



UNIVERSIDAD DEL ISTMO
FACULTAD DE EDUCACIÓN
Licenciatura en Educación

**“AUTOESTIMA MATERNA COMO FACTOR DETERMINANTE EN LA NUTRICIÓN
DE LOS NIÑOS DESNUTRIDOS ATENDIDOS EN EL PROYECTO SEBASTIANA
DE FUNDAP”**

VILMA ARACELY IZÁS SÁNCHEZ

Quetzaltenango, 18 de diciembre de 2011



UNIVERSIDAD DEL ISTMO
FACULTAD DE EDUCACIÓN
Licenciatura en Educación

**“AUTOESTIMA MATERNA COMO FACTOR DETERMINANTE EN LA NUTRICIÓN
DE LOS NIÑOS DESNUTRIDOS ATENDIDOS EN EL PROYECTO SEBASTIANA
DE FUNDAP”**

Trabajo de graduación
Presentado al Honorable Consejo Directivo de la
Facultad de Educación

Por

Vilma Aracely Izás Sánchez

Al conferírsele el título de

**LICENCIADA EN EDUCACIÓN
CON ESPECIALIDAD EN ALTERNANCIA**

Quetzaltenango, 18 de diciembre de 2011



UNIVERSIDAD
DEL ISTMO

FACULTAD DE
EDUCACIÓN

Guatemala, 10 de noviembre de 2011

Ingeniera
Ingrid Karina Zapata de Ajpop
Coordinadora
Licenciatura en Educación con especialidad en Alternancia
Facultad de Educación

Estimada Ingeniera de Ajpop:

Por este medio informo que he asesorado y revisado a fondo el trabajo de tesis que presenta la alumna **VILMA ARACELY IZÁS SÁNCHEZ**, carné **2010-0417**, de la carrera de Licenciatura en Educación, el cual se titula **"AUTOESTIMA MATERNA COMO FACTOR DETERMINANTE EN LA NUTRICIÓN DE LOS NIÑOS DESNUTRIDOS ATENDIDOS EN EL PROYECTO SEBASTIANA DE FUNDAP"**

Luego de la revisión, hago constar que la alumna, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento de la tesis. Por lo anterior emito el *dictamen positivo* sobre dicho trabajo y confirmo que la tesis en mención está lista para pasar a revisión de estilo.

Atentamente,

S. OUDDANE

Lic. Serge Ouddane
Revisor de fondo

Sede Las Américas
23 Calle 15-45 Zona 13
PBX (502) 2327 - 1500
Directo: (502) 2327 - 1571 y 74
Fax: (502) 2327-1504
E-mail: fedu@unis.edu.gt

CC: archivo
Lea-08/11

7a. Avenida 3-67, Zona 13
PBX (502) 2429-1400 ext. 431
Directo (502) 2429 - 1431
Fax: (502) 2475 - 2192
E-mail: fedu@unis.edu.gt
www.unis.edu.gt
Guatemala, Centroamérica

Quetzaltenango, 11 de noviembre de 2011.

Ingeniera
Ingrid K. Zapata de Ajpop
Directora de carrera
Facultad de Educación

Estimada Ingeniera de Ajpop:

Por este medio informo que he concluido la revisión de estilo del trabajo de graduación presentado por la alumna **Vilma Aracely Izás Sánchez**, carnet **2010-0417**, de la carrera de Licenciatura en Educación con especialidad en Alternancia.

Luego de la revisión, hago constar que la alumna ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el *dictamen positivo* sobre dicho trabajo y confirmo que está listo para que se autorice su impresión.

Atentamente,



Licda. Carmen Amalia de Rivera
Revisora de forma

Cc: archivo



UNIVERSIDAD
DEL ISTMO

FACULTAD DE
EDUCACIÓN

Guatemala, 26 de noviembre de 2011

**EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE EDUCACIÓN DE LA
UNIVERSIDAD DEL ISTMO**

Tomando en cuenta la opinión vertida por los catedráticos asesores y la Terna de Defensa de Tesis, y considerando que el trabajo presentado satisface los requisitos establecidos **AUTORIZA** a la estudiante **VILMA ARACELY IZÁS SÁNCHEZ** la impresión de su tesis titulada:

“AUTOESTIMA MATERNA COMO FACTOR DETERMINANTE EN LA NUTRICIÓN DE LOS NIÑOS DESNUTRIDOS ATENDIDOS EN EL PROYECTO SEBASTIANA DE FUNDAP”.

Previo a optar el título

**LICENCIADA EN EDUCACIÓN
CON ESPECIALIDAD EN ALTERNANCIA**

Licda. Mirna Rubí Cardona de González
Decana



FACULTAD DE EDUCACION

Sede Las Américas
23 Calle 15-45 Zona 13
PBX (502) 2327 - 1500
Directo: (502) 2327 - 1571 y 74
Fax: (502) 2327-1504
E-mail: fedu@unis.edu.gt

cc: archivo
Lec-17/12
M&C/14A

7a. Avenida 3-67, Zona 13
PBX (502) 2429-1400 ext. 431
Directo (502) 2429 - 1431
Fax: (502) 2475 - 2192
E-mail: fedu@unis.edu.gt
www.unis.edu.gt
Guatemala, Centroamérica

DEDICATORIA

A DIOS TODOPODEROSO:

Como humilde muestra de mi agradecimiento.

A MIS PADRES:

Héctor Enrique Izás Ferrigno (Q.E.P.D.).

Hercilia Sánchez Barrientos.

Por todos los esfuerzos y sacrificios en bienestar de sus hijos.

A MI HIJA:

Ana Jimena Izás Sánchez.

Que es el motor que mueve mi vida, para que este esfuerzo sea un ejemplo de superación en su linda vida.

A MIS HERMANOS:

Con todo cariño, en especial a mi hermana Mery quien pese a nuestras diferencias me ayudó a lograr este triunfo.

A LOS NIÑOS Y MADRES DEL PROYECTO SEBASTIANA, FUNDAP:

Por su coraje ante la vida.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por todas sus bendiciones y por darme la oportunidad de continuar mi formación profesional.

A mis padres, que son las personas más admirables y trabajadoras que conozco, porque son y serán por siempre el ejemplo a seguir en mi vida.

A mi hija, que le inyectó a mi vida nueva ilusión, nuevos sueños y mucha felicidad, gracias “preciosa” por tu comprensión, paciencia y apoyo durante estos años de estudio. Gracias a mi familia en general.

Quiero agradecer de forma especial a las instituciones que me permitieron hacer realidad este sueño en mi vida profesional; a FUNDAP, DISOP y la Universidad del Istmo, así como a los diferentes profesionales que de alguna forma colaboraron en mi formación, gracias por todo su apoyo y confianza.

También agradezco a mis compañeros de estudio, que me permitieron darme cuenta que la amabilidad, el respeto, la confianza, en fin, todos esos valores que hacen especial a una persona, no tienen nacionalidad, sino son comunes a las personas que trabajamos por el desarrollo de los pueblos, gracias colegas por esos años tan especiales de convivencia estudiantil, que Dios los bendiga a todos y cada uno en esta nueva etapa de sus vidas.

No puedo dejar de agradecer a los niños y madres del Proyecto Sebastiana, por su entusiasmo y colaboración; porque me demostraron que el desarrollo es algo intrínseco a la persona y que solo se necesita una pequeña luz para encender una fogata.

ÍNDICE

ANTECEDENTES

JUSTIFICACIÓN

RESUMEN

1. MARCO CONTEXTUAL.....	1
1.1. Contexto Institucional.....	1
1.1.1. FUNDAP.....	1
1.1.2. Zona occidental.....	5
1.1.2.1. Quetzaltenango.....	5
1.1.2.2. San Juan Ostuncalco.....	6
1.1.3. Programa de salud.....	11
1.1.3.1. Centro Educativo en Salud.....	13
1.1.4. Situación actual de Proyecto.....	16
1.1.4.1. Perfil de las madres de los niños del Proyecto Sebastiana.....	17
1.1.4.2. Idiosincrasia de la mujer mam con respecto a la nutrición infantil.....	17
1.2. Contexto personal.....	26
1.3. Situación problema.....	26
1.3.1. Cronología del Proyecto Sebastiana.....	27
1.3.2. Casos.....	28
1.3.3. Datos Estadísticos del Problema.....	30
1.4. Problema.....	32
1.5. Objetivo.....	32
1.6. Pregunta.....	32
2. MARCO TEÓRICO.....	33
2.1. Introducción.....	33
2.2. La madre de familia.....	33
2.3. El niño de 1 a 5 años.....	38
2.3.1. Desarrollo Psicomotriz:.....	39
2.3.2. Desarrollo del Lenguaje:.....	39
2.3.3. Desarrollo Físico:.....	40
2.4. Nutrición.....	40
2.4.1. Definición de nutrición:.....	40

2.4.2.	Nutrición materna:.....	41
2.4.3.	Nutrición Infantil:	41
2.4.4.	Lactancia materna:.....	41
2.4.4.1.	Alimentación complementaria:.....	42
2.4.4.2.	Alimentación del niño preescolar:	43
2.4.4.3.	Alimentación del escolar.....	45
2.4.5.	Crianza infantil.	46
2.4.6.	Síntesis sobre la nutrición.	47
2.5.	Desnutrición:	48
2.5.1.	Definición de desnutrición:	48
2.5.2.	Causas de desnutrición.....	49
2.5.2.1.	Factores biológicos y dietéticos, o factores que determinan el aprovechamiento.	50
2.5.2.2.	Factores sociales y económicos, o factores que determinen el consumo. ...	51
2.5.2.3.	Factores ambientales, o factores que determinen la disponibilidad de los elementos.	51
2.5.3.	Clasificación de la desnutrición:	52
2.5.4.	Efectos de la desnutrición.	54
2.5.5.	Síntesis sobre la desnutrición.....	54
2.6.	Costumbres y tradiciones de las madres del área mam que influyen en la nutrición y el desarrollo infantil.	54
2.6.1.	Síntesis sobre las costumbres y tradiciones de las mujeres del área mam en la alimentación de sus niños.	57
2.7.	Programas Nacionales de salud materno infantil.....	58
2.7.1.	Síntesis sobre programas de salud Materno Infantil.....	60
2.8.	Resumen de hallazgos del Marco Teórico.....	60
2.9.	PROPUESTA DIDÁCTICA PARA LA ENSEÑANZA DE FUNDAMENTOS EN AUTOESTIMA Y NUTRICION PARA LAS MADRES DE LOS NIÑOS DESNUTRIDOS DEL PROYECTO SEBASTIANA DE FUNDAP EN SAN JUAN OSTUNCALCO	60
2.9.1.	El porqué de una formación en autoestima y nutrición.	61
2.9.2.	Perfil de los participantes (madres de los niños desnutridos).	61
2.9.3.	Perfil de los facilitadores.	62
2.9.4.	Elementos básicos de la propuesta didáctica.....	62
2.9.5.	Metodología.	63

2.9.6.	Evaluación.	63
2.9.7.	Objetivo General:	64
2.9.8.	Objetivos Específicos:.....	64
2.9.9.	Contenidos.....	64
2.9.10.	Actividades.....	65
2.9.11.	Recursos.....	65
2.9.12.	Programación	65
2.10.	Hipótesis.....	72
3.	TRABAJO DE CAMPO.....	73
3.1.	Metodología	73
3.1.1.	Objetivo:.....	73
3.1.2.	Población:	73
3.1.3.	Diseño de la Investigación:	73
3.1.4.	Evaluación:	73
3.1.5.	Criterios de Inclusión:.....	74
3.1.5.1.	Criterios de Exclusión:.....	74
3.1.5.2.	Parámetros que se evaluaron para determinar los cambios en las curvas nutricionales de los niños:.....	74
3.2.	Notas de Campo.....	75
3.2.1.	Plan de formación en autoestima:	75
3.2.2.	Taller de preparación de recetas nutricionales.....	76
3.3.	Resultados.....	76
3.3.1.	Notas de años anteriores:	76
3.3.2.	Notas del año actual:	77
3.3.3.	Contrastación de resultados:.....	78
3.3.4.	Índice de Mcnemar.....	83
3.3.5.	Discusión:	85
4.	CONCLUSIONES	87
5.	RECOMENDACIONES	88
	BIBLIOGRAFÍA.....	89
	ANEXOS.....	94

ANTECEDENTES

En el año 2009 un informe del Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (Unicef)¹ reporto que Guatemala ocupa el sexto lugar a nivel mundial con niños que padecen desnutrición crónica, y lo que es aún más lamentable, tiene la tasa más alta de desnutrición crónica en Latinoamérica.

Se define desnutrición como el resultado del consumo insuficiente de alimentos que se mantiene por mucho tiempo y que deteriora la salud de la persona que la padece.

Es innegable que la desnutrición infantil es un flagelo que afecta a todo el mundo en mayor o menor medida, por lo que ha sido objeto de estudio en muchos países. El estudio de la desnutrición como una enfermedad nutricional con grandes repercusiones para las naciones se inició al finalizar la segunda guerra mundial, ya que antes de este acontecimiento se estudiaban los procesos de deficiencia nutricional por separado, así se estudiaba al beriberi (deficiencia de vitamina B) como una enfermedad aislada, en tanto que incluso en Europa a las personas con desnutrición únicamente se les clasificaba como personas con talla baja.

Pero luego de la Segunda guerra mundial cuando surgió una conmoción científica y política mundial, y se determinó que la disminución en la talla de las personas se daba como consecuencia de una deficiencia prolongada de nutrientes en su conjunto, por lo que se iniciaron acciones para disminuir este problema de salud y economía a nivel mundial. Guatemala pese a ser un país en vías de desarrollo no fue la excepción en estos estudios, así surgió en el año de 1949 el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, INCAP, el cual ha sufrido varios replanteamientos en el enfoque de sus acciones, debido a la multicausalidad de la desnutrición.

Actualmente la desnutrición infantil es la enfermedad nutricional más importante en los países en vías de desarrollo, Guatemala lamentablemente posee la tasa más alta a nivel mundial de retraso del crecimiento 49% de niños menores de 5 años², lo que entre otras cosas repercute en altos niveles de morbi mortalidad en este sector de la población.

¹ UNICEF, “*Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe*”. Boletín de la infancia y la adolescencia sobre el avance de objetivos del desarrollo del milenio. Número 2. Abril 2006. p.7. (fecha de consulta 2 noviembre 2011. 5:10 horas). Disponible en página electrónica: [http://www.unicef.org/lac/Desafiosnutricion\(13\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Desafiosnutricion(13).pdf)

² *Ibíd.*

La Fundación para el desarrollo integral de programas socioeconómicos, FUNDAP, preocupada por este problema de salud infantil, creó en el año 2008 el Proyecto Sebastiana, que tiene como objetivo principal contribuir a la recuperación nutricional de niños menores de 5 años que presentan desnutrición crónica, este proyecto comprende varias acciones entre las que destaca la dotación de suplementos nutricionales a los niños, así como un plan educacional en aspectos de nutrición y salud familiar, dirigido a las madres de estos niños, que incluye componentes técnicos y humanísticos.

La desnutrición infantil no es un problema aislado en la familia, ya que como se revisó en la literatura disponible, es un problema multicausal y con efectos tanto para el niño que la padece, para la familia, la comunidad e incluso para el país.

El presente estudio recurre a las escasas investigaciones sobre nutrición ambientadas en el contexto mam. También se hace referencia a una gran cantidad de estudios en este tema desarrollados en poblaciones similares en otros países; y a estándares mundiales en el diagnóstico y manejo de la desnutrición crónica.

JUSTIFICACIÓN

El programa de Salud de FUNDAP surge como respuesta a la necesidad de atención médica de gran parte la población rural del sur occidente de Guatemala, este entre otras cosas brinda atención primaria en salud sobre todo a la población con mayor necesidad, y de esta son las mujeres y los niños su prioridad. En el quehacer diario de la atención infantil se determinó que la desnutrición es un problema constante de salud en este grupo etario, por lo que en el año 2008 se inició el Proyecto Sebastiana, que tiene como objetivo principal contribuir en la disminución de la morbi-mortalidad infantil por este mal.

El desarrollo integral de la infancia es la base del desarrollo humano, el cual es el fundamento del desarrollo del país. Es en la infancia donde se inician y consolidan los elementos más importantes de la personalidad: la capacidad para aprender y las estrategias para pensar; la seguridad en sí mismo y la confianza en las propias posibilidades; las formas de relacionarse con los otros y la capacidad de amar; el sentimiento de dignidad propia y el respeto a los demás; la iniciativa y la capacidad de emprendimiento; el considerarse capaz y el ser productivo; el ayudar a los otros y los sentimientos y conductas solidarias.

Como bien se ha dicho estos elementos bases del desarrollo personal el niño los aprende en etapas muy tempranas de su vida, los capta de su entorno de su medio social, el cual está constituido en etapas muy tempranas de su vida únicamente por la familia, y de este núcleo podemos destacar la estrecha relación del infante con su madre, ya que este binomio constituye la base primordial del desarrollo tanto físico como emocional del niño; así como una de las realizaciones de la mujer, a este respecto el Papa Juan Pablo Segundo ha mencionado en la Encíclica *Mulieris Dignitatem*: "... la maternidad de la mujer constituye una «parte» especial de este ser padres en común, así como la parte más cualificada"³.

Sin embargo a través de la historia la mujer ha sido menospreciada en esa tan noble y digna labor de ser madre, formadora de nuevos ciudadanos, que son el futuro productivo de un país. Como indica la literata Tania Palencia Prado en el libro *Genero y Cosmovisión Maya* "la denominación étnica acentuó la función exclusiva de la mujer de ser madre, encargada del hogar y reproductora de la cultura"⁴. Este hecho es algo palpable aun en nuestros días en las mujeres del área mam de San Juan Ostuncalco, en donde la mayoría de ellas viven en un clima de subordinación social, el que se inicia desde la infancia en donde los niños gozan

³ Juan Pablo II. "Mulieris Dignitatem". Librería Editrice Vaticana. Roma, agosto. 2008.

⁴ PRADO PALENCIA, Tania. "Genero y Cosmovisión Maya". 1ª ed. Guatemala. Editorial SaquilTz'ij.1999. P.61.

de privilegios sobre las niñas, luego en su etapa de esposas esta subordinación se extiende hacia la pareja así como a la familia de este, lo que lleva como consecuencia una herencia de baja autoestima hacia las mujeres de su familia.

Siendo la autoestima un sentimiento de la persona, en la que se relacionan la razón y el sentimiento que le permite tener la justa valía de sí mismo para auto cuidarse y valorarse; no solo a sí mismo sino a todo lo que le rodea, es una forma de vida que se crea y se fomenta en la infancia y que cuando es alta o al menos adecuada en la persona puede ser la base de muchos logros en el transcurso de su vida; sin embargo cuando la autoestima de una persona es baja, es algo que limita su vida, y en el caso de las madres de familia este sentimiento afecta a sus hijos.

En el caso muy particular de las mujeres del área mam por razones socioculturales su autoestima es baja, lo que repercute en el sano desarrollo de sus niños, siendo estos realmente afectados por este sentimiento ya que dependen de terceras persona para su crianza, para la transmisión de valores y otros elementos indispensables de su personalidad, así como para la adecuada alimentación, en donde no únicamente se les dé de comer, sino se les alimente para desarrollar físicamente de forma adecuada. Este hecho se puede observar en los niños atendidos en el proyecto Sebastiana, en donde pese a que los niños tiene una atención medica continua, se les dota además de alimentos ricos en proteínas y multivitaminas, todo acompañado de un plan educacional en aspectos de salud y nutrición dirigido a las madres, un 30% de los niños no mejoran su estado nutricional; lo que llevo a la conclusión que la autoestima materna baja frena el desarrollo de los niños.

Constituyéndose esta conclusión en la justificación para la implementación de un plan de formación en autoestima y asertividad en las relaciones, dirigido a las madres de los niños atendidos en el proyecto Sebastiana.

RESUMEN

Inicialmente se describe a la institución que entre su misión destaca el tratar de mejorar la calidad de vida de las personas sobre todo de los habitantes del área rural del sur occidente del país, FUNDAP. Luego se describe el programa cuya función es atender la demanda de salud básica, especialmente de la mujer y la niñez, para adentrarse en un proyecto específico de salud que se dedica a la atención de niños menores de 5 años que sufren problemas de desnutrición, el Proyecto Sebastiana.

Considerando que la desnutrición es un problema de salud con bases socio culturales se analiza a la mujer joven, sus aspiraciones, roles y aspectos culturales que influyen en la crianza de sus hijos, también se describe el desarrollo psicomotriz y físico de los niños menores de 5 años, los factores culturales que influyen en su nutrición, así como la desnutrición en sus diferentes grados y presentaciones clínicas. Se relaciona a la autoestima como un factor determinante en el desarrollo infantil así como en la desnutrición infantil.

Para concluir con el planteamiento de una propuesta didáctica para la implementación de un plan de formación pertinente y contextualizado a las madres de los niños atendidos en el proyecto Sebastiana, en aspectos de autoestima, asertividad en las relaciones familiares y nutrición, con el propósito de que al ser presentado a varios expertos en el tema y de acuerdo a los resultados de las variables estudiadas, pueda contar con la validación inicial.

1. MARCO CONTEXTUAL

1.1. Contexto Institucional

1.1.1. FUNDAP

La Fundación para el desarrollo Integral de Programas Socioeconómicos, conocida como FUNDAP, es una institución que fomenta el desarrollo, está catalogada como ONG⁵ en la categoría legal de fundación⁶. A través de sus múltiples programas llega cada año a miles de usuarios que son tratados con delicadeza y respeto, bajo el lema de “Desarrollo con dignidad”.

a. Historia

FUNDAP se constituyó el 22 de septiembre de 1981 y obtuvo su personalidad jurídica como Fundación por acuerdo Gubernativo el 23 de febrero de 1982. Su primer proyecto denominado “Proyecto Momostenango”⁷, se inició en un lugar del mismo nombre, en donde los artesanos del lugar se dedican a la elaboración de artículos de lana, dándoles FUNDAP las herramientas técnicas y organizacionales para una mejor comercialización de sus productos. Siendo este el paso inicial de una gama de proyectos que, a través de la historia, han sufrido cambios de acuerdo a las necesidades poblacionales, así como a la madurez institucional.

b. Visión

“Erradicar la pobreza en Guatemala mediante estrategias sustentadas sobre valores de equidad, honestidad, libertad, excelencia, respeto a la dignidad y democracia”⁸.

c. Misión

“Somos una Fundación Privada Voluntaria que busca promover el desarrollo de los sectores de menos ingresos de la república de Guatemala, especialmente de los habitantes del área rural de la región occidental, por medio de proyectos innovadores que evitando el paternalismo, garanticen una mejora consistente en la calidad de vida. Todo

⁵ ONG: Organización No Gubernamental.

⁶ Fundación: figura legal de una entidad que le permite adquirir personalidad jurídica.

⁷ Momostenango, es un municipio del departamento de Totonicapán, Guatemala.

⁸ FUNDAP. Referente Ideológico. Quetzaltenango, Guatemala. 2008. p.2.

bajo un marco de desarrollo sostenible con absoluto respeto a la dignidad humana, cultura y tradiciones”.⁹

d. Programas

Para concretar objetivamente lo que dicta su misión y visión, FUNDAP cuenta con varios programas de desarrollo, los que tienen diferente área de ejecución, de acuerdo a las necesidades de las poblaciones atendidas. Los programas con los que actualmente cuenta FUNDAP son:

Tabla No.1.
Programas de FUNDAP

Programa y acrónimo	Descripción	Año de inicio de labores	Número de usuarios atendidos en 2009
Programa de Fomento y Desarrollo Artesanal FODESA	Programa dedicado al fomento de la artesanía como medio de generación de empleo. Sus estrategias son: <ul style="list-style-type: none"> - Diseño de nuevas líneas de producción. - Promoción y consolidación de la organización social comunitaria. - Comercialización. 	1986	984
Programa de Atención a la Micro y Pequeña Empresa PROSEM	Programa dedicado al fortalecimiento de la micro y pequeña empresa a través de micro créditos, capacitación y asesoría. Cuenta con cuatro líneas de apoyo económico que son: <ul style="list-style-type: none"> - Microempresa. - Crédito agropecuario. - Bancos comunales. - Infraestructura. 	1988	53,991

⁹ Ibídem.

Programa y acrónimo	Descripción	Año de inicio de labores	Número de usuarios atendidos en 2009
<p>Programa de Desarrollo Ambiental PRODAM</p>	<p>Programa que fomenta la valoración y cuidado del ambiente como una responsabilidad individual y colectiva que coadyuva a la sobrevivencia. Sus estrategias principales son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Educación ambiental. - Conservación y renovación de recursos naturales - Manejo forestal. - Fomento y acompañamiento en la organización comunitaria. 	1991	2,200
<p>Programa Fomento y Desarrollo Agropecuario FOMAGRO</p>	<p>Este programa está enfocado en prestar servicios técnicos agropecuarios y ambientales, promoviendo acciones bajo el enfoque empresarial, dentro del marco de la sostenibilidad.</p>	1992	7,773
<p>Programa de Educación PEVI</p>	<p>Programa que pretende atender la problemática educativa desde dos ejes estratégicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El apoyo comunitario para la educación y - El apoyo para la inserción laboral. 	1992	62,374
<p>Programa Integral de Salud PROISA</p>	<p>Este programa de desarrollo fue creado para atender la demanda de salud básica, especialmente de la mujer y la niñez, a través de dos ejes estratégicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La educación en salud - Atención básica en salud primaria. 	2001	24,081

Programa y acrónimo	Descripción	Año de inicio de labores	Número de usuarios atendidos en 2009
Programa de Desarrollo Turístico PROTUR	Programa dedicado al fomento de la cultura y a la promoción del turismo en la región sur Occidente, su ejes de acción son: - Formación de promotores turísticos - Casas culturales.	2003	

Fuente: elaboración propia, basada en datos condensados del Referente Ideológico¹⁰, y de la Memoria de Labores, FUNDAP 2009.¹¹

Para tener una idea de los alcances del trabajo de la Fundación durante el año 2000, se atendió un total de 38,652¹² beneficiarios, en tanto que en el 2009 se atendió a 151,403¹³ beneficiarios en los diferentes programas.

e. Área geográfica atendida

FUNDAP, a través de sus diferentes programas, atiende el área geográfica del Sur Occidente que comprende los siguientes departamentos: Quetzaltenango, Totonicapán, Huehuetenango, Quiché, Chimaltenango, Sololá, San Marcos, Retalhuleu, Suchitepéquez y Escuintla. Esta área fue seleccionada desde los inicios del actuar de la fundación, debido a que concentra la mayor cantidad de población en el interior del país, además de que es la que reporta mayores índices de pobreza y una concentración alta de población rural de la etnia indígena; lo que significa un reto para el desarrollo del país. Esta región comparte otros problemas como lo es el poco acceso a educación, que se complica con altos niveles de deserción escolar y analfabetismo; así como deficientes condiciones de salud, las que se observan en la poca cobertura, escaso acceso de la población y la carencia de infraestructura sanitaria, situación que se ha agudizado en los últimos años con los altos índices de niños desnutridos que se presentan en la región.

¹⁰ FUNDAP. Referente Ideológico. Quetzaltenango, Guatemala. 2008. Pp. 8-10.

¹¹ FUNDAP. Memoria de Labores. Quetzaltenango, Guatemala, 2009 - 2010. Pp. 5-14.

¹² FUNDAP. Memoria de Labores. Quetzaltenango, Guatemala, 2000 - 2001. P. 3.

¹³ FUNDAP. Memoria de Labores. Quetzaltenango, Guatemala, 2009 - 2010. P.2.

1.1.2. Zona occidental

La zona occidental de Guatemala está comprendida por los departamentos de San Marcos, Huehuetenango, Quiché, Totonicapán y Quetzaltenango; siendo de este último al que se hará referencia en las siguientes líneas.

1.1.2.1. Quetzaltenango

Es el segundo departamento en importancia socio económica del país, cuenta con una pujante infraestructura comercial, educativa y productiva. Se encuentra ubicado a 210 kilómetros de la ciudad capital, con una altitud de 2333 metros sobre el nivel del mar. Políticamente se divide en 24 municipios y su clima es generalmente frío; sin embargo, algunos de sus municipios se localizan en la región de la costa Sur; por lo tanto, el clima del departamento es variado, de frío a templado. Se marcan dos periodos climáticos: seco y lluvioso. Sus habitantes hablan el idioma español, mam y quiché.

a. Datos demográficos de Quetzaltenango

Tabla No.2.
Datos demográficos de Quetzaltenango.

		Porcentaje
Extensión territorial	1,953 kilómetros cuadrados.	
Población total	824,389 habitantes	
Densidad poblacional	423 habitantes/ Km. cuadrado	
Hombres	403,950	49%
Mujeres	420,439	51%
Indígenas	477,073	57.87%
No indígenas	347,316	42.13%
Población urbana	370,975	45%
Población rural	453,414	55%

Fuente: elaboración propia, basada en datos obtenidos de la sala situacional Materno Infantil, Quetzaltenango¹⁴.

¹⁴ Sala situacional Materno Infantil, departamento de Epidemiología, datos demográficos del departamento de Quetzaltenango 2010. Dirección de Área de Salud, Quetzaltenango.

Para la atención médica de los habitantes de esta ciudad, se dispone de una amplia red de servicios de salud, tanto de carácter institucional como privado. A continuación se describe la red de servicios de salud de Quetzaltenango a nivel institucional.

Tabla No. 3.

Centros de atención médica institucional en Quetzaltenango.

Tipo de Centro asistencial	Total
Hospitales	3
Centros de salud tipo B	88
Puestos de salud	33
Unidades mínimas	5
CAIMI	1
CAP	11
CENAPA	4

Fuente: elaboración propia.¹⁵

Como se mencionó anteriormente, Quetzaltenango está dividido políticamente en 24 municipios, entre estos está San Juan Ostuncalco, que es en donde desarrolla sus actividades el Centro Educativo en Salud de FUNDAP.

1.1.2.2. San Juan Ostuncalco

a. Localización y extensión geográfica

El municipio de San Juan Ostuncalco, es uno de los 24 municipios del departamento de Quetzaltenango, está ubicado a 228 kilómetros de la ciudad capital, y a 14 kilómetros de la cabecera departamental. Políticamente el municipio se divide en un pueblo, 9 aldeas dos de ellas catalogadas como caseríos hasta el año 2009, cuando fueron elevadas a la categoría de aldeas, 15 caseríos y 7 fincas.¹⁶

¹⁵ Ibidem.

¹⁶ Departamento de Estadística de la Municipalidad de San Juan Ostuncalco. San Juan Ostuncalco. Quetzaltenango, 2009.

b. Geografía demográfica

La extensión del municipio es de 44 kilómetros cuadrados, y la población de 54,886 habitantes para el año 2010; con una densidad de población de 1247 habitantes por kilómetro cuadrado, la que se considera significativamente alta en relación al promedio, tanto a nivel nacional (103 habitantes por kilómetro cuadrado), como a nivel departamental (320 habitantes por kilómetro cuadrado)¹⁷. Se encuentra a una altura que va de 1800 a 3200 mts., sobre el nivel del mar, con un clima que por lo general se define como frío y seco. Se marcan claramente dos períodos: lluvioso y seco.

c. Economía

Desde sus orígenes, la principal actividad económica del municipio ha sido la agricultura. Actualmente, según las estadísticas del INE¹⁸, el 63%¹⁹ de la población se dedica a esta actividad. Los principales cultivos de la zona altiplánica del municipio son: maíz, papa, trigo, frijol, haba, hortalizas y frutales. La mayor parte de estos cultivos son de subsistencia. Se comercializan, a nivel departamental y hasta nacional, básicamente la papa y las hortalizas. El centro de acopio de la papa se encuentra en la cumbre de la aldea La Esperanza, a la altura del kilómetro 220 de la carretera a San Marcos; funciona los días miércoles y sábado, con gran afluencia de comerciantes locales y de la capital. A esto se puede agregar que, debido a que la agricultura no es una actividad rentable, se ha observado que muchas de las familias cuentan con más de un miembro trabajando en Estados Unidos, con el propósito de mejorar los ingresos y la economía de la familia. A este respecto, no existe un registro real sobre el ingreso de remesas al municipio; sin embargo, es algo que se aprecia a todo nivel, sobre todo en el comercio, y en los negocios dedicados a la entrega de remesas, los cuales se encuentran en la cabecera municipal.

d. Características de la población

La población total del municipio de San Juan Ostuncalco es de 54,886 habitantes, distribuidos de la siguiente forma:

¹⁷ Sala Situacional Materno Infantil 2010. Departamento de Epidemiología. Dirección de Área de Salud. Quetzaltenango.

¹⁸ INE, Instituto Nacional de Estadística. Guatemala.

¹⁹ INE. X censo de población Guatemala. 1994. Y I censo de población urbana Muni-K'at- AECL, Quetzaltenango, Guatemala. 1988.

Tabla No. 4.

Datos demográficos de San Juan Ostuncalco.

		Porcentaje
Extensión territorial	44 kilómetros cuadrados	
Población total	54,886	
Densidad poblacional	1,247 habitantes/km. cuadrado	
Hombres	27,797	47%
Mujeres	29,089	53%
Indígenas	46,653.00	85%
No indígenas	8,233	15%
Población urbana	21,955	40%
Población rural	32,931	60%
Población Alfabeta*	20,477	(64%)
Hombres	10,562	
Mujeres	9,915	
Población Analfabeta	11,384	(36%)
Hombres	5,464	
Mujeres	5,920 ²⁰	

Fuente: Departamento de epidemiología, Área de Salud. Quetzaltenango²¹.

*Para determinar el grado de alfabetización de la población, se toma en cuenta a todos los habitantes mayores de 7 años de edad.

Esta misma estadística nos revela que la población del municipio es mayoritariamente joven, ya que las personas de 0 a 15 años suman un total de 23,598 habitantes (43% del total de la población); en tanto que la población mayor de 15 años es de 31,288 habitantes (57%).²²

²⁰ Memoria de Estadísticas vitales y vigilancia epidemiológica 2010, Municipio de San Juan Ostuncalco. Departamento de Epidemiología, Memoria de labores 2010, Dirección de Área de Salud. Quetzaltenango. Guatemala. P.1.

²¹ *Ibíd.*

e. Situación de Salud

Para la atención de esta población San Juan Ostuncalco cuenta con una variada red de servicios y prestadores de salud, entre los que destacan el número de comadronas adiestradas, las que por idiosincrasia de la población aparte de ser líderes comunitarias, son quienes generalmente tiene el primer contacto con las personas que sufren alguna afección en salud.

Tabla No.5.

Prestadores de servicios de salud.

Servicios y prestadores de salud	Total
No. de municipios conforman su área de salud	1
No. de Centros de salud	1
Total de comunidades de su área de salud	34
No. de Puestos de salud	15
No. de comunidades con vigilantes de la salud	14
No. de vigilantes de la salud	73
No. de comadronas adiestradas (CAT)	116
No. de médicos ambulatorios ²³	1

Fuente: Departamento de epidemiología, Área de Salud. Quetzaltenango²⁴.

Las enfermedades respiratorias y diarreicas constituyen las primeras causas de morbi mortalidad infantil a nivel nacional, hecho que no es la excepción en San Juan Ostuncalco, en donde se reporta como 5 primeras causas de morbilidad infantil las siguientes:

²² *Ibídem.*

²³ Memoria de Estadísticas vitales y vigilancia epidemiológica 2010, Municipio de San Juan Ostuncalco. Departamento de Epidemiología, Memoria de labores 2010, Dirección de Área de Salud. Quetzaltenango. Guatemala. P.1.

²⁴ *Ibídem.*

Tabla No.6.

Morbi mortalidad infantil.

No.	Cinco primeras causas de morbilidad Infantil	Número de Casos
1	Resfriado común	1,404
2	Diarreas	428
3	Amigdalitis aguda	340
4	Neumonías	208
5	Parasitismo intestinal	160

Fuente: Departamento de epidemiología, Área de Salud. Quetzaltenango²⁵.

Pese a que no se registra entre las primeras causas de morbilidad infantil, en el 2010 se reportaron en San Juan Ostuncalco, 127 casos de desnutrición (88 niñas y 39 niños menores de 5 años)²⁶.

Entre las patologías que originan mortalidad infantil resalta la cantidad de niños fallecidos por problemas respiratorios, lo que constituye la primera causa de mortalidad en este grupo de la población.

Tabla No.7.

Causas de mortalidad infantil.

No.	Cinco primeras causas de mortalidad en menores de 5 años	No. Muertes
1	Neumonía y bronconeumonía	13
2	Septicemia no especificada, choque séptico	10
3	Fiebre recurrente no especificada	3
4	Enfermedad cardiaca no específica	2
5	Encefalopatía no especificada	2

Fuente: Departamento de epidemiología, Área de Salud. Quetzaltenango²⁷.

²⁵ *Ibíd*em, p.4.

²⁶ *Ibíd*em, p.4.

Es justamente en San Juan Ostuncalco, en donde se ubica el Centro Educativo en Salud, que es parte del Programa de Salud de FUNDAP.

1.1.3. Programa de salud

Es el programa a través del cual se apoya la atención en el área de salud básica, principalmente a la mujer y a los niños de nuestro país, dando atención en las siguientes áreas:

- ✓ La educación en salud y
- ✓ Atención básica en salud primaria.

Las bases de su accionar se describen en su visión, misión y objetivo.

a. Visión

“Educar a la población en salud preventiva y brindar servicios de salud, accesibles a los sectores de menos ingresos”²⁸.

b. Misión

“Somos un programa de desarrollo de FUNDAP, dedicado al diseño, validación y ejecución de proyectos o programas de salud orientados a:

1. La generación de capacidades en la población para la prevención de las enfermedades, a través de: la formación de personal cualificado para atención básica en salud y
2. Atención médica primaria, haciendo énfasis en ambos puntos en la salud materno infantil y fomentando la educación en nutrición familiar, respetando el derecho a la vida y la dignidad humana, enfocando los esfuerzos de trabajo a los sectores de

²⁷ Ibídem, p.7.

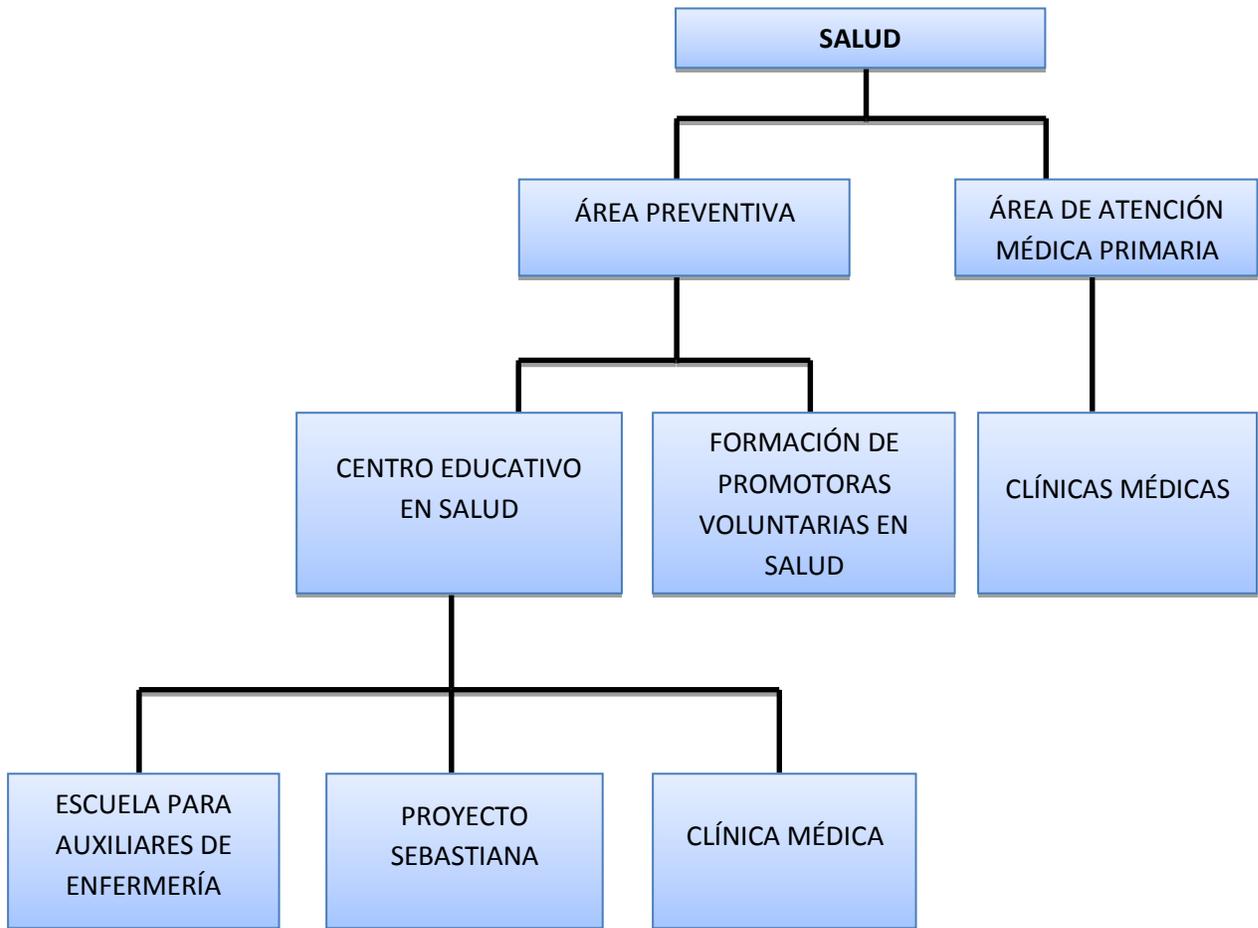
²⁸ FUNDAP. Descripción Programa Salud. Documento elaborado por el Instituto Alianza contra la Pobreza. Quetzaltenango, Guatemala. 2009. P.2.

menos ingresos, especialmente en las poblaciones rurales y peri urbanas del Sur Occidente del de Guatemala²⁹.

c. Objetivo

“Promover la mejora de las condiciones de salud y nutrición, así como el acceso a los servicios de salud de la población atendida³⁰”.

Estos principios se concretan a través de los diferentes proyectos con que cuenta el programa de salud, los cuales se mencionan a continuación en el siguiente organigrama.



Fuente: elaboración propia.

²⁹ *Ibíd.*

³⁰ *Ibíd.*

1.1.3.1. Centro Educativo en Salud

Este es un conjunto de proyectos del programa de salud, está conformado por:

- a. *Escuela para Auxiliares de Enfermería:* que dedica a la preparación de jóvenes, en su mayoría del área rural, de los diferentes departamentos del Sur Occidente de Guatemala. Luego de un 1 año de formación en el área teórico-práctica, son evaluados y acreditados por el Ministerio de Salud como Auxiliares de Enfermería, lo que les permite desempeñarse tanto en la red de salud estatal como privada.
- b. *Clínica Médica:* en esta se atiende consulta médica familiar, tanto a usuarios como no usuarios de FUNDAP, así como a los estudiantes de enfermería. Colabora activamente con la docencia de la Escuela para Auxiliares de Enfermería; tiene a su cargo el reforzamiento del plan de formación, al equipo de enfermeras facilitadoras de grupos de voluntarias en salud. En la clínica, se desarrolla el Proyecto María, que está encaminado al control pre natal de mujeres que presenten algún grado de desnutrición durante el proceso de gestación.
- c. *Proyecto Sebastiana:* este proyecto surgió como la mayoría de los proyectos que desarrolla FUNDAP, como un medio, un remedio y una alternativa para los problemas potenciales de la población con menos ingresos, del área geográfica atendida por FUNDAP; se enfoca en niños con problemas de desnutrición. Debe su nombre a una niña de 12 años que falleció en Quetzaltenango por problemas de desnutrición. Su finalidad es mejorar la condición nutricional de niños comprendidos entre los 6 meses a 5 años, del área mam de San Juan Ostuncalco, que presenten problemas de desnutrición.

El desarrollo del proyecto comprende varias actividades como:

- Captación de los niños: las madres acuden con sus niños a la clínica en busca de diagnóstico nutricional y ayuda para los mismos.
- Diagnóstico nutricional: el diagnóstico nutricional de los niños se realiza a través de la evaluación de medidas antropométricas de los niños de 6 meses a 4 años con 6 meses. Para esto se realiza control de peso y talla, y se determina la edad real del niño. Luego, con estos datos se realiza a cada niño

su diagnóstico nutricional con base en adecuaciones por medio de tablas validadas por la Organización Mundial de la Salud, las que proporcionan orientan sobre si hay o no, desnutrición en base a talla/peso; talla/edad y peso/edad. Estos datos son graficados para cada grupo de edad, por sexo y según el parámetro evaluado en gráficas específicas, también avaladas por la OMS.

- Desarrollo del proyecto: estamos convencidos que la educación es uno de los pilares principales a trabajar, por lo que se toma a las madres de familia como actores principales para lograr mejoras en la nutrición e higiene de la familia.

De esta forma, cada mes, las madres de los niños insertos en el proyecto reciben una charla, como parte del proceso de sensibilización, la cual que no tarda más de 30 ó 45 minutos. En dicha plática, se explican aspectos básicos de nutrición e higiene familiar y se aprovecha para el intercambio de experiencias, relacionadas con el tema expuesto, por parte de las madres de familia.

Luego de esto las madres de los niños del proyecto, pasan a un taller en donde se realiza la preparación y degustación de una receta nutricional económica, preparada con productos de la región, que sean de fácil adquisición y que ellas acostumbren comer, únicamente que se diversifica su preparación, y se enriquece la receta con Incaparina o Protemás.

Simultáneamente a la preparación de la receta, se procede a pesar, medir y realizar chequeo médico a cada uno de los niños, para determinar su evolución, misma que es registrada en la ficha médica que se tiene en el archivo de la clínica. En este momento, se da un corto plan educacional personalizado a cada madre de familia.

Como último paso en cada sesión, se hace entrega, a cada madre de familia, de 4 libras de Incaparina y un frasco de multivitaminas, por niño. Por lo menos a cada 3 o 6 meses se desparasita a los niños, con un medicamento efectivo, a dosis cómodas (cada 12 horas) y por corto tiempo (3 días).

Visitas domiciliarias: sin embargo, las acciones no se limitan al trabajo en el Centro Educativo, ya que cada uno de los estudiantes de la Escuela para Auxiliares de Enfermería de FUNDAP, apadrina a un niño con problemas de desnutrición, y entre sus responsabilidades está la de realizar, por lo menos, una visita domiciliaria a su

ahijado cada mes, así como de reforzar el plan de educativo impartido anteriormente en la clínica, con la variante que es de forma personalizada a cada una de las madres de los niños insertos en el proyecto; así también los alumnos que apadrinan, deben evaluar y reportar cambios o situaciones especiales en la familia o en los niños. El reporte debe ser entregado a la responsable del proyecto, a través de una ficha de visita domiciliaria.

Como cualquier proyecto, el Proyecto Sebastiana cuenta con fortalezas y debilidades, entre las que podemos mencionar:

- a. *Fortalezas:* como fortaleza del proyecto se puede mencionar, que luego de 2 años de funcionamiento, es conocido en el municipio como una alternativa de ayuda para mejorar el estado nutricional de los niños.
 - El hecho de que las madres de los niños pequeños tomen conciencia de la importancia de la condición nutricional de sus hijos, y que sean ellas mismas quienes se aboquen al proyecto Sebastiana, para verificar si su niño se encuentra bien o no en cuanto a nutrición se refiere.
 - También se considera como fortaleza, el hecho de que, además de la entrega del producto, se den recetas nutricionales, y charlas de sensibilización e información a las madres de los niños.
 - El seguimiento de los niños a través de las visitas domiciliarias.
- b. *Debilidades:* pese a que se dispone de una cuenta con fondos propios para el desarrollo del proyecto, este fondo económico es bajo en relación a la demanda de niños con este problema nutricional, lo cual implica tratar primero a los que se encuentran en condición más crítica, proporcionándoles suministros nutricionales, en tanto que los que presentan un grado de desnutrición leve son tratados con educación en salud a nivel domiciliario.
 - Que únicamente se desparasita al niño inserto en el proyecto; sin embargo, con el núcleo familiar, que sin duda está afectado por el mismo problema, la única acción que se realiza es el plan educativo; con lo que se corre el riesgo de una reinfección por el mismo parásito en poco tiempo.

- Que a pesar de las charlas de información en salud y nutrición, el estado nutricional de algunos niños no mejora de forma satisfactoria, luego de algunos meses de tratamiento.
- Que se corre el riesgo de fomentar el paternalismo, continuando con la perpetuidad de la pobreza, por falta de motivación para la búsqueda de su propio desarrollo.

1.1.4. *Situación actual de Proyecto*

Como se explicó anteriormente, debido a que este año el proyecto se está desarrollando con fondos propios, los cuales son limitados, únicamente se está apoyando a 26 niños, todos de origen mam, de los cuales 19 son niñas y 7 son niños. Están comprendidos entre las edades de 6 meses a 4 años y medio de vida, procedentes del área rural o peri urbana de San Juan Ostuncalco.

Otro dato característico de los niños incluidos actualmente en el proyecto, es que la mayoría son producto de tercera gesta, o más; y que un 99% de ellos, son producto de parto Eutócico simple domiciliar, atendido por comadrona.

Este año (2011), durante el mes de enero, se evaluó un total del 47 niños, los que fueron llevados por sus madres al Centro Educativo en Salud, para que se les realizará diagnóstico de su estado nutricional; luego de determinar su estado nutricional fueron o no incluidos en el proyecto. Desde el mes de febrero, se dio inicio al plan de formación, dirigido a las madres de los niños, abordando aspectos tanto de nutrición, higiene y salud familiar, así como de autoestima y buenas relaciones familiares, entre otros. Se realizó un taller de preparación de recetas con productos locales de fácil aceptación y adquisición, dichas recetas han sido enriquecidas con Incaparina y Protemas; esto, con el propósito de que ellas las preparen en su casa para toda la familia y, que como consecuencia la condición nutricional de toda la familia, mejore. Por otra parte, también se les dota de 4 libras de Incaparina y un frasco de Myneravit, cada mes. También se realizan desparasitaciones cada trimestre, utilizando Mebendamin. Todo esto acompañado de atención médica permanente y gratuita para los niños atendidos por el proyecto.

Vale la pena mencionar que, al inicio del proyecto en 2011, se le realizó, a cada niño, una toma de hematocrito con el propósito de determinar el grado de anemia, y que 9 de ellos presentaban un hematocrito menor de 36ml/100ml, valor normal en niños de 6 meses a 5 años, lo que indica que un 41% de los niños presenta anemia no especificada.

1.1.4.1. *Perfil de las madres de los niños del Proyecto Sebastiana*

Según los datos obtenidos en una encuesta realizada a las madres de los niños del proyecto Sebastiana al inicio del mismo en el año 2011 (ver anexo No. I), se puede decir que las condiciones socio familiares de estas mujeres es la siguiente; son mujeres, en su mayoría indígenas del área mam, que hablan y entienden tanto el mam como el español; de las 24 madres atendidas actualmente, un 80% son jóvenes no mayores de 35 años, con más de 3 niños, entre los cuales hay un intervalo intergenesico no mayor de 2 años. Son mujeres con baja o ninguna escolaridad, 6 de ellas analfabetas, en su mayoría no trabajan fuera de casa, excepto en labores agrarias de sus propias tierras, por lo que no tienen ninguna fuente de ingresos económicos propios; viven en el área rural o sub urbana del municipio. Son esposas de campesinos jornaleros. El 96% tiene casa propia, aunque la mayoría carece de servicios básicos mínimos; un 52% tiene agua entubada; el restante 48% la adquieren de pozo y cuenta con letrina; y un 72% de las viviendas estudiadas, no posee drenaje entubado³¹.

1.1.4.2. *Idiosincrasia de la mujer mam con respecto a la nutrición infantil*

Con el propósito de determinar las creencias y costumbres de la mujer mam en la nutrición infantil, y ligar éstas a la falta de desarrollo de los niños, se pasó una encuesta a las madres de los niños atendidos en el proyecto, con el fin de evaluar el grado de conocimientos en aspectos de lactancia y nutrición complementaria, siendo sobresalientes los siguientes resultados:

a. Aspectos sobre la lactancia (Crianza).

A la pregunta directa ¿A las cuántas horas de nacido le empieza a dar pecho a su hijo? El 100% de las mujeres respondió que en las primeras dos horas de vida, hecho que va de acuerdo a lo que promueven los programas de salud materno infantil. En cuanto al tiempo que los niños reciben lactancia, las madres respondieron de la siguiente forma:

³¹ FUNDAP. I Encuesta realizada a las madres de los niños del Proyecto Sebastiana, en el año 2011. Llevada a cabo por el personal del Centro Educativo en Salud. San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango, Guatemala. Febrero. 2011.

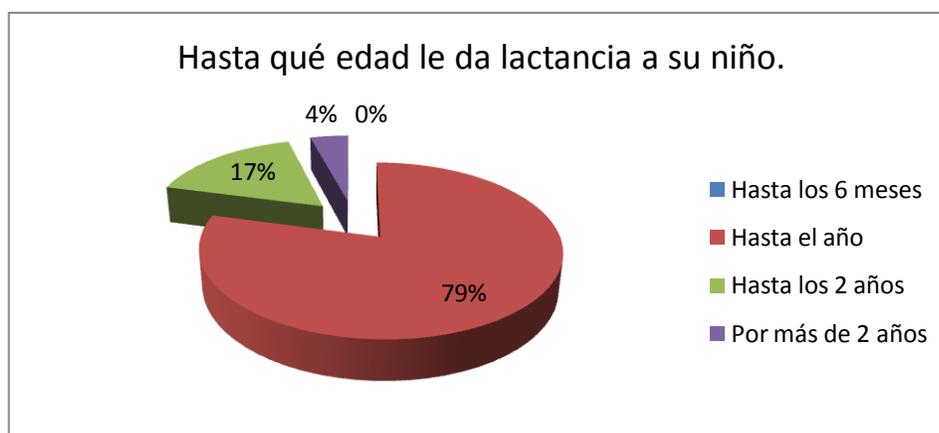
Tabla No.8.

¿Hasta qué edad le da lactancia a su niño?

Tiempo de lactancia	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Hasta los 6 meses	0	0.00%
Hasta el año	19	79.16%
Hasta los 2 años	4	16.66%
Por más de 2 años	1	4.16%
Total	24	100.00%

Fuente: elaboración propia basada en datos de la II encuesta realizada a las madres de los niños del proyecto Sebastiana, ver anexo No.2.

Gráfica No.1



Sin embargo, la razón por la que las madres dejan de dar lactancia a sus hijos a diferentes edades es básicamente por un nuevo embarazo, estas fueron las respuestas más frecuentes que dieron las madres a esta pregunta abierta:

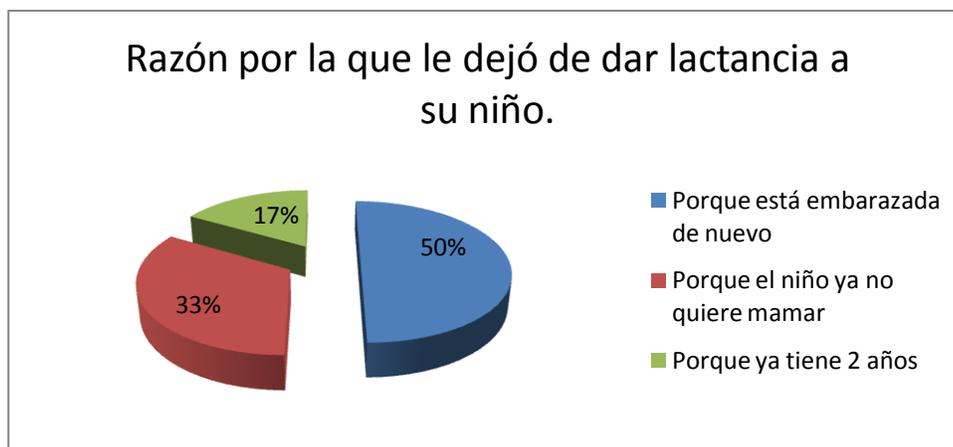
Tabla No. 9.

Razón por la que dejó de dar lactancia a su hijo

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Porque está embarazada de nuevo	12	50%
Porque el niño ya no quiere mamar	8	33.33%
Porque ya tiene 2 años	4	16.66%
Total	24	100%

Fuente: elaboración propia basada en datos de la II encuesta realizada a las madres de los niños del proyecto Sebastiana. (Ver anexo No.2).

Gráfica No.2



También se preguntó a las 24 madres de los niños desnutridos apoyados por el proyecto, si cuando los niños estaban enfermos, tanto de problemas respiratorios y/o diarreicos, les continúan dando lactancia. Las respuestas de las mujeres fueron las siguientes:

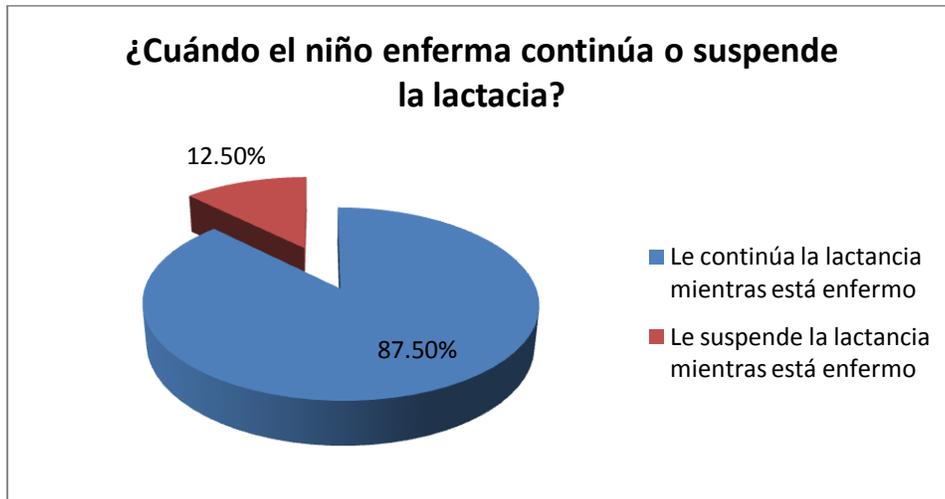
Tabla No.10.

¿Cuándo su niño está enfermo de diarrea y/o catarro, usted continua o suspende la lactancia?

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Le continúa la lactancia mientras está enfermo	21	87.5%
Le suspende la lactancia mientras está enfermo	3	12.5%
Total	24	100.0%

Fuente: elaboración propia basada en datos de la II encuesta realizada a las madres de los niños del proyecto Sebastiana, ver anexo No.2.

Gráfica No.3



Esto indica que las madres de los niños manejan muy bien los aspectos que se consideran adecuados para la buena salud infantil; ya que las estrategias de salud indican que mientras los lactantes sufren algún problema de salud, lo más recomendable es continuar con la lactancia materna cuando el niño aun lacta, para evitar que entre en un estado de deshidratación.

Dato importante: se puede resaltar que si los lactantes presentan problemas de desnutrición, no es por malas prácticas alimenticias de las madres a esta edad del niño; sino secundaria a la mala condición nutricional de la madre, así como a la mala alimentación de la madre que está lactando.

b. Aspectos sobre la Alimentación Complementaria³².

Luego de notar que los aspectos de lactancia materna son bien manejados por las madres de los niños insertos en el proyecto, se investigó sobre las costumbres en relación a los aspectos de la alimentación complementaria de estos niños.

Primeramente se investigó sobre la edad en la que se inicia la alimentación complementaria, los alimentos que con más frecuencia se les proporciona a los niños en este periodo, las cantidades y los tiempos de comida ofrecidos; y si se incluyen o no, productos de origen animal en la dieta de los niños en esta etapa.

Se les preguntó a las madres de los niños insertos en el proyecto, ¿a qué edad le inicia a dar de comer a sus niños?

Tabla No.11.

Edad en que se inicia la comida solida a los niños

Edad de inicio	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Antes de los 6 meses	11	45.83%
Entre los 6 a los 8 meses	12	50.00%
Al año de edad.	1	4.16%
Total	24	100.00%

Fuente: elaboración propia basada en datos de la II encuesta realizada a las madres de los niños del proyecto Sebastiana. Ver anexo No.2.

³² Alimentación complementaria: se llama así a la inclusión de nuevos alimentos que complementan la lactancia materna, no la sustituyen. Cubre el periodo de los 6 a los 24 meses de edad del niño.

Gráfica No. 4



Pese a que los hábitos de las madres en el periodo de lactancia son aceptables, se puede notar que esto cambia en el periodo de la alimentación complementaria, ya que no es recomendable la introducción de alimentos sólidos en la dieta de un niño menor de 6 meses; sin embargo, según el estudio, casi la mitad de los niños recibieron su primer alimento sólido, antes de esta edad.

Al preguntarles a las madres de los niños en que consistió el primer alimento que les da a sus niños, las respuestas fueron variadas: desde tamal con aceite, sopa y atoles. Las respuestas fueron las siguientes: (es importante aclarar que a cada madre se le pidió que mencionara al menos dos alimentos).

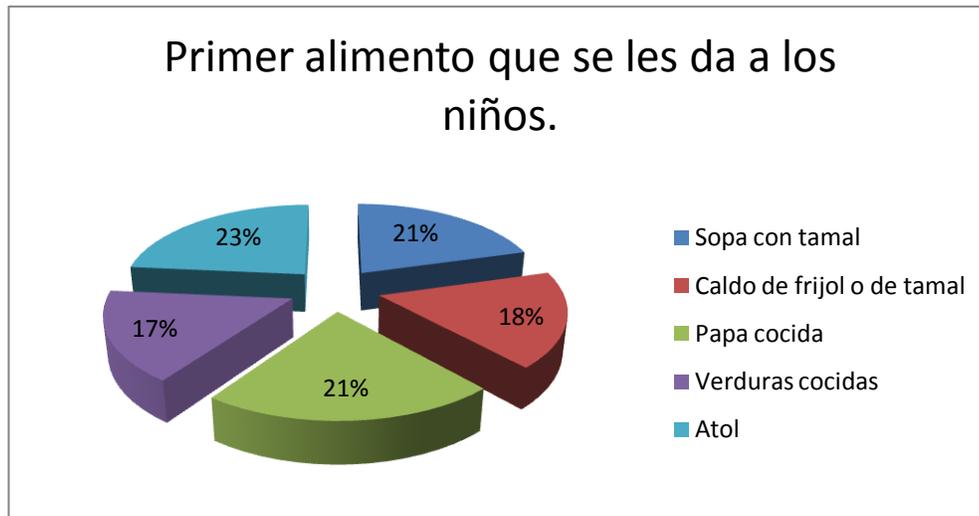
Tabla No. 12.

¿Cuál es el primer alimento que le incia a dar a sus niños?

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Sopa con tamal	21	21%
Caldo de frijol o de tamal	18	18%
Papa cocida	22	21%
Verduras cocidas	17	17%
Atol	24	23%
Total	102	100%

Fuente: elaboración propia basada en datos de la II encuesta realizada a las madres de los niños del proyecto Sebastiana, ver anexo No.2.

Gráfica No. 5



Según se puede observar, los alimentos líquidos son los primeros que se les ofrecen a los niños, ya que un 23% de las entrevistadas contestó que lo primero que se da al niño es atol; seguido por un 39% de madres que le inician con sopa, en cualquiera de sus variedades. En cuanto a la cantidad de comidas que se le administra a los niños, todas las madres coinciden en que la porción administrada debe ser pequeña; sin embargo, sí hay discrepancia en cuanto al número de veces que hay que darle de comer a los niños menores de 1 año. Un 45% de las madres entrevistadas considera que lo mejor es ofrecerles a los niños menores de 1 año, un solo tiempo de comida. En tanto que un 20% considera que hay que darles más de 4 tiempos de comida durante el día.

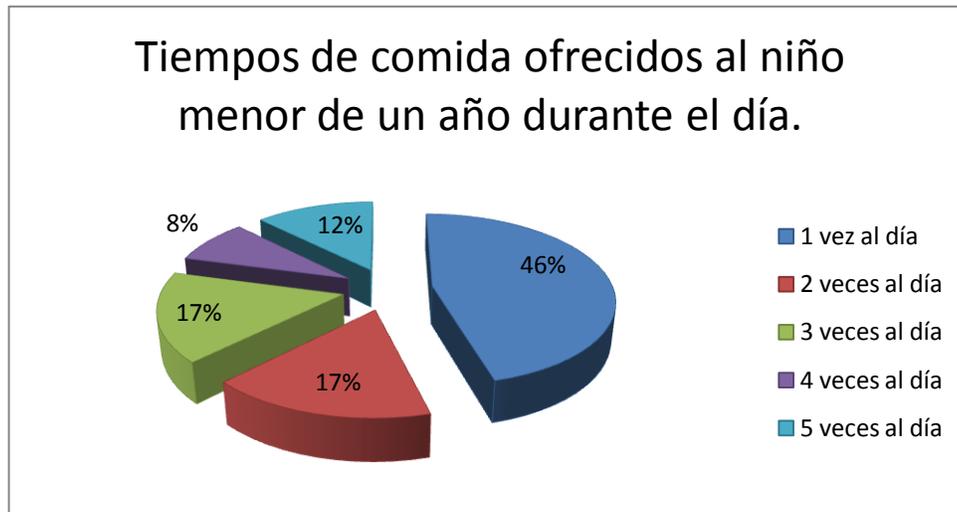
Tabla No.13.

¿Cuántas comidas le da a su niño menor de 1 año durante el día?

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
1 vez al día	11	45.83%
2 veces al día	4	16.67%
3 veces al día	4	16.67%
4 veces al día	2	8.33%
5 veces al día	3	12.5%
Total	24	100%

Fuente: elaboración propia basada en datos de la II encuesta realizada a las madres de los niños del proyecto Sebastiana. Ver anexo No.2.

Gráfica No. 6



Pese a que los productos de origen animal son parte importante de la adecuada nutrición, se ha observado que no son de frecuente consumo en las personas de la etnia mam; por lo que se les preguntó, a las madres de los niños, sobre la inclusión de los mismos en la dieta de los menores de 1 año.

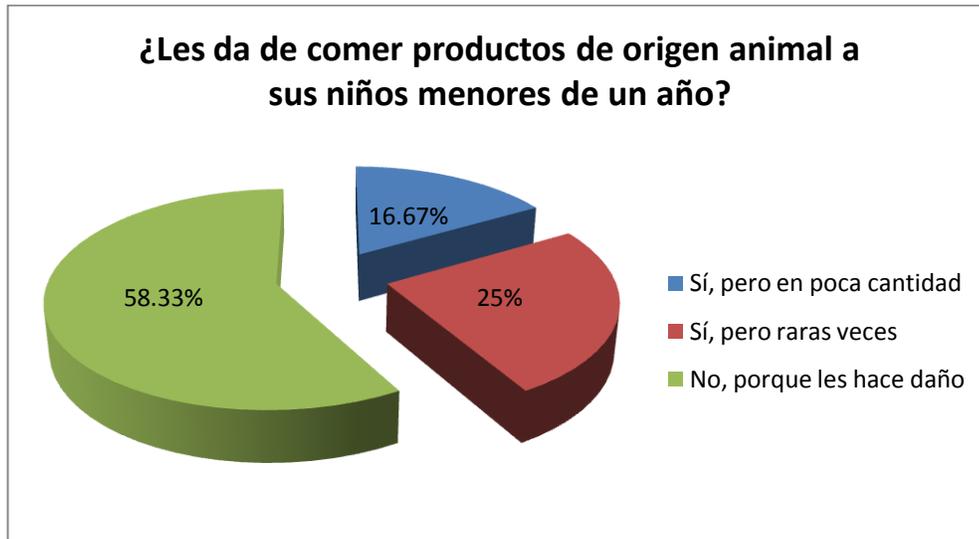
Tabla No. 14.

¿Les da de comer a sus niños carne de res, de pollo o huevos?

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Sí, pero en poca cantidad	4	16.67%
Sí, pero raras veces	6	25.00%
No, porque les hace daño	14	58.33%
Total	24	100.00%

Fuente: elaboración propia basada en datos de la II encuesta realizada a las madres de los niños del proyecto Sebastiana. Ver anexo No.2.

Gráfica No. 7.



Un 58% de las madres considera que no es adecuado administrar a los niños menores de 1 año, alimentos de origen animal, porque les hace daño, hecho contrario a lo que se considera en las reglas de la adecuada nutrición infantil.

Datos importantes: La falta de orientación con que se inicia la alimentación complementaria podría ser una de las causas del problema de desnutrición en los niños tratados en el proyecto; ya que está comprobado que si a los niños menores de 6 meses de edad, se les ofrece de forma temprana la alimentación complementaria, sufren con más frecuencia, y a edades más tempranas, problemas como infecciones gastrointestinales a repetición, así como intolerancia a ciertos alimentos, lo cual puede contribuir grandemente para que el niño se encuentre con problemas de desnutrición.

Otra dato curioso es el hecho de que un gran porcentaje de las madres, les ofrecen como primer alimento a sus niños menores de 1 año, alimentos líquidos, lo que ocasiona que el estómago del niño se llene de contenido de poco valor nutricional; esta situación, también puede llevar al niño a déficit nutricional.

También llama la atención que un buen porcentaje de las madres (58%) de los niños consideren que el consumo de productos de origen animal son dañinos para los niños menores de 1 año.

1.2. Contexto personal

Como médica y Cirujana, con cierta experiencia en el área de salud comunitaria, fui contratada por FUNDAP hace 10 años, para proporcionar, en la clínica, atención directa a los pacientes; sin embargo, poco a poco las funciones se han diversificado, ya que actualmente colaboro activamente, tanto en la docencia como en las actividades extra aula de la Escuela para Auxiliares de Enfermería de FUNDAP. Es mi responsabilidad directa el desarrollo del Proyecto Sebastiana en San Juan Ostuncalco. En el año 2010, estuvo a mi cargo el programa de actualización para las facilitadoras de grupos de voluntarias en salud comunitaria de FUNDAP. El 2011, el Programa de Actualización a ex alumnos de la Escuela, así como al personal Auxiliar de Enfermería en labores, tomó la modalidad de Diplomados, actividad que desarrollo en conjunto con la directora de la escuela. Se trabaja impartiendo charlas sobre temas de salud a grupos de colaboradores de FUNDAP y a grupos de escolares; también se pone especial atención en sensibilizar a las madres de familia de la comunidad. Otro aspecto que abarca este desempeño laboral, consiste en la realización de jornadas médicas en coordinación con otros programas de FUNDAP.

1.3. Situación problema

La desnutrición es un flagelo que afecta, actualmente, a una gran población infantil de Guatemala. Quetzaltenango, pese a ser un departamento rico en recursos naturales, no está exento de este problema social de salud. Entre los municipios de Quetzaltenango que se han priorizado como de más alto riesgo en relación a problemas de desnutrición, se encuentra San Juan Ostuncalco.

FUNDAP, consciente de que esta situación abarca grandes dimensiones, y que su solución requiere grandes acciones, desde hace tres años ha iniciado actividades destinadas a coadyuvar a la solvencia de este problema, a través del Proyecto Sebastiana, el que tiene como propósito colaborar en la disminución de la morbi mortalidad infantil por causa de la desnutrición.

Debido a que según los especialistas en nutrición, los problemas de desnutrición deben atenderse antes que el niño cumpla 3 años, para evitar problemas de lesión en diferentes órganos e incluso que la disminución de la capacidad intelectual del niño quedaran lesionados de forma permanente, el Proyecto Sebastiana atiende a niños de 6 meses a 5

años; todos originarios del área mam y que además comparten el hecho de presentar desnutrición en alguno de sus grados.

Confiamos y entendemos que los niños, al mejorar su estado nutricional, se convertirán en escolares con buen rendimiento, buen desarrollo físico y padecerán menos enfermedades, lo cual les motivara a continuar estudiando, disminuir el índice de deserción escolar, y tener un grado mayor de escolaridad; serán hombres y mujeres más productivos y esto, al final redundará en el bien de la sociedad.

Este proyecto ha atendido, durante 3 años, a 293 niños con problemas de desnutrición comprendidos entre las edades de 6 meses a 5 años.

1.3.1. Cronología del Proyecto Sebastiana.

El proyecto se inició en el mes de junio del año 2008, durante el cual se atendieron 65 niños, de los cuales 26 eran niños y 39 niñas; en el mes de diciembre de ese mismo año, 52 niños habían mejorado su estado nutricional, en tanto que 13 aún persistían con el problema³³. Cada niño es medido, en relación al peso y talla cada mes, además reciben atención médica; luego a cada niño se le proporcionan 4 libras de Incaparina y 1 frasco de Myneravit. A cada 3 meses el niño es desparasitado con Mebendamin (Mebendazol); todo esto sin costo para la madre del niño.

Durante el año 2009 entre los meses de febrero a junio, se atendieron 26 niños y 29 niñas, 34 de los cuales mejoraron su estado nutricional, en tanto que 11 aún persistían con el problema. Posteriormente, de julio a diciembre del mismo año, otros 19 niños (12 mujeres y 7 varones), también mejoraron en el mismo aspecto; esto nos da un total de 74 niños atendidos en el 2009³⁴.

Durante estos dos años el proyecto se desarrolló con fondos propios de FUNDAP, realizando las mismas actividades cada año. Además se involucró, de forma directa en el proyecto, a los estudiantes de la Escuela para Auxiliares de Enfermería, quienes se designaron como padrinos de los niños desnutridos que fueron atendidos. El propósito de este apadrinamiento es que los jóvenes se comprometan con este problema de salud infantil que tiene repercusiones a nivel socioeconómico de todo el país. Los jóvenes estudiantes

³³ FUNDAP. Archivo de expedientes proyecto Sebastiana. San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango. 2008.

³⁴ FUNDAP. Archivo de expedientes proyecto Sebastiana. San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango. 2009.

tienen la responsabilidad de hacer una visita domiciliar cada mes, a sus ahijados, y reforzar el plan educativo, así como determinar posibles problemas de salud en los niños.

En el año 2010, el proyecto dio un giro, ya que a través de la donación de fondos por parte de la Fundación Ana Bacardi Regojo, de España, se amplió la atención al número de niños; apoyando, durante los meses de febrero a diciembre, un total de 154 niños (52 varones y 102 niñas)³⁵. Además se trabajaron 2 comunidades: San Juan Ostuncalco y San Martín Sacatepéquez, ambos municipios de Quetzaltenango. Debido a la gran cantidad de niños atendidos, se cambió el multivitamínico usado en los años anteriores por Medox ABC, así también se incluyó la donación de Chispas³⁶; mismas que no fueron de fácilmente aceptada, por parte de los niños, y que además les causaba efectos gastrointestinales mínimos y transitorios, por lo que las madres optaban por suspender el tratamiento con este suplemento; hecho que motivo a no volver a incluirlo en el aporte proporcionado a cada niño este año.

Tabla No. 15.

Total de niños atendidos en el proyecto Sebastiana.

Sexo	Total de niños atendidos		
	2008	2009	2010
Femenino	39	41	102
Masculino	26	33	52
TOTAL	65	74	154

Fuente: elaboración propia³⁷.

1.3.2. Casos

- **Caso N° 1.**

El caso de José Gregorio, es un caso excepcional; este niño fue captado hace 3 años cuando se inició el Proyecto, en ese entonces Gregorio tenía casi 3 años, y pesaba 16 libras,

³⁵ FUNDAP. Archivo de expedientes proyecto Sebastiana. San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango. 2010.

³⁶ Chispas nutricionales, es un suplemento nutricional a base de hierro que se utiliza en grandes desastres para mejorar el estado nutricional de poblaciones en riesgo; viene en sobre, individuales para uso diario, y es de agradable sabor.

³⁷ FUNDAP. Archivos proyecto Sebastiana"., San Juan Ostuncalco. 2008,2009 y 2010. Quetzaltendngo,2010.

cayendo dentro del rango de desnutrición crónica, según los parámetros de las tablas de la OMS, por lo que se le sugirió a la madre que lo trasladara al Hospital Regional de Occidente, para su manejo por parte del departamento de Nutrición de ese centro asistencial. Sin embargo, la madre se negó al traslado del niño, debido a que tenía 2 niños mayores que Gregorio, por cierto también desnutridos pero que no fueron apoyados por el proyecto debido a que eran mayores de 5 años; también tenía que atender a un lactante y a su esposo. La madre en cuestión se rehusó a proporcionarle mejor atención a su hijo, indicando que “ella veía a su niño sano, y que quizá sería pequeño siempre; y si no, que Dios decidiera”. Ante esta actitud de indiferencia e ignorancia por parte de la madre del niño, se optó por atenderlo de forma ambulatoria, tomando el riesgo que esto conlleva.

No obstante, luego de 2 años de tratamiento, Gregorio no mejoraba su peso de forma satisfactoria, por lo que se consultó, por la vía privada, con una Nutrióloga, quien luego de evaluarlo confirmó lo que la madre había dicho al principio: “que Gregorio sería pequeño y delgado toda su vida”, esto, por encontrarse en estado de desnutrición crónica, y que debido a la edad del niño ya no era posible recuperar del todo el peso y la talla perdidos con anterioridad; sin embargo, indicó la nutrióloga, que el aporte vitamínico proporcionado al niño actualmente, era importante para fortalecer su sistema inmunológico y así evitar que sufriera infecciones a repetición, que por su estado nutricional podrían ser graves.

Actualmente, Gregorio cumplió 5 años, su peso es de 25 libras, con una talla de 98 centímetros, lo que según las tablas de la OMS es equivalente al margen de Desnutrición Crónica. Por este año (2011), Gregorio continuará con su aporte de vitaminas; su futuro es aún incierto debido a que no ha asistido aún a la escuela para evaluar su desempeño en la misma.

Es importante mencionar que Alejandro, el hermano pequeño de Gregorio, no presentó desnutrición, hecho que podría atribuirse a que la madre, en el periodo del destete, ya participaba en el plan de charlas impartido por el proyecto.

- **Caso N° 2.**

Danely Marisol y Bryan Daniel, son 2 hermanos gemelos que acudieron a la clínica cuando tenían 6 meses de edad, por presentar bajo peso en relación a su edad. En ese entonces Danely pesaba 9 libras y Bryan 11; es importante mencionar que Danely es una niña con Síndrome de Down. Los 2 niños fueron apoyados de la misma forma, con vitaminas y

proteínas cada mes. Sin embargo, Danely no aumenta de peso de forma satisfactoria, en tanto que Bryan si ha mejorado su estado nutricional, incluso superando su desnutrición. Actualmente tienen 1 año con 8 meses; Bryan pesa 24 libras, en tanto que Danely no logra superar desde hace más de 8 meses las 15 libras. Esta diferencia hace pensar que podría tener un síndrome de mala absorción sobre agregado; se le ha sugerido a la madre que la lleve a la consulta de Pediatría del Hospital Regional para una evaluación por parte de los especialistas; sin embargo, la madre no lo ha podido hacer debido a que trabaja en el horario en que se realiza la consulta externa del hospital.

- **Caso N° 3**

María Nicolasa, es una niña de 5 años con 3 meses; está siendo atendida por el proyecto desde que tenía 4 años. Ella presenta una desnutrición crónica severa, la que no lográbamos determinar; pues a pesar del tratamiento, la niña no mejoraba su estado nutricional. En una de las evaluaciones, la madre, que al principio se comportaba muy tímida, nos indicó que la niña había sido intervenida 2 años atrás por pólipos intestinales y, que hacía algunos meses, había empezado, de nuevo, a defecar con sangre, y que se quejaba de dolor de estómago; por esta razón se le refirió al Hospital Regional de Occidente, donde luego de evaluarla determinaron que la niña necesitaba una nueva colposcopia diagnóstica; sin embargo, está pendiente la fecha de realización de la misma. Actualmente, pese a que la niña ya tiene más de 5 años, su peso es de 25 libras y se continúa administrándole un soporte vitamínico, pensando en prepararla para un nuevo proceso quirúrgico.

1.3.3. *Datos Estadísticos del Problema*

“Guatemala ocupa el primer lugar en América Latina y el cuarto lugar a nivel mundial, en prevalencia de desnutrición crónica infantil, el cual es determinado según el déficit de talla para edad. La encuesta nacional de Salud Materno Infantil 2002, así como el Tercer censo de talla de escolares 2008, evidencia que la desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años alcanza, en promedio, el 49,3%; y en los niños y niñas de 6 a 9 años alcanza un promedio de 45.6%”.³⁸

³⁸ Alianza por tus derechos. “*Capacitan a docentes para detectar desnutrición infantil*”. [en línea]. Boletín Electrónico. [Fecha de consulta 30 agosto 2011. 20:00 horas.] Guatemala, abril 2010. Agencia Infancia Hoy. Disponible en: <http://www.alianzaportusderechos.org/boletin/leer.php/9205>.

Por su parte, “la UNICEF confirma que el nivel total de desnutrición en niños menores de 5 años es de 49.3%, o sea que 2 de cada 4 niños sufren desnutrición, distribuida de la siguiente forma: en el área urbana se reporta un 36.5% y en el área rural 55.5%. El grupo indígena presenta los niveles más altos de desnutrición en niños, equivalente al 69.5%; en tanto que en el grupo ladino, este porcentaje es casi la mitad que en los indígenas, es decir, un 35.7%”.³⁹

El año 2009, durante los meses de febrero a junio, el Proyecto Sebastiana atendió a 45 niños, de los cuales 8 eran de seguimiento del año anterior. Esto significa que, pese a que fueron atendidos en el año 2008 por problemas de desnutrición, no lograron superar satisfactoriamente el problema.

En los niños monitoreados entre los meses de febrero a junio, del año 2009, se observó el siguiente comportamiento en relación con sus curvas de talla y peso.

Tabla No.16.

Parámetros evaluados en los niños

Categoría	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Niños con ganancia de peso y estancamiento en la talla	14	31.11%
Niños con ganancia de talla pero con ganancia de peso no significativa (menos de 5 libras en 5 meses)	8	17.78%
Niños con aumento de talla y peso	7	15.56%
Niños que no experimentan ganancia de peso o talla.	7	15.56%
Niños que sufren pérdida de peso	0	0.0%
Niños que durante el estudio sufrieron procesos infecciosos.	7	15.56%
Niños que fueron retirados del proyecto.	2	4.44%
TOTAL	45	100%

Fuente: elaboración propia⁴⁰

³⁹ Chew, Rolando. “La niñez guatemalteca en cifras”. [en línea]. Publicación UNICEF 3.2.Nutrición. p.48. Guatemala, 2007. [Fecha de consulta 30 agosto 2011.20:30 horas.] Disponible en: [www.unicef.org/gt/niñez guatemalteca en cifras](http://www.unicef.org/gt/niñez_guatemalteca_en_cifras).

⁴⁰ FUNDAP. Archivo de datos, proyecto Sebastiana, San Juan Ostuncalco. 2009. Quetzaltenango 2010.

1.4. Problema

Las curvas de talla y peso de los niños atendidos en el proyecto, no evolucionan de forma satisfactoria a pesar de los aportes teóricos y materiales brindados a las madres de estos niños.

1.5. Objetivo

Obtener una evolución satisfactoria de las curvas de talla y peso de los niños insertos en el proyecto.

1.6. Pregunta

¿Cómo mejorar efectivamente la condición nutricional de los niños atendidos en el proyecto Sebastiana?

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Introducción

La recuperación nutricional de los niños menores de cinco años atendidos por el Proyecto Sebastiana que promueve FUNDAP, en San Juan Ostuncalco; no ha tenido los alcances esperados después de un período de acompañamiento y dotación de insumos nutricionales a los niños, derivado sobre todo de la idiosincrasia (costumbres y tradiciones colectivas de crianza) de las madres, lo cual frena el desarrollo infantil.

Los datos estadísticos muestran que, anualmente un promedio de 30% de los niños atendidos, no alcanzan su peso y talla ideales de acuerdo a su edad; situación que les coloca en desventaja y riesgo, siendo vulnerables a estados de morbilidad frecuentes y mortalidad elevada. Realidad que demanda acciones de información y formación hacia las madres, quienes naturalmente tienen la responsabilidad de criar (nutrir, alimentar) a sus hijos. Por lo que es importante encontrar respuestas a la pregunta: ¿Cómo incidir positivamente en el método de crianza utilizado por las madres de los niños atendidos por el proyecto Sebastiana?

Para encontrar una respuesta, se analizarán los siguientes temas: a) La madre y las condiciones mínimas que inciden en el desarrollo infantil. b) El niño, su desarrollo físico y psicomotor, influido por la nutrición. c) La nutrición como factor determinante del desarrollo de la madre y del niño. d) La Desnutrición, sus tipos, grados, causas y efectos. e) Las costumbres y tradiciones nutricionales de las madres del área mam. Y, finalmente, se abordarán F) Técnicas utilizadas en diferentes proyectos de salud materno infantil dirigidas a mejorar la nutrición.

Se espera plantear una propuesta contextual y pertinente dirigida a las madres de los niños desnutridos atendidos en el Proyecto Sebastiana, FUNDAP, enfocado un plan de formación centrado en la autoestima, asertividad de las relaciones y la nutrición; dirigido a la madre de familia como fundamento de una crianza con cariño.

2.2. La madre de familia

El proyecto Sebastiana atiende niños de 6 meses a 5 años, originarios del área mam y que presentan diferentes grados de deficiencia nutricional; tienen como característica común que son hijos de madres, en su mayoría, con baja escolaridad y que se dedican en forma

exclusiva a las labores del hogar. El estado civil de las madres de los niños, generalmente, está determinado por la tradición predominante en este sector de la población mam, en donde la jovencita se fuga con el joven a la casa de los padres de éste, con lo que se da una unión de hecho y es en la situación en que viven 11 de las madres de los niños; 4 de ellas fueron abandonadas por sus parejas, en tanto que las restantes viven en unión con su pareja⁴¹. A continuación se describirán las competencias y responsabilidades de las mujeres jóvenes, así como de las madres de familia en general.

Históricamente, el papel de la mujer en la sociedad ha sufrido cambios, en la mayoría de los casos beneficiosos para la propia mujer y como consecuencia para la sociedad de la cual ésta forma parte determinante. Actualmente se valora mucho el hecho de que es la mujer la responsable directa de la educación de los hijos, a los que, mediante pequeños actos cotidianos que pasan casi desapercibidos para ella, inculca a los niños el deber, la bondad, el respeto a la propiedad ajena, la caridad y los principios cristianos, moldeando con esto a los futuros habitantes de la tierra.

Sin embargo, este papel se ve influenciado por factores socioculturales, de esta forma se podrían definir actualmente tres tipos de mujeres: *la mujer tradicional*: representada por la esposa que se encarga del hogar, la educación y cuidado de los hijos como única y exclusiva actividad. A este respecto, Raquel Díaz Illescas, en su libro "*Mucha vida*", hace énfasis en el papel tradicional de la mujer como ama de casa, y refiere: "El número de mujeres que eligen trabajar en el hogar por vocación, sin duda es muy inferior a las que lo hacen por obligación"⁴², ligando este rol femenino a situaciones puramente culturales. La *mujer profesional*, que ha desistido de su papel de madre para convertirse en exitosa profesional, lo que muchas veces ha significado en ella tensión de roles y conflictos de identidad hasta la doble jornada de trabajo femenino,... que trae ligado el alejamiento del rol tradicional de la mujer"⁴³. Entre otras consecuencias esto ha llevado a muchas culturas a la

⁴¹ FUNDAP. I Encuesta realizada a las madres de los niños del Proyecto Sebastiana, en el año 2011. Llevada a cabo por el personal del Centro Educativo en Salud. San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango, Guatemala. Febrero. 2011.

⁴² DÍAZ ILLESCAS, Raquel. "*Mucha Vida*". [en línea]. Hueriga-Fierro editores. Primera edición 2004. Impreso en Pinares Impresores, S.L. Madrid, España. p.234. [Fecha de consulta: 21 agosto 2011. 21:00 horas]. Disponible en: http://books.google.com.gt/books?id=rLuhoxEmD3QC&pg=PA233&dq=COMPETENCIAS+DE+LA+MUJER+AM+A+DE+CASA&hl=es&ei=v9OHTozPKKPZ0QGimO35Dw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false

⁴³ MAYA FRADES, Valentina. "*Mujeres rurales*" [en línea]. Ediciones Universidad de Salamanca, Centro de estudios de la mujer. Primera Edición. Marzo 2008. Impreso en Gráficos Cervantes. España. p.19. [Fecha de consulta: 21 de agosto, 2011. 22:30 horas]. Disponible en: <http://books.google.com.gt/books?id=>

vejez poblacional. Y por último una *combinación de ambos grupos*, en el que la mujer ha buscado la forma de equiparar su función de esposa, madre y ama de casa, con la de profesional; siendo esta última, la que más satisfacción causa a la mujer por el hecho de verse realizada como madre, que es un papel inherente en ella, así como también tener la oportunidad de desempeñar su labor profesional con la ventaja de percibir por esto una remuneración económica.

En nuestro medio, la mayoría de las mujeres asumen un rol heredado por el género, casi impuesto por la sociedad, es así como la gran mayoría de las mujeres guatemaltecas tienen como actividad principal la de ama de casa, hecho que desde ningún punto de vista puede verse como denigrante; a esto se refería San Josemaría Escrivá de Balaguer, cuando dijo: “El hogar y la familia ocuparán siempre un puesto central en la vida de la mujer”⁴⁴, a lo que agrega que “La atención prestada a su familia será siempre para la mujer su mayor dignidad... en su trabajo por crear en torno suyo un ambiente acogedor y formativo, la mujer cumple la más insustituible de su misión y, en consecuencia, puede alcanzar ahí su perfección personal”⁴⁵. Estas palabras deben servir de estímulo a las mujeres que dedican su vida y su tiempo al hogar, a la familia, a la educación de los hijos; siempre y cuando esto sea para ella motivo de felicidad, de satisfacción personal, y no como se dijo al principio de este párrafo, una obligación impuesta por la sociedad; lo cual limitaría sus opciones profesionales.

La mujer debe estar consciente de sus competencias, que no son otra cosa más que el conjunto de conocimientos, aptitudes y actitudes. Desde este punto de vista, se tratará de limitar la amplia gama de competencias de la mujer en dos líneas: a) aquello que le compete hacer por su propia naturaleza y b) las habilidades que debe tener para desarrollarse plenamente como mujer; si nos referimos a las habilidades de desarrollo pleno, es la mujer, antes que nadie, la que debe valorar sus competencias, ya que “La mujer debe encontrarse consigo misma con sus valores propios, para asumirlos coherentemente y con la conciencia cierta y segura del camino a seguir”⁴⁶, si la mujer está consciente de sus valores y capacidades, será capaz de ponerlos en práctica para beneficio propio, de su familia y de la

wMyHVqqPrpoC&printsec=frontcover&dq=mujeres+rurales,&hl=es&ei=PtKHTseJA4nc0QHLYbTLDw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&sqi=2&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false21

⁴⁴ ESCRIVÁ DE BALAGUER, Josemaría. “*La mujer en la vida del mundo y de la iglesia*”. 1ª.ed. San José de Costa Rica. Ediciones Promesa, 2003. P 27.

⁴⁵ *Ibidem*, p 28.

⁴⁶ LASANTA, Pedro Jesús. “La mujer dignidad y misión”. 1ª.ed. Madrid, España: Palabra, 1995.P.22.

sociedad. Parafraseando a Nataniel Branden, en su libro “*Los seis pilares de la autoestima*”⁴⁷, podemos resumir las competencias de la mujer de la siguiente forma:

- Su primera competencia es el reconocimiento de su *dignidad* como mujer.
- Ese reconocimiento le llevará a tener una autovaloración y *autoestima*.
- El reconocimiento de su dignidad y su autovaloración es la base de su *desarrollo integral*.
- Al tener estas bases será capaz de *Auto cuidarse*.
- Es necesario, para cada acción en la vida, tener la competencia de *tomar decisiones*.
- Para buscar opciones de superación en todos los campos, es necesaria la competencia de: *investigación y búsqueda de oportunidades*.
- El trabajo es inherente a la naturaleza humana, por lo que otra competencia necesaria es: capacidad de *trabajar* e insertarse laboralmente según su condición única.

Lo anterior tiene un enfoque directo a la persona, sin embargo, tomando en cuenta que el ser humano es eminentemente social y, que necesita relacionarse con otras personas, la mujer ha de buscar desarrollar sus competencias en este campo, a través de: su capacidad de servir, de relacionarse y comunicarse con otras personas; así como su capacidad de solidarizarse con los demás.

Para sentirse completamente satisfecha y feliz con su labor en la familia, la sociedad y la iglesia, la mujer debe estar consciente de que es un ser valioso, un ser con una *dignidad* especial sobre todos los otros habitantes de la tierra, misma dignidad que comparte únicamente con su compañero de especie, el hombre. Se ha caído en la errada creencia que el hombre es un ser superior a la mujer, sin embargo, esto es nada más que un interés social, y hasta cierto punto machista; ya que desde la creación, Dios dio igual dignidad al hombre y a la mujer, como lo dice el libro de Génesis “Y crió Dios al hombre a su imagen y

⁴⁷ Branden, Nathaniel. “*Los 6 pilares de la autoestima*”. Ediciones Paidós Mexicana, S.A., 1ª. Edición. 1995. México, D.F. Impreso en México.

semejanza, varón y hembra los crío”⁴⁸, “pero a partir de esta igualdad fundamental, cada uno debe alcanzar lo que le es propio...desarrollar plenamente sus propias virtualidades”⁴⁹. Bajo estos conceptos se concluye que si bien es cierto la mujer es “igual” que el hombre, lo es solamente en especie y dignidad, ya que ella tiene, sobre el hombre, virtudes que le son propias, como el hecho de entregarse a sí misma en la maternidad, la abnegación, el amor, el cuidado infinito que puede prodigar ella y solamente ella a sus hijos.

Otro tópico determinante en la vida de todo ser humano es la *autoestima*, la que puede verse afectada por factores externos. Esto, que cobra especial atención en las mujeres, sobre todo cuando están expuestas a algún tipo de humillación o maltrato y, repercute directamente en su autoestima; si consideramos que: “La autoestima es la confianza en nuestra capacidad de pensar, en nuestra capacidad de enfrentarnos en los desafíos básicos de la vida”⁵⁰. En realidad un gran número de mujeres de este país, sobre todo las que habitan en el área rural, tienen una muy baja autoestima, lo que se refleja en su forma de afrontar la vida; ya que como menciona el psicólogo Branden, “La autoestima alta nos lleva a tener altos propósitos intelectuales, emocionales, creativos y espirituales; en tanto que la baja autoestima nos lleva a olvidarnos de nosotros mismos y a vivir de forma mecánica, sin aspiraciones de ningún tipo”⁵¹. Este tipo de vida casi apático, es frecuente en las mujeres con más baja escolaridad y que dependen económicamente de la pareja, Y repercute necesariamente sobre la salud física y mental de la mujer, como lo refiere el libro “*Crecer en la Autoestima*” : “Saberse valorar es imprescindible... a muchos de nosotros nos han ensañado a ser demasiado modestos, subestimando nuestras cualidades y esta actitud puede resultar nefasta y nociva para nuestro desarrollo psicológico”⁵², en el caso de la madre de familia, también es afectada por su entorno, más específicamente sus hijos.

Muchos estudios coinciden en que para mejorar la autoestima de una persona es necesario también trabajar en su crecimiento y desarrollo intelectual, por lo que es importante tomar en

⁴⁸ SANTA BIBLIA. “*Libro de Génesis, 1:27*”. Liga Bíblica mundial del hogar. México : Sociedades Bíblicas de América Latina, 1960.

⁴⁹ Escrivá de Balaguer, Josemaría. “*La mujer en la vida del mundo y de la iglesia*”. 1ª.ed. San José de Costa Rica: Ediciones Promesa, 2003. P.22.

⁵⁰ BRANDEN, Nathaniel. “*Los 6 pilares de la autoestima*”. 1ª. Ed. 1995. México, D.F.: Paidós Mexicana .P.21.

⁵¹ *Ibidem*, p36.

⁵² IZQUIERDO MORENO, Ciriaco. “*Crecer en Autoestima*”. [en línea] Editorial Paulinas. 1ª Edición octubre 2008. Impreso Editorial ROEL, S.A.C. Lima, Perú. [Consultado el 23 de agosto 2011. 5:30 horas]. Disponible en: http://books.google.com.gt/books?id=CV5xjLMytJUC&printsec=frontcover&dq=Crecer+en+Autoestima&hl=es&ei=j_aKTtHFloL20gHHv6DtBA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CC8Q6AEwAA#v=onepage&q&f=false

cuenta que "... a favor de la promoción y dignificación de la mujer, debe llevarla a trabajar en la alfabetización y en el acceso a la cultura, para que de este modo pueda realizarse en plenitud como persona humana"⁵³, ya que una persona sin educación es como un ciego que va por el mundo dejándose guiar por otros.

Para concluir con los valores que la mujer debe poseer o trabajar por poseer, se puede decir que es la mujer la dueña de su propio destino, ya que como cita el libro "*La mujer dignidad y misión*", "la mujer habrá de evitar aquella realidad que vulnera su dignidad personal, ella deberá evitar el servilismo y manipulaciones humillantes"⁵⁴. Es el momento que la mujer se dignifique a si misma que se valore, que este consciente que es ella la actora principal y responsable de transmitir a los hijos la educación que incluya valores, para que de esta forma y paulatinamente se pueda cambiar al panorama de vida de las mujeres de las próximas generaciones; ya que como sostiene Ciriaco Izquierdo Moreno, "la autoestima...no es un factor congénito de la personalidad, sino una conquista personal que se aprende en la interacción con el entorno, desde el comienzo de nuestras vidas"⁵⁵, reafirmando con esto que es la madre la responsable no solo del desarrollo físico sino también psicosocial de sus hijos.

Todo el trabajo que se pueda realizar en fomentar la autoestima de una persona, nunca es tiempo perdido, ya que con justa razón se dice que "la autoestima es una de la calves, aunque no la única, del equilibrio, la felicidad, la salud, el bienestar, la satisfacción y el crecimiento personal, familiar y social. En el fondo es la calve del éxito de nuestras vidas"⁵⁶.

2.3. El niño de 1 a 5 años

Cada niño es un ser único e irreplicable, no importa si provienen de los mismos padres, formados en base a los mismos valores y con la misma dedicación en tiempo y amor por

⁵³ LASANTA, Pedro Jesús. "*La mujer dignidad y misión*". 1ª.ed.. Madrid, España: Palabra, S.A., 1995. P.78

⁵⁴ *Ibidem*, p 69.

⁵⁵ IZQUIERDO MORENO, Ciriaco. "*Crecer en Autoestima*". [en línea] Editorial Paulinas. 1ª Edición octubre 2008. Impreso Editorial ROEL, S.A.C. Lima, Perú. p.23. [Consultado el 23 de agosto 2011. 5:30 horas]. Disponible en:
http://books.google.com.gt/books?id=CV5xjLMytJUC&printsec=frontcover&dq=Crecer+en+Autoestima&hl=es&ei=j_aKTtHFloL20gHHv6DtBA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CC8Q6AEwAA#v=onepage&q&f=false

⁵⁶ GONZALES GARCÍA, José Luis. "Sentirte bien esta en tus manos". [en línea] Impresos Grafo S. A. Bilbao, España: Sal Tarrae, 1999. P. 136. [Consultado el 23 de agosto 2011. 22:30 horas]. Disponible en página electrónica:
http://books.google.com.gt/books?id=4bU9yUw3_GkC&printsec=frontcover&dq=Sentirte+bien+esta+en+tus+manos&hl=es&ei=W4eNTsShBYUtwealt2PDA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q=Sentirte%20bien%20esta%20en%20tus%20manos&f=false

parte de sus padres, cada uno tiene características genéticas, físicas y emocionales propias. Sin embargo, para evaluar ciertos aspectos del desarrollo de los niños, se han establecido parámetros de referencia, físicos, nutricionales, sociales, etc. Es importante resaltar que, si un niño tarda más tiempo en desarrollar ciertos aspectos no significa que tenga deficiencia mental, al igual que si los desarrolla antes del tiempo, tampoco es indicativo que sea superdotado; en algunas ocasiones esto se ve limitado o favorecido según sea el caso, por el entorno en el que éste se desarrolla. A continuación se describen algunos aspectos del desarrollo del niño de 1 a 5 años.

2.3.1. *Desarrollo Psicomotriz:*

“Se denomina psicomotricidad al proceso mediante el cual niño adquiere habilidades y conductas que le permiten desenvolverse de forma adecuada en la sociedad, tienen su desarrollo en los primeros tres años de vida”⁵⁷. Sin embargo este desarrollo está condicionado no solo por el estado de salud del niño, sino también por el entorno en el que éste se desarrolla y crece. Así podemos citar algunos de los principales logros esperados en el desarrollo del niño a ciertas edades: “Al año el niño ha logrado manejar parte de su motricidad, camina con ayuda, arrastra un juguete, come solo con cuchara. A los 2 años; el niño camina solo, se sienta solo en una sillita baja, traza garabatos con un lápiz, encaja formas sencillas, levanta torre de siete cubos. A los 3 años come solo con tenedor, desabrocha algunos botones, construye torre de diez cubos, pedalea un triciclo. De 3 a 6 años el niño afina las destrezas previamente adquiridas”⁵⁸, se reitera que este desarrollo depende no solo de factores intrínsecos, sino también extrínsecos al niño.

2.3.2. *Desarrollo del Lenguaje:*

El niño inicia su desarrollo del lenguaje, que es algo instintivo y propio del ser humano, con balbuceos, que es una forma de comunicarse y que no tienen el mismo significado para el niño que para el resto de las personas, luego y de forma rápida estos balbuceos se convierten en miles de palabras que le sirven al niño para comunicarse, la teoría más aceptada sobre el desarrollo del lenguaje es la “teoría del aprendizaje, esta sugiere que el lenguaje se aprende como cualquier otra conducta, por imitación, asociación,

⁵⁷ GRUPO OCÉANO. “*Psicología Infantil., Asesor de padres, programa de información familiar*”. España: Océano, 2006. P.18.

⁵⁸ *Ibíd*em, pp. 22-24.

condicionamiento y reforzamiento, ya que los niños escuchan hablar a otras personas e imitan los sonidos⁵⁹, dando esto énfasis al entorno del niño para su sano desarrollo.

2.3.3. *Desarrollo Físico:*

Este comprende evaluación del estado de salud del niño. Uno de los aspectos que nos interesa tratar a fondo en este documento, es el desarrollo nutricional, el cual incluye el crecimiento del niño; éste, es un proceso dinámico y que necesita valoración en el tiempo. El peso de los niños en el momento del nacimiento, es diferente para cada uno. Se considera normal que pesen de 6 y ½ a 8 libras; “En los primeros 5 días de vida este peso baja, pero mas o menos a los 10 días de vida lo recuperan, a los 6 meses duplican este peso y al año lo triplican⁶⁰. Así por ejemplo, si un niño pesa 7 libras al nacer, a los 6 meses deberá pesar 14 libras y al año 21 libras. El crecimiento del niño también cambia con la edad, “Cuando el niño nace, mide aproximadamente 50 centímetros; 75 centímetros al año; y, 1 metro a los 4 años⁶¹. A los niños del Proyecto Sebastiana se les evalúa su estado nutricional, a través de la recolección de datos antropométricos, básicamente: peso y talla para la edad. Posteriormente, estos datos son evaluados de acuerdo a estándares avalados por la Organización Mundial de la Salud para poblaciones de la región de Latinoamérica y, por último, se analizan los resultados para determinar el índice nutricional del niño. La interpretación de este índice es la siguiente: menos del 90% se considera malnutrición, entre el 90 y 110% normal; y mayor de 110% sobrepeso.

2.4. **Nutrición**

2.4.1. *Definición de nutrición:*

Se llama nutrición al “Conjunto de procesos implicados en la ingesta de nutrientes, en su utilización y asimilación para el funcionamiento del organismo y para el mantenimiento de la salud⁶². La nutrición de una persona está determinada por factores económicos, culturales,

⁵⁹ RICE. F. Philip. “Desarrollo humano, estudio del ciclo vital”. [en línea] 2ª. Ed. Pearson Educación. Prentice Hall. Estados Unidos 1997. P.184. [Consultado 21 agosto 2011. 4:45 horas]. Disponible en: http://books.google.com.gt/books?id=ZnHbCKUCtSUC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

⁶⁰ BEHRMAN, Richard y KLIEGMAN, Robert. Nelson, Compendio de Pediatría. 4ª Ed. Colombia: McGraw-Hill. Interamericana .2002.P.8.

⁶¹ *Ibidem*, p8.

⁶² GRUPO OCÉANO, Diccionario de Medicina Mosby. 5ª ed. México: Océano, 1996. P.954.

físicos, ambientales y sociales. Así como por el momento biológico en el que se encuentra la persona.

2.4.2. *Nutrición materna:*

Es indiscutible que el estado nutricional de una mujer tanto antes del embarazo como durante la gestación, constituyen un indicador del estado nutricional del recién nacido, de su peso al nacimiento; así también como de la condición de la madre en la lactancia.

Se ha estudiado y demostrado que los indicadores*⁶³ antropométricos maternos, son útiles para tamizar a mujeres en riesgo nutricional, monitorear el estado nutricional materno y predecir resultados adversos para el infante, relacionados con la gestación (bajo peso al nacer, mortalidad perinatal, neonatal e infantil; y crecimiento infantil deficiente)⁶⁴.

2.4.3. *Nutrición Infantil:*

La nutrición infantil abarca varios aspectos, si tomamos en cuenta que se considera *infante* a todo niño desde el nacimiento hasta los 12 años de edad, en particular en esta etapa de la vida del ser humano, la nutrición comprende más de un aspecto; para luego, cubrir áreas específicas en diferentes etapas del ciclo vital del ser humano. Así se habla de la nutrición del adolescente, nutrición del adulto y nutrición del adulto mayor en buenas condiciones de salud. En este estudio nos enfocaremos en aspectos básicos de la nutrición infantil, en diferentes etapas.

2.4.4. *Lactancia materna:*

Las ventajas de la leche materna para el lactante son innumerables y cubren desde aspectos nutricionales inmunológicos, hasta, incluso, el desarrollo de vínculos emocionales entre la madre y el lactante. Estos beneficios de la lactancia materna, se pueden describir desde el momento mismo del nacimiento del bebé cuando recibe su primera lactada; cabe mencionar que a la primera leche que produce la madre se le llama *calostro*, es una sustancia amarilla, que contiene una gran carga de agentes anti infecciosos; de allí que se le denomina “la primera vacuna” que recibe el bebé; también tiene una gran cantidad de vitamina A y zinc,

⁶³ Indicador: es una categoría de una medida que indica la existencia de una situación dada.

⁶⁴ KRASOVEC, Katherine y ANDERSON, Mary Ann. “*Nutrición Materna y Productos del Embarazo*”. Organización Panamericana de la Salud, 1991. Impreso y traducido por el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Publicación Científica número 529. Guatemala, julio, 1992. P.7.

que se encuentran listos para ser tomados por él bebé desde que éste nace, independientemente si fue parto normal o cesárea”⁶⁵.

La lactancia exclusiva, se refiere al hecho de alimentar al recién nacido únicamente con leche materna hasta que cumpla los 6 meses de edad. Estudios recientes describen esencialmente tres factores que determinan las propiedades inmunitarias de la leche materna, siendo estos: “factores de defensa solubles, que indican que existen tantas células blancas en el calostro como hay en la sangre, de allí que antiguamente a la leche materna se le llamaba *sangre blanca*, otro es el efecto sobre la flora bacteriana, en el niño amamantado la flora bacteriana se coloniza con bacterias benignas; y otro tipo de protección lo conforman los anticuerpos, estos últimos varían según la exposición de la madre a diferentes infecciones”⁶⁶.

Se recomienda continuar lactando al niño hasta los 24 meses de vida, ya que se ha comprobado “Que los niños que hasta los 23 meses reciben aun una ingesta promedio de leche materna aproximadamente 550 gr/día en países en desarrollo, reciben alrededor de 35 a 40% del total de sus requerimientos energéticos a partir de la leche materna”⁶⁷, considerando por supuesto que, a partir de los seis meses, el niño debe iniciar con la alimentación complementaria, la que aportara nuevos nutrientes a su dieta.

2.4.4.1. Alimentación complementaria:

Esta debe iniciarse no antes de los seis meses de edad del lactante, y se refiere al ofrecimiento al niño de alimentos semisólidos complementando la lactancia materna. Se afirma que “Alrededor de los seis meses de edad la mayoría de los infantes criados al pecho requieren alimentación complementaria y están plenamente desarrollados en lo funcional para aceptarla, es el momento ideal para que ellos prueben diferentes alimentos, texturas y sabores”⁶⁸. Como su nombre lo indica, la alimentación complementaria, complementa la

⁶⁵ MÉNDEZ DE OLIVA, Maritza. “Últimos descubrimientos sobre la excepcionalidad de la leche materna”. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Guatemala, mayo, 1994. P.8.

⁶⁶ Ibídem., p.14.

⁶⁷ Organización Panamericana para la Salud, Organización Mundial de la Salud. “Principios de Orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado” [en línea]. Washington D.C. 2003. p.14 [consultado 27 agosto 2011. 5:25 horas]. Disponible en:http://books.google.com.gt/books?id=JWgywDsl1tUC&pg=PA12&dq=lactancia+materna+exclusiva&hl=es&ei=nouNTq6fCdC9tge9kOyMDA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=5&ved=0CEAQ6AEwBA#v=onepage&q=lactancia%20materna%20exclusiva&f=false

⁶⁸ AKRE, James. “Alimentación Infantil, bases fisiológicas”. Organización Panamericana de la Salud. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Guatemala, junio, 1992. P.70.

lactancia materna y, en ningún momento la sustituye, ya que por razones nutricionales y emocionales, es importante para el desarrollo del niño, continuar con la lactancia materna hasta los dos años de edad.

Sin embargo, el momento de iniciar la alimentación complementaria no puede decidirse exclusivamente en base a la edad; se deben tomar en cuenta factores como: los tipos de alimentos que se consumen normalmente en el hogar y que están disponibles fácilmente, las condiciones ambientales y la forma de preparación de los mismos. Por ejemplo, si los alimentos que consume la familia son de escaso valor nutricional, o muy gruesos para poderlos preparar en papilla; o si existe riesgo ambiental de contaminación en la preparación de los mismos, es preferible retrasar el inicio de la alimentación complementaria. “Se debe considerar también el desarrollo de un niño; ya que si un lactante no está creciendo de forma adecuada, pero aún no ha cumplido los 6 meses, se puede evaluar por un profesional la inclusión de la alimentación complementaria prematuramente (nunca antes de los 3 meses de edad del niño)”⁶⁹. Se han reconocido varias desventajas inmediatas o riesgos de la alimentación complementaria tempranamente; por ejemplo, se ha demostrado que la introducción de alimentos complementarios en los lactantes, disminuyen la frecuencia de la succión y, como consecuencia, disminuye la producción de leche, convirtiéndose entonces, esta alimentación, en un reemplazo y no en un complemento de la alimentación del niño, lo que constituye una desventaja para él, ya que, en la mayoría de los casos, el alimento ofrecido tiene un valor nutricional inferior al de la leche materna, lo que puede llevar al niño a desnutrición.

2.4.4.2. Alimentación del niño preescolar:

La edad pre escolar es el periodo que comprende desde que el niño cumple 1 año de vida y continúa hasta los 5 años. Esta es una etapa de muchos cambios en el niño; entre los que podemos mencionar que, por ejemplo, inicia al control de esfínteres (control del deseo de orinar y defecar), amplía su medio de acción y sociabilización. Luego de un periodo de crecimiento acelerado, en esta etapa de la vida del niño, el crecimiento se hace más lento; así por ejemplo “ desde el nacimiento hasta los 12 meses de vida, la estatura del niño aumenta cerca de un 50 por ciento. A partir de ese momento requerirá de 5 años para aumentar su estatura otro 50 por ciento. Con la masa corporal sucede algo semejante: al

⁶⁹ *Ibíd*em, p.71.

año, el infante triplica el peso que tenía al nacimiento; sin embargo, necesita toda la etapa pre escolar para duplicar de nuevo su peso”⁷⁰.

A partir del año de vida, el niño debe tener una alimentación completa, comer lo mismo que el resto de la familia; tendiendo la leche materna como complemento de esta dieta hasta los dos años. En este periodo el niño adquiere hábitos alimenticios que mantiene el resto de su vida, por lo que “para satisfacer sus necesidades nutricionales, la alimentación del niño preescolar debe ser de buena calidad y frecuente, ya que por tener poca capacidad su estómago se llena fácilmente, entonces es necesario ofrecerle alimentos en cinco tiempos de comida, de esta forma se asegura que aun en porciones pequeñas seguramente se proporcionaran las calorías y nutrientes necesarios”⁷¹.

Es necesario incluir cada día en la alimentación, vegetales, frutas, cereales; por lo menos dos veces por semana un huevo o un pedazo de queso y, al menos una vez a la semana, carne; por su puesto complementado con Incaparina o leche. En esta edad el niño come despacio, por lo que se le debe permitir suficiente tiempo para comer. Se debe evitar el consumo de golosinas o gaseosas, lo que crea malos hábitos alimenticios en el infante, además de que su consumo frecuente puede llevar al niño a detención del crecimiento, anemias, desnutrición o sobrepeso, entre otras complicaciones. Frecuentemente en esta edad, puede presentarse falta de apetito, siendo las causas de dos tipos:

- Fisiológicas: presencia de infecciones u otras enfermedades características de su edad. Molestias por la salida de los dientes, o por presencia de parásitos intestinales.
- Psicológicas: entre las que se puede mencionar: falta de estimulación en el ambiente que lo rodea, necesidad de mayor atención y afecto por parte de los padres, distracciones al momento de comer, o violencia en el ambiente familiar.

Es importante recordar que a esta edad del niño, es la familia la que formará los hábitos alimenticios en él, los cuales le acompañarán el resto de su vida.

⁷⁰ CASANUEVA, Esther y otros. “*Nutriología Médica*”. 2ª ed. . México: Editorial Médica Panamericana, S.A., 2001. P.58.

⁷¹ Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Contenidos actualizados de nutrición y alimentación. Módulo IV, “*Alimentación del niño preescolar*”. Guatemala.1998. P.2.

2.4.4.3. Alimentación del escolar.

Esta etapa del desarrollo infantil, comprende de los 6 a los 12 años de edad; es una etapa que se ha llamado de *crecimiento latente*, ya que tanto los niños como las niñas, en diferente dimensión, experimentan cambios tanto somáticos como corporales, en forma más lenta que en la edad pre escolar o la adolescencia.

La alimentación en esta etapa, debe permitir que el niño: “obtenga los nutrientes necesarios para su óptimo crecimiento, que cubra la necesidades energéticas debido a la intensa actividad física que se desarrolla, que mantenga la resistencia a infecciones y a otros riesgos de enfermedades y que asegure la adecuada reserva de nutrientes para la etapa de la adolescencia y la edad adulta”⁷².

En esta etapa, la alimentación y el ejercicio ejercen una gran influencia sobre el crecimiento y el desarrollo de los niños y suele haber aumento en el apetito, empiezan aprender acerca de los alimentos disponibles en la comunidad; es recomendable acostumar al niño a 5 tiempos de comida; y, sobre todo, insistir en que antes de ir a la escuela, debe tomar un desayuno nutritivo, ya que esto facilitará el aprendizaje y, por consiguiente, tendrán mejor rendimiento escolar. Se debe tratar de que coma una refacción nutritiva, que llevará idealmente de la casa, ya que generalmente en las escuelas se venden alimentos ricos en carbohidratos con bajo valor nutricional. Luego, el almuerzo deberá ser compartido con toda la familia y contendrá alimentos nutritivos; si es posible, a media tarde deberá tomar una refacción liviana pero nutritiva, para luego, por la noche, compartir con la familia la cena.

Las consecuencias de una mala alimentación en esta edad, puede causar efectos de por vida en los niños; tal es el hecho de que estos niños tiene más facilidad de adquirir infecciones o de padecer anemia. Además, estos niños tendrán menos rendimiento escolar, lo que puede causar en ellos o en la familia, apatía a la escuela, con lo que se aumenta la deserción escolar a tempranas edades; o las tasas de repetición escolar, lo que puede afectar al desarrollo social del país.

⁷² *Ibíd*em, p.2.

2.4.5. Crianza infantil.

Se denomina crianza al “Efecto de nutrir y alimentar a un niño con leche materna”⁷³. Sin embargo, si hablamos de crianza, desde el punto de vista formativo se puede decir que se refiere “A las prácticas cotidianas, generalmente aceptadas dentro de la familia, orientadas hacia la enseñanza de los valores, normas y prácticas religiosas que responden a las necesidades de supervivencia y desarrollo de los niños desde sus primeros meses y años de vida; y que asegura el mantenimiento del grupo o de la cultura”⁷⁴. La crianza es la conformación de elementos histórico-socio-culturales que se reproducen a nivel social, entre los que podemos mencionar las costumbres, lengua y la educación de los padres; los cuales se relacionan directamente con el proceso de crecimiento y bienestar del niño, el que varía de acuerdo al núcleo familiar y a la comunidad.

Recientemente, se ha trabajado en el concepto de “*Crianza con Cariño*”, que hace énfasis no únicamente en el hecho de alimentar el niño con el pecho, sino del compromiso emocional que implica este acontecimiento y en el que la madre es la principal actora; ya que por naturaleza, cuando se amamanta al niño, se le debe transmitir también amor, cariño, hacerlo sentirse protegido, y esto se logra mediante la comunicación no sólo física, sino que también verbal a través de las palabras que la madre dirija al niño, en este sublime momento del amamantamiento.

Sin embargo, en la crianza de los niños que ya no son amamantados influyen otros elementos como son: los principios de integración y promoción cultural, y la interrelación de elementos económicos y sociales, que sumados en conjunto nos proporcionan los patrones en el ejercicio de la crianza.

Hay algunos factores que se han relacionado directamente con la práctica de la crianza en los niños, algunos de ellos se relacionan directamente con la madre, ya que es ella por orden divino, la guardiana del bienestar y la salud de los hijos, así como la principal transmisora del proceso de socialización; y juega un papel importante en el desarrollo socioemocional de sus hijos a través de las prácticas de crianza, además de promover el desarrollo del infante. Entre los factores maternos que influyen en el desarrollo del niños

⁷³ Diccionario de la Real Academia Española. Vigésima segunda edición. 2005. [en línea]. Disponible en: <http://buscon.rae.es/drae/>

⁷⁴ SIMÓN VELÁSQUEZ, Wilson Florencio. “*Patrones de Crianza en el área urbana y rural del departamento de Santa Rosa durante el mes de junio 2001*”. Trabajo de titulación (Medico y Cirujano). Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala. 2001. P.6

podemos mencionar: el estado psicológico de la madre, su auto concepto, el grado de escolaridad, la edad de la madre, el número de hijos, la relación que mantiene con su pareja; estos, combinados con otros externos como son el nivel socioeconómico, las prácticas higiénicas y alimenticias y las creencias sobre el cuidado del niño, son determinantes en la salud y desarrollo de los pequeños.

Así pues podemos concluir que tanto la conducta infantil, como los procesos de salud y nutrición, resultan ser elementos de prácticas concretas en el ejercicio de la crianza en las madres, lo que a su vez se relaciona directamente con la historia de socialización de ellas mismas.

La dinámica familiar es otro factor determinante en el desarrollo y la salud del niño; ya que se sabe que las familias, en situaciones de desventaja económica, se ven amenazadas por carencias de oportunidades, alimentación, servicios de salud y educación, incluso se caracterizan por problemas de pareja que afectan el desarrollo del niño; tal como se describe a continuación: “Se caracterizan por una dinámica familiar deficientes en la satisfacción de los estados psicológicos de la pareja, provocando el ejercicio inadecuado en interacción y estimulación para el desarrollo del infante”⁷⁵. Lo que nos lleva a pensar que incluso las buenas relaciones de interacción entre los padres de familia, son factores determinantes en el desarrollo infantil; ya que una madre que se siente apoyada y respetada por su pareja se ocupara con más cuidado de sus niños.

2.4.6. *Síntesis sobre la nutrición.*

Siendo la nutrición una de las necesidades fisiológicas del hombre y de la cual depende su vida, es necesario tomar conciencia de que ésta empieza a incidir en el individuo, incluso antes de su formación; ya que la madre bien nutrida tendrá, como consecuencia, un embarazo más saludable, un parto con un recién nacido de peso adecuado, lo que le garantiza que el bajo peso no será causa de muerte de este niño. Como el hombre es un ser que nace dependiente, incapaz de conseguir su alimento por sí mismo, su supervivencia depende de la lactancia materna, la que además de transmitirle todos los nutrientes que el niño necesita a esta edad; le inyecta anticuerpos y, en condiciones ideales, una alta dosis de cariño y seguridad al lactante.

⁷⁵ DOMÍNGUEZ, Miriam. Teresa. “*Auto concepto, Conceptualización de la pareja y depresión en madres*”. Análisis de su relación con la estimulación del desarrollo del niño. Trabajo de titulación (Licenciatura en Psicología) Universidad de Sonora. Hermosillo, Sonora. México, 1996. P.16.

Se considera que a partir de los seis meses, el niño requiere una dosis mayor de nutrientes y calorías de las que posee la leche materna, por lo que en esta etapa debe recibir alimentos sólidos en complemento a la lactancia; no antes de esta edad, ya que la madurez de su organismo lo puede llevar a serias consecuencias en su salud. En tanto que, a partir del año, el niño debe tener una dieta similar a la del resto de la familia, en la que cada alimento debe incluirse de forma paulatina y con mucha paciencia de parte de la persona encargada del cuidado del éste, para evitar que este se desnutra. En esta etapa de la vida es cuando se ponen de manifiesto las costumbres y tradiciones nutricionales de la familia, y que son adquiridas por el niño, como hábitos alimenticios que lo acompañarán el resto de su vida; es innegable el papel de la madre en el desarrollo socioemocional y físico del niño ya que es ella, directamente, la actora del proceso de crianza y del efecto que éste tiene sobre la vida, no sólo actual sino futura del niño.

La edad escolar es una etapa de mayor independencia del niño, sin embargo no por eso se debe descuidar su nutrición; sino que, por el contrario, se deberá insistir en que el niño tome todos los alimentos que su desarrollo en esta etapa requiere, se hace énfasis en la importancia del desayuno que colaborara en el buen rendimiento del niño escolar; así también, se debe evitar dar dinero al niño para ir a la escuela, pues es preferible que lleve refacción de su casa; ya que esto garantizará que su nutrición no sólo dentro de casa, sino fuera de esta, sea la adecuada.

2.5. Desnutrición:

2.5.1. Definición de desnutrición:

Para hablar de desnutrición, primero debemos definir lo que es malnutrición, y ésta se refiere a “Ingesta inadecuada, o deficiencia en la absorción de los alimentos”⁷⁶. Cuando esta ingesta deficiente de alimentos se mantiene por mucho tiempo y es insuficiente para satisfacer las necesidades de energía de la persona, se produce la *desnutrición*.

Desnutrición es un estado patológico, inespecífico, sistémico y reversible, que se origina por un deficiente aporte de nutrientes a las células del organismo. Esta deficiencia en los nutrientes, se puede deber a una insuficiente ingestión, a un gasto excesivo, o a un aumento de requisición de los nutrientes; en algunos casos, se puede dar una combinación de los tres

⁷⁶ BEHRMAN, Richard E. Tratado de Pediatría de Nelson. 14ª. Ed. Volumen I. . Madrid. España: Interamericana. McGraw-Hill, 1992 .P 154.

factores. Cualquiera que sea la causa de la deficiencia, se observa que la primera reacción del organismo es gastar sus reservas de energía para solventar el problema; sin embargo, cuando esto se mantiene por mucho tiempo se da una desnutrición crónica, la cual es causa frecuente de procesos infecciosos sobre todo en los niños. “La desnutrición infantil, usualmente llamada desnutrición proteico energética (DPE) es la enfermedad nutricional más importante en los países en vías de desarrollo debido a su alta prevalencia y a su asociación con altas tasas de mortalidad infantil”⁷⁷.

De acuerdo con informes recientes, tanto a nivel nacional como internacional, Guatemala ocupa el primer lugar en América Latina y el cuarto lugar a nivel mundial en prevalencia de desnutrición crónica infantil, medido por el déficit de talla para edad. El Plan Estratégico de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PESAN) 2009-2012 hace referencia a que “en Guatemala la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años alcanza en promedio el 49.3 % y en los niños y niñas de 6 a 9 años está en promedio en el orden del 45.6%. Esta situación alcanza niveles críticos en el área rural, afecta principalmente a niños y niñas menores de 5 años, población escolar y generacionalmente a las mujeres embarazadas y lactantes, y se agrava de manera inaceptable entre la población indígena, particularmente viviendo en pobreza y pobreza extrema”⁷⁸.

2.5.2. Causas de desnutrición.

Los factores cuya etiología tiene valor definitivo en la desnutrición son tres:

- Factores biológicos y dietéticos, o factores que determinan el aprovechamiento.
- Factores sociales y económicos, o factores que determinen el consumo.
- Factores ambientales, o factores que determinen la disponibilidad de los elementos⁷⁹.

⁷⁷ TORÚN, Benjamín. “*Manejo del niño y niña desnutridos*”. Diplomado a distancia. Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá. P.6.

⁷⁸ Plan Estratégico de Seguridad Alimentaria y Nutricional, PESAN 2009-2012. Guatemala, Junio.2009. P.4.

⁷⁹ TORÚN, Benjamín. “*Manejo del niño y niña desnutridos*”. Diplomado a distancia. Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá. Guatemala 1996. P.13.

2.5.2.1. Factores biológicos y dietéticos, o factores que determinan el aprovechamiento.

En este punto en particular, se toma en cuenta el estado nutricional materno antes y durante el embarazo, ya que la desnutrición materna puede llevar a desnutrición intrauterina y al bajo peso del niño al nacer. La falta de suficientes alimentos para permitir un crecimiento compensatorio que contrarreste esa situación, lleva a la aparición de DPE en una etapa temprana de la vida. Esto está claramente esquematizado en el círculo vicioso de la desnutrición.



Fuente: INCAP⁸⁰

Según el INCAP⁸¹, los estudios efectuados en Centroamérica han demostrado que la existencia de este círculo vicioso, tiende a perpetuarse de generación en generación, “Las madres que sufren desnutrición proteínico-energética y de micronutrientes y una mayor carga de infecciones, tienen hijos con bajo peso al nacer y corta edad gestacional que, si sobreviven, sufren múltiples infecciones y crecen y se desarrollan inadecuadamente. Cuando alcanzan la edad escolar son más bajos que otros y tienen limitaciones en su rendimiento escolar. Durante su adolescencia y edad adulta, muestran manifestaciones de desnutrición, tales como problemas en su salud reproductiva, baja productividad y cociente intelectual

⁸⁰ INCAP. “Círculo vicioso de la desnutrición” [en línea]. (Fecha de consulta 12 de noviembre 2011. 14:15 horas). Publicación disponible en página electrónica: http://www.sica.int/incap/prob_nutri.aspx?IdEnt=29

⁸¹ Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá.

disminuido⁸²; y si es una mujer, cuando se embarace tendrá recién nacidos con iguales condiciones.

El círculo vicioso de la desnutrición se puede romper cuando la mujer desnutrida se embaraza y se alimenta durante este periodo de forma adecuada, mejorando su estado nutricional durante el embarazo. Ella tendrá un recién nacido de buen peso que, de seguir con una buena alimentación, crecerá bien nutrido y llegará a ser una madre o padre bien nutrido; si es madre, a su vez tendrá recién nacidos bien nutridos; rompiéndose con esto, el círculo vicioso de la desnutrición, para convertirse en un círculo virtuosos de buena nutrición.

2.5.2.2. *Factores sociales y económicos, o factores que determinen el consumo.*

La pobreza frecuentemente está asociada con la DPE debido a un bajo acceso a los alimentos, condiciones de vivienda poco higiénicas, hacinamiento y cuidados inadecuados de los niños. La ignorancia conduce a malas prácticas de puericultura, conceptos erróneos sobre el uso de diversos alimentos, prohibición social en el consumo de ciertos alimentos, prácticas inadecuadas de alimentación durante las enfermedades y distribución inadecuada de alimentos entre los miembros de la familia, son algunos de los factores que pueden llevar a un niño a sufrir DPE.

2.5.2.3. *Factores ambientales, o factores que determinen la disponibilidad de los elementos.*

El hacinamiento y las condiciones no higiénicas de la vivienda, favorecen la aparición de infecciones frecuentes, lo que puede llevar al niño a DPE por su poca capacidad de recuperar su estado nutricional entre cada periodo infeccioso. “La capacidad de producción, transporte y almacenamiento de los alimentos se consideran en este factor situaciones como sequias o inundaciones pueden causar escasez súbita de alimentos y llevar a grandes grupos de la probación o desnutrición. La pérdida de alimentos pos cosecha debido a malas condiciones de almacenamiento y a sistemas inadecuados de distribución de alimentos también contribuyen al desarrollo de DPE⁸³.

⁸² TORÚN, Benjamín. “*Manejo del niño y niña desnutridos*”. Diplomado a distancia. Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá. Guatemala 1996. P.9.

⁸³ CASANUEVA, y otros. “*Nutriología Médica*”. 2ª. Ed. México: Editorial Médica Panamericana, S.A. de C.V., 2001. P.224.

2.5.3. Clasificación de la desnutrición:

La desnutrición se puede clasificar de acuerdo a su origen, al tiempo de evolución y al grado de afección en el niño.

La desnutrición infantil, usualmente llamada desnutrición proteico-energética (DPE) se puede clasificar de acuerdo a tres parámetros.

A. Factor etiológico en donde la DPE se clasifica en: desnutrición primaria, que resulta de la ingestión inadecuada de alimentos; desnutrición secundaria, cuando es consecuencia de otras enfermedades que se acompañan de una ingestión baja de alimentos, absorción o utilización inadecuada de los nutrientes, o bien por aumento de los requerimientos o pérdidas de los mismos⁸⁴.

La desnutrición primaria cuando es severa comprende 3 síndromes clínicos que requieren atención médica intrahospitalaria:

1. *Marasmo*, este generalmente predomina entre los niños de 6 a 18 meses de edad, y es resultado de una ingesta deficiente y crónica de calorías. Se caracteriza por marcada emaciación muscular y la reducción extrema de grasa subcutánea, dan al paciente con DPE severa un aspecto de “hueso y piel”, la reducción en la talla puede llegar a ser severa; el cabello tiende a ser seco, delgado sin brillo y algunas veces escaso; la piel es seca, delgada con poca elasticidad y se arruga fácilmente. Su estado anímico es generalmente irritable, con tristeza y ansiedad. Los niños adquieren el aspecto de “viejito” o mono⁸⁵.
2. *Kwashiorkor*, es también consecuencia de una deficiencia de energía y micronutrientes, a la que se suma una ingestión inadecuada de proteínas. Se presenta con mayor frecuencia en lactantes mayores o niños preescolares. La característica clínica más sobresaliente es el edema, que inicia en miembros inferiores, y cuando llega a rostro le causa al niño un aspecto con “cara de luna llena”, también se observan lesiones en piel, cambios en la coloración del cabello, apatía y anorexia⁸⁶.

⁸⁴ *Ibidem*.

⁸⁵ BEHRMAN, Richard E. Tratado de Pediatría de Nelson. 14ª. Ed. Volumen I. Madrid: Interamericana. McGraw-Hill. 1992. P. 155.

⁸⁶ *Ibidem*.

3. *Kwashiorkor marasmático*, esta forma de DPE severa es una combinación de los dos síndromes anteriores, se presenta con el edema clásico del Kwashiorkor, acompañado de la emaciación muscular y reducción de grasa subcutánea del marasmo⁸⁷.

B. La intensidad de la DPE, en base al grado de afección en el organismo del niño, los indicadores más prácticos para diagnosticar la DPE en etapas tempranas, son la pérdida de peso y disminución en la velocidad de crecimiento. Las mejores evaluaciones se basan en:

- Medición de peso y talla, como indicador del estado nutricional actual.
- Medición de la talla, para calcular la talla para edad, como un índice de historia nutricional del paciente.

En base a los indicadores antropométricos y de acuerdo a su intensidad, la desnutrición tanto actual como pasada, se puede clasificar en:

Tabla No.17.
Clasificación de la Desnutrición.

	Normal	Leve	Moderada	Severa
Peso para talla (déficit=emaciación)	91-110%	81-90%	76-80%	Menor del 76%
Talla para edad (déficit=retraso en el crecimiento)	96%	91-95%	86-90%	Menor de 86% ⁸⁸

C. En base al tiempo de evolución, este aspecto para clasificar la desnutrición toma en cuenta la combinación de los parámetros de talla, peso y edad; así se habla de *Desnutrición aguda* cuando el peso para la estatura es bajo, y la talla para la edad es normal. *Desnutrición crónica*, cuando la estatura es baja para la edad, y peso para la estatura

⁸⁷ TORÚN, Benjamín. "Manejo del niño y niña desnutridos". Diplomado a distancia. Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá. P.42.

⁸⁸ *Ibidem*, p.38.

normal. *Desnutrición crónica agudizada, o global;* cuando el peso para la estatura es bajo acompañada de estatura para la edad baja”.⁸⁹

2.5.4. *Efectos de la desnutrición.*

Los efectos de la desnutrición se pueden ver a corto plazo en donde se relaciona directamente con problemas infecciosos frecuentes en estos niños, así como una alta mortalidad infantil. En tanto que a largo plazo, los efectos repercuten no solo sobre el niño, futuro adulto, sino sobre la economía de toda la comunidad, la que tiene un futuro incierto en donde hombres y mujeres con educación limitada en su infancia entre otros factores por la fatiga causada por la desnutrición.

2.5.5. *Síntesis sobre la desnutrición.*

Hablar de desnutrición infantil, es hablar de un problema de salud real en nuestro país, con innumerables implicaciones sociales, sus causas se relacionan con problemas de desnutrición materna, que continuando el ciclo vicioso de la desnutrición, se perpetua en niños y hombres y mujeres futuros padres, desnutridos. Sin embargo, este círculo se puede romper de acuerdo a las acciones e intervenciones en el momento adecuado para poder cambiar esta tan trágica historia, en una historia con mejor final para los niños y mejor futuro para el país.

2.6. Costumbres y tradiciones de las madres del área mam que influyen en la nutrición y el desarrollo infantil.

El conjunto de prácticas y creencias en la alimentación del niño desde su nacimiento, son factores que influyen de forma directa sobre la nutrición de éste. Para conocer con más detalle este punto, se toma en cuenta el aporte y la opinión de una líder comunitaria, en relación a los aspectos de salud materno-infantil (comadrona) del área mam; se habló con doña Natividad Vásquez, quien lleva aproximadamente 15 años ejerciendo este oficio, el que heredó de su madre, quien también se dedica a esta noble labor de ayudar a dar vida.

Al preguntarle a doña Naty (como le dicen las mujeres del pueblo), doña Natividad cuando una mujer está embarazada, ¿tiene algún tipo de alimentación especial?⁹⁰

⁸⁹ CASANUEVA, Esther y otros. “*Nutriología Médica*”. 2ª. Ed. México: Editorial Médica Panamericana, S.A. de C.V. 2001. P.225.

R/ “es la misma que el resto de la familia, y en muchas ocasiones, incluso más deficiente, debido a que como ellas presentan nauseas no quieren comer, lo mismo que comen los demás”⁹¹.

¿Toman la embarazadas multivitaminas en el embarazo?

R/ contestó casi riendo, “y de dónde van a sacar para comprar sus vitaminas, si en el puesto de salud a donde van a consulta no les dan, cuando tienen, lo único que les proporcionan son unas cuantas pastillas de ácido fólico; y, si hay, algunas de sulfato ferroso; pero no una pastilla para cada día, no, una pastilla por semana, imagínese usted qué bien les van hacer estas dos pastillitas a las pobres mujeres que no sólo no comen, sino que continúan trabajando, tanto en la casa como en el campo”⁹².

¿Doña Naty, y a las cuantas horas de que nace él bebe, empieza a mamar?

R/“esta se inicia casi de forma inmediata al nacer del bebé, ya que como la mayoría de mujeres se “alivian”⁹³ en su casa, el recién nacido es colocado junto a su mamá en la misma cama, lo que hace que el niño tome rápido el pecho; además, aclara, esto es lo correcto, ya que es lo que nos han enseñado en las capacitaciones a las que hemos asistido”⁹⁴.

¿Y por cuanto tiempo es alimentado solo con pecho el bebe, sin darle ningún otro alimento; y cuando le empiezan a dar de comer, que es lo primero que les dan?

R/ “La mayoría de mujeres les empiezan a dar de comer a sus niños a los 5 ó 6 meses, y generalmente lo primero que les dan, es tamalito o pan remojado en café; luego, más grandecitos, como a los 8 meses, ya casi que les dan de comer de todo lo que come la familia, porque figúrese usted que la mujer se va a trabajar al campo, no va a llevar comida especial para el niño, entonces le va dando poquitos de lo que ellos comen”⁹⁵.

⁹⁰ VÁSQUEZ, Natividad. Miembro de la Asociación de Comadronas Comunitarias de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango. Entrevista personal. San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango, viernes 6 de mayo, 2011.

⁹¹ Respuesta de doña Natividad Vásquez, a las preguntas de la entrevista.

⁹² *Ibidem*.

⁹³ Aliviar; es la forma en que las mujeres indígenas mam, se refieren a la resolución del parto.

⁹⁴ Respuesta de doña Natividad Vásquez, a las preguntas de la entrevista.

⁹⁵ *Ibidem*.

¿Generalmente hasta qué edad maman los niños?

R/“ Mire seño, aquí lo que he visto es que las mujeres aun dando de mamar, resultan embarazadas antes de que el niño cumpla 2 años; por lo mismo los niños no maman, en su mayoría, más de 1 año a 1 año y medio”⁹⁶.

¿Y a los niños que ya no maman pero que aún no van a la escuela, comen lo mismo que el resto de la familia, o les dan leche o algún otro alimento especial aparte de la comida?

R/ “Como la mamá, cuando el niño tiene 2 o 3 años, ya tiene otro niño más pequeño, por lo que el más grandecito come lo que comen todos los de la casa, se sienta cuando se sientan ellos y come lo que “haya”, se le dan sus tres tiempos de comida, y no se acostumbra refaccionar por la mañana o por la tarde, pero siempre se les ofrece alguna fruta, y a algunos las mamas les compran golosinas cuando los traen al mercado. El consumo de leche en estos niños es casi nulo, ya que no alcanza para comprarles leche, entonces se “ayudan” con el atol, que puede ser de masa, (el más frecuente) o bien mosh o Incaparina”⁹⁷.

Por último se trató de saber sobre la alimentación del niño en edad escolar, doña Naty muy amablemente nos ofreció un vaso de atol de masa, mientras terminaba de contestar que:

R/ “Los niños que van a la escuela comen lo que haya en la casa para el desayuno, algunos sólo toman café o atol con pan; luego, no es acostumbra enviarles refacción a la escuela, sino se les dan 1 ó 2 quetzales, con lo que compran lo que pueden a la hora del recreo; generalmente es un embolsado o bien un helado y un chicharrín (una fritura de harina). En algunas escuelas les dan refacción un vaso de atol y un pan, cuando hay, pero en otras no les dan nada, por lo que los niños tienen que ver que comen en el recreo. En el almuerzo comen lo que hay en la casa, como usted sabe, aquí se comen muchas hierbas, papas, fideos, frijol, arroz; y cuando se puede, los días jueves o domingo, se come carne y verduras. Al igual la fruta, ya que estos son los días que bajamos al mercado. Generalmente en la tarde los niños tienen que ayudar a la familia bien sea a buscar leña o a pastorear, pues ya no refaccionan. Ahora los del pueblo sí comen a media tarde, pero por lo general son bolsitas de golosinas las que comen”⁹⁸.

⁹⁶ Ibídem.

⁹⁷ Ibídem.

⁹⁸ Ibídem.

¿Doña Naty y el consumo de leche en la familia es frecuente?

R/“Casi no se toma leche seño, no alcanza para darles a muchos niños, poca es la gente que toma leche y no todos los días, uno o dos días a la semana pasa el lechero entregando leche de vaca, y generalmente es para el papá que es el que necesita fuerza para trabajar, a los niños se les va dando su atolito, que también les da fuerza y los ayuda a crecer. El queso es otra cosa que se come muy poco los niños no están acostumbrados a comerlo, pues no es una comida propia de nuestra gente, a los niños casi no les gusta”⁹⁹.

De esta forma se terminó la plática con doña Natividad, quien aportó información valiosa sobre las costumbres alimenticias del pueblo mam.

2.6.1. Síntesis sobre las costumbres y tradiciones de las mujeres del área mam en la alimentación de sus niños.

Los datos obtenidos sobre las costumbres nutricionales de los niños del área mam, tanto de la II encuesta realizada a las propias madres de los niños atendidos en el proyecto Sebastiana, como los datos que fueron proporcionados por una comadrona de esta área, evidencian muchas deficiencias: así por ejemplo se evidencia el hecho de que las mujeres, en su mayoría, no reciben aportes vitamínicos extras durante el embarazo, que el periodo intergenésico, entre los niños, es generalmente menor de 2 años y medio, lo que lleva a la mujer a presentar déficit nutricional durante el embarazo, con la consecuencia de dar a luz a un bebé generalmente de bajo peso al nacer. En cuanto a la lactancia materna, es exclusiva hasta los 6 meses, y debido a lo prematuro del nuevo embarazo, los niños generalmente no son amamantados por más de 1 año a 1 año y medio. La alimentación complementaria inicia el cuadro de un proceso alimenticio deficiente, ya que, generalmente, el primer alimento que se ofrece a los niños es una especie de sopa de pan y café, hecho que va en contra de lo que promueven los nutriólogos, quienes mantienen que lo más indicado es iniciar la alimentación complementaria con alimentos de alto valor nutricional preparados en forma de papilla, y no de sopa, que únicamente llena el estómago del niño sin nutrirlo.

Se determinó que por cultura, el consumo tanto de verduras como de derivados de la leche, es casi nulo en la alimentación de la familia, contrario a lo que promueve la olla nutricional en donde se indica que las verduras deberán comerse a diario, al igual que los derivados lácteos; sobre todo en los niños en etapa de crecimiento. En esta área, las verduras y los

⁹⁹ Ibídem.

lácteos se consumen unos dos días a la semana, limitando con esto el aporte de vitaminas y minerales a los niños. Otro hecho que hay que resaltar es, que los niños tanto en edad pre escolar como escolar, únicamente reciben 3 tiempos de comida, y no cinco como recomiendan los nutriólogos, esto influye indudablemente en su crecimiento; y si a esto se agrega el alto consumo de carbohidratos, que generalmente son la alimentación diaria, se puede concluir que realmente la nutrición de los niños del área estudiada es deficiente, básicamente por costumbres alimenticias erróneas practicadas de generación en generación por las madres de familia.

2.7. Programas Nacionales de salud materno infantil

En Guatemala, la salud materno infantil se ha tomado en una preocupación constante para el Ministerio de Salud, por lo que en los últimos años ha desarrollado varios programas encaminados a disminuir la morbi mortalidad de estos dos grupos poblacionales. Para conocer estos programas se investigó en los Centros de Salud y Puestos de Salud, y se entrevistó al Dr. Mario Calderón¹⁰⁰, Coordinador del Programa de Salud Reproductiva de la Dirección de Salud de Quetzaltenango. A continuación se describen estos programas, sus principales acciones y el grupo poblacional al que va encaminado.

1. *Inmunizaciones*: este esquema cubre enfermedades frecuentes en la niñez:
 - a. BCG, cubre a los niños contra la tuberculosis y la meningitis tuberculosa.
 - b. Pentavalente, cubre contra el tétanos, difteria, tos ferina, hepatitis “B” y la influenza. Su refuerzo es la DPT que se administra a los 18 meses y 4 años, y que cubre contra la difteria, tétanos y tos ferina.
 - c. Poliomielitis, que como su nombre lo indica, cubre contra este mal degenerativo en la niñez, con severas secuelas para este el resto de su vida.
 - d. SPR, que cubre contra el sarampión, rubiola y paperas.
 - e. Rotatix, que es la de más reciente incorporación en el esquema de vacunación nacional, y que cubre contra el rotavirus.

¹⁰⁰ CALDERON, Mario. Coordinador del Programa de Salud Reproductiva, del Área de Salud de Quetzaltenango. Entrevista personal. Quetzaltenango, 7 de octubre, 2011.

Todas las anteriores se administran a niños menores de 5 años; sin embargo, las inmunizaciones también se aplican a todas las mujeres en edad fértil (de 12 a 50 años) y mujeres embarazadas; básicamente, la vacuna que se aplica a este grupo atareo es la que previene el tétanos neonatal, TDA, y se aplica en tres dosis vía sub cutánea.

2. *Programa de nutrición infantil*, que básicamente es la detección de niños en estado de desnutrición, en los diferentes servicios de salud; mismos que son monitoreados cada mes y se les administra un suplemento vitamínico rico en ácido fólico y sulfato ferroso (Chispas nutricionales). Cuando el niño se encuentra en estado de desnutrición severo, es monitoreado a cada quince días.
3. *Suplementación nutricional a mujeres embarazada*, ésta se basa en la administración de ácido fólico, 5 miligramos por semana, a mujeres en estado de gestación; mismo que se acompaña de 300 miligramos semanales de sulfato ferroso.
4. *Programa de salud reproductiva*, este programa es el responsable del control pre natal, monitoreo del embarazo, control post parto, planificación familiar, vigilancia epidemiológica y capacitaciones y asesoramiento a grupos focales de la población en aspectos relacionados a estos temas.
5. *Educación sexual y reproductiva a adolescentes.*
6. *Control y tratamiento de enfermedades crónicas y degenerativas* (diabetes e hipertensión).
7. *Programa de monitoreo y tratamiento de vectores*, que es el responsable de monitorear enfermedades transmitidas por vectores, como es el caso del dengue y la malaria.
8. *Programa de control y tratamiento de la Tuberculosis.*
9. *Programa de control de la Rabia.*
10. *Programa de HIV e Infecciones de transmisión sexual*, que es el responsable de realizar tamizaje, referencia y tratamiento de estas enfermedades.
11. Programa de control de enfermedades prevalentes en la infancia, básicamente los problemas respiratorios y diarreicos, que son las causas más frecuentes de muerte en niños.

12. Programa de salud mental.
13. Programa de salud bucodental.
14. Vigilancia Epidemiológica.

Es importante resaltar que todos estos programas se acompañan de educación y promoción en grupos focales de las comunidades.

2.7.1. Síntesis sobre programas de salud Materno Infantil.

Esta investigación permite conocer las prácticas institucionales que desarrolla el Ministerio de Salud de Guatemala, y que pueden ayudar a mejorar el plan de acción de FUNDAP Salud. Es importante mencionar que muchas de estas acciones ya las lleva a cabo el programa de Salud de FUNDAP y, que algunos de ellos se han mejorado; tal es el caso de la atención a mujeres gestantes, a quienes, además de administrarles suplemento con ácido fólico, se les administra vitaminas pre natales, tanto durante la gestación como durante 6 meses después del parto. Así como el programa de atención a niños desnutridos acción que es descrita ampliamente en este estudio.

2.8. Resumen de hallazgos del Marco Teórico

La revisión bibliográfica nos ha provisto información acerca de la madre, del niño y de las diversas condiciones que permitan salir de la desnutrición infantil.

Por tanto, estamos ahora en condiciones de responder a la pregunta de investigación: ¿Cómo mejorar efectivamente la condición nutricional de los niños atendidos en el proyecto Sebastiana?

Es hora de presentar una propuesta susceptible de responder a la situación.

2.9. Propuesta didáctica para la enseñanza de fundamentos en autoestima y nutrición para las madres de los niños desnutridos del Proyecto Sebastiana de FUNDAP en San Juan Ostuncalco

Con el objetivo de presentar una alternativa de formación específica en *autoestima y nutrición* para las madres de los niños desnutridos del Proyecto Sebastiana, en San Juan Ostuncalco, se presenta una propuesta didáctica de acuerdo a la idiosincrasia del pueblo

mam. Con una duración no menor de 3 meses; y una sumatoria en actividades didácticas, no menor a 10 horas reales.

2.9.1. El porqué de una formación en autoestima y nutrición.

Debido a que la madre es el eje transversal a través del cual gira la salud de la familia y, que cuestiones culturales como las creencias sobre la nutrición de los niños en el primer año de vida, así como situaciones puramente sociales, como lo es la autoestima en la madre, la que generalmente es muy baja; las labores familiares que involucran a la madre en actividades fuera de la casa, como la agricultura, influyen directamente sobre la salud física y emocional de los niños; se propone esta formación en autoestima y nutrición. Tomando en cuenta el contexto de las mujeres del área mam y en específico, el de las madres de los niños desnutridos del Proyecto Sebastiana de FUNDAP en San Juan Ostuncalco, las que en su mayoría son mujeres indígenas, con poca o ninguna formación escolar, madres de varios niños y en algunos casos, es lamentable, pero también son víctimas de abuso tanto físico como psicológico por parte de su pareja.

Con el propósito de que las madres de estos niños desnutridos se vean a sí mismas como seres valiosos y maravillosos de la creación de Dios, privilegiadas con el regalo de ser madres, que valoren a sus hijos como ángeles que Dios puso a su cuidado, se pretende trabajar a nivel emocional con las madres de familia, fortaleciendo en ellas autoestima y asertividad para que el trato hacia sus hijos sea diferente y, en consecuencia, colaboren con su sano crecimiento. Siendo la autoestima el sentimiento valorativo de nuestro ser, se considera que al elevarse ésta en las señoras asistentes, influirán de manera positiva en su círculo familiar; de igual forma, al propiciar asertividad en sus respuestas, el trato para sus hijos será diferente.

La formación también comprende un módulo en nutrición, el que se desarrolla como actividades didácticas y prácticas a través de talleres, en los que se les enseña a preparar, de diferentes formas, productos de alto valor nutritivo y de fácil accesibilidad debido a su costo económico.

2.9.2. Perfil de los participantes (madres de los niños desnutridos).

Las participantes en el plan didáctico de formación en autoestima, son las madres de los niños desnutridos del Proyecto Sebastiana, que son mujeres del área mam, entre las edades de 20 a 45 años de edad.

Son personas de bajos recursos económicos, provenientes y pertenecientes a familias, en su mayoría agricultoras; una buena parte de las madres trabaja, quizá muchas veces sin remuneración económica ya que se envuelven en el quehacer económico de su cónyuge o como empleadas domésticas a medio tiempo (lavanderas o tortilleras) con el fin de contribuir a la generación de ingresos para su familia. Debido a situaciones de idiosincrasia del pueblo mam, generalmente sus prácticas nutricionales en niños menores de un año, son inadecuadas, lo que se refleja en el estado nutricional de sus niños.

Estas madres tienen en común que sus niños insertos en el proyecto, están sufriendo algún grado de desnutrición y que ellas tienen la preocupación de mejorar el estado nutricional de sus niños, y de alguna forma el de toda la familia.

2.9.3. Perfil de los facilitadores.

Las charlas sobre autoestima serán desarrolladas por una Licenciada en Psicología.

Las charlas de nutrición estarán a cargo de una Nutrióloga, así como de la médica a cargo del proyecto.

El taller productivo será desarrollado por personal de Alimentos S.A.

2.9.4. Elementos básicos de la propuesta didáctica.

El plan de formación didáctica, propone una serie de actividades que las madres y las facilitadoras deben desarrollar para hacer uso adecuado de los contenidos y saberes. Se busca mejorar, en las participantes, su nivel de autoestima y asertividad, así como sus conocimientos en nutrición. Para llegar a este fin se proponen las siguientes actividades:

- Diagnóstico.
- Diálogos, con expresión de la realidad del medio local.
- Diálogos sobre la realidad social actual y las perspectivas de futuro para los niños.
- Puesta en común.
- Terapia del abrazo.
- Conferencias con un enfoque lúdico.

- Talleres expositivos por parte de las madres de los niños.
- Taller práctico en nutrición.

2.9.5. Metodología.

La formación didáctica se basa en una metodología andragógica orientativa y práctica, dando oportunidad de participación a las asistentes para que descubran y construyan su propio aprendizaje, en la búsqueda de un cambio conductual con respecto al cuidado y relación con sus hijos. Todo esto, basado en el contexto cultural de las participantes, y que las encamine al enfoque de desarrollo de competencias personales, bases de una buena convivencia, tanto familiar como social.

Se trabajarán tres tipos de competencias en el desarrollo de la actividad:

- *Competencias Cognoscitivas:* (declarativos) que se refieren a los conocimientos y prácticas que son transmitidos por los facilitadores al grupo de madres.
- *Competencias Psicomotrices:*(procedimentales) en el que se trabajan las habilidades físicas, perceptivas y de comunicación no verbal del grupo.
- *Competencias Afectivas:* (actitudinales), que se enfocan en la capacidad del grupo para recibir, valorizar, responder y poner en práctica en su medio, los conocimientos y prácticas transmitidas.

2.9.6. Evaluación.

Esta comprende tres etapas, *la inicial*, en la que, mediante una encuesta, se determinarán costumbres y creencias de las madres del área mam, en relación a la alimentación de los niños menores de un año. También, mediante una actividad lúdica, se tratará de determinar el nivel de autoestima de las participantes.

La evaluación en la *etapa formativa*, en la que se evalúan, mediante pruebas lúdicas, el nivel de comprensión de las participantes en las diferentes actividades realizadas durante las exposiciones; conocimientos que luego se espera que apliquen en sus vidas.

Por último, la *etapa sumativa*, en la cual se volverá a aplicar la encuesta con los temas evaluados al inicio, para determinar nivel de aceptación de los nuevos conocimientos adquiridos en aspectos de nutrición, en cuanto a la valoración del nivel de autoestima y

asertividad en las relaciones, se evaluará de una forma subjetiva en las siguientes reuniones del grupo de madres de los niños atendidos en el proyecto.

2.9.7. Objetivo General:

Concientizar a las madres de familia sobre los beneficios de brindar un cuidado adecuado a sus hijos, tanto a nivel físico como a nivel emocional.

2.9.8. Objetivos Específicos:

1. Que las madres de los niños insertos en el proyecto, mejoren su autoestima, así como la asertividad en el trato con ellos.
2. Propiciar, a través de la capacitación, una mejor relación, basada en el afecto entre madres e hijos.
3. Que al mejorar la autoestima de las madres, indirectamente se vea mejorada la condición nutricional de los niños.
4. Que mediante un taller práctico culinario, las madres conozcan el valor nutricional de algunos alimentos disponibles en el medio y de buena aceptación.
5. Que se familiaricen con las diferentes formas de preparación de la Incaparina y el Protemás.

2.9.9. Contenidos.

- Autoestima
- Higiene personal y familiar.
- Equilibrio emocional.
- Higiene en los alimentos.
- Asertividad.
- Alimentación del niño menor de 1 año.
- Importancia de una buena relación familiar, padres e hijos.
- Desnutrición e infecciones.

- Madre base del desarrollo infantil.

2.9.10. Actividades.

- Diagnóstico de conocimientos en nutrición en el primer año de vida.
- Evaluación de autoestima.
- Conferencias o disertación de contenidos en clases presenciales.
- Trabajos en grupos (aprendizaje cooperativo).
- Puesta en común.
- Actividades lúdicas adaptadas a cada tema.
- Visitas domiciliarias.
- Taller culinario demostrativo y degustativo sobre la Incaparina y el Protemás.

2.9.11. Recursos.

Por el carácter de la capacitación y el tipo de grupo de trabajo, los recursos a utilizar son:

- Equipo multimedia.
- Pliegos de papel.
- Marcadores.
- Papel construcción.
- Juegos educativos.
- Cocina equipada.
- Utensilios de cocina.
- Alimentos a preparar.

2.9.12. Programación

A continuación se presenta la programación para el desarrollo de la temática.

Primera Sesión.

HORARIO	CONTENIDOS	OBJETIVO	ACTIVIDAD	RECURSOS	METODOLOGIA	EVALUACIÓN
8:00 a 10:00 horas	<p>Autoestima</p> <p>La autoestima se considera como el sentimiento valorativo de nuestro ser y nuestras circunstancias.</p>	<p>Que las participantes conozcan la importancia de la autoestima en la individualidad e irrepetibilidad de cada ser humano.</p> <p>Que las participantes se concienticen sobre su capacidad de auto amarse, de amar lo que tienen y lo que hacen.</p> <p>Que las participantes comprendan su capacidad de trazarse metas y la importancia de luchar por lograrlas.</p>	<p>Charla profesional.</p> <p>Dinámica "Tu árbol", cada asistente dibujará un árbol en el que describirá sus habilidades, fuerzas, triunfos y éxitos.</p> <p>Terapia del abrazo.</p>	<p>Pliegos de papel.</p> <p>Marcadores.</p> <p>Masking tape.</p> <p><i>Autoestima</i>, clave del éxito personal. RODRIGUEZ, Mauro. "Serie capacitación integral". Segunda edición.</p> <p>Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. México, D.F.1987.</p>	<p>Andragógica práctica.</p> <p>Producción personal de las asistentes.</p>	<p>Atención a explicaciones.</p> <p>Utilización de la información en su producción personal.</p>
10:00 a 11:00 horas	<p>Olla Familiar</p> <p>Es un instrumento pedagógico creado por el INCAP¹⁰¹ que señala los principales alimentos que se deben incluir en una alimentación sana.</p>	<p>Que las asistentes conozcan los alimentos que constituyen la base de una buena nutrición.</p> <p>Explicar a las asistentes los "Siete pasos para una alimentación sana"</p>	<p>Charla profesional.</p> <p>Lluvia de ideas.</p> <p>Dinámica en grupos para reafirmar los conocimientos de la charla profesional.</p>	<p>Manta vinílica de Olla familiar.</p> <p>Papelógrafo.</p> <p>Marcadores.</p> <p><i>INCAPOPS</i>¹⁰² "CADENA, Contenidos Actualizados De Nutrición y Alimentación". 2da. Edición. Modulo I, Guía número 2. Guatemala. 2004.</p>	<p>Andragógica práctica.</p> <p>Trabajo en grupo.</p>	<p>Capacidad de trabajo en equipo.</p> <p>Liderazgo.</p> <p>Análisis.</p> <p>Aportación</p> <p>Creatividad.</p>

¹⁰¹ INCAP, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.

¹⁰² OPS, Organización Para la Salud.

Segunda Sesión

HORARIO	CONTENIDOS	OBJETIVO	ACTIVIDAD	RECURSOS	METODOLOGIA	EVALUACIÓN
8:00 a 10:00 horas	<p>Equilibrio Emocional</p> <p>El equilibrio emocional puede entenderse como la capacidad del ser humano de brindar respuestas emocionales adecuadas hacia el entorno que lo rodea.</p>	<p>Que las participantes sean capaces de diferenciar los sentimientos que experimenta el ser humano.</p> <p>Que las participantes determinen la importancia de reconocer sus sentimientos y la capacidad de manejarlos.</p> <p>Que las madres se reconozcan como modelo de control de las emociones para los hijos.</p>	<p>Charla profesional.</p> <p>Socio drama sobre diferentes reacciones maternas ante conductas de sus hijos.</p>	<p><i>Enciclopedia de la Psicología</i>. Editorial Océano. España 2006. Volumen 2.</p> <p>VIDALES, Ismael. "Psicología General". 21ª ed. México: Editorial Limusa. 2002.</p>	<p>Andragógica práctica.</p> <p>Trabajo en grupo.</p> <p>Terapia del abrazo.</p>	<p>Capacidad de trabajo en equipo.</p> <p>Creatividad.</p>
10:00 a 11:00 horas.	<p>Higiene en la manipulación de los alimentos.</p> <p>La higiene es la base de la salud y de la prevención de enfermedades.</p>	<p>Explicar a las participantes la importancia de la higiene en la manipulación de los alimentos.</p> <p>Que las participantes comprendan los efectos negativos para la salud de la familia, que trae la falta de higiene en la preparación de los alimentos.</p>	<p>Demostración de formas higiénicas de manipular los alimentos.</p> <p>Presentación sobre enfermedades que puede causar la falta de higiene en la manipulación y preparación de los alimentos.</p>	<p>Vegetales, palanganas con agua, tolla.</p> <p>Equipo multimedia.</p> <p>INCAP. "CADENA, Contenidos Actualizados De Nutrición y Alimentación". 2da. Edición. Módulo II, Guía número 14. Guatemala. 2004.</p>	<p>Andragógica práctica.</p> <p>Presentación en Power Point</p> <p>"Enfermedades Gastrointestinales".</p>	<p>Disciplina.</p> <p>Aportaciones personales.</p> <p>Participación.</p>

Tercera Sesión

HORARIO	CONTENIDOS	OBJETIVO	ACTIVIDAD	RECURSOS	METODOLOGIA	EVALUACIÓN
8:00 a 10:00 horas	<p>Asertividad</p> <p>La asertividad es una forma de respuesta que las personas utilizamos y que determina en gran manera el éxito o fracaso en la vida.</p>	<p>Que las participantes reconozcan los derechos asertivos de todo ser humano.</p> <p>Que las participantes reconozcan la importancia de responder de forma asertiva ante las diferentes situaciones de la vida diaria, para evitar la egresión o el sometimiento ante otras personas.</p> <p>Que las participantes relacionen la asertividad como un factor decisivo en la conservación y el aumento de la autoestima.</p>	<p>Charla profesional.</p> <p>Dinámica "El disco roto", en donde las asistentes practicarán la asertividad.</p>	<p><i>GRUPO OCEANO. "Enciclopedia de la Psicología". Volumen 2. Editorial Océano. España 2006.</i></p> <p><i>GRUPO OCEANO. "Biblioteca práctica de Comunicación. Autodominio". Editorial Océano. España 2007.</i></p>	<p>Andragógica práctica.</p> <p>Dinámica de aprendizaje en parejas.</p>	<p>Utilización de la información en su producción personal.</p> <p>Capacidad de trabajo en equipo.</p> <p>Creatividad.</p>
10:00 a 11:00 horas	<p>Alimentación en diferentes ciclos de la vida.</p> <p>La alimentación adecuada es la base de una buena nutrición, y los requerimientos son diferentes en cada edad de la vida.</p>	<p>Que las participantes identifiquen los alimentos adecuados para consumir en diferentes edades de la vida.</p> <p>Hacer énfasis en los alimentos más importantes en la nutrición de la mujer embarazada, el niño menor de un año y el pre escolar.</p>	<p>Dinámica "Los visitantes", en donde las asistentes deben poner en práctica los siete pasos de una buena nutrición, en personas en diferentes etapas del ciclo vital; siempre cuidando la higiene.</p>	<p>Diferentes alimentos ya preparados.</p> <p><i>INCAP. "CADENA, Contenidos Actualizados De Nutrición y Alimentación". 2da. Edición. Módulo II, Guías número 22 y 23. Guatemala. 2004.</i></p>	<p>Andragógica práctica.</p> <p>Trabajo en grupos.</p>	<p>Capacidad de trabajo en equipo.</p> <p>Liderazgo.</p> <p>Utilización de conocimientos previos en la producción del grupo.</p> <p>Creatividad.</p>

Cuarta Sesión

HORARIO	CONTENIDOS	OBJETIVO	ACTIVIDAD	RECURSOS	METODOLOGIA	EVALUACIÓN
8:00 a 10:00 horas	<p>Relaciones Familiares efectivas.</p> <p>Es bien sabido que la primera escuela para los niños es la familia, los padres son los principales formadores y maestros de sus hijos, de manera tal que será en esta pequeña sociedad que se forme o deforme al infante.</p>	<p>Que las participantes reconozcan la importancia de las buenas relaciones familiares (padres e hijos) para el buen y sano desarrollo de la personalidad de los niños.</p>	<p>Charle profesional.</p> <p>Dinámica “La torre de blocks”, en la que las participantes describirán por pates las características de su familia.</p>	<p><i>CORTEZ, María Amparo. “La familia agente educativo”. 2da. Edición. Tomo I. Colombia 1994.</i></p> <p><i>JUAN PABLO II. “La familia hoy”. (Familiaris Consortio). Guatemala, 1996.</i></p>	<p>Andragógica práctica.</p> <p>Dinámica de aprendizaje.</p>	<p>Aportación personal.</p> <p>Compresión de la temática.</p>
10:00 a 11:00 horas.	<p>Síndrome diarreico en niños.</p> <p>A nivel nacional la diarrea es una de las principales causas de mortalidad infantil.</p>	<p>Que las participantes reconozcan las principales causas de diarrea en niños.</p> <p>Que las participantes preparen suero oral.</p>	<p>Presentación sobre las causas de diarrea y sus complicaciones.</p> <p>Taller sobre preparación de suero oral casero, en grupos.</p>	<p>Equipo multimedia.</p> <p>Presentación en PowerPoint.</p> <p>Agua purificada, sal, azúcar, jugo de naranja.</p> <p>Utensilios de cocina.</p>	<p>Andragógica práctica.</p> <p>Taller en grupo.</p>	<p>Disciplina.</p> <p>Capacidad de trabajo en equipo.</p> <p>Participación.</p>

Quinta Sesión

HORARIO	CONTENIDOS	OBJETIVO	ACTIVIDAD	RECURSOS	METODOLOGIA	EVALUACIÓN
8:00 a 10:00 horas	<p>Importancia de la madre en el desarrollo de los niños.</p> <p>La madre es considerada el pilar del desarrollo no solo físico sino también psicológico de sus hijos, y base de la vida futura en ellos.</p>	<p>Que las participantes se concienticen sobre la importancia de ellas en el desarrollo de sus hijos.</p> <p>Que las participantes conozcan las etapas de la infancia.</p>	<p>Charla profesional.</p> <p>Lluvia de ideas.</p> <p>Video motivacional.</p>	<p><i>GRUPO OCÉANO. "Psicología General".</i></p> <p>Editorial Océano.</p> <p>España, 2001.</p>	<p>Andragógica práctica.</p> <p>Técnica de grupos.</p>	<p>Capacidad de trabajo en equipo.</p> <p>Análisis.</p> <p>Aportaciones.</p>
10:00 a 11:00 horas.	<p>Enfermedades respiratorias en niños.</p> <p>Las enfermedades respiratorias constituyen una de las principales causas de morbi mortalidad infantil en nuestro país.</p>	<p>Que las participantes conozcan las diferentes enfermedades respiratorias que afectan a nuestros niños.</p> <p>Que las participantes identifiquen signos de peligro en niños con enfermedades respiratorias.</p>	<p>Charla profesional.</p> <p>Lluvia de ideas.</p> <p>Resolución de casos clínicos en grupos.</p>	<p>Equipo multimedia.</p> <p>Presentación PowerPoint.</p> <p>Casos clínicos de supuestos niños con problemas respiratorios.</p>	<p>Andragógica práctica.</p> <p>Aportación personal.</p> <p>Técnica de grupos.</p>	<p>Aportación personal.</p> <p>Capacidad de análisis.</p> <p>Creatividad.</p> <p>Capacidad de trabajar en equipo.</p>

Sexta Sesión

HORARIO	CONTENIDOS	OBJETIVO	ACTIVIDAD	RECURSOS	METODOLOGIA	EVALUACIÓN
8:00 a 12:00 horas	<p>Formas de preparación de la Incaparina y el Protemás.</p> <p>Alimentos de fácil adquisición y alto valor nutricional a bajo costo.</p>	<p>Que las participantes conozcan diferentes formas de preparar correctamente la Incaparina y el Protemás.</p> <p>Que las participantes se informen acerca del valor nutricional de la Incaparina y el Protemás</p> <p>Que las participantes se sientan seguras de preparar estos alimentos de alto valor nutricional para consumo de la familia.</p> <p>Que las participantes degusten diferentes recetas a base de Incaparina y Protemás.</p>	Taller de preparación de Incaparina y Protemás.	<p>Recetario de Incaparina.</p> <p>Recetario de Protemás.</p> <p>Vegetales.</p> <p>Utensilios de cocina.</p>	<p>Taller de preparación de alimentos.</p> <p>Degustación de diferentes recetas a base de Incaparina y Protemás.</p>	<p>Disciplina.</p> <p>Capacidad de trabajo en equipo.</p> <p>Participación.</p> <p>Comprensión de la temática.</p>

2.10. Hipótesis

Si se implementa un plan de formación pertinente, con énfasis en aspectos de autoestima y asertividad emocional, dirigido a las madres de los niños desnutridos en el Proyecto Sebastiana de FUNDAP, éstos, de forma indirecta, se verán beneficiados y mejorarán su estado nutricional.

3. TRABAJO DE CAMPO

3.1. Metodología

3.1.1. *Objetivo*

Con el fin de mejorar las curvas nutricionales de los niños atendidos en el Proyecto Sebastiana, FUNDAP, San Juan Ostuncalco, se desarrolló un plan de formación en autoestima y afectividad dirigido a las madres de los niños atendidos en este proyecto, considerando que la desnutrición es un problema de salud con bases en situaciones socio culturales.

3.1.2. *Población*

Para la realización de este estudio se tomó en cuenta a las 24 madres de familia de los 26 niños insertos en el Proyecto Sebastiana, que empezaron en el proyecto en el mes de Febrero; el número de madres no coincide con el número de niños debido a que, dos de ellas tiene, a más de un niño con problemas nutricionales, los cuales están siendo monitoreado en el programa.

3.1.3. *Diseño de la Investigación*

Se trabajó una investigación Experimental Prospectiva. Experimental, porque se incluye en él un nuevo elemento del que luego se valorará su efecto en la población estudiada. Prospectiva, porque luego de cierto tiempo, se evaluaron resultados de la implementación del nuevo elemento.

3.1.4. *Evaluación*

Para la evaluación de este estudio se tomó en cuenta datos de los archivos del Proyecto Sebastiana del año 2009 en donde la población consiste, al igual que en el año 2011, en niños de 6 meses a 5 años de edad, con problemas de desnutrición, todos procedentes del área mam de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango, que iniciaron su proceso de recuperación en el Proyecto Sebastiana, en el mes de febrero de cada año, con monitoreo de sus curvas de talla y peso cada mes, en las instalaciones de la Clínica FUNDAP. En el transcurso del monitoreo, los niños fueron dotados, cada mes, de un frasco de multivitaminas (Myneravit) y cuatro libras de Incaparina; así también fueron desparasitados al inicio del programa y luego a cada tres meses, mientras duró el mismo.

3.1.5. *Criterios de Inclusión*

- Para el estudio, se tomó en cuenta a la totalidad de niños que iniciaron su proceso de recuperación nutricional en el mes de febrero, tanto del año 2009 como del año 2011.
- Se utilizó, para el estudio, registros de evaluación nutricional de los niños atendidos por el Proyecto Sebastiana, FUNDAP, San Juan Ostuncalco; de febrero a junio de los años 2009 y 2011.

3.1.5.1. *Criterios de Exclusión*

- No se incluyen niños que a pesar de recibir el beneficio del monitoreo así como la dotación de aportes materiales y técnicos durante este proceso, no iniciaron en el mes de febrero su monitoreo en el mismo.

3.1.5.2. *Parámetros que se evaluaron para determinar los cambios en las curvas nutricionales de los niños*

1. Niños con ganancia de peso, pero ganancia de talla no significativa: en este parámetro se tomó en cuenta que los niños en condiciones ideales, tanto física como nutricionales, ganan peso de forma variable de acuerdo a la edad; así se sabe que, en condiciones normales y sin ningún tipo de apoyo nutricional, los niños menores de 1 año ganan un promedio de 2 libras por mes, en tanto que del primero al segundo año disminuyen esta ganancia a media libra por mes; y, de los de 2 años hasta los 7 años, la ganancia de peso es de 5 libras al año¹⁰³.

2. Niños con ganancia de talla pero ganancia de peso no significativa: el crecimiento longitudinal de los niños es otro de los parámetros que nos indican que su desarrollo físico se encuentra en límites normales. Los niños menores de 1 año, crecen aproximadamente 2 centímetros cada mes, en tanto que luego de esta edad, el crecimiento se hace lento; y, se toma como parámetro normal que crezca aproximadamente 5 a 7 centímetros por año, hasta llegar a los 10 años¹⁰⁴.

¹⁰³ UNICEF. “*Vigilancia del Crecimiento, indicaciones para comunicadores y comunicadoras*”. [en línea] P. 51. (fecha de consulta 12 noviembre 2011. 18:00 horas). Disponible en página electrónica: http://www.unicef.org/colombia/pdf/nutri3_pg45-54.pdf

¹⁰⁴ *Ibidem*.

3. Niños con aumento de talla y peso: idealmente, en el desarrollo físico normal del niño, se espera que aumente simultáneamente peso y talla de acuerdo a su edad, tomando como referencia parámetros establecidos y avalados por organizaciones internacionales.
4. Niños que no experimentan ganancia de talla o peso: en este parámetro se incluyeron los niños que, por alguna razón, no aumentaron de peso o talla luego de 5 meses de aporte nutricional; pese a no presentar o haber reportado un proceso infeccioso severo, que hubiera podido limitar su crecimiento normal.
5. Niños que durante el estudio sufrieron procesos infecciosos: en este parámetro se incluyó a todo niño que sufrió más de tres procesos infecciosos durante el estudio, o los que sufrieron un sólo periodo infeccioso tan severo que ameritó su hospitalización.
6. Niños que fueron retirados del proyecto: aquí se incluyó a los niños que, pese a que iniciaron el programa en el mes de febrero, se retiraron por diferentes razones antes de que se realizara la evaluación en el periodo estimado (febrero a junio).

3.2. Notas de Campo

3.2.1. Plan de formación en autoestima

Debido a que en los años anteriores en que se ha monitoreado a niños desnutridos en el Proyecto Sebastiana, pese a los aportes materiales y técnicos proporcionados a las madres de estos niños, ellos no mejoraron de forma satisfactoria sus curvas de talla y peso; entonces se tomó la decisión de trabajar, en este año, un plan de formación en Autoestima.

Se implementó un plan de formación pertinente y contextualizado, dirigido a las madres de los niños atendidos en el Proyecto Sebastiana en el año 2011. Este plan comprendió aspectos relacionados a la Autoestima, el Equilibrio Emocional, la Asertividad; las Relaciones familiares efectivas y la importancia de la madre en el desarrollo infantil. Este programa de formación se desarrolló con el apoyo de una Master en Psicología¹⁰⁵; la que trabajó con las madres de los niños en 5 sesiones interactivas de 2 horas cada una, durante los meses de febrero a abril.

Este plan se desarrolló con el objetivo de que las madres mejoraran su autoestima y otros aspectos relevantes de su afectividad que influyen en la crianza infantil, ya que se considera

¹⁰⁵ MATTA, Caludia. Responsable del plan de formación en autoestima. Master en Psicología y docente de la Universidad Rafael Landívar en Quetzaltenango.

a la desnutrición infantil un problema de salud con fuertes bases socio culturales, en donde el niño es el más afectado, debido a que depende de terceros para su cuidado y desarrollo.

El plan de formación en autoestima se desarrolló conjuntamente con un plan de formación en aspectos básicos de salud y nutrición infantil y familiar, haciendo énfasis en la nutrición durante el periodo de alimentación complementaria y la nutrición del niño pre escolar; ya que según se determinó en la 1ª encuesta que se realizó con las madres de los niños del Proyecto Sebastiana, al inicio del programa, es justamente en estos aspectos en donde ellas manifestaron mayor confusión en cuanto a costumbres alimenticias de los niños

3.2.2. Taller de preparación de recetas nutricionales

A diferencia de los años anteriores, en donde, con el propósito de que las madres aprendieran diferentes formas de preparar recetas económicas, y nutricionales a base de Incaparina y Protemás, se les había hecho demostraciones y degustaciones por parte del personal de la Clínica de FUNDAP, en las mismas instalaciones de la clínica, en sesiones de aproximadamente 45 minutos cada demostración. Este año, con el propósito de que las madres se vieran más motivadas a la preparación de las recetas, así como para diversificar las mismas, se realizó un taller de un solo día, en Quetzaltenango; y se contó con el apoyo de una facilitadora enviada por Alimentos S.A. Este taller se llevó a cabo cuando los niños ya tenían 4 meses de haber iniciado el programa.

3.3. Resultados

3.3.1. Notas de años anteriores

Según los registros nutricionales de los niños atendidos en el Proyecto Sebastiana durante el año 2009, se observó que la tendencia de las curvas de talla y peso de los niños atendidos en el Proyecto Sebastiana tendía a ganar talla, aunque el peso que se ganaba no era el porcentaje esperado.

Se observa un porcentaje alto de niños que aumentaron, como es de esperarse, conjuntamente talla y peso, con lo que puede inferirse que el proyecto ha beneficiado el desarrollo físico de estos niños.

En tanto que se observa que 2 de los niños se retiraron del proyecto, debido a que los padres migraron hacia otra región del país.

Tabla No. 18.

Año 2009.

	<i>Parámetros a evaluar</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>Frecuencia Relativa</i>
1.	Niños con ganancia de peso, pero ganancia de talla no significativa	8	18%
2.	Niños con ganancia de talla pero con ganancia de peso no significativa.	12	27%
3.	Niños con aumento de talla y peso	9	20%
4.	Niños que no experimentan ganancia de peso o talla	7	16%
5.	Niños que durante el estudio sufrieron procesos infecciosos	7	16%
6.	Niños que fueron retirados del proyecto	2	4%
	Total	45	100%

Fuente: elaboración propia, basada en los archivos del proyecto Sebastiana¹⁰⁶.

3.3.2. *Notas del año actual*

El año 2011, se observa que las curvas de talla y peso de los niños tienen una tendencia mucho más coherente con los resultados propuestos por las organizaciones encargadas de nutrición infantil, en donde se reza que el niño debe aumentar simultáneamente de peso y talla, para considerarse un desarrollo físico efectivo; así observamos que el porcentaje más alto (31%) corresponde a este parámetro de evaluación.

Se puede observar también que, como los niños se encuentran en un periodo natural de crecimiento debido a la edad en que se encuentran, lo que primero aumenta con los aportes vitamínicos proporcionados es la talla; luego se aprecia un aumento menos perceptible en el peso.

Este año fueron 4 niños lo que presentaron procesos infecciosos, 1 de ellos presentó 2 periodos de infecciones respiratorias agudas, y 1 periodo de síndrome diarreico severo, durante el estudio; por lo que no es clasificable en ninguno de los otros parámetros, debido a que este tipo de infecciones interfieren con el desarrollo del niño. Las otras niñas fueron

¹⁰⁶ FUNDAP. Archivo de registros nutricionales Proyecto Sebastiana. San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango, 2009.

hospitalizadas por diferentes motivos; así, una de ellas presentó un absceso en la mano, lo que ameritó su hospitalización durante 5 días, para drenaje del mismo, así como tratamiento hospitalario con antibioticoterapia. Otra de las niñas fue hospitalizada por presentar Rotavirus. Y la tercera de ellas, sufrió un accidente automovilístico, lo que le causó politraumatismo, ameritando su hospitalización por 2 semanas.

En tanto que una niña fue retirada del proyecto porque su mamá que era la que la llevaba a su control migro al extranjero, dejándola al cuidado de la abuelita, quien indicaba que como ella tenía negocio no podía llevar a la niña a control cada mes.

Tabla No. 19.

Año 2011.

	<i>Parámetros a evaluar</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>Frecuencia Relativa</i>
1.	Niños con ganancia de peso, pero ganancia de talla no significativa	4	15%
2.	Niños con ganancia de talla pero con peso no significativa.	7	27%
3.	Niños con aumento de talla y peso	8	31%
4.	Niños que no experimentan ganancia de peso o talla	2	8%
5.	Niños que durante el estudio sufrieron procesos infecciosos	4	15%
6.	Niños que fueron retirados del proyecto	1	4%
	Total	26	100%

Fuente: elaboración propia, basada en los archivos del proyecto Sebastiana¹⁰⁷.

3.3.3. *Contrastación de resultados*

El propósito de esta contrastación, es hacer una comparación cuantitativa de los datos obtenidos en los estudios: en el primer año (2009) en donde no se realizó ningún plan de formación dirigido a aspectos psico-emocionales de la relación madre-hijo, en comparación con el segundo año (2011), ya habiendo implementado un plan de formación contextualizado dirigido a las madres de los niños atendidos en el proyecto Sebastiana, mismo que se

¹⁰⁷ FUDAP: Archivo de registros nutricionales Proyecto Sebastiana , San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango, 2011.

encaminó a tratar de mejorar, tanto la autoestima como la relación afectiva entre madres e hijos.

Tabla No. 20.

Comparación de resultados obtenidos en el
año 2011 en relación a los obtenidos en el año 2009

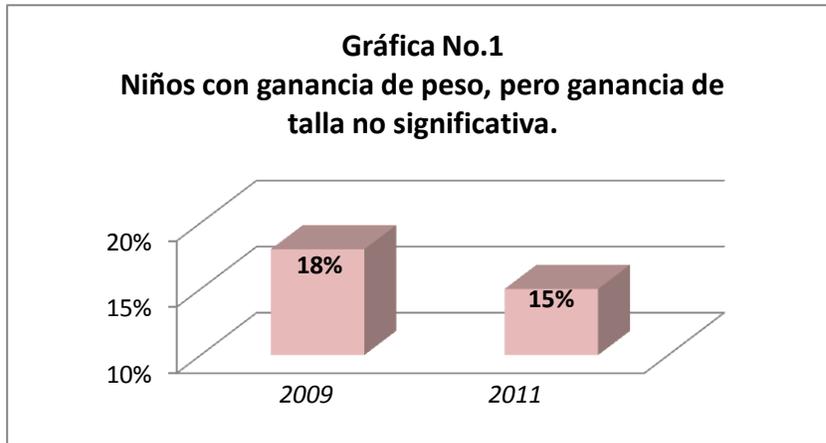
	<i>Parámetros a evaluar</i>	Año 2009		Año 2011	
		<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>Frecuencia Relativa</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>Frecuencia Relativa</i>
1.	Niños con ganancia de peso, pero ganancia de talla no significativa	8	18%	4	15%
2.	Niños con ganancia de talla pero con pero ganancia de peso no significativa.	12	27%	7	27%
3.	Niños con aumento de talla y peso	9	20%	8	31%
4.	Niños que no experimentan ganancia de peso o talla	7	16%	2	8%
5.	Niños que durante el estudio sufrieron procesos infecciosos	7	16%	4	15%
6.	Niños que fueron retirados del proyecto	2	4%	1	4%
	Total	45	100%	26	100%

Fuente: datos de las tablas No.1 y No.2.

En el cuadro No. 3. Se observa el comportamiento de cada uno de los parámetros evaluados en los diferentes años.

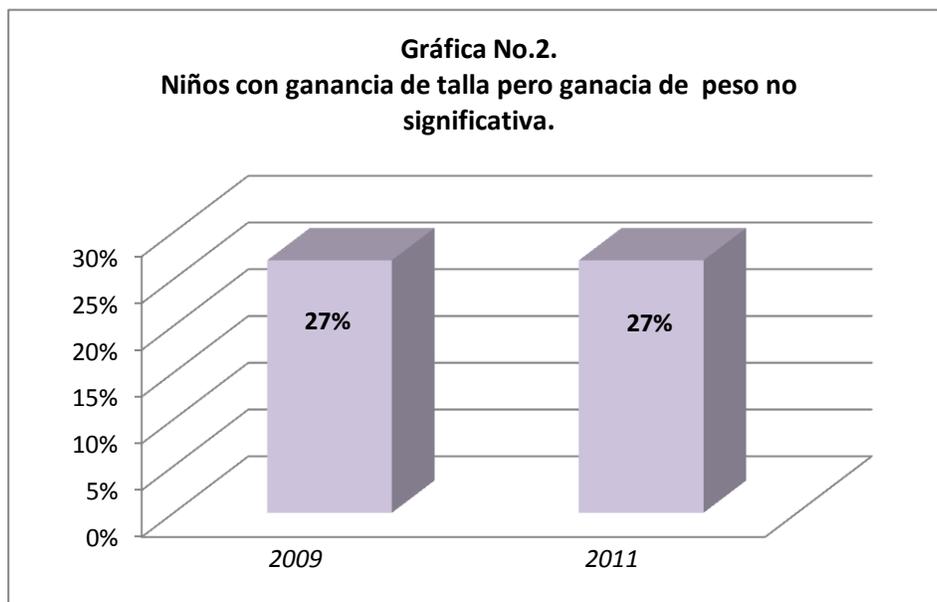
Parámetro No. 1.

En el parámetro donde se agrupa a los niños que ganaron peso, pero la ganancia de talla no fue significativa, el porcentaje disminuyó levemente en el año 2011.



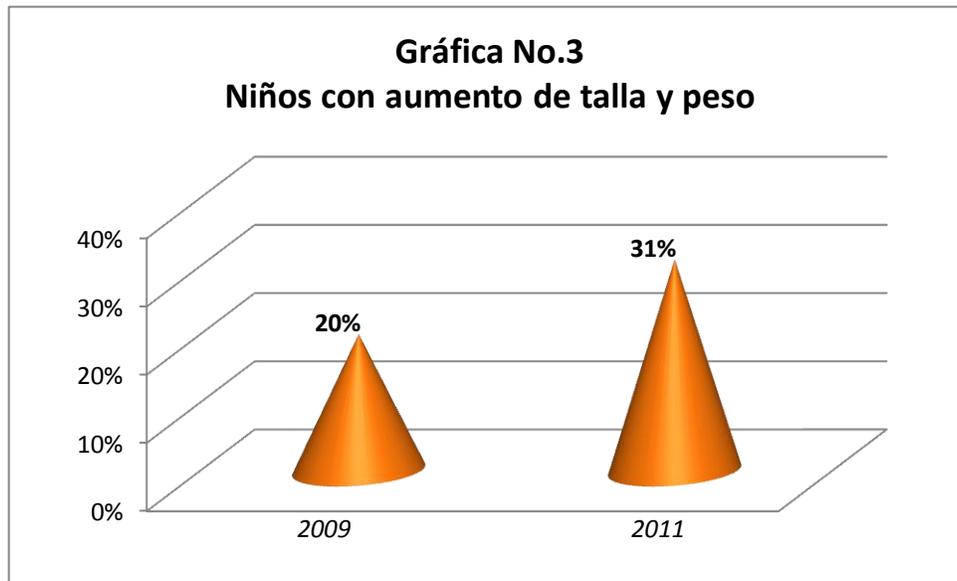
Parámetro No.2.

Este parámetro comprende a los niños que ganaron talla, pero que su ganancia de peso no fue significativa. Se observa que los porcentajes son los mismos en los dos años estudiados, lo que podría justificarse con que los niños, por la edad en que se encuentran, tienen un crecimiento natural y, que con el aporte vitamínico, este crecimiento físico se ve apoyado y facilitado; sobre todo si tomamos en cuenta que el multivitamínico utilizado en la recuperación nutricional de estos niños, entre otras cosas, les aporta una gran cantidad de diferentes vitaminas del complejo B y zinc, elementos que están relacionadas con el favorecimiento del crecimiento.



Parámetro No.3.

Niños con aumento de talla y peso, esto efectivamente es lo que se espera con este proyecto, que los niños mejoren su estado nutricional en general. Se observa un aumento significativo en el porcentaje de niños que mejoraron estos dos parámetros antropométricos en el año 2011, en relación al año 2009.



Parámetro No. 4.

Niños que no experimentan aumento de talla o peso; este parámetro disminuyó un 50% el año 2011, en relación al año 2009. Se puede asumir este cambio, a que las madres pueden estar más conscientes de la importancia de cuidar la alimentación después del destete, así como de mejorar la de los niños pre escolares.



Parámetro No.5

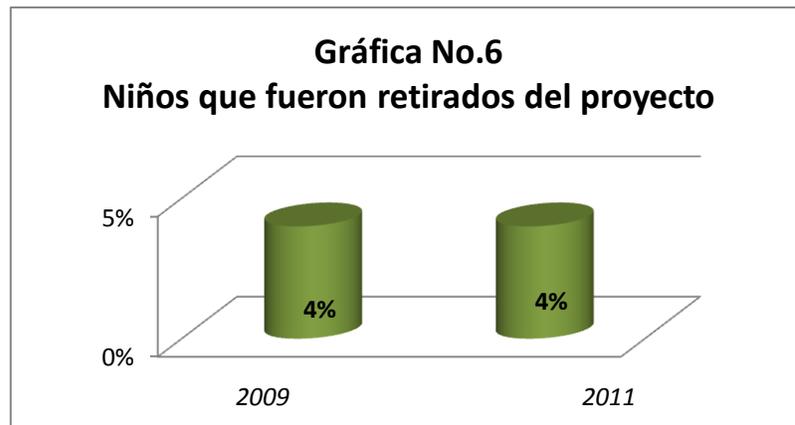
Niños que sufrieron infecciones durante el estudio. Debido a que cualquier proceso infeccioso requiere gasto extra de energía en el desplazamiento del sistema inmunológico del cuerpo, se considera que los niños que han sufrido cualquier clase de proceso infeccioso, no deben ser tomados en cuenta en este tipo de estudios comparativos; ya que, en ese caso, se estaría trabajando un dato irreal y dejando a estos niños en desventaja en relación a los otros.

Las patologías que presentaron los niños durante el estudio, son las que se relacionan con los datos de morbi mortalidad infantil a nivel nacional, que son: infecciones respiratorias y síndromes diarreicos.



Parámetro No.6.

Se refiere a los niños que fueron retirados del proyecto; en ambos años, las causas del retiro de los niños son similares; por suerte para los niños, esta cantidad es mínima. Sin embargo, el porcentaje es el mismo en los dos años.



3.3.4. Índice de Mc Nemar.

Con el propósito de determinar cambios significativos reales en el estudio de las curvas nutricionales de los niños atendidos en el proyecto Sebastiana, durante el año 2011 en relación a los datos observados en el año 2009, se calculó el índice de Mc Nemar. Este índice además nos permite en base a los resultados estadísticos obtenidos probar o no la hipótesis planteada al inicio del estudio.

Tabla No.21.

Evaluación comparativa de resultados de
frecuencia relativa según índice de Mc Nemar.

Nº	Parámetros a evaluar	Frecuencia Absoluta 2009	Frecuencia Absoluta 2011	Índice de Mc Nemar.
1.	Niños con ganancia de peso, pero ganancia de talla no significativa	8	4	0.66
2.	Niños con ganancia de talla pero con pero ganancia de peso no significativa.	12	7	0.52
3.	Niños con aumento de talla y peso	9	8	0.11
4.	Niños que no experimentan ganancia de peso o talla	7	2	1.55
5.	Niños que durante el estudio sufrieron procesos infecciosos	7	4	0.54
6.	Niños que fueron retirados del proyecto	2	1	0.66
	Total	45	26	

Tabla No.22.

Evaluación comparativa de resultados de frecuencia relativa según índice de Mc Nemar.

Nº	Parámetros a evaluar	Frecuencia Relativa 2009	Frecuencia Relativa 2011	Índice de Mc Nemar
1.	Niños con ganancia de peso, pero ganancia de talla no significativa	18%	15%	0.18
2.	Niños con ganancia de talla pero con pero ganancia de peso no significativa.	27%	27%	0.00
3.	Niños con aumento de talla y peso	20%	31%	2.37
4.	Niños que no experimentan ganancia de peso o talla	16%	8%	0.66
5.	Niños que durante el estudio sufrieron procesos infecciosos	16%	15%	0.06
6.	Niños que fueron retirados del proyecto	4%	4%	0.00
	Total	100%	100%	

3.3.5. *Discusión*

Se ha planteado la siguiente hipótesis: Si se implementa un plan de formación pertinente, con énfasis en aspectos de autoestima y asertividad emocional, dirigido a las madres de los niños desnutridos del el Proyecto Sebastiana de FUNDAP, éstos de forma indirecta se verán beneficiados y mejorarán su estado nutricional.

Los resultados obtenidos después de la implementación del programa muestran lo siguiente:

- Niños con ganancia de peso, pero ganancia de talla no significativa: la implementación del programa no surte ningún efecto positivo sobre esta franja poblacional. La disminución que se produce, difícilmente puede ser imputada al programa porque no se vislumbran razones para ello.

- Niños con ganancia de talla pero con ganancia de peso no significativa: la implementación del programa no surte ningún efecto.
- Niños con aumento de talla y peso: se produce un incremento notable en la proporción de niños cuyo peso y talla aumentan, aunque no sea significativo. El aumento porcentual de los niños de esta franja es 11 puntos netos, que corresponden a un incremento de 55%. En esta franja se verifica la hipótesis
- Niños que no experimentan ganancia de peso y talla: se produce una disminución notable en la proporción de niños cuyo peso y talla no aumentan, aunque no significativa. La disminución porcentual de los niños de esta franja, es 8 puntos netos que corresponden a una disminución de 100%. En esta franja se verifica la hipótesis.
- Niños que sufrieron procesos infecciosos durante el proceso: se produce una disminución imperceptible que deja pensar que las condiciones generales de salubridad, vivienda, servicios básicos y vestimenta, deberían ser examinadas.
- Globalmente, los tres rangos de niños que experimentan aumento de talla y de peso en 2011 representan 73%, mientras en 2009, totalizaban el 65%. El aumento porcentual de 8 puntos en estos tres rangos, se traduce por una mejoría global de 12.30%. Se verifica la hipótesis.

4. CONCLUSIONES

- La hipótesis Si se implementa un plan de formación pertinente, con énfasis en aspectos de autoestima y asertividad emocional, dirigido a las madres de los niños desnutridos en el Proyecto Sebastiana de FUNDAP, estos de forma indirecta se verán beneficiados y mejorarán su estado nutricional, se verifica para la franja de población infantil más vulnerable.
- El reforzamiento positivo de la auto-estima de la madre es un factor determinante para la recuperación del peso y la talla del niño desnutrido de 0 a 3 años.
- La implementación del programa ha permitido un incremento general de 12.30% en la efectividad del programa que ahora permite regularizar el estado nutricional de 73% de los niños desnutridos atendidos.
- Se considera que el tiempo crucial para realizar intervenciones con el propósito de evitar la desnutrición infantil y evitar las consecuencias económicas y sociales que ésta conlleva, es durante la concepción hasta los 3 primeros años de vida; ya que es justamente en este periodo, durante el cual el niño experimenta el mayor desarrollo de su cerebro y otros órganos vitales.
- Se determinó la importancia de la implementación de un plan de formación en autoestima, asertividad en las relaciones y nutrición en las madres de los niños que padecen desnutrición, ya que 11% más de los niños atendidos en el proyecto durante el año 2011, aumentó de forma simultánea de talla y peso en relación a los niños atendidos en el año 2009, produciéndose un incremento de 12.30% en la efectividad del programa Sebastiana.
- Durante las sesiones a las que acudieron las madres, luego de la implementación del plan de formación, se pudo percibir una mejor relación afectiva entre madres e hijos.
- Al inicio del estudio se observaba, tanto a las madres de los niños atendidos en el proyecto como a los mismos niños se presentaban a las sesiones, en muy malas condiciones higiénicas; sin embargo, al finalizar el estudio se pudo observar una mejoría en la higiene tanto de los niños como de las madres, ya que se presentaban peinados, y con ropa más limpia. Cambios que si bien es cierto son pequeños son bastante significativos.

5. RECOMENDACIONES

- Debido a que la desnutrición crónica es un problema de salud con fuertes bases socio-culturales, es importante en el desarrollo de planes de recuperación nutricional, la implementación de programas de autoestima y asertividad en las relaciones afectivas, dirigido a las madres de los niños atendidos en estos programas.
- A fin de realizar una evaluación efectiva de las acciones efectuadas con las madres de los niños atendidos en el programa de recuperación nutricional; y aplicar, lo más ampliamente posible las lecciones aprendidas, conviene ampliar el tiempo del estudio de resultados de impacto, considerando que la desnutrición es un problema crónico en donde, a pesar de realizarse las acciones correctas, los beneficios de las mismas no se empiezan a percibir desde el inicio de los aportes materiales o educativos.
- Promover, a través de campañas en medios de comunicación masiva, la educación en autoestima a las niñas de Guatemala para que, a largo plazo, se puedan mejorar los indicadores de salud de los futuros niños.

BIBLIOGRAFÍA

Fuentes bibliográficas

1. AKRE, James. "Alimentación Infantil, bases fisiológicas". Organización Panamericana de la Salud. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Guatemala, 1992. 121 pp.
2. BARBRO, Dahlbom-Hall. "¡Mujer, atrévete a dirigir!" Impreso en España. España: Ediciones Internacionales Universitarias, S.A. 1996. 144 pp.
3. BEHRMAN, Richard. Kliegman, Robert. Nelson Compendio de Pediatría. 14ª. Ed. Colombia: McGraw-Hill. Interamericana, 2002. 1123 pp.
4. BRANDEN, Nathaniel. "Los 6 pilares de la autoestima". S.A., 1ª. Edición. México, D.F: Ediciones Paidós Mexicana, 1995. 361 pp.
6. CASANUEVA, Esther y otros. "Nutriología Médica". 2ª ed. México: Editorial Médica Panamericana, S.A., 2001. 719 pp.
7. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Contenidos actualizados de nutrición y alimentación. Módulo IV, "Alimentación del niño preescolar". Guatemala.1998. 7 pp.
8. ESCRIVÁ DE BALAGUER, Josemaría. "La mujer en la vida del mundo y de la iglesia". 1ª.ed. San José de Costa Rica: Ediciones Promesa, 2003. 90 pp.
10. GRUPO OCÉANO, Diccionario de Medicina Mosby. México: Océano, 1996. 1568 pp.
11. GRUPO OCÉANO. "Psicología Infantil., Asesor de padres, programa de información familiar". . España: Océano, 2006. 293 pp.
12. KRASOVEC, Katherine. Anderson, Mary Ann. "Nutrición Materna y Productos del Embarazo". Organización Panamericana de la Salud, 1991. Impreso y traducido por el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Publicación Científica número 529. Guatemala, 1992. 234 pp.
13. LASANTA, Pedro Jesús. "La mujer dignidad y misión". 1ª.ed. S.A., Madrid, España: Palabra, 1995. 191 pp.
14. Ministerio de Educación. Dirección general de educación bilingüe intercultural. Manual de cultura maya e interculturalidad. 2ª ed. Guatemala: Editorial educativa, 2007. 212 pp.

15. MÉNDEZ de Oliva, Maritza. "Últimos descubrimientos sobre la excepcionalidad de la leche materna". Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Guatemala, 1994. 78 pp.
16. PALENCIA PRADO, Tania. "Género y cosmovisión maya". 1ª ed. Guatemala: Editorial SaquilTzij.1999. 110 pp.
17. SANTA BIBLIA. Liga Bíblica mundial del hogar. Impresa en Estados Unidos. Publicada en México. 230 pp.
18. SASTRE GALLEGO, Ana. "Verdad de la mujer". Impreso en Graficas Nebrija, S.A. Madrid, España: Palabra, 1968. 113 pp.
19. TORÚN, Benjamín. "Manejo del niño y niña desnutridos". ". Diplomado a distancia. Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá. 392 p.

Otras fuentes

1. FUNDAP. Archivos de expedientes nutricionales. Proyecto Sebastiana, San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango. FUNDAP. 2008, 2009 y 2010.
2. Departamento de Estadística San Juan Ostuncalco. San Juan Ostuncalco. Quetzaltenango, 2009. 42pp.
3. Departamento de Epidemiología, Memoria de labores 2010, Dirección de Área de Salud. Quetzaltenango. Guatemala. 14 pp.
4. FUNDAP. Descripción Programa Salud. Documento elaborado por Instituto Alianza contra la Pobreza. Quetzaltenango, Guatemala. 2009. 12 pp.
5. Memoria de Estadísticas vitales y vigilancia epidemiológica 2010, Municipio de San Juan Ostuncalco. 12 pp.
6. FUNDAP. Memoria de Labores. Quetzaltenango, Guatemala, 2009 - 2010. 26 pp.
7. FUNDAP. Memoria de Labores, Quetzaltenango, Guatemala, 2000 - 2001. 22 pp.
8. INE. X censo de población Guatemala. 1994, y I censo de población urbana Muni-K'at-AECI, Quetzaltenango, Guatemala. 1988. 42 pp.
9. Secretaria de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Plan Estratégico de Seguridad Alimentaria y Nutricional PESAN 2009-2012. Junio 2009. 54 pp.

10. FUNDAP. Referente Ideológico. Quetzaltenango, Guatemala. 2007.14 pp.
11. Sala situacional Materno Infantil, departamento de Epidemiología, datos demográficos del departamento de Quetzaltenango 2010. Dirección de Área de Salud, Quetzaltenango.32 pp.

Fuentes digitales

1. ALIANZA POR TUS DERECHOS. . “*Capacitan a docentes para detectar desnutrición infantil*”. [en línea] Boletín Electrónico. Guatemala, abril 2010. Agencia Infancia Hoy. [Fecha de consulta 30 agosto 2011. 20:00 horas.] Disponible en página electrónica: <http://www.alianzaportusderechos.org/boletin/leer.php/9205>.
2. CHEW, Rolando. “*La niñez guatemalteca en cifras*”. [en línea] Publicación UNICEF 3.2.Nutrición. Guatemala, 2007. [Fecha de consulta 30 agosto 2011. 20:30 horas] Disponible en página electrónica: [www.unicef.org.gt/niñez guatemalteca en cifras](http://www.unicef.org.gt/niñez_guatemalteca_en_cifras)
3. DÍAZ ILLESCAS, Raquel. “*Mucha Vida*”. [en línea] Huerga-Fierro editores. Primera edición 2004. Impreso en Pinares Impresores, S.L. Madrid, España. [Fecha de consulta: 21 agosto 2011. 21:00 horas]. Disponible en página electrónica: <http://books.google.com.gt/books?id=rLuhoxEmD3QC&pg=PA233&dq>
4. DICCIONARIO de la Real Academia Española. [en línea] Vigésima segunda edición. 2005. [Fecha de consulta: 14 junio 2011. 6:20 horas] Disponible en página electrónica: <http://buscon.rae.es/drae/>
5. DOMÍNGUEZ GUEDEA, Miriam Teresa. “*Auto concepto, Conceptualización de la pareja y depresión en madres*”. Análisis de su relación con la estimulación del desarrollo del niño. [en línea] Trabajo de titulación (Licenciatura en Psicología) Universidad de Sonora. Hermosillo, Sonora. México. 1996. [Fecha de consulta 23 febrero 2011. 22:45 horas]. Disponible en página electrónica: <http://www.ciad.mx/desarrollo/publicaciones/Tesis%20asesoradas/Licenciatura/15.pdf>
6. F. PHILIP RICE. “*Desarrollo humano, estudio del ciclo vital*”. [en línea] 2ª Edición. Pearson Educación. Prentice Hall. 1997. p.184. [Fecha de consulta 21 agosto 2011. 4:45 horas]. Disponible en página electrónica: http://books.google.com.gt/books?id=ZnHbCKUCtSUC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbg_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
7. GONZALES GARCÍA, José Luis. “*Sentirte bien esta en tus manos*”. [en línea] Editorial Sal Terrea. España.1999. Impresos Grafo S. A. Bilbao, España. [Fecha de consulta 21 de agosto 2011. 22:30 horas]. Disponible en página electrónica: http://books.google.com.gt/books?id=4bU9yUw3_GkC&printsec

8. IZQUIERDO MORENO, Ciriaco. *“Crecer en Autoestima”*. [en línea] Editorial Paulinas. 1ª Edición octubre 2008. Impreso Editorial ROEL, S.A.C. Lima, Perú. [Consultado el 23 de agosto 2011. 5:30 horas]. Disponible en página electrónica: <http://books.google.com.gt/books?id=CV5xjLMytJUC&printsec>
9. JUAN PABLO II. “Carta Encíclica *Mulieris Dignitatem*, sobre la dignidad y la vocación de la mujer, en ocasión del año Mariano”. [en línea] Librería Editrice Vaticana. Roma, agosto. 2008. [Fecha de consulta: 25 octubre 2011. 21:10 horas]. Disponible en página electrónica: http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/apost_letters/documents/hf_jp-ii_apl_15081988_mulieris-dignitatem_sp.html
10. MAYA FRADES, Valentina. *“Mujeres rurales”*. [en línea] Ediciones Universidad de Salamanca, Centro de estudios de la mujer. Primera Edición. Marzo 2008. Impreso en Gráficos Cervantes. España. [Fecha de consulta: 16 de agosto, 2011. 22:30 horas]. Disponible en página electrónica: <http://books.google.com.gt/books?id=wMyHVqqPrpoC&printsec>
11. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA PARA LA SALUD, Organización Mundial de la Salud. *“Principios de Orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado”*. [en línea] Washington D.C. 2003. [Fecha de consulta 27 Mayo 2011. 5:25 horas]. Disponible en página electrónica: <http://books.google.com.gt/books?id=JWgywDsl1tUC&pg>
12. SIMÓN VELÁSQUEZ, Wilson Florencio. “Patrones de Crianza en el área urbana y rural del departamento de Santa Rosa durante el mes de junio 2001”. [en línea] Trabajo de titulación (Médico y Cirujano). Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala. 2001. [Fecha de consulta: 17 abril 2011. 8:30 horas] Disponible en página electrónica: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8444.pdf

Bibliografía complementaria

1. BURNS, David D. *“Autoestima en 10 días”*. Barcelona España: Paidós Ibérica, S.A., 2000. 303 pp.
2. Consejo Nacional de Educación Maya. “Hacia una educación plural”. 1ª ed. Guatemala: Impresos Maya Na’oj, 2007. 106 pp.
3. NAVARRO FERRER, Ana María. *“Feminismo, familia, mujer”*. Impreso en Graficas Lizarra. Pamplona, Navarra, España: Ediciones universales de Navarra, S.A., 1982. 195 pp.
4. MORALES BRAND, Enma Leticia. *“Análisis del proceso de desarrollo transformador sostenible (Aldea Sacsuy, municipio de San Juan Sacatepéquez)”*. [en línea] Trabajo de titulación (Licenciatura en Trabajo Social) Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala. Octubre 2007. [Fecha de consulta: 9 junio 2011. 16:30 horas] Disponible en página electrónica: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/15/15_1423.pdf

5. PÉREZ GÓMEZ, Gerardo Jesús. "*Crianza y desarrollo infantil en familias Yoreme-Mayo, en el norte de Sinaloa*".[en línea] Trabajo de titulación (Licenciatura en Etnopsicología). Universidad Autónoma Indígena de México. México. Diciembre 2007. [Fecha de consulta: 4 abril 2011. 5:20 horas] Disponible en página electrónica: <http://www.ciad.mx/desarrollo/publicaciones/Tesis%20asesoradas/Licenciatura/42.pdf>

ANEXOS

ANEXO N°1 Encuesta N° 1

ANEXO N°2 Encuesta N° 2

Anexo No. 1

CENTRO EDUCATIVO EN SALUD FUNDAP
PROYECTO SEBASTIANA
SAN JUAN OSTUNCALCO

ENCUESTA NO. 1

1. Nombre: _____
 2. Edad: _____ ¿Sabe leer y escribir? _____ ¿Hasta qué grado estudio? _____
 3. Estado civil: Soltera Casada Unida Grada Viud
 4. Usted habla y entiende: solo el mam _____ solo español _____ los dos _____
 5. ¿Cuántos niños tiene y de qué edad? _____
 6. El niño que tiene en el proyecto ¿qué lugar ocupa entre sus hijos, y nació en la casa o en el hospital? _____
 7. ¿Se le ha muerto algún hijo, de que y que edad tenia cundo falleció?
 8. Usted vive en: Casa propia Alquila Con sus suegros Con sus papas
 9. ¿Tiene agua entubada en su casa, o la acarrea de alguna parte? _____
 10. ¿Tiene baño lavable o letrina; o van al campo? _____
 11. ¿Los animales en su casa están en un corral o sueltos en la casa? _____
 12. ¿Usted trabaja fuera de su casa, y de que trabaja? _____
 13. ¿Su esposo de que trabaja? _____
- Fecha, y nombre de quien realizó la encuesta. _____

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN Y ATENCIÓN.

Anexo No. 2

CENTRO EDUCATIVO EN SALUD FUNDAP
PROYECTO SEBASTIANA
SAN JUAN OSTUNCALCO

ENCUESTA NO. 2

Nombre: _____

I. Aspectos sobre la Lactancia (Crianza)

1. ¿A las cuántas horas de nacido le empieza a dar pecho a su hijo?

- a. En las primeras 2 horas
- b. En las primeras 12 horas
- c. Al otro día de nacido.

2. ¿Hasta qué edad les da pecho a sus hijos?

- a. Hasta los 6 meses
- b. Hasta el año.
- c. Hasta los 2 años.
- d. Por más de 2 años

3. Cuando su niño es pequeño (menor de 6 meses) ¿le da solo pecho o también le da alguna leche especial, o agua de algo más? _____

4. ¿Por qué le quita el pecho a su niño? _____

5. Cuando sus hijos se enferman de diarrea ¿les sigue dando pecho? _____

6. Cuando sus hijos se enferman de catarro ¿les sigue dando pecho? _____

7. ¿Cuáles son las ventajas de que usted le dé pecho a su hijo? _____

II. Aspectos sobre alimentación complementaria.

1. ¿A qué edad le inicia a dar de comer a sus niños.
 - a. Antes de los 6 meses
 - b. Entre los 6 y los 8 meses.
 - c. Al año.
 2. ¿Cuál es el primer alimento que les empieza a dar a sus niños? _____
 3. ¿Cuánto le sirve de alimento a su hijo menor de 1 año? _____
 4. ¿Cuántos tiempos de comida le da a su hijo menor de un año? _____
 5. ¿Sabe usted qué alimentos pueden consumir los niños menores de 1 año? nombre algunos.

 6. ¿Les da pollo o carne de res a sus hijos menores de 1 año? _____
 7. ¿Les da queso o huevos a sus hijos menores de 1 año? _____
 8. ¿Por qué es importante que le dé otros alimentos a sus hijos aparte de la Lactancia Materna?

 9. ¿Encuentra en el mercado todos los alimentos que les debe dar a sus hijos? _____
 10. ¿Cree usted que todos los alimentos que son buenos para sus hijos son muy caros? _____
-

Fecha y nombre de quien realizo la encuesta _____

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN