurren al arrendamiento. (24)

Entre su producción agrícola se encuentran los productos tradicionales como maíz, frijol, papas. Cultivos no tradicionales brócoli, zucchini, fresa, arveja china, mora, manzana, durazno, membrillo, higo, manzanilla, pera, ciruela, anona, naranja, limón, níspero, cereza. (2)

Algunas personas de San Juan Comalapa se dedican a crianza de ganado: ovino, bovino, caprino, porcino, caballar. Otros se dedican a la crianza de aves, peces, conejos y abejas. (2)

11.3.2 Kaqchikeles

11.3.2.1 Origen

Los kaqchikeles forman parte de la familia maya que en época prehispánica tuvo su asiento de lo que hoy es Guatemala y el sur de México. (25)

El documento indígena histórico más antiguo, el Popol Vuh, señala: “Los tres grupos de familias existieron, pero no olvidaron el nombre de su abuela y padre los que se propagaron y multiplicaron allá en el oriente vinieron también los Tamub y los Ilocab y tres ramas de abuelos, los trece de Tecpán y los Rabinales y los Kaqchikeles de Tziquinahá, y los Zacahá y los Lamaq, Cumatz, Tuhalhá, Uchubahá, los de Chumilahá, los Quibahá, los de Batenabá, Acul-Vinac, Balamihá, los Canchacheles y Balam-Colob. Estas son solamente las tribus principales, las ramas del pueblo que nosotros mencionamos, solo de las principales hablaremos. Muchas otras salieron de cada grupo del pueblo, pero no escribiremos sus nombres”.(25)

En este mismo sentido se refiere el Memorial de Sololá, Anales de los Cachiueles al hacer referencia a los pueblos prehispánicos, al decir “Aquí escribiré unas cuantas historias de nuestros primeros padres y antecesores, los que engendraron a los hombres en la época antigua, antes que estos montes y valles se poblaran, cuando no había más que liebres y pájaros, según contaban; cuando nuestros padres y abuelos fueron a poblar los montes y valles ¡oh hijos míos! En Tulán”.(25)

Con fundamento en los referidos documentos históricos, Adrián Rechinós, estudioso guatemalteco de la cultura maya, afirma: “Los Cachiqueles lo mismo que las demás razas indígenas de Guatemala y Yucatán, descienden de los antiguos mayas, y heredaron, con la sangre, de aquel gran pueblo milenario”.(25)

11.3.2.2 Capital del señorío Kaqchikel

En la época prehispánica los cachiqueles tenían su capital en la ciudad de Iximché, la cual fue fundada sobre el monte Ratzamut por los reyes HunToh y Vukub Batz. Referente a la fecha en que esto sucedió hay coincidencia entre los estudiosos de los kaqchikeles en afirmar que dicha fundación se efectuó en 1463. El monte Ratzamut es un promontorio que depende indirectamente del cerro denominado Tecpán, montaña que tiene 3,075 metros de altura.⁴⁰ Según el autor Robert Wanchope, la ciudad de Iximché llegó a ser la capital Kaqchikel alrededor de 1463. Según el historiador Adrián Recinos la palabra Kaqchikel etimológicamente se deriva de caka-rojo y chée-árbol.⁴² Iximché nombre del árbol que en Guatemala y Yucatán se conoce con el nombre de ramón cuyas hojas sirven de forraje para el ganado y de cuyo fruto se alimentan los habitantes cuando escasea el maíz. (25)

11.3.2.3 Territorio lingüístico

Para los efectos de conocimiento del ámbito territorial en que se habla el idioma kaqchikel, se puede decir que actualmente el área geográfica del país que abarca el idioma kaqchikel comprende 47 municipios de 7 departamentos; siendo estos últimos: Chimaltenango, Sacatepéquez, Sololá, Guatemala, Suchitepéquez, Escuintla y Baja Verapaz. Esta área geográfica no ha variado en forma significativa desde el siglo XVI. Límites Lingüísticos: La Comunidad lingüística kaqchikel limita con las comunidades lingüísticas al Norte: K'iche', al Oeste: Tz'utujil y K'iche', al Sur y al Este: Poqomam.(25)

11.3.2.4 Situación actual

En la actualidad la comunidad lingüística kaqchikel, en cuanto a su ubicación geográfica, no ha variado mucho, como se pudo apreciar en la relación histórica referida, tanto desde la precolombina, colonial como la republicana. (25)

La población maya kaqchikel total es de 832,968, de esta totalidad, 411,878 son hombres y 421,090 son mujeres, siendo el porcentaje por población kaqchikel: 18.88% medido por departamento. Respecto a la población kaqchikel por área urbana y rural: Urbana: 425,911; rural: 407,057. Porcentaje: Urbana: 51.1% y rural: 48.9%. (25)

Referido al municipio de Chimaltenango, Población total: setenta y cuatro mil setenta y siete (74,077); de ellos son indígenas: cuarenta y ocho mil noventa y tres (48,093) y no indígenas: veinticinco mil novecientos ochenta y cuatro (25,984). (25)

11.4 Anexo 4: Otros

11.4.1 Manifestaciones de la inseguridad alimentaria-nutricional



11.4.2 Tabla 5: Guías alimentarias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social(19)

EDAD	ALIMENTOS
0 a 5 meses	Lactancia materna exclusiva
6 a 8 meses	Lactancia materna e introducción de otros alimentos, lo que se denomina alimentación complementaria. Se inicia con cereales, arroz, maíz, avena, trigo. Se inicia a incluir leguminosas como frijol, habas, garbanzo, arvejas molidas y coladas. Después se recomienda introducir yema de huevo o pollo cocido. Paulatinamente se pueden introducir verduras cocidas como zanahoria, papa, güicoy, güisquil, perulero, brócoli. Hierbas como chipilín, hierba mora, quilete, berros, espinacas, acelgas. Se pueden iniciar frutas como banano, mango, papaya, melón. Luego se inicia la mezcla entre los cereales y las leguminosas, preparándose con tres partes de maíz o cereal, una parte de frijol molido o colado u otra leguminosa y una parte de yema de huevo o pollo. Se sugiere que se agregue aceite vegetal a los alimentos machacados.

9 a 11 meses	Los alimentos que se mencionaron en la etapa de seis a ocho meses deben continuarse y a partir de los nueve meses se pueden introducir otros de origen animal como trocitos de carne de res, hígado de pollo o de res o pescado.
12 a 24 meses	En esta etapa la alimentación se utiliza una dieta basada en los alimentos y preparaciones normales de su familia. La dieta familiar cubre sus necesidades nutricionales y la lactancia materna pasa gradualmente a ser un complemento.

Fuente: Comisión nacional de guías alimentarias para la población guatemalteca menores de dos años, 2003

Al niño amamantado sano se le debe proporcionar 2 a 3 comidas al día entre los 6 y 8 meses de edad y 3 a 4 comidas al día entre los 9 y 11 meses así como entre los 12 y 24 meses de edad. Además, las meriendas nutritivas (como una fruta, un pedazo de pan o pan árabe con pasta de nueces) pueden ser ofrecidas 1 o 2 veces al día, según lo desee el niño.

11.4.3 Olla familiar guías alimentarias Guatemala 2013.

A. LA OLLA FAMILIAR



11.4.4 Componentes del programa de reducción de desnutrición crónica de Guatemala

COMPONENTES DEL PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE DESNUTRICION CRONICA DE GUATEMALA

Componentes directos			
Servicios Básicos de Salud (MSPAS: PEC, CS, PS)	Educación Alimentaria y Nutricional		Lactancia Materna y Alimentación Complementaria (CONAPLAM / MSPAS/ SOSEP / PMA)
	Consejería (MSPASA / SOSEP)	Educación (MINEDUC)	
Componentes de viabilidad y sostenibilidad			
Agua y Saneamiento Básico INFOM / MUNI / RASGUA / OTROS	Organización Comunitaria SCEP / ONGs	Mejoramiento de la Economía Familiar MAGA / Com. Des Local / Cooperativas ej. CU4P / Sector Empresarial	
		Generación de ingreso	Producción Local
Ejes Transversales			
Información, Educación y Comunicación			
Coordinación Intra e Interinstitucional			
Participación Comunitaria			
Fortalecimiento Institucional			

11.4.5 Municipios clasificados por grado de desnutrición.

MUNICIPIOS CLASIFICADOS POR GRADO DE DESNUTRICIÓN

Gráfica 6. Municipios Clasificados por Grado de Desnutrición

