

**UNIVERSIDAD AMAZÓNICA DE PANDO**  
**ÁREA DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANÍSTICAS**  
**PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL**



**“FACTORES QUE INCIDEN EN LA DESNUTRICIÓN EN FAMILIAS CON NIÑOS  
MENORES DE 5 AÑOS, EN EL BARRIO SENADOR DEL MUNICIPIO DE COBIJA  
EN LA GESTIÓN 2015.”**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE  
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL**

Autor: Univ. Ana Ribera Ferreira  
Tutora: Lic. Claudia Dávalos Lara

**PANDO – BOLIVIA**

**2016**

**UNIVERSIDAD AMAZÓNICA DE PANDO**  
**ÁREA DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANÍSTICAS**  
**PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL**

**“FACTORES QUE INCIDEN EN LA DESNUTRICIÓN EN FAMILIAS CON NIÑOS  
MENORES DE 5 AÑOS, EN EL BARRIO SENADOR DEL MUNICIPIO DE COBIJA  
EN LA GESTIÓN 2015.”**

Tesis de Grado sometida a consideraciones de la Universidad Amazónica de Pando, el Área de  
Ciencias Sociales y Humanísticas y el Programa de Trabajo Social.

Requisito para optar el grado de:

Licenciada en Trabajo Social

Por: Ana Ribera Ferreira

PANDO – BOLIVIA

2016

Esta Tesis de Grado ha sido, aceptada, en su presente forma, por la Universidad Amazónica de Pando, la Dirección del Área de Ciencias Sociales y Humanísticas y aprobada por el Tribunal.

Firmantes:

---

Lic. Lucimar Soraide Castedo

**DIRECTORA DEL ÁREA CIENCIAS SOCIALES Y HUMANÍSTICAS**

---

Lic. Roxana Ramos Roca

**TRIBUNAL**

---

Lic. Jhenny Ticona

**TRIBUNAL**

---

Lic. Claudia Dávalos Lara

**TUTORA**

---

Est. Ana Ribera Ferreira

**POSTULANTE**

*“Permita que la nutrición*

*Sea su medicina”*

**Hipócrates**

# Dedicatoria

*A mis hijos; Gabriel Adain, Antonio Sain, Angela Danelle y Lucas Daniel. Rogándole a Dios los proteja y guie su camino para que puedan realizar sus sueños.*

*A Daniel; mi esposo y compañero por su paciencia y apoyo incondicional.*

*A mi madre; quien me ha brindado su apoyo incondicional. a quien amo y respeto.*

*A la memoria de mi abuelita; Sebastiana Ferreira quien amo y recuerdo con nostalgia.*

# Agradecimientos

*A Dios, expreso mi profunda gratitud por su infinita bondad, misericordia y amor en los momentos más difíciles de mi vida.*

*A la Universidad Amazónica de Pando por haberme brindado la oportunidad de acceder a la formación profesional. A los Docentes del Área de Ciencias Sociales y Humanísticas, por su apoyo en mi formación profesional, sus enseñanzas y consejos.*

*Al Programa de Nutrición del SEDES-PANDO, que me brindaron la información y apoyo en el proceso de investigación.*

*A la Dra. Inés Bonifacio (medico de Mi Salud), que me ayudó durante el desarrollo de mi tesis.*

*A los docentes Lic. Claudia Dávalos por su valiosa colaboración, por su interminable asesoramiento en la construcción de esta tesis, los aportaciones y recomendaciones que hicieron posible que hoy llegue a culminar esta meta, a ella mi más sincero agradecimiento.*

*A los miembros del tribunal, Lic. Roxana Ramos y Lic. Jhenny Ticona por sus valiosas sugerencias en la revisión del trabajo.*

# ÍNDICE

Dedicatoria .....	ii
Agradecimientos .....	iii
Índice de Contenidos.....	iv
Índice de Tablas .....	vii
Índice de Gráficos .....	viii
Índice de Anexos .....	ix
Resumen Ejecutivo .....	x

## INTRODUCCIÓN

### CAPITULO I

<b>JUSTIFICACIÓN, PROBLEMAS Y OBJETIVOS .....</b>	<b>1</b>
1.1. Antecedentes .....	1
1.2. Justificación .....	4
1.3. Descripción del Problema .....	6
1.3.1. Planteamiento del Problema .....	6
1.3.2. Formulación del problema .....	7
1.4. Objetivos .....	7
1.4.1. Objetivo General .....	7
1.4.2. Objetivos Específicos .....	8
1.5. Hipótesis .....	8
1.6. Operacionalización de variables .....	8

## **CAPITULO II**

<b>DISEÑO METODOLÓGICO</b> .....	9
2.1. Tipo de investigación .....	9
2.2. Enfoque de la Investigación .....	9
2.3. Población y Muestra .....	9
Tipo de Muestreo .....	9
2.4. Fuentes y Técnicas de Investigación .....	11
2.4.1. Observación Directa .....	11
2.4.2. La encuesta .....	11
2.4.3. Entrevista focalizada .....	12

## **CAPITULO III**

<b>MARCO REFERENCIAL</b> .....	13
3.1. Marco Legal.....	13
3.1.1. Ley N° 548.....	13
3.1.2. Ley N° 622.....	13
3.2. Marco Teórico.....	14
3.2.1. Teoría del desarrollo Cognitivo de Piaget .....	14
3.2.2. La teoría del desarrollo Cognitivo de Vygotsky .....	15
3.2.3. Necesidades de desarrollo .....	16
3.2.4. Nutrición.....	17
3.2.4.1. Equivalencia o Intercambio de alimentos .....	19
Grupos de alimentos.....	20
3.2.5. Desnutrición .....	21
3.2.6. Hábitos Alimentarios .....	24
3.2.7. Percepción y Cultura .....	25

3.2.8. La Desnutrición como problemática global .....	32
3.2.9. Desnutrición – Pobreza en Bolivia .....	33
3.2.10. Situación de salud de niños y niñas de 0 a 5 años en Bolivia .....	34
3.2.11. Tendencia a la desnutrición en Bolivia.....	35
3.2.12. Pronóstico y Prevención .....	36
3.2.13.Trabajo Social en Salud Pública .....	36
3.2.14. El trabajo Social en el campo de la salud. ....	39
3.2.15. Intervención del Trabajo Social .....	40
3.2.16. Trabajo Social en el área de salud .....	41
3.2. 17. Rol del trabajador Social en Salud .....	41
3.2.18. Desafíos del Trabajo Social en Salud.....	42
3.2.19. El Trabajo Social en Salud y Nutrición .....	43

#### **CAPITULO IV**

<b>RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>46</b>
Análisis de Resultados .....	46
Conclusiones.....	59
Recomendaciones .....	60
Bibliografía.....	61
Glosario .....	64
Anexos.....	68

# Índice de tablas

Tabla N° 1 Edad del progenitor encuestado .....	47
Tabla N° 2 Estado civil .....	48
Tabla N° 3 Lugar de origen .....	49
Tabla N° 4 Grado de Instrucción .....	50
Tabla N° 5 Ocupación Laboral.....	51
Tabla N° 6 Ingreso Económico .....	52
Tabla N° 7 Hijos menores de 5 años.....	53
Tabla N° 8 Posesión de la Vivienda .....	54
Tabla N° 9 Servicios Básicos .....	55
Tabla N° 10 Lugar donde se alimenta la familia .....	56
Tabla N° 11 ¿Tiene usted conocimiento sobre nutrición en menores de 5 años? .....	57

# Índice de gráficos

Gráfico N° 1 Edad del progenitor encuestado.....	47
Gráfico N° 2 Estado civil .....	48
Gráfico N° 3 Lugar de origen .....	49
Gráfico N° 4 Grado de Instrucción .....	50
Gráfico N° 5 Ocupación Laboral.....	51
Gráfico N° 6 Ingreso Económico .....	52
Gráfico N° 7 Hijos menores de 5 años.....	53
Gráfico N° 8 Posesión de la Vivienda .....	54
Gráfico N° 9 Servicios Básicos .....	55
Gráfico N° 10 Lugar donde se alimenta la familia.....	56
Gráfico N° 11 ¿Tiene usted conocimiento sobre nutrición en menores de 5 años? .....	57

# Índice de anexos

Anexo N°1 Encuesta .....	73
Anexo N°1 Entrevista .....	77
Anexo N°2 Memoria fotográfica .....	79

## **R**ESUMEN EJECUTIVO

La presente investigación tiene como objetivo general” Determinar los factores que inciden en la desnutrición en familias con niños menores de 5 años, en el barrio Senador del Municipio de Cobija en la gestión 2015, para contribuir a reducir los casos de desnutrición.

El objeto de estudio conocer los factores que inciden en la desnutrición en niños menores de 5 años.

El tipo de investigación es cuali cuantitativo, donde se emplearon instrumentos como la entrevista estructurada y las encuestas, así mismo se realizó visitas domiciliarias.

De los resultados esperados, los factores que mayormente inciden en la desnutrición son sociales y económicos.

Asimismo, esta investigación permitirá al Trabajador Social profundizar sus conocimientos de la intervención en el campo de salud, involucrando a todos los autores como las instituciones públicas y privadas del sector salud.

## INTRODUCCIÓN

La desnutrición es uno de los principales problemas de salud, que afecta sobre todo a niños de 0 a 5 años que en muchas ocasiones mueren por la falta de atención oportuna, información o importancia que debería darles la familia, sociedad y estado.

La infancia, está considerada como la etapa de la vida más fundamental del ser humano, debido a que el desarrollo infantil temprano a nivel social, biológico, neurológico, entre otros, tiene efectos sobre la vida presente y futura de las personas e involucra las posibilidades de progreso de la sociedad; este abordaje justifica la necesidad de pensar en investigaciones e intervenciones desde este periodo de la vida.

El tema precisamente hace hincapié en este tipo de impactos sobre la salud de los niños de 0 a 5 años, la falta de información sobre la nutrición que deberían darles sus progenitores y las consecuencias de esta enfermedad en la población.

Asimismo, es importante realizar estudios de esta naturaleza para que puedan generar conciencia y aplacar este tipo de problemáticas.

En este estudio los objetivos tenderán a explicar el problema de forma clara y objetiva para identificar los factores que inciden en el nivel de desnutrición a nivel social, cultural y económico.

El estudio comprende cuatro capítulos:

**En el capítulo I**, aborda el antecedente, justificación y el problema relacionado con la temática afrontada, objetivo general y específicos que se plantea para la investigación.

**En el capítulo II**, contiene el diseño metodológico, así como las técnicas e instrumentos para la recolección de información.

**El capítulo III**, está conformado por el marco legal, en que se citan las leyes y decretos referidos al derecho a la salud y alimentación, y el marco teórico que se refiere a las teorías de desnutrición, nutrición, considerando la opinión de diferentes autores, desde el enfoque del Trabajo Social en el área de salud.

**El capítulo IV**, se presentan resultados de la investigación acompañada de una breve descripción, interpretación, análisis, conclusiones y recomendaciones finales.

# CAPITULO I

## JUSTIFICACIÓN, PROBLEMAS Y OBJETIVOS

### 1.1. Antecedentes

Desde la primera mitad del siglo XX, la desnutrición infantil consecuencia directa del inadecuado trato social y familiar del niño, constituye un problema grave de salud pública en Perú así como en el resto de América Latina, debido al marcado subdesarrollo, a la pobreza de las clases obrera y campesina, al crecimiento de la periferia de las ciudades por emigración desde el campo, y a la importante disminución de la lactancia materna a niveles tan bajos como un 30% al 3o mes de vida. Esto se traducía en una mortalidad infantil elevada por su asociación con variadas enfermedades transmisibles, especialmente diarrea aguda y sarampión. La mortalidad infantil se mantiene en niveles cercanos a 120 x mil nacidos vivos a principios del presente siglo. (Alarcón, 2005)

La nutrición adecuada en la niñez tiene un impacto crucial sobre el potencial productivo del adulto. En Bolivia, el total de niños con desnutrición crónica asciende al 27% y de ellos el 8% sufren desnutrición crónica severa. La mal nutrición es otra expresión de nutrición inadecuada o deficiente. La anemia nutricional por deficiencia de hierro, generalmente asociada a la desnutrición, se considera grave debido a que repercute en forma desfavorable en la actividad física y capacidad intelectual del niño. (Cusminsky, 2003)

Según datos de la encuesta nacional de salud (ENDSA) 2003, el 51% de los niños bolivianos presenta algún grado de anemia y de los niños entre 10 y 11 meses, este porcentaje se eleva al 89%. En un estudio realizado en el Hospital del Niño “Ovidio Aliaga Uría” de la ciudad de La Paz, se encontró que los niveles de hemoglobina de niños menores de cinco años, internados en diferentes servicios del hospital, fueron diagnosticados con anemia leve, moderada y severa, en más del 50% de ellos, lo que sugiere una incidencia alta de la deficiencia de hierro en la población infantil. (Atencia, 2006).

La desnutrición infantil es uno de los flagelos más grandes de la humanidad. Las cifras son alarmantes: Casi el 30 por ciento de la población mundial sufre de alguna forma de malnutrición. Más de la mitad de los 12 millones de muertes anuales de niños menores de cinco años están relacionadas con la malnutrición, a menudo debido a la nutrición deficiente de las madres durante la gestación (ONUI, 2004).

En los países en desarrollo un tercio de todos los niños menores de cinco años sufren retraso en el crecimiento y se estima que cerca de 12 millones de niños menores de 5 años mueren anualmente por enfermedades susceptibles de prevención, sobre todo en los países en desarrollo, donde más de 6 millones de niños (55%), perecen por causas relacionadas directa o indirectamente con la desnutrición (FAO, 2003)

La desnutrición no solo es vista como una enfermedad carencial, sino como un ***problema multifactorial*** que exige la intervención de un equipo interdisciplinario (nutricionista, pediatra, médico, psicólogo, trabajador social, etc.), para poder plantear alternativas de solución que contribuyan a mejorar la problemática, en la reducción o erradicación de la desnutrición. (Ardila, 2003)

El estado nutricional no depende únicamente del acto de alimentarse, también está determinado por diferentes factores como los económicos, sociales y culturales, y por la disponibilidad, acceso, consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos; para que, exista una nutrición adecuada en la población, los hogares, las familias, las personas y los niños se debe tener acceso a alimentos adecuados en todo momento. (ONU, 2009)

Bolivia, considerado como un País en vías de desarrollo, presenta alta incidencia de desnutrición, principalmente relacionada con la pobreza, pero lamentablemente no existe mucha literatura de la temática de esta problemática enfocada desde el contexto socioeconómico y cultural, especialmente en el departamento de Pando y más aún en la ciudad de Cobija (INE, 2012).

El departamento de Pando, considerado el benjamín de la nación por encontrarse en vías de desarrollo, es el departamento con el incremento poblacional más alto en la última década, visto este suceso social como un punto a favor del desarrollo. Pero cabe mencionar que el

desarrollo acarrea consecuencias y problemática sociales importantes, entre ellas la pobreza. El factor económico es el que marca los hábitos alimenticios. Los alimentos ingeridos no cumplen con los contenidos mínimos de nutrientes para el desarrollo óptimo de niños que son incorporados a la dieta familiar a partir de los seis meses de edad, provienen de restaurantes y pensiones de la ciudad y cuando son elaborados en el núcleo familiar cuentan solo con proteínas y carbohidratos.

En el Servicio Departamental de Salud – SEDES PANDO, según menciona la Lic. Rosmery Ledezma Responsable del Servicio de Nutrición, se vienen realizando una serie de campañas y ferias informativas para lograr disminuir la desnutrición infantil, a través del “Programa Desnutrición 0”.

Según datos del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS), para el año 2014 en el Departamento de Pando se registró 3.169 casos de desnutrición crónica y aguda en niños menores de cinco años. Cifra que aumentó para el año 2015, teniendo 5.070 casos de desnutrición aguda y crónica en niños menores de cinco años.

En el municipio de Cobija, para el año 2015 según datos del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS), se registró 802 casos de desnutrición en niños menores de cinco años de los cuales, 520 son de desnutrición crónica (talla baja) y 282 de desnutrición aguda (peso bajo).

Así mismo, en el Barrio Senador se registraron 23 casos de desnutrición aguda y 97 casos de desnutrición crónica, datos obtenidos según el libro de registros del Centro de Salud Santa Clara (2015).

La desnutrición durante el primer año de vida es característica de las poblaciones urbanas pobres, como sucede en el Barrio Senador por lo que el factor predominante es el económico a menos ingresos menor alimentación y la deficiente información que tiene los padres en lo referente a la nutrición en niños menores de cinco años (Entrevista Dra. Ines Bonifacio – Médico Mi Salud, 2015).

El Trabajo Social en la problemática en el área de salud, abarca problemas como la desnutrición e interviene en la determinación de los múltiples factores de su causa, pueden ser biológicos y sociales; se profundizan en los conceptos de Calidad de vida y Primera Infancia.

El primero, como factor importante para interpretar y conocer sus hábitos y condiciones de vida y el segundo, como la etapa crucial para el desarrollo pleno del ser humano en todos los aspectos: biológico, psicológico, cultural y social. (Ander-Egg, 2008)

Para la disciplina, es pertinente el abordaje de la problemática de la desnutrición con énfasis en las costumbres alimentarias de las familias con niños y niñas en primera infancia, esto con el propósito de comprender cómo desde la dinámica familiar se puede conocer la forma de obtención, preparación y consumo de los alimentos; qué construcción realiza la familia con respecto al desarrollo y crecimiento de sus hijos; y qué impacto tiene sobre la salud y la calidad de vida de las personas.

## **1.2. Justificación**

Una serie de artículos e investigaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), mencionan el elevado índice de mortalidad en la infancia menor a 5 años tiene como una de las causas la desnutrición, situación que va ligada estrechamente con la pobreza en Bolivia. La pobreza es una de las causas de desnutrición severa teniendo como consecuencia que en la última década mueran más de 10.000 infantes menores de 5 años a causa de la desnutrición. (OMS, 2012)

El Gobierno Nacional, desde hacen 10 años, viene generando Políticas, Planes y Proyectos que contribuyan en la disminución de los niveles de desnutrición y mortalidad infantil, implementando proyectos como el Desayuno y Almuerzo Escolar, Bonos Juancito Pinto y Juana Azurduy de Padilla, Nutribebe, Subsidio prenatal de Lactancia, programas Nutricionales, (Ministerio de Salud, 2014), con la finalidad de disminuir el nivel de desnutrición en la niñez de Bolivia, sin embargo, la información a los progenitores puede no ser adecuada en vista que no se implementan en su totalidad estos proyectos.

Lo alarmante para el estado Boliviano, son los índices nacionales de desnutrición que trae como consecuencia la mortalidad infantil, las causas pueden variar desde la falta de información que aún tiene la población, es especial la que no cuenta con un medio que le informe hasta el aspecto socioeconómico, el nivel educativo de los padres, las relaciones familiares, los hábitos de higiene y el acceso a los alimentos, estos son elementos que deben

ser abordados, puesto que al presentarse una inestabilidad económica, se manifiestan malas condiciones nutricionales que conllevan una condición de salud inadecuada en la familia y los menores, como también involucra las costumbres y cultura del entorno familiar (Ministerios de Salud, 2014).

Al ser la desnutrición un problema social que aqueja principalmente a la familia y a la sociedad, es parte del área de intervención social, buscar medidas de reducción de las consecuencias que acarrea.

De esta manera, para la Para la Universidad Amazónica de Pando esta investigación es importante por la relevancia que tiene esta problemática dentro del marco social y el área de salud, además que este tipo de investigación constituye un avance para enfrentar estos fenómenos que afectan al futuro del país (la infancia).

Por todo esto, la relevancia de realizar este tipo de estudio, para que sea un esfuerzo adicional en la tarea de disminuir y en su efecto contrarrestar este tipo de problemáticas que afecta en gran medida a la sociedad y principalmente, a los niños y niñas en pleno proceso de desarrollo físico, psicológico y social.

El estudio de investigación, describe la situación social y económica de las familias del Barrio Senador con niños menores a 5 años, sus hábitos alimenticios, la calidad de vida del entorno familiar y el nivel de información sobre la nutrición que necesitan los niños, de esta forma se determinaron los factores sociales y económicos así como la relación de estos con la cultura y hábitos en las familias de los menores con desnutrición en las familias del barrio Senador, del Municipio de Cobija.

La intervención desde la perspectiva del Trabajo Social investiga esta problemática con enfoque social, desde allí realiza diagnósticos donde se describen y jerarquizan situaciones que permiten plantear acciones para proponer cambios sociales, por medio del desarrollo de actividades individuales, grupales y comunitarias que posibiliten la acción interdisciplinaria enfocada a la disminución de problemas sociales. (Andre, 1982)

Los resultados obtenidos en el proceso de investigación, se convertirán en la base de elaboración de propuestas que aborden la problemática de desnutrición y sobre todo permita a

los servicios de salud implementar acciones estratégicas que disminuyan los índices de desnutrición apoyándose en el área social para informar, concientizar y promover prácticas y hábitos de alimentación saludable y adecuados.

### **1.3. Descripción del Problema**

#### **1.3.1. Planteamiento del Problema**

La desnutrición infantil es el resultado de la ingestión insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), la falta de una atención adecuada, pero detrás de estas causas inmediatas, hay otras subyacentes como son la falta de acceso a los alimentos, la falta de atención sanitaria, los servicios básicos deficientes y las malas prácticas de cuidado y alimentación (Quinteros, 2007).

En el mundo cerca de mil millones de personas pasan hambre, según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura - FAO, las estimaciones indican que esta cifra va en aumento. Desde 2008, la crisis financiera y las repetidas crisis alimentarias han empeorado la situación. (FAO, 2008)

Los precios de los alimentos fluctúan, con alzas que hacen que el acceso a una alimentación adecuada sea imposible para millones de familias. Según datos del Banco Mundial, en el último año el precio de los alimentos ha aumentado un 36%, debido en parte a la subida de los combustibles. Se calcula que, desde junio de 2010 hasta abril de 2011, 44 millones de personas han caído en la pobreza como consecuencia de ello. Por ejemplo, en Somalia, país del Cuerno de África que está viviendo una grave emergencia nutricional, algunos alimentos básicos experimentaron en 2011 una subida de hasta un 270% con respecto a 2010. (Banco Mundial BID, 2011)

Para el 2014, cerca de 200 millones de niños menores de 5 años sufrían de DESNUTRICIÓN CRÓNICA, cuyos efectos se harán sentir durante el resto de sus vidas. Además, en torno al 13% de los niños menores de 5 años padecían de DESNUTRICIÓN AGUDA, que requiere tratamiento inmediato y atención médica urgente. (UNICEF, 2014)

Como se puede apreciar con los datos expuestos la pobreza y la desnutrición infantil están íntimamente relacionadas y cuando se menciona a una, necesariamente está presente la otra.

En los países en desarrollo como está catalogada Bolivia, la desnutrición infantil es una importante preocupación de salud pública, tanto el síntoma como la causa de la pobreza, se cree que contribuyen a más de un tercio de todas las muertes de menores de dos años (OMS Bolivia, 2007).

### **1.3.2. Formulación del Problema**

La desnutrición está considerada como una problemática social que involucra al servicio de salud y al Estado, pero sobre todo a la familia. Es la familia quien debe proporcionar una alimentación adecuada o buscar las formas de proporcionarles una nutrición aceptable. Sin embargo pueden suscitarse hechos que involucran desde la falta de condiciones económicas hasta las costumbres o cultura de la familia (Ministerio de Salud Bolivia, 2015).

Cobija municipio y capital del departamento Pando, abarca una serie de sectores y barrios periféricos, entre ellos el Barrio Senador, en el cual solo con una mirada analítica se puede percibir el nivel de pobreza y las condiciones de salud de sus moradores, en especial de los niños menores de dos años, ya que en el transcurso de esta gestión se han detectado 8 casos de desnutrición en menores de 5 años. (Entrevista Dra. Inés Bonifacio – Medico Mi Salud, 2015)

Por lo anteriormente mencionado se realiza la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los factores que inciden en la desnutrición de niños menores de 5 años en el barrio Senador del Municipio de Cobija, en la gestión 2015?

## **1.4. Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo General**

Determinar los factores que inciden en la desnutrición en familias con niños menores de 5 años, en el barrio Senador del Municipio de Cobija en la gestión 2015, para contribuir a reducir los casos de desnutrición.

### 1.4.2. Objetivos Específicos

- Describir los fundamentos teóricos de la Desnutrición.
- Identificar las características sociales y culturales de las familias de niños menores a 5 años con desnutrición del Barrio Senador del Municipio de Cobija
- Establecer los factores económicos de las familias de niños menores a 5 años con desnutrición del Barrio Senador del Municipio de Cobija.

### 1.5. Hipótesis

Los Factores sociales, culturales y económicos de las familias del Barrio Senador del Municipio de Cobija, inciden directamente en la desnutrición de los niños menores de 5 años.

### 1.6. Operacionalización de variables

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Técnicas	Instrumentos
Factores Sociales, Económicos y Culturales	Estado en el que un individuo o grupo se sustenta y desarrolla en su medio social	Entorno familiar	Relaciones Familiares	Encuesta Observación Directa	Guía de Encuesta
			Procedencia	Encuesta	Guía de Encuesta
			Grado de instrucción	Encuesta	Guía de Encuesta
		Ingresos económicos	Ocupación Ingresos	Encuesta	Guía de Encuesta
		Hábitos alimenticios	Usos y costumbres	Encuesta	Guía de Encuesta
			Forma/modo de alimentación	Encuesta Revisión Bibliográfica	Guía de Encuesta
Desnutrición en niños y niñas de 0 a 5 años	Perdida de reservas o debilitación de un organismo por recibir poca o mala alimentación	Conocimientos	Nivel de Información	Encuesta Observación Directa	Guía de Encuesta

## **CAPITULO II**

### **DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **2.1. Tipo de investigación**

El tipo de investigación es el descriptivo, porque nos permitió describir los hechos tal como es y cómo se expresa en el momento presente en que se está realizando el estudio, en este trabajo se describirán los factores sociales, económicos y culturales que inciden en las familias de los niños menores a 5 años con desnutrición del el Barrio Senador, en el Municipio de Cobija.

#### **2.2. Enfoque de la investigación**

El enfoque utilizado en la investigación es el cualitativo porque se basa en principios teóricos como la fenomenología, la hermenéutica, la interacción social utilizando métodos de recolección de la información que difieren del método cuantitativo al no poder ser plasmados en números. La idea es explorar las relaciones sociales y describir la realidad, tal como experimenta la población de estudio, en este caso las familias de menores de 5 años con desnutrición.

La metodología cualitativa, permite entender los fenómenos sociales desde la perspectiva del actor y examinar de modo en que se experimenta el mundo. (Taylor, 1987. Pág. 16).

#### **2.3. Población y muestra**

Para el presente estudio la población han sido 53 de las 120 familias del barrio Senador con niños menores a 5 años con de desnutrición del barrio Senador.

- **Tipo de Muestreo**

El tipo de muestreo seleccionado para la investigación es el muestreo descriptivo considerando que se seleccionó al total de familias del barrio Senador.

Nuestra para población finita:

$$n = \frac{Z^2 * p * q * 120}{(n * e^2) + (z^2 * p * q)}$$

Dónde:

n = Tamaño de la muestra = \*

z = Nivel de Confianza = 95% = 1.96

n = Población de estudio = 120

e = Error de estimación = 0.10

p = Probabilidad de éxito = 0.5

q = Probabilidad de fracaso = 0.5

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 0.5 * 120}{(120 * 0.10^2) + (1.96^2 * 0.5 * 0.5)}$$

$$n = \frac{3.8416 * 0.5 * 0.5 * 120}{(1,2) + (0.9604)}$$

$$n = \frac{115,248}{2.1604}$$

$$n = 53,34$$

El muestreo de la presente investigación se aplicó a 53 familias del total de familias del Barrio Senador.

## **2.4. Fuentes y técnicas de investigación**

Las fuentes son aquellas que contienen información no abreviada y en su forma original. Son todos los documentos científicos o hechos e ideas estudiados bajo nuevos aspectos. (Ramírez, 2013).

Al respecto las fuentes utilizadas para analizar la problemática y dar respuesta a los objetivos de la investigación son:

- Las fuentes primarias: En este estudio, se consideran fuentes primarias las 53 familias encuestadas del Barrio Senador del Municipio de Cobija.
- Las Fuentes secundarias: se utilizaron las siguientes fuentes secundarias, relativas a la temática abordada (desnutrición)
  - Libros (diccionarios, manuales, anuarios).
  - Monografías científicas.
  - Guías alimentarias
  - Leyes y Códigos
  - Separatas de artículos y recorte de diarios.

### **2.4.1. Observación directa**

Esta técnica permitió analizar el fenómeno de estudio de manera directa donde se observó las y hábitos alimenticios, el entorno y relación familiar, el grado de instrucción, procedencia, cultura y el conocimiento sobre la nutrición adecuada a menores de 5 años.

### **2.4.2. La encuesta**

El instrumento aplicado, la encuesta es un procedimiento de investigación, dentro de los diseños de investigación descriptivos (no experimentales) en el que el investigador busca recopilar datos por medio de un cuestionario previamente diseñado o una entrevista a alguien, sin modificar el entorno ni el fenómeno donde se recoge la información (como sí lo hace en un experimento). Los datos se obtienen realizando un conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a una muestra representativa o al conjunto total de la población estadística en

estudio, integrada a menudo por personas, empresas o entes institucionales, con el fin de conocer estados de opinión, ideas, características o hechos específicos.

La encuesta se aplicó a 53 familias del barrio Senador del Municipio de Cobija.

### **2.4.3. Entrevista Focalizada**

Se utilizó la entrevista focalizada mediante una guía de entrevista, dirigida a personas clave, dentro del barrio, como el presidente del barrio, a la Lic. Ledesma encargada de nutrición, a la Dra. Inés Bonifacio y padres de familias de niños menores de 5 años con desnutrición.

## **CAPITULO III**

### **MARCO REFERENCIAL**

#### **3.1. Marco Legal**

##### **3.1.1. Código de la niña, niño y adolescente Ley No. 548**

###### **Capítulo Único**

###### **Disposiciones Generales**

###### **Artículo 2.- (Finalidad)**

La finalidad del Código es garantizar a la niña, niño y adolescente el ejercicio pleno y efectivo de sus derechos, para su desarrollo integral y exigir el cumplimiento de sus deberes

###### **Título I Derechos y Deberes**

###### **Capítulo I**

###### **Derecho a la vida, a la salud y al medio ambiente.**

###### **Artículo 17.- (Derecho a un nivel de vida adecuado)**

Las niñas, niños y adolescentes, respetando la interculturalidad, tienen derecho a un nivel de vida adecuado que asegure su desarrollo integral, lo cual implica el derecho a una alimentación nutritiva y balanceada en calidad y cantidad que satisfaga las normas de la dietética, la higiene y la salud y prevenga la mal nutrición.

###### **Artículo 18.- (Derecho a la Salud)**

Las niñas, niños y adolescentes tienen el derecho a un bienestar completo, físico, mental y social. Asimismo, tienen derecho a servicios de salud gratuitos y de calidad para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las afecciones de salud.

**Ley No. 622 De Alimentación Escolar en el marco de la Soberanía alimentaria y la Económica Plural del Estado Plurinacional de Bolivia.** (La aprobación de esta norma se dio el 29 de diciembre de 2014)

## **3.2. Marco Teórico**

En las diferentes teorías que describen el desarrollo del niño, nos centramos en dos de las más importantes: las Teorías de Piaget y las Teorías de Vygotsky. La teoría de Piaget nos ayuda a entender como el niño interpreta el mundo en edades diversas. La teoría de Vygotsky no servirá para comprender los procesos sociales que influyen en la adquisición de sus habilidades intelectuales.

### **3.2.1. Teoría del desarrollo Cognitivo de Piaget**

Piaget propone un paradigma que mantiene preferencia por la investigación focalizada en el desarrollo humano, sólo entendible como síntesis producida por la confluencia de la maduración orgánica y la historia individual. Comienza con un ser individual que progresivamente se convierte en social, pero su énfasis se centra en el micro nivel, es decir, del contacto con otras personas de su entorno. En este paradigma, el desarrollo está regido por la consolidación de estructuras mentales representativas del conocimiento, reguladas por los fundamentos biológicos del desarrollo, así como por el impacto de los factores de maduración. Estas estructuras, las cuales organizó en categorías denominadas sensorio motrices, pre operacionales, concretas y abstractas, dependen de un ambiente social apropiado e indispensable para que las potencialidades del sistema nervioso se desarrollen (Piaget, 1958). Postuló que cada acto inteligente está caracterizado por el equilibrio entre dos tendencias polares, asimilación y acomodación. En la asimilación, el sujeto incorpora eventos, objetos, o situaciones dentro de las formas de pensamiento existentes, lo cual constituye estructuras mentales organizadas. En la acomodación, las estructuras mentales existentes se reorganizan para incorporar aspectos nuevos del mundo exterior y durante este acto de inteligencia el sujeto se adapta a los requerimientos de la vida real, pero al mismo tiempo mantiene una dinámica constante en las estructuras mentales.

Estas concepciones lo condujeron a conceptualizar el desarrollo partiendo de estadios elementales y su correspondiente progresión a los siguientes estadios superiores, evolución que explicó a través de la interacción de los factores siguientes: la herencia genética, la interacción con el ambiente físico, la mediación sociocultural y los procesos de equilibración; estos últimos le dan carácter endógeno al desarrollo.

### 3.2.2. La teoría del desarrollo Cognitivo de Vygotsky

Vygotsky propone un paradigma que mantiene preferencia por la investigación focalizada en el desarrollo humano, sólo entendible como la síntesis producida por la confluencia de la maduración orgánica y la historia cultural.

En sus propios términos expresa “*el proceso de desarrollo cultural puede definirse en cuanto a su contenido, como el desarrollo de la personalidad del niño y de la concepción del mundo*” (Vygotsky, 1983).

Se focalizará en el origen social y la naturaleza social de las funciones superiores de la mente en conjunción con la cultura. El funcionamiento mental de un individuo solamente puede ser entendido examinando los procesos sociales y culturales en los cuales éste está insertado. Dentro de un proceso general de desarrollo existen dos líneas diferentes, los procesos elementales, los cuales son de origen biológico y las funciones psicológicas superiores de origen sociocultural (Vygotsky, 1978). Su énfasis se centró en argumentar que los factores genéticos juegan un rol menor en la génesis del desarrollo, mientras que los factores sociales son absolutamente determinantes (Vygotsky, 1962).

Así, es contundente al postular que el desarrollo es un proceso social que se inicia a partir del nacimiento y es asistido por adultos u otros agentes considerados más competentes en cuanto al manejo del lenguaje, habilidades y tecnologías disponibles en ese espacio cultural. En tal sentido, este desarrollo es custodiado o asistido por colaboración de terceros y se realiza en torno a la *Zona de Desarrollo Próximo*, zona que define las funciones intelectuales que están en “proceso embrionario o las que todavía no han madurado”. Ésta representa un constructo hipotético que expresa la diferencia entre lo que el niño puede lograr independientemente y lo que puede lograr en conjunción con una persona más competente, mediador en la formación de los conceptos (Vygotsky, 1978).

Por las Teorías de Piaget y las Teorías de Vygotsky entendemos el desarrollo en el niño se define como “un proceso de organización y reorganización en secuencia de estructuras biológicas, psicológicas y sociales que tienden hacia una adaptación, diferenciación e integración total del ser humano. Implica una interacción constante entre factores orgánicos

donde el equilibrio es el regulador” para mayor comprensión se divide este desarrollo en áreas con fines didácticos, dado que estos son aspectos inseparables de la personalidad del niño, las áreas contempladas dentro del desarrollo físico, socio-emocional, psicomotriz, cognitivo y de lenguaje.

De estas áreas se hará referencia a la primera por considerarse parte importante en el desarrollo de este estudio; desarrollo físico.

### **3.2.3. Necesidades de desarrollo**

Todos los seres humanos tenemos un conjunto de necesidades que debemos satisfacer para poder disfrutar de un desarrollo personal y social óptimo. Estas necesidades se han definido y descrito desde diferentes corrientes teóricas, dando lugar a distintas perspectivas e implicaciones sociales.

Maslow identificó las necesidades humanas universales. Según este autor, para que se puedan satisfacer las necesidades superiores es necesario que previamente estén cubiertas, en mayor o menor medida, las necesidades más básicas, situadas en la base de la conocida como “Pirámide de Maslow”. De acuerdo con la estructura ya comentada, las necesidades identificadas por Maslow son:

- Necesidades fisiológicas: estas necesidades constituyen la primera prioridad del individuo y se encuentran relacionadas con su supervivencia.
- Necesidades de seguridad: con su satisfacción se busca la creación y mantenimiento de un estado de orden y seguridad.
- Necesidades sociales: una vez satisfechas las necesidades fisiológicas y de seguridad, la motivación se da por las necesidades sociales.
- Necesidades de reconocimiento: también conocidas como las necesidades del ego o de la autoestima.
- Necesidades de auto superación: también conocidas como de autorrealización o auto actualización, que se convierten en el ideal para cada individuo.

En esta línea, Doyal y Gough (1992) están entre los pocos autores que presentan un intento de considerar las características específicas de la infancia dentro de su teoría de necesidades.

Estos autores proponen, en un primer nivel, la salud física y la autonomía como las necesidades básicas del desarrollo infantil que son consideradas universales y garantes la supervivencia humana. Unidas a estas necesidades básicas describen todo un conjunto de necesidades intermedias o secundarias que promueven la satisfacción de las primeras y que son consideradas los mínimos para que cualquier niño o niña pueda vivir de forma digna y crecer adecuadamente.

Los primeros años (desde el nacimiento a la infancia) constituyen una etapa trascendental para la vida futura. La trayectoria vital que nos caracteriza como personas únicas e irrepetibles comienza a fraguarse desde las primeras semanas de vida. En esta etapa se producen importantes y acelerados procesos de desarrollo, de hecho, no hay ninguna otra etapa en el ciclo vital en la que se produzcan tantos y tan importantes cambios en tan poco tiempo.

#### **3.2.4. Nutrición**

El estudio de la nutrición es muy reciente, las primeras observaciones de hace apenas 200 años se hicieron en Francia y se le atribuyen a Lavoisier (Lavoisier, 2012).

Los estudios científicos de la nutrición en el siglo XIX pasan de Francia a Alemania y quedan establecidos los principios fundamentales del concepto energético de la nutrición (Burgues, 2015).

En 1750 se identifican los inicios de los cambios fundamentales en la alimentación mundial, debido a los estudios científicos sobre energía y proteínas y al descubrimiento de las vitaminas.

En 1877 comienza el estudio de la Dietética y la Nutrición en América y Europa, y se implementa la Carrera de Dietista a nivel universitario. En 1914 - 1918 (Primera Guerra Mundial) se plantea un problema insospechado en la alimentación de los soldados y la población civil por la deficiencia de tiamina (b1) que afecta a la mayoría de la población alemana, disminuyendo considerablemente su resistencia (Rotemberg, 1999).

En 1922 Bantin y Best descubren la insulina que no solamente permite tratar la diabetes sino que amplía los horizontes de investigaciones sobre nutrición. En 1935 se crea una Marco

Émico de alimentación equilibrada, con ocasión del diseño hecho por un grupo de filósofos de las Normas de Ginebra, lo que marca el inicio de la nutrición como disciplina académica(Gálvez, 2005).

El período entre 1930-1940, se caracteriza por el descubrimiento de nuevas vitaminas y predomina la prevención de enfermedades carenciales, utilizando la fortificación de alimentos con vitaminas (López, 2003).

A raíz de la conclusión de la Segunda Guerra Mundial en 1945, surgió como problema de primera magnitud la situación alimentaria de las poblaciones ocupadas por las fuerzas alemanas. La movilización científica fue inmediata y aun antes de terminar el conflicto se formaron grupos de expertos para acudir a las zonas más afectadas. A partir de este momento, la nutrición ha avanzado como área de conocimiento ligado a la medicina bajo la premisa del estudio de las interrelaciones de los nutrientes, su papel biológico y la determinación de los requerimientos dietéticos; predominando un enfoque positivista que prima sobre el histórico social (Carvalho, 1997).

Dada la creciente preocupación que ha generado la nutrición como objeto de estudio de las ciencias médicas y de las carencias sociales, hoy día se ha avanzado en el concepto de alimentación, el cual sintetiza Rotenberg como el estudio del hombre y su relación con los alimentos, inmerso y comprendido en la historia, en la cultura y en las organizaciones sociales.

Coincidiendo con Rotenberg, se puede entender por alimentación - nutrición el área del conocimiento que estudia la relación hombre naturaleza alimento, en una relación compleja, que involucra aspectos estructurales, ideológicos y simbólicos, desde una mirada que integra lo biológico y lo social como una forma de comprender la nutrición en su totalidad.

Así, hablar de nutrición y alimentación en el ser humano, es reconocer no sólo la historicidad de dicho proceso, los aspectos de las organizaciones que lo subyacen y los asuntos culturales en los que está inmerso, sino también, reconocer que el hombre a través de su experiencia cotidiana con el proceso de alimentarse cuando está sano, cuando está enfermo, cuando se es niño, cuando se está en crecimiento, o en cualquier proceso vital humano, adquiere conocimientos que crea y recrea con los otros y en los otros.

Esos conocimientos a su vez se convierten en prácticas alimentarias, las cuales se entienden al igual que Rotenberg, como la forma en que el ser humano selecciona, prepara, consume, produce e ingiere los alimentos, que involucra el qué se come, cómo se come, en dónde se come, con quién se come y cómo se utilizan los alimentos, horarios, combinaciones, todo conjugado como prácticas sociales.

Cabe resaltar, que lo que se selecciona, lo que se prepara y lo que se consume, está determinado por las preferencias, gustos y rechazos, normas y creencias y por el acceso a los alimentos. Los gustos y los rechazos pertenecen también a sistemas normativos socialmente construidos por representaciones traducidas en prácticas alimentarias diferenciadas, en las diversas culturas y grupos sociales (Fischeeler, 1999).

Según Martinic, la alimentación, sus prácticas y significados se generan colectiva e intersubjetivamente y operan con una lógica diferente a la racional (Martinic, 1990).

Esta lógica es la del sentido común, en la cual pesa la experiencia y el ejemplo de lo que ha funcionado.

Así, se entiende que las prácticas relacionadas con la alimentación y la nutrición, son prácticas socio-culturales, que deben ser abordadas en esa misma mirada que trascienda lo estrictamente biológico y metabólico a una comprensión antropológica-social (Birman, 1997).

#### **3.2.4.1. Equivalencia o intercambio de alimentos**

Para cada grupo de alimentos se definen las equivalencias en términos de tamaño de la porción, permitiendo efectuar intercambios de alimentos dentro de cada grupo, brindando la posibilidad de dar variabilidad a la alimentación. (Ministerio de Salud, 2005).

El valor nutricional correspondiente a la porción de cada grupo es un promedio de los alimentos que integran ese grupo. En las cantidades se especifican, una porción es intercambiable por otra porción porque tiene un contenido similar en caloría y macronutrientes. Los alimentos en forma individual difieren levemente en las cantidades exactas de energía y macronutrientes, pero dentro de una variabilidad esperada. (Ministerio de Salud y Deportes, 2009).

## **Grupos de Alimentos**

**GRUPO 1 – Cereales, leguminosas, tubérculos y derivados.**

Proporcionalmente es el grupo más grande y aportan principalmente energía proveniente de los carbohidratos. A este grupo pertenecen los cereales y sus derivados, leguminosas, las raíces y tubérculos. Son la base de la alimentación por lo que se recomienda de 3 a 10 porciones por semana.

**GRUPO 2 – Verduras.**

Este grupo está conformado por una gran variedad de verduras llamadas hortalizas, se caracterizan por su color, por su aporte en vitaminas y minerales (también aportan fibra y fitoquímicos o fitonutrientes). Por la función que cumplen estos micronutrientes se recomienda el consumo de 2 a 6 porciones por semana.

**GRUPO 3 – Frutas.**

Las frutas son un grupo de alimentos de gran importancia por su aporte en vitaminas, minerales y son fuente importante de fibra (además aportan fitonutrientes). Se debe consumir de 2 a 5 porciones por semana.

**GRUPO 4 – Leche y sus derivados.**

Incluye las leches fluidas y en polvo enteras, semi descremadas, descremadas y sus derivados, yogures y quesos, aportan proteínas de alto valor biológico, calcio y grasas, es recomendable consumir de 2 a 4 porciones por semana.

**GRUPO 5 – Carnes, derivados, huevos y mezclas vegetales.**

Los alimentos que pertenecen a este grupo son fuente importante de proteínas de elevado valor biológico, hierro y grasas. Ésta constituida por todos los tipos de carnes, vísceras y huevos de todo tipo de aves. En este grupo se incluyen a la mezcla de cereales con leguminosas por que aportan proteínas muy similares a las proteínas de origen animal. Se recomienda de 1 a 3 porciones por semana.

## GRUPO 6 – Grasas y Aceites.

Este grupo de alimentos está conformado por alimentos fuente de grasas de origen animal o de origen vegetal. Por constituirse en un factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares y enfermedades crónicas no transmisibles se aconseja consumir en muy poca cantidad.

## GRUPO 7 – Azúcares y mermeladas.

Este grupo de alimentos comprende el azúcar, miel, dulces y mermeladas. Es recomendable limitar al máximo su consumo.

## AGUA

El agua por su esencialidad se considera un alimento fundamental para la subsistencia, se recomienda consumir entre 6 a 12 vasos por día.

### **3.2.5. Desnutrición**

La desnutrición, desde el enfoque positivista de las ciencias de la salud, es una condición patológica inespecífica, sistémica e irreversible en potencia, que se origina como resultado de la deficiente utilización de los nutrientes por las células del organismo. (U. Federal Sao Paulo, 2007).

La desnutrición también es definida como un grupo de enfermedades cada una relacionada con uno o más nutrientes y cada una caracterizada por un desbalance celular entre la oferta de los nutrientes y la energía, y de otro lado, la demanda del cuerpo para asegurar el crecimiento, mantenimiento y funciones específicas, entre otras. (Cardona, 2007)

La desnutrición se manifiesta por un retardo potencialmente reversible del crecimiento físico y del desarrollo psicomotor, junto con otros síntomas y signos clínicos. Las formas severas de desnutrición aguda grave (DAG) se denominan marasmo y kwashiorkor, síndromes que se caracterizan por una deficiencia de proteínas y energía el primero y de proteínas principalmente el segundo.

**El marasmo**, es la desnutrición proteico-energética que se presenta, generalmente durante el primer año de vida y se caracteriza por una gran pérdida de tejido adiposo y muscular, también

ocurre un retardo en el crecimiento que en casos graves, puede llegar a convertirse en detención completa del mismo. Los niños se observan muy enflaquecidos, con disminución notoria del panículo adiposo de la pared abdominal, las mejillas y la cintura escapular y pelviana. (Mahan, 1998).

**El Kwashiorkor**, síndrome que se caracteriza por lesiones cutáneas, la presencia de edema, el hígado graso, la despigmentación del cabello y la irritabilidad. Aunque la patogenia del kwashiorkor no está completamente aclarada, se acepta por definición que la expansión del espacio intracelular, manifestado clínicamente por la aparición del edema, es la forma característica de esta forma de desnutrición. El kwashiorkor se asocia con signos físicos cutáneos como la dermatitis descamativa, el cabello ralo, despigmentado y quebradizo; las uñas frágiles, las conjuntivas pálidas y la boca con estomatitis angular, signos que son deficiencias de las vitaminas y las proteínas (Mahan, 1998).

**La desnutrición Mixta:** Es el síndrome caracterizado por la presentación de ambos tipos de desnutrición grave, con la combinación de signos y síntomas. (Mahan, 1998)

Todos tienen alto riesgo de muerte. La mortalidad en niños hospitalizados por marasmo representa hasta el 20% o 30%, con una variación hasta de un 50% o 60% en los niños con desnutrición tipo Kwashiorkor; significa entonces, que el niño que se encuentre con estas patologías está en riesgo de muerte. (Kwashiorkor, 1999)

La desnutrición, es la resultante de un estado nutricional anormal; el estado nutricional es una condición interna del individuo que se refiere a la disponibilidad y utilización de energía en el ámbito celular; condicionado por la disponibilidad de alimentos, el ingreso económico, factores culturales, educativos, emocionales, ambientales y de salud; es la resultante final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes.

Para evaluar el Estado nutricional se puede recurrir a medidas biológicas y clínicas, pero también a evaluaciones antropométricas, algunas de estas medidas tienen relación con el crecimiento físico, el cual está dado por las diferencias en el tamaño, expresadas como peso y estatura, proporción y composición corporal durante el crecimiento, a lo que se le llama comúnmente, datos antropométricos, los cuales son de uso internacional por ser los más

económicos y no invasivos permiten mayor facilidad de trabajo en el primer nivel de atención y a nivel comunitario. (Hodgson, 1999)

El ritmo de crecimiento de los niños de cinco años es una medida comúnmente utilizada para estimar el estado nutricional y el riesgo de desnutrición de toda una comunidad; de hecho, el mayor indicador global de salud de los niños es el crecimiento y su valoración en déficit (estatura para la edad) representa las desigualdades en las poblaciones en cuanto a desarrollo humano, puesto que los niños menores de cinco años representan el segmento más vulnerable de la población. (Hodgson, 1999)

Al respecto Castiel hace un llamado cuando dice que al trabajar con datos poblacionales, el ser humano sufre los efectos del proceso de agregación de personas, y con eso, se pierde la particularidad, y la singularidad propia del nivel de organización individual (Castiel, 2004)

El llamado toma importancia cuando se piensa que a pesar de la facilidad en el manejo de los datos, aún muchos casos de desnutrición pasan desapercibidos por los profesionales de los servicios de salud.

En este sentido Zaborowsky (2003) plantea que las madres tampoco reconocen el problema, sus hijos están bien cuando ejercen sus actividades diarias. El diagnóstico de desnutrición llega por enfermeras, nutricionistas, o médicos.

Y es que generalmente se habla de estado nutricional, pero hablar de estado no significa alteración en la salud o en la enfermedad, así pues, la gravidez es un estado y no una enfermedad; pero cuando en la evaluación antropométrica los niños presentan un déficit en la estatura o en el peso ¿de qué se habla, de estado o de alteración?, ¿cómo se puede decir que la desnutrición es un estado cuando el riesgo de muerte en estos niños es alto? ¿cómo se puede hablar de estado, a sabiendas de que un niño pasa por procesos de daños fisiológicos y físicos en todo el tiempo en el que se desarrolla la desnutrición?, ¿no será que se debe pensar la desnutrición, no como un estado, sino como una patología multicausal?, no para seguir en la línea exclusivamente biológica de explicación de la enfermedad, sino, para iniciar un proceso de visibilización del problema en salud, tanto por parte de los profesionales de la salud, como de las familias y de visibilización de la multicausalidad de la desnutrición y la necesidad de la interculturalidad en salud. Sin embargo, lo importante sería que ningún niño o niña llegara la

desnutrición tipo marasmo o kwashiorkor y una forma de prevenirlo es indagar los aspectos culturales del colectivo en torno al estado nutricional y las percepciones de las madres frente a la desnutrición de sus hijos, de tal manera que los profesionales de la salud puedan comprender el ámbito sociocultural en el que se construye la enfermedad y desde esa comprensión, construir un puente que permita realizar prácticas curativas incluyentes, interculturales y más humanas.

### **3.2.6. Hábitos alimentarios**

Los patrones alimentarios de una población están determinada por los hábitos alimentarios, creencias, prácticas alimentarias, así como también por la disponibilidad y acceso económico

Una forma indirecta de medir los hábitos alimentarios es el análisis sobre la estructura de gastos por rubros de alimentos.

El estudio sobre alimentación y nutrición efectuado por el Banco Mundial (2011) refiere que la alimentación en el área rural del país sigue siendo rica en hidratos de carbono, por lo que se demuestra que no existieron cambios en los hábitos alimenticios de las familias del área rural a diferencia del estudio de 1999.

Si bien la población sabe que debe consumir una dieta variada, los pocos recursos económicos disponibles en áreas rurales alejadas y la limitada disponibilidad de alimentos no les permite consumir una alimentación adecuada y suficiente.

Las prácticas alimentarias e higiénicas determinan el consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos e inciden positiva o negativamente en el estado de salud de la población.

En Bolivia no se cuenta con investigaciones recientes que permitan conocer los hábitos, patrones culturales y su origen que orienten estrategias educativas.

La falta de prácticas adecuadas de higiene, se deben en parte, al limitado acceso de la población periurbana y rural principalmente, a los servicios de agua potable y saneamiento básico. Si bien el agua es fuente de vida y elemento básico para la seguridad alimentaria de las personas, no toda la población boliviana tiene acceso a este derecho y menos aún, la población rural.

Asimismo el limitado acceso a servicios de saneamiento básico en general y de desagüe en particular, constituye otra de las mayores deficiencias en Bolivia y una de las principales causas subyacentes de la desnutrición, por su estrecha relación con enfermedades infecciosas gastrointestinales (diarreas) que interfieren con la adecuada utilización biológica o aprovechamiento de los alimentos por el organismo humano. (Ministerio de Salud y Deportes, 2013)

Por otra parte existe poca información sobre la importancia de una alimentación balanceada y las consecuencias del consumo de una dieta desequilibrada que puede conducir a deficiencias de micronutrientes y en adultos, a enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a la nutrición como: obesidad, diabetes e hipertensión. Sin embargo, el consumo de alimentos no solo depende del nivel de ingresos. (Ministerio de Salud y Deportes, 2010)

La población pobre incluye en su canasta familiar, alimentos de bajo costo, que proporcionan saciedad, de sabor agradable y de uso práctico al momento de su preparación.

Es decir, la estrategia familiar busca satisfacer la necesidad de alimentarse considerando criterios económicos y prácticos y no precisamente la calidad nutricional de los alimentos.

### **3.2.7. Percepción y Cultura**

#### **Percepción**

Existen múltiples acepciones del término percepción, ya que se ha estudiado desde hace mucho tiempo, por los filósofos, los antropólogos, los sociólogos y los psicólogos, cada una de esas disciplinas ha determinado un concepto y lo ha desarrollado de acuerdo con sus paradigmas epistemológicos.

De acuerdo con la Psicología, la percepción es una función psíquica que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir y elaborar las informaciones provenientes del exterior y convertirlas en totalidades organizadas y dotadas de significado para el sujeto; es la actividad del espíritu encarnado (inteligencia) ejerciéndose sobre las sensaciones. Estas, en efecto, aseguran el contacto físico y original del hombre con su medio por la mediación de su cuerpo cuyos órganos son los sentidos (de aquí el antiguo proverbio escolástico: nada hay en la inteligencia que primeramente no haya estado en los sentidos).

Este contacto se convierte en presencia al mundo, asumida por el hombre, por la significación y elaboración intelectual que es la percepción, ayudada por los recursos de la memoria y la imaginación. (Colin, 2000).

Desde la Psicología social se trabaja en la actualidad en el concepto de percepción social o de personas, ligados ambos a procesos como el de reconocimiento de emociones, formación de impresiones, las atribuciones causales y la inferencia social.

Esta perspectiva atribuye como una de las razones o como razón principal de nuestra subsistencia como especie e individuos a la adecuada percepción del medio físico y social y en la adaptación de estas condiciones cambiantes. (Ferreter, 1997)

Dentro de esta orientación, existen múltiples enfoques teóricos, uno de ellos se denomina reduccionismo biológico y se basa en el supuesto de que para cualquier aspecto de la sensación del observador haya un hecho fisiológico correspondiente, sus representantes son Margarte Livingstone y David Hubel (1988).

Otro enfoque es el de la percepción directa, el cual abarca varias teorías que parten de la premisa de que toda la información necesaria para formar la percepción consciente está en los estímulos que llegan a nuestros receptores, uno de sus exponentes fue J.J. Gibson (1979).

Por su parte, David Marr, es el autor más representativo de la teoría computacional; un enfoque mucho más antiguo, pero vigente. Parte del reconocimiento que nuestra representación perceptual se realiza con base en los estímulos que existen en un momento específico, lo que lleva el nombre de percepción inteligente, este concepto originado en Helmholtz (1867), también es conocida como teoría constructivista. (Abarca, 2003)

De acuerdo con la filosofía, el término percepción, alude a una aprehensión sea cual fuere la realidad aprehendida. Percepción es en esencia recoger y cuando éstas afectan las realidades mentales se habla de percepciones *animi*, es decir la aprehensión de notas intelectuales. Así pues, para la filosofía, la percepción parece ser algo distinto de la sensación, pero también algo distinto de la intuición intelectual.

Existen múltiples corrientes filosóficas que han postulado teorías sobre percepción, entre ellas el realismo y el idealismo, representadas por Descartes y Espinosa, respectivamente, quienes

postulan el carácter mediato o inmediato de la percepción. Otras doctrinas gnoseológicas del realismo y del idealismo, tienen el supuesto que la percepción sea solo un conocimiento. (Abarca, 2003)

De acuerdo con la antropología, la percepción es la clara toma de conciencia de los objetos, estados y procesos del propio cuerpo (parte interna) y del ambiente circundante (parte externa) que es provocada a través de estimulación de órganos sensoriales periféricos; experiencia compleja y global, que es determinada, aparte de, por sensaciones, a través de tendencias, de aspectos, contenidos de recuerdos, de intereses, de disposiciones, de ánimo, de expectativas, entre otros. (Torres ,2011)

Esta acepción desde la antropología recoge elementos dispuestos en las posiciones teóricas de la psicología y la filosofía, en cuanto retoma de la primera el papel fundamental que juegan los órganos de los sentidos y de la segunda, el aspecto *animi*, relacionado con la posibilidad de recoger esas emociones, expectativas, recuerdos, etc., en la percepción; ambos aspectos permiten la construcción de una visión propia del mundo, en el que se involucra la percepción de lo que se vive y de lo que se vivió. (Torres, 2011)

En este sentido, y dado que se está trabajando la investigación cualitativa desde la perspectiva etnográfica y que esta perspectiva nace y tiene su fundamento en la antropología, tomó la percepción desde la antropología.

Así pues, esta investigación pretende a través de la percepción, resaltar la visión *desde dentro*. Esto, en contraposición con la perspectiva *desde fuera*, típica de la mirada médica, la cual minimiza o ignora la subjetividad real del que sufre. La perspectiva desde *dentro* se centra directa y explícitamente en la experiencia subjetiva de vida, de enfermedad o de padecimiento.

En la antropología, tal aspecto se ha llamado el punto de vista *emic*, palabra con la que se designa la visión de los sujetos de estudio.

Esta aproximación metodológica centrada en los actores busca dar la palabra a los sujetos sociales, y supone que dar esa voz implica, además de, escucharlos, asumir que lo que dicen es correcto y verdadero<sup>48</sup> y, finalmente pretender comprender al otro o a los otros en su cultura.

Así mismo, reconoce que existen posiciones, creencias y experiencias del investigador, que influyen el proceso investigativo, a lo que se le denomina en antropología el aspecto *etic*.

La percepción incluye aquello que el individuo o individuos elaboran internamente según su historia, la historia del grupo y según los contextos culturales en los cuales está inmerso. De esta elaboración se deriva la comprensión del individuo o colectividad y las acciones que emprenda frente a un fenómeno. La percepción, entonces, está articulada a las formas culturales de cada grupo poblacional, por lo tanto, la cultura se convierte en un eje importante de la percepción.

Esta concepción de percepción es de gran importancia para el caso de este estudio: la percepción que tienen las madres sobre el estado nutricional de los niños menores de cinco años con desnutrición tipo marasmo o kwashiorkor.

Tal como se expresó en el problema en las bases de datos de Latinoamérica se encontraron muy pocas investigaciones referidas a percepción de la desnutrición por las madres de los niños.

López S. en su publicación “Percepção das mães sobre a perda de peso e desnutrição dos filios”; Utiliza una metodología cualitativa y trabaja los aspectos de percepción y cultura alimentaria, pero no deja claro cuáles son las percepciones de la madre frente al tema.

Carvalho S. Percepción de la madre de niños desnutridos en relación a la desnutrición de sus hijos. Encuentra que las madres perciben la desnutrición asociada con enfermedades y con la dificultad en el rendimiento escolar. Según sus hallazgos las madres tienen dificultades para definir qué es la desnutrición.

Díaz P. Percepción materna del estado nutritivo de sus hijos obesos. Realiza la investigación por medio de un estudio cuantitativo de corte transversal, en el que trabajo con encuestas estructuradas. Finalmente no hablan desde la comprensión del fenómeno por parte de las madres.

Restrepo S. La alimentación y la nutrición Escolar. Una mirada a la vida cotidiana. Escuela Tomas Carrasquilla. Utiliza un enfoque cualitativo, pero con respecto a la percepción sobre la

desnutrición, esta investigadora sugiere la necesidad de profundizar en el campo de la percepción de la desnutrición.

Rotenberg S. Prácticas alimentarias y el cuidado de la salud de los niños con bajo peso. Trabaja la investigación cualitativa y finalmente resalta que las prácticas alimentarias corresponden a construcciones socioculturales.

A pesar de que estas investigaciones hablan de percepción, en sus trabajos no especifican claramente que es percepción y en sus resultados también queda el vacío sobre la percepción de las madres frente al estado nutricional de sus hijos

## **Cultura**

La palabra cultura proviene de *culture*, latín (L), cuya última palabra trazable es *colere*, L. Colere tenía un amplio rango de significados: habitar, cultivar, proteger, honrar con adoración. Eventualmente, algunos de estos significados se separaron, aunque sobreponiéndose ocasionalmente en los sustantivos derivados. Así, 'habitar' se convirtió en *colonus*, L. de colonia. 'Honrar con adoración' se desarrolló en *cultus*, L. de culto. Cultura tomó el significado principal de cultivo o tendencia a (cultivarse), aunque con el significado subsidiario medieval de honor y adoración. Por lo tanto, el significado primario fue labranza: la tendencia al crecimiento natural. (Urrea, 2001).

En castellano la palabra cultura estuvo largamente asociada a las labores de la labranza de la tierra, significando cultivo (1515); por extensión, cuando se reconocía que una persona sabía mucho se decía que era "cultivada". Según Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana, es sólo en el siglo XX cuando el idioma castellano comenzó a usar la palabra cultura con el sentido que a nosotros nos preocupa y habría sido tomada del alemán *kulturell*. Es posible pensar que nuestra preocupación por conocer el concepto "cultura" desde las ciencias sociales proviene más bien de la fuerte influencia que el saber norteamericano ha tenido sobre nuestra propia cultura hacia las décadas de los 50 y 60. (Geertz, 1998)

De las seis definiciones utilizadas a comienzos del siglo XX, se pasó entre 1920 y 1950 a unas 150 y hoy en día se pueden recoger más de 500, por lo tanto no se pretende en este escrito agotar el panorama de definiciones y topologías sobre el concepto cultura, sin embargo, es

importante hacer un abordaje del concepto que permita vislumbrar la postura de la investigación.

Desde la antropología existen múltiples paradigmas donde se enfoca la cultura como hábitos, costumbres, patrones o pautas de comportamiento, a lo que se le conoció como la corriente paradigmática conductual y en la cual se resaltan algunos pensadores como Tylor (padre del concepto cultura, en 1871), Franz Boas (1930) y B. Malinowski (1931) y aquellas de la segunda mitad de siglo XX con el estructuralismo con Strauss, y la otra corriente, que se aleja del concepto de lo conductual y se presenta como un conjunto de información compartida, de ideas y conocimientos codificados de símbolos, a lo que se le denomina el paradigma cognoscitivo, donde se encuentran autores como W.H. Goodenough (1957), Clifford Geertz (1966), M. Harris (1981) y Anthony Giddens (1985), donde la cultura se comienza a redefinir en ideas, en simbolismos y significados, como algo que existe en la mente, en el pensamiento de las gentes y en sus representaciones internas.

Dentro de estos autores, se rescata el concepto de cultura del antropólogo Clifford Geertz, asumo cultura como esa urdimbre y su análisis; por tanto, no como una ciencia experimental en busca de leyes, sino como una ciencia interpretativa, en busca de significaciones. En este concepto, la cultura está articulada al tiempo, al espacio, a la historia; está permeada por símbolos y significados que tienen su interpretación al interior de esa cultura que los tejó. Estamos transitando en la actualidad en un nuevo paradigma cultural, al que se le debe adicionar el reconocimiento del contexto sobre las percepciones, los valores, los comportamientos del grupo social más amplio<sup>51</sup>, este es el enfoque en el que se enmarca esta investigación.

En el proceso salud enfermedad desde la mirada antropológica ha sido analizada desde diferentes posturas, entre ellas la de Taussig y Kleinman. Por ejemplo Taussig afirma que son las fuerzas y las relaciones sociales las que configuran el conocimiento, las creencias y la interacción tratamiento enfermedad. Por otro lado, Kleinman<sup>52</sup>, sin negar estos determinantes, enfatiza en el papel de las estructuras cognitivas subyacentes en los relatos individuales de la enfermedad. Para nosotros, estas posturas son complementarias y necesarias, en la búsqueda de la comprensión del proceso salud - enfermedad, a partir de los relatos de los sujetos. En

esta línea de pensamiento, Alves parte de la premisa que las personas producen conocimientos médicos existentes en el universo sociocultural en el cual están insertos.

El estudiar la percepción desde esta perspectiva implica necesariamente considerar una gran cantidad de aspectos subjetivos y significados que un enfermo le otorga a la experiencia de vivir con un padecimiento. Según Conrad, para comprender esta situación se hace necesario explorar el significado de la enfermedad considerando la organización social del mundo del que sufre, así como sus estrategias de adaptación, las teorías y explicaciones que las personas desarrollan sobre su estado, ya que todo ello influye en la forma de atención, sea o no médica, que proporciona a su padecimiento.

Un estudio cualitativo de Rotenberg sobre las prácticas alimentarias y el cuidado de la salud, de la alimentación de los niños y de la alimentación de la familia, analizado en la perspectiva socio antropológica, encuentra que las prácticas alimentarias en el cuidado infantil están planeados por el aprendizaje que tuvieron las madres en su infancia, aunado a las experiencias y vivencias durante su vida, a la cultura, a las redes sociales y al saber científico de cada época histórica y cultural. Concluye ésta autora que la comprensión de estos aspectos por parte de los profesionales de la salud, permite intervenir en estas realidades para mejorar la salud de los niños y familias.

El estudio de Onis sobre las variaciones de la desnutrición crónica (retraso en el crecimiento físico) de 1980 a 2005 señala como las intervenciones focalizadas en el campo de la salud, la alimentación y la educación contribuyen a disminuir la desnutrición crónica; señala además la necesidad de emprender programas comunitarios con la participación de la comunidad en la identificación de la desnutrición y en las medidas para resolverlo.

Por otro lado, el estudio de Hernández sobre el cuidado de la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana, bajo la perspectiva sociológica de la interacción social, señala que el saber sobre un fenómeno es construido a través de la socialización, al aceptar valores y normas de conducta. Los conocimientos sobre los fenómenos son dependientes de las situaciones socio culturales y constantemente son renegociados, concluye que las diferentes interacciones sociales determinan la forma como se construye el qué y el cómo del cuidado de la salud de la familia y/o del sujeto.

La presente investigación entonces, reconoce que el concepto de cultura es construido por el individuo y sus colectividades, que es dinámico y que en ella se construyen y reconstruyen los símbolos y los significados y con ellos los patrones culturales que definen las formas de ver el mundo, de pensarlo, de articularse en él. Que las fuerzas sociales y las experiencias previas definen en las madres las formas de vivenciar la salud, el estado nutricional, las formas de cuidar y de curar.

Por eso, las concepciones y prácticas culturales, así como la forma como perciben las madres y padres la desnutrición de sus hijos son ejes centrales para el tratamiento de la desnutrición.

### **3.2.8. La desnutrición como problemática global.**

El problema de la desnutrición es de magnitud global y gran importancia por sus efectos negativos en el desarrollo del ser humano, sobre todo en el niño y la madre embarazada. A continuación y por la importancia que reviste la desnutrición, resumimos algunas conclusiones emanadas del informe anual de UNICEF del año 2013, que se traza como meta, erradicar la pobreza extrema y el hambre como primer objetivo del “Desarrollo del Milenio”. (Unicef, 2013)

El hambre es consecuencia y causa de la pobreza infantil. La segunda meta del objetivo es reducir a la mitad el número de personas que padecen hambre, utilizando como indicador de progreso el porcentaje de niños que presentan bajo peso al nacer. Mientras no se ponga fin a la desnutrición infantil, será sumamente difícil cumplir cualquiera de los objetivos de desarrollo del milenio. (Unicef, 2013)

Prestar atención al problema de la deficiencia de micronutrientes, importante factor que contribuye al bajo peso al nacer, ha sido decisivo para avanzar hacia el cumplimiento de las metas del desarrollo del Milenio. La carencia de vitaminas y minerales es un problema de salud que afecta a 2.000 millones de personas en el mundo entero. Las más vulnerables son las mujeres gestantes, lactantes y los niños pequeños, debido a que sus requerimientos de vitaminas y minerales son mayores y a que son más susceptibles a las consecuencias perniciosas que representa su carencia. (Ministerio de Salud, 2009)

Algunas de las implicaciones directas y positivas para todos los objetivos de desarrollo del Milenio son las siguientes: consumir cantidades adecuadas de yodo puede reducir los índices de pobreza y mejorar el rendimiento escolar; la administración de suplementos de vitamina A tiene efectos directos sobre la salud de los niños; la administración de múltiples micronutrientes reviste una importancia extraordinaria para las mujeres en edad de concebir e influye favorablemente en su salud durante el embarazo, en su supervivencia durante el parto y en el peso del bebé al nacer, así como también en su salud durante la lactancia.

### **3.2.9. Desnutrición - Pobreza en Bolivia**

La desnutrición es uno de los problemas más apremiantes de la población infantil en Bolivia. Las condiciones sociales, políticas y económicas no han permitido erradicar este flagelo y actualmente es una de las prioridades para el sistema de salud. La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIPEI) y el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), priorizan el problema de la desnutrición en el menor de cinco años, como una manera efectiva de reducir la elevada morbi-mortalidad asociada, junto con la reducción de las otras enfermedades prevalentes de la infancia. (Aguilar, 2009)

La desnutrición se concentra sobre todo en poblaciones rurales, hogares sin acceso a agua potable y/o saneamiento, o donde las mujeres tienen un bajo nivel de escolaridad. Generalmente se inicia ya durante la gestación dando como producto a un recién nacido de bajo peso, con mayores probabilidades de morir que otros con peso adecuado; la desnutrición se agrava al no recibir lactancia materna exclusiva, exponerse a patologías infecciosas, ni recibir alimentación complementaria adecuada. (Aguilar, 2005)

La nutrición adecuada en la niñez tiene un impacto crucial sobre el potencial productivo del adulto. En Bolivia, el total de niños con desnutrición crónica asciende al 27% y de ellos el 8% sufren desnutrición crónica severa. La malnutrición es otra expresión de nutrición inadecuada o deficiente. La anemia nutricional por deficiencia de hierro, generalmente asociada a la desnutrición, se considera grave debido a que repercute en forma desfavorable en la actividad física y capacidad intelectual del niño. (ENDSA, 2013)

Según datos de la encuesta nacional de salud (ENDSA) 2013, el 51% de los niños bolivianos presenta algún grado de anemia y de los niños entre 10 y 11 meses, este porcentaje se eleva al 89%.

En un estudio realizado en el Hospital del Niño “Ovidio Aliaga Uría” de la ciudad de La Paz, se encontró que los niveles de hemoglobina de niños menores de cinco años, internados en diferentes servicios del hospital, fueron menores a 12g/dL en más del 50% de ellos, lo que sugiere una incidencia alta de la deficiencia de hierro en la población infantil. (Aliaga, 2012)

La prevalencia más alta de desnutrición crónica se encuentra en el Altiplano (32%) y en los valles (30%); en los llanos es de 18%. A mayor grado de educación de la madre, menor retardo del crecimiento.

La ENDSA de 2013 nos muestra que el estado nutricional se va deteriorando a partir del nacimiento, observando que hacia el segundo año los niños son pequeños, delgados, con signos de anemia y otras carencias. El riesgo relativo de muerte de niños con algún grado de desnutrición no está necesariamente relacionado con los estadios severos de desnutrición y la mortalidad aproximada es de 2.5%, 4.6% y 8.4% para las categorías leve, moderada y severa respectivamente. Estudios realizados en base a datos de 53 países indican que el 56% de muertes (entre 6 a 59 meses) son atribuibles al efecto de la desnutrición, la mayor parte de las cuales (86%) corresponde a aquellas clasificadas como leve y moderada.

### **3.2.10. Situación de salud de niños y niñas menores de 5 años.**

Referente a la salud de los niños y niñas menores de 5 años, el indicador de importancia que manifiesta el deterioro de la salud y nutrición, es la tasa de mortalidad neonatal, infantil y de la niñez. En los últimos 15 años se logró una reducción importante en los indicadores de mortalidad infantil. Sin embargo, continúa siendo una de las tasas más altas de América Latina. La tasa de mortalidad infantil a nivel nacional, se redujo de 91 a 54 %, la tasa de mortalidad en el menor de 5 años bajo de 130 a 37% por 1000 nacidos vivos y la mortalidad neonatal de 43 a 27 por mil nacidos vivos (Ministerio de Salud y Deportes, 2014).

El mayor riesgo de morir en los niños se presenta en el primer mes de vida, presentando el 40% de las muertes de los menores de 5 años, la mayor proporción de estas muertes (32%) se

deben a cuadros de origen infeccioso, principalmente la septicemia, siguen como causas trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y bajo peso al nacer con un 30% y los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal con un 22%. (Ministerio de Salud y Deportes, 2014)

Sin embargo, en la actualidad, las primeras causas de muertes de la niñez menor de 5 años, continúan siendo las diarreas y las infecciones respiratorias, enfermedades cuyas prevalencias que Latino América y en Bolivia permanecen altas, como indica ENDSA/2013 sobre las IRAs en los periodos 2009 – 2013 se incrementaron de un 42,5% a 49,0% respectivamente, al igual que las diarreas en los mismos periodos incrementaron de 19,2% a 22,4%, pero en el caso de las diarreas tratadas con sobres de rehidratación y alimentación de subsidio disminuyeron de 30,2% a 28,8%.(INE, 2008)

### **3.2.11. Tendencia a la Desnutrición en Bolivia**

La desnutrición se caracteriza por un círculo vicioso que se inicia desde la gestación, madres embarazadas desnutridas, que da a luz niños con bajo peso al nacer y alto riesgo de desnutrición y muerte. Si los niños que sobreviven, no tienen adecuada atención y cuidado, no alcanzan su potencial de crecimiento y desarrollo y arrastran esta limitación en el tiempo, la que se manifiesta en desnutrición crónica y bajo rendimiento. (INE, 2009)

Son los tres indicadores que miden la nutrición en niños menores de 5 años, la desnutrición aguda que mide el peso en relación a la talla, la desnutrición global que mide el peso en relación a la edad y la desnutrición crónica que mide la talla en relación a la edad; el primero mide la desnutrición actual debida a situaciones extremas (disminución drástica y/o prolongada del consumo de alimentos o una enfermedad infecciosa), el segundo es la combinación de ambos indicadores que permite medir globalmente la desnutrición y el tercero refleja la historia nutricional del niño o niñas y el efecto acumulativo de retraso de crecimiento en talla, repercute en el bajo rendimiento escolar y la baja productividad en la vida adulta, es la manifestación más evidente de la pobreza. (ECIN, 2009)

En cuanto a la desnutrición aguda a nivel departamental, los niños del Beni y de Pando son los más afectados, con un riesgo 6 veces mayor en relación a los niños del departamento de

Potosí. Estos datos revelan que la desnutrición aguda se presenta con mayor frecuencia en las regiones del llano y valle del país. (ECIN, 2009)

En relación a la desnutrición global a nivel departamental; Cochabamba, Beni, Pando, Chuquisaca y Potosí, presentan las prevalencias más elevadas de desnutrición global, con diferencias estadísticamente significativas respecto a los cuatro departamentos restantes del país. En los 5 departamentos indicados, los niños tienen probabilidad de presentar desnutrición global en grado moderado o severo. Estos datos a nivel nacional promedio, nos demuestran que la Desnutrición es una problemática latente, actual y activa en los menores de 5 años en Bolivia. (PNUD, 2011)

Si bien se han implementado guías alimentarias y proyectos alimenticios para disminuir los niveles de desnutrición en la población infantil tales como el Desayuno Escolar, Subsidio, Leche Eliás entre otros, la problemática sigue latente y la mortalidad infantil a causa de la desnutrición se sigue suscitando.

### **3.2.12. Pronóstico y prevención.**

La mortalidad por desnutrición es alta y en algunos lugares mayor a 20%, siendo la mayoría de las muertes durante los primeros días de internación. Si el tratamiento se realiza a principios del curso de un kwashiorkor, los resultados generalmente son buenos. El tratamiento de esta enfermedad en sus etapas avanzadas puede mejorar la salud general del niño, pero éste puede presentar problemas físicos y discapacidades intelectuales permanentes. (UNICEF, 2011)

La desnutrición se puede prevenir mejorando el entorno del niño y favoreciendo el adecuado aporte de alimentos, fomentando la lactancia materna y mejorando las políticas de salud dirigiéndolas a una detección precoz de cualquier modificación en los valores antropométricos. (OMS/OPS, 2010).

### **3.2.13. Trabajo Social en Salud Pública**

La salud pública constituye uno de los aspectos más importantes de la salud en general porque tiene una proyección eminentemente preventiva mediante la información, aunque en la última

década está dando un giro hacia la cobertura de la rama curativa general; y en este caso tiende a confundirse con los servicios médicos curativos de consulta externa y ambulatoria.

De todas maneras, este giro y la comprensión de la salud pública en sus elementos de prevención y curación, constituyen un campo de acción del Trabajo Social.

Salud Pública significa salud del pueblo; la actividad organizada y sistemáticamente del Estado y de la iniciativa privada que tiene por objeto todo el gran proceso de la atención de la salud del ciudadano. Corrientemente la salud pública se ha ejercitado por medio de instituciones estatales, como los llamados centros de salud en los cuales se dan servicios de vacunación, atención y orientación y las futuras madres y niños. En este campo, ha sido la enfermera de salud pública quien ha enfrentado todas las responsabilidades con la presencia muy específica del médico. A la labor de la enfermera habría que agregar la acción del inspector de sanidad realizando labores de saneamiento ambiental, más que todo desde el punto de vista de control y vigilancia (CONETS, 2008).

Sin embargo, todos sabemos que la gente no está preparada para aceptar profundamente una actividad de este tipo, muy vertical, que puede definirse como una acción consejera respecto a la salud, con alguna que otra estrategia de sugestión. Las grandes campañas de vacunación de toda especie son el prototipo de lo que decimos. Ha faltado entonces un proceso de participación de la gente en todos estos problemas; la labor no ha sido encaminada a propiciar esta participación; pues muchos creen que la función del cuidado de la salud solamente corresponde al médico, a la enfermera y al inspector sanitario. Y desde este punto de vista, no habrá nunca las suficiencias médicas, enfermeras e inspectores, para hacer frente con efectividad a la gran problemática de la salud de pueblo.

Lo anterior podemos ver en la insuficiencias de los centros de salud, insuficiencia que se ve críticamente aumentada por el crecimiento de la población. En los barrios suburbanos, por ejemplo, se nota un crecimiento acelerado de la población, aumento previamente no solo del crecimiento vegetativo sino de la migración diverso tipo. De esta manera, un centro de salud que ya en sí desde el principio, por su modo de operar vertical, tenía un alcance limitado, se vuelve completamente absoluto cuando tiene que servir para diez, quince o más barrios populosos.

Es necesario descentralizar la acción de campo de los centros de salud, utilizando a la misma población objeto de su existencia; es necesario hacer participar a la gente en toda la problemática de la salud preventiva y muchos aspectos de la curativa. Mientras se pretende que la acción debe estar limitada al personal de la planta del centro, repetimos que no habrá suficientes profesionales para ello.

Se plantea en primer lugar, iniciar y mantener un proceso de concientización sobre el crecimiento de la población, respecto al problema de salud y los servicios necesarios para enfrentar conciencia sino que cuando realmente existe se manifiesta en un "compromiso " de la gente y su efectiva participación en distintas formas.

Pero además de la concientización que se ve en el compromiso, es necesario también que la gente se estructure en organizaciones funcionales, tales como coordinadores de salud por zonas o comités de salud por regiones. Y también mediante esta concientización y esa organización, es necesario que se produzcan proyectos de salud local, zonal y regional, horizontal, es decir proyectos nacidos en el mismo seno de la gente y que estén en relación directa con los problemas más sentidos en un momento dado y que pueden ser educativos, de orientación, de adiestramiento, de concientización misma. Todo ello incidirá en ir logrando mayores radios de acción de los centros de salud, y el mantenimiento de grupos de población interesados en colaborar.

Esta labor de un profesional específico, ya que suficiente trabajo tienen las enfermeras, los inspectores y los médicos, con lo concretamente médico y para-medico.

El trabajador (a) social sería entonces el profesional indicado para realizar todo tipo de información preventiva y orientación en temas nutricionales a progenitoras y progenitores en coordinación con los profesionales mencionados, los líderes de la comunidad y otras personas. Todos deben constituir un equipo preocupado profunda y verdaderamente por la salud del pueblo, por la salud del pueblo, que en definitiva es la salud de las familias y de los hombres (VONETS, 2008).

### **3.2.14. Trabajo Social en el campo de la salud.**

Ander - Egg nos dice que el Trabajo Social en el campo de la salud, ha sido uno de los campos de mayor y más antigua implantación del Trabajo Social en América Latina es el área que ocupa el mayor número de trabajadores sociales y se ha venido interviniendo desde hace varias décadas (Egg, 1995).

Actualmente, el Trabajo Social en salud se basa en la premisa de las relaciones entre la salud y los factores sociales. A partir de esta idea de la dimensión social de la salud, se han ido derribando las funciones de los trabajadores sociales en este campo de actuación.

Señalamos las más importantes y significativas;

- Atender las problemáticas sociales detectadas en los centros sanitarios que afectan la salud de los usuarios y que es posible atenuar, atender o prevenir con la acción realiza desde los mismos centros.
- Promover y fortalecer la organización de grupos y pacientes o ex - pacientes, grupos de madre, talleres de rehabilitación.
- Participar en equipos de educación sanitaria y salud pública, dentro del programa de atención primaria, donde se desarrolla una función básicamente preventiva con la participación de la comunidad.
- Rehabilitación de disminuidos temporales y crónicos en todo lo que concierne a problemas de reinserción social;
- Reinserción de enfermos después de un tratamiento u hospitalización que ha producido una ruptura con la normalidad de su vida cotidiana;
- Participar en equipos de trabajo del área socio - sanitaria promoviendo la formación de consejos locales de salud y programas de medicina y salud comunitaria.
- Atender el problema de la angustia de hospitalización que produce la información a determinadas personas.

### **3.2.15. Intervención del Trabajo Social.**

Existen hoy múltiples formas de ser, conocer y hacer Trabajo Social, alimentadas por enfoques epistemológicos y teóricos diversos. Esto ha permitido que en la profesión se gesten desarrollos por áreas específicas de intervención, que han dado lugar a avances en torno a espacios particulares de la praxis profesional y a la emergencia de diferentes sectores, campos, niveles y enfoques de la misma” (CONETS, 2008).

En este sentido se habla de que Trabajo Social se mueve en el campo de: la realidad social, la cuestión social, los fenómenos sociales o, simplemente, en lo social. Así mismo, sus actuaciones se centran en atender: el conflicto social, las necesidades sociales, las carencias sociales, los problemas sociales, los sectores sociales con limitaciones para la satisfacción de sus necesidades básicas, la pobreza, las desigualdades, la injusticia y los conflictos sociales, entre otros. En consecuencia, adentrarse en el quehacer actual del Trabajo Social requiere asumir una postura integradora y flexible que reconozca la complejidad de la realidad social en los diferentes contextos (Quintero, 2007).

Afirma Ander - Egg que el Trabajo Social es una forma de acción social entendiendo por acción social: Toda actividad consciente, organizada (con una cierta estructuración de sus formas de llevarla a cabo con el fin de alcanzar su objetivo) y dirigida (que persigue que un fin concreto) ya sea individual o colectiva, que de modo expreso tiene por finalidad actuar por el medio social, para mantener una situación, mejorarlo o transformarla.

Las funciones específicas o propias del Trabajo Social son de dos tipos:

Por una parte, son una de las formas de implementación de la política social; en cuando conjunto de técnicas operativas y procedimientos de actuación, por otro lado se trata de diferentes formas de intervención social para atender problemas individuales, grupales o comunitarios, con un propósito de promoción educación y/o animación social.

De manera general, afirma que el Trabajo Social es una modalidad operativa de actuación con individuos, grupos o comunidades, para la realización de una serie de actividades destinadas a resolver problemas, satisfacer necesidades o para atender a sus senos de interés.

Las tareas de acción social y la presentación de servicios son realizadas en cuanto a sus objetivos tácticos con un alcance asistencial, rehabilitador o preventivo.

### **3.2.16. Trabajo Social en el área de la salud**

Partiendo del reconocimiento que se hace en el aparte anterior, sobre los campos de intervención del Trabajo Social, y también de los objetivos que persigue este documento, centrado específicamente en el campo de salud, se presentan a continuación los principales elementos de tipo legal, teórico y metodológico que acompañan el ejercicio de la profesión en este ámbito de salud.

El Trabajo Social concibe la salud y la enfermedad como hechos sociales colectivos que superan la concepción biológica y trascienden la intervención más allá de las ciencias médicas, involucrando a las ciencias sociales en procesos de promoción, prevención, atención y rehabilitación (Egg, 1995). En este marco, considera el área de la salud como uno de sus campos tradicionales de ejercicio profesional definiéndose como:

Una actividad profesional de tipo clínico que implica de un lado, el diagnóstico psicosocial de la persona enferma, como aportación al diagnóstico global y al plan general de tratamiento; y de otro, el tratamiento (individual, familiar y/o grupal) de la problemática psicosocial que incide en el proceso de salud- enfermedad, dentro del contexto general de tratamiento y en orden al logro de objetivos de salud y rehabilitación psicosocial. Conlleva la tarea de orientar, cuando el problema así lo requiera, al equipo de salud, así como al propio enfermo y a su entorno, sobre los recursos sanitarios y sociales que puedan ser adecuados para el logro de objetivos de salud (Ituarte, 2004)

### **3.2.17. Rol del Trabajador Social en Salud.**

El rol de Trabajo Social en salud se basa en la premisa de las relaciones entre la salud y los factores sociales. A partir de esta idea de la dimensión social de la salud, se han ido derivando las funciones de los trabajadores sociales en ese campo de atención (Egg, 1975.).

En cuanto a los servicios prestados por el trabajador social a la mujer. Ander - Egg señala algunas intervenciones.

- Información y sensibilidad sobre los problemas que afectan a las mujeres en la sociedad actual.
- Servicios de información y orientación jurídica y psicológica, dedicada a la problemática de la mujer.
- Servicio de información familiar.
- Información sobre psicoprofilaxis del parto, preparación para el parto.
- Orientación sexual; educación y tratamiento de problemas sexológicos.
- Información sobre la Nutrición en recién Nacidos.
- Educación familiar
- Programas educativos y promoción socio cultural.

### **3.2.18. Desafíos del Trabajo Social en Salud.**

El profesional de Trabajo Social como conocedor directo de la problemáticas sociales y operador en la búsqueda de soluciones y en la perspectiva del bienestar social, tiene desafíos históricos que cumplir con la sociedad, constituyéndose en uno de los agentes fundamentales y activos del proceso de cambio (Osorio, 2008). Estos desafíos deberán estar enmarcados en los aspectos fundamentales:

- Compromiso de trabajador Social en el proceso de cambio, que significa construcción de espacios abiertos de análisis, reflexión, sensibilización y debate en la perspectiva para consolidar y profundizar dicho proceso.
- En el campo de salud, participar activamente en los proyectos y programas en pos de implementación y consolidación de políticas del sector para garantizar a protección en salud y el acceso de todos los servicios a toda la población.
- La intervención profesional, ligada a individuos, grupos y comunidades, y la función del perfil profesional sitúan en un contexto social dinámico, se inserta en ellos mediante una participación crítica, activa y concienciadora, ligados a los ejes de promoción, prevención, educación y sobre todo investigación, para lograr la profundización de políticas en salud, que satisfagan intereses colectivos e individuales de la población.

### **3.2.19. Trabajo Social en el sector Salud y Nutrición.**

La salud tiene que ver con el ser humano desde que nace, de esta forma el Trabajo Social define sus campos mediante una política de seguimiento humano, la cual comienza con la aparición del hombre. Dentro de la salud, como uno de sus más preciosos factores, se encuentra la nutrición y recreación humana, pues comprende no solo aspectos físico – materiales, sino también los físico – psíquicos (CONETS, 2008).

Forman parte del Trabajo Social en este sector, los campos de salud pública, nutricional, recreacional, médico y psiquiátrico.

- Uno de los grandes problemas de población es la desnutrición la falta de una alimentación adecuada ocasiona la insuficiencia de distintas sustancias en el organismo que afecta el desarrollo armónico de este; hay en todos puestos países un verdadero subdesarrollo corporal del organismo del hombre. El problema en cuestión aunque afecta a la población en todas las edades, se agudiza y objetiviza mas en los niños y jóvenes. Hay toda una gran variedad de enfermedades que afectan a estos y lo que es peor, hay muchas pérdidas de talento y de valores, pues la desnutrición afecta el desarrollo del cerebro

La desnutrición también incide en la población adulta, porque el rendimiento de esta en la vida del trabajo y en la creación personal, es menor. Uno de los grandes estudiosos de este tema en el mundo y en América Latina, considera a través de sus observaciones que la subalimentación parece ser un factor en la potencialidad de reproducción del ser humano, aspecto que viene a incidir en el aumento de la población.

Podríamos preguntarnos cuales son los motivos de la desnutrición. En general seria la falta de una dieta balanceada, aunque esto no nos contestaría la gran pregunta. Esta falta de dieta balanceada podría ser debida a falta de ingresos e imposibilidad de su adquisición, y a la ignorancia y costumbres alimenticias de la gente. De todas maneras se necesitarían estudios específicos sobre el asunto para elaborar un modelo operacional en base a la realidad.

La desnutrición es un problema cultural, económico y médico. Un problema cultural porque hay toda una serie de costumbres, prohibiciones y resabios alimenticios. Un problema

económico, porque frente a la inestabilidad económica de la población, eminentemente formada por personas de actividad no calificada, los ingresos son sumamente limitados, especialmente si no hay un Estado preocupado por una política humanista de salario. Es un problema médico, porque en sí, la desnutrición se vuelve un padecimiento, da lugar a una serie de enfermedades afines, además de que ayuda la aparición y mantenimiento de todas las enfermedades.

Visto desde un punto distinto, el problema nutricional es un problema de salud pública; pero es un problema tan específico e importante que es necesario atenderlo especialmente, aunque administrativamente pueda ser tratado a través de los mismos centros de salud, pero en el cual debe destacarse como uno de sus programas más urgentes. En este problema por otra parte, en donde vemos, la inoperancia de enfoques verticales de salud pública y de nutrición; puesto que de nada valen los consejos, las recomendaciones, si concretamente la cuestión nutricional. Aquí de nada valdría contar con suficiente personas, porque en principio es un problema de educación y más que de educación, de concientización. Porque a la gente le resbalan los consejos, las recomendaciones y las charlas. Tienen años de herencia social en materia alimenticia que es muy difícil superar, aunque dispongan de medios.

Es necesario enfocar el problema como un problema de concientización. Es necesario ir a la gente, para, en medio de la gente y con la gente, descubrir y que descubran ellas el problema. Al lograr esto la gente se concientizara respecto a ello y concientizándose, se comprometerá; al comprometerse se interesa en educarse nutricionalmente y en poner en práctica lo asimilado. Un programa nutricional no es cuestión de dar dos charlas y elaborar un almuerzo que quede bien decorado lo bonito que fueron las charlas, las clases y el almuerzo pero no pone en práctica lo visto, o porque no le impregno a lo profundo, o porque no tiene medios (CONETS, 2008).

En el sector rural, este último factor es muy importante, y por eso un programa nutricional debe ir a la par de un programa agropecuario. De nada sirve enseñarle las zanahorias, si el campesino no tiene como sembrarlas.

Solamente investigando la realidad, conociendo los valores de la gente, su actitud concreta frente a esos problemas, interpretando estos y aplicándolos en un proceso de concientización,

se producirá esa participación a través de comités nutricionales, de salud, promotores de nutrición, que harán que la gente haga suya toda esta inquietud, mientras los hombres no comprendan que los salarios dependen mucho del rendimiento de cada uno de ellos, que este rendimiento depende del grado de salud que tengan, y que la salud en principio tiene mucho que ver con el tipo de alimentación balanceada y en general de un mejor comer, no aceptarán que es necesario movilizarse y preocuparse por estas cosas que aparentemente son tan sencillas y simples. (Mascias, 1999).

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **4.1. Análisis de los resultados obtenidos en la aplicación de la encuesta a las familias del barrio Senador del Municipio de Cobija.**

Para recolectar la información se utilizaron las técnicas e instrumentos detallados anteriormente en el diseño metodológico. En el caso de las Encuestas, los datos se recolectaron en las viviendas de las familias con niños menores a 5 años.

Habiendo aplicado las técnicas e instrumentos en esta investigación, determinamos y presentamos detalladamente los hallazgos sobre los factores sociales, culturales y económicos que inciden en la desnutrición de niños y niñas menores de 5 años en el barrio Senador del Municipio de Cobija.

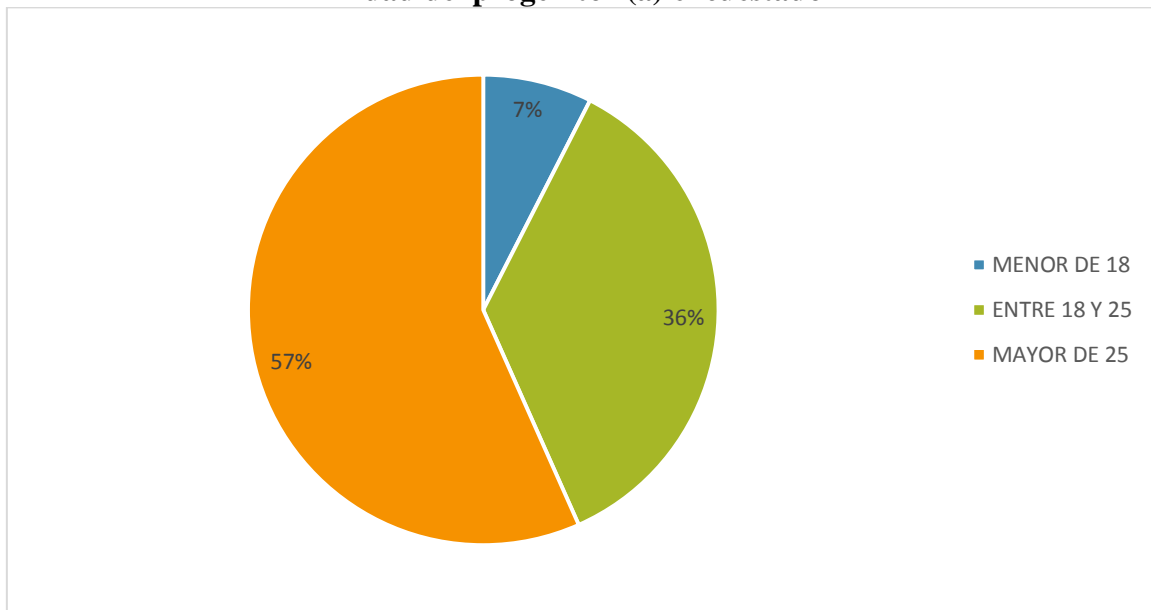
**Tabla N°1**

**Edad del progenitor (a) encuestado**

Edad del progenitor (a) encuestado		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MENOR DE 18	4	7,5	7,5	7,5
	ENTRE 18 Y 25	19	35,8	35,8	43,4
	MAYOR DE 25	30	56,6	56,6	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

**Gráfico N°1**

**Edad del progenitor (a) encuestado**



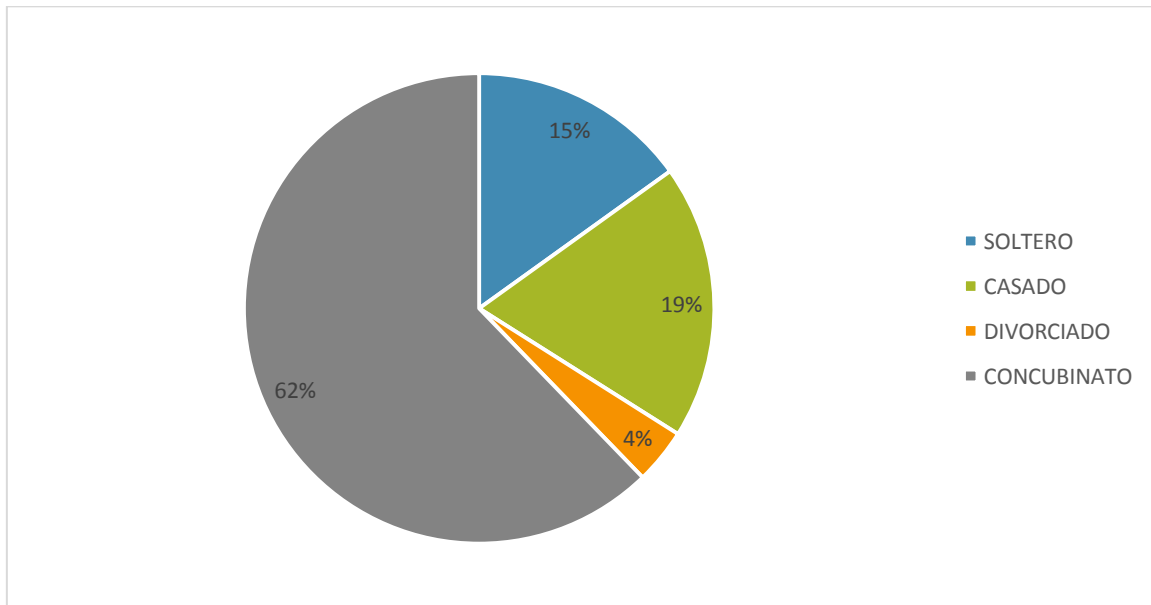
**Fuente:** Elaboración Propia

Del 100% de progenitores encuestados el 56,60% es mayor a 25 años, solo un 7,50% de los encuestados son menores a 18 años y es importante mencionar que un 35,80% oscila entre los 18 y 25 años. Sin embargo la mayor cantidad de encuestados son personas adultas que ya tienen un criterio formado.

**Tabla N°2**  
**Estado civil**

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos SOLTERO	8	15,1	15,1	15,1
CASADO	10	18,9	18,9	34,0
DIVORCIADO	2	3,8	3,8	37,7
CONCUBINATO	33	62,3	62,3	100,0
Total	53	100,0	100,0	

**Gráfico N°2**  
**Estado civil**



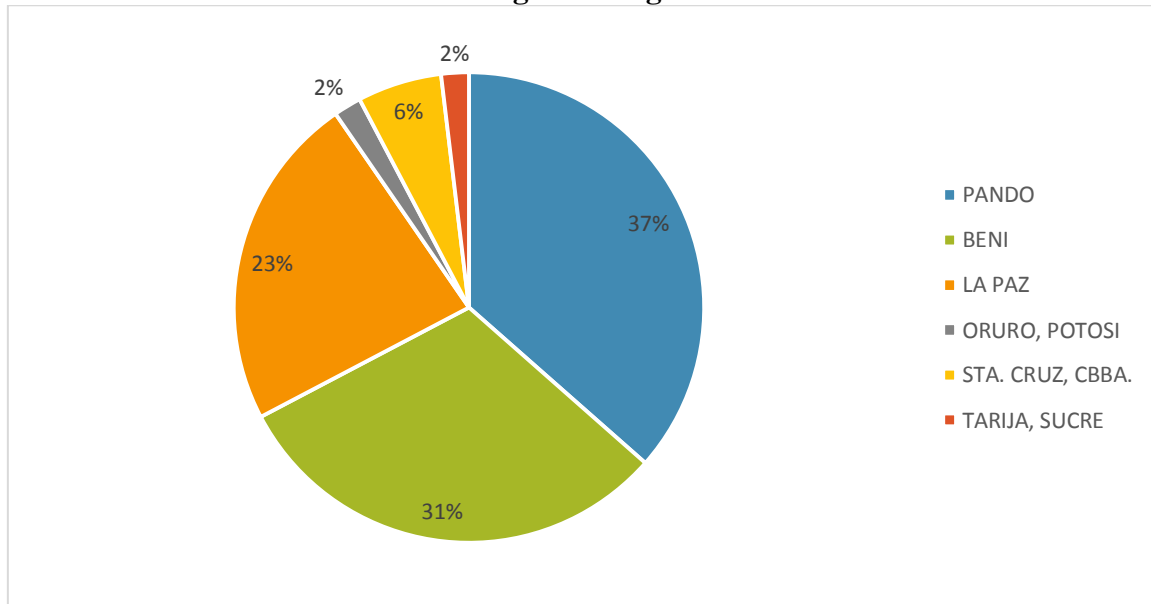
**Fuente:** Elaboración propia

Como se puede apreciar en el Gráfico N° 2 el 63.30% de los encuestados mantienen una relación conyugal en concubinato, mientras que 18,90% son casados y un 3,80% se divorciaron. Cabe resaltar que un 18,90% de los encuestados son padres o madres solteras y crían a sus hijos solos. Al ser un 18.90 % padres o madres solteros (as) es un solo ingreso el que tendría el hogar, por lo tanto, esto reduce las adquisiciones de bienes necesarios para la subsistencia como son los alimentos. Esta problemática, se acrecienta cuando el padre o madre soltero (a) tienen más de tres hijos.

**Tabla N° 3**  
**Lugar de origen**

Lugar de origen		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	PANDO	19	35,8	36,5	36,5
	BENI	16	30,2	30,8	67,3
	LA PAZ	12	22,6	23,1	90,4
	ORURO, POTOSI	1	1,9	1,9	92,3
	STA. CRUZ, CBBA.	3	5,7	5,8	98,1
	TARIJA, SUCRE	1	1,9	1,9	100,0
	Total	52	98,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,9		
Total		53	100,0		

**Grafico N°3**  
**Lugar de origen**



**Fuente:** Elaboración propia

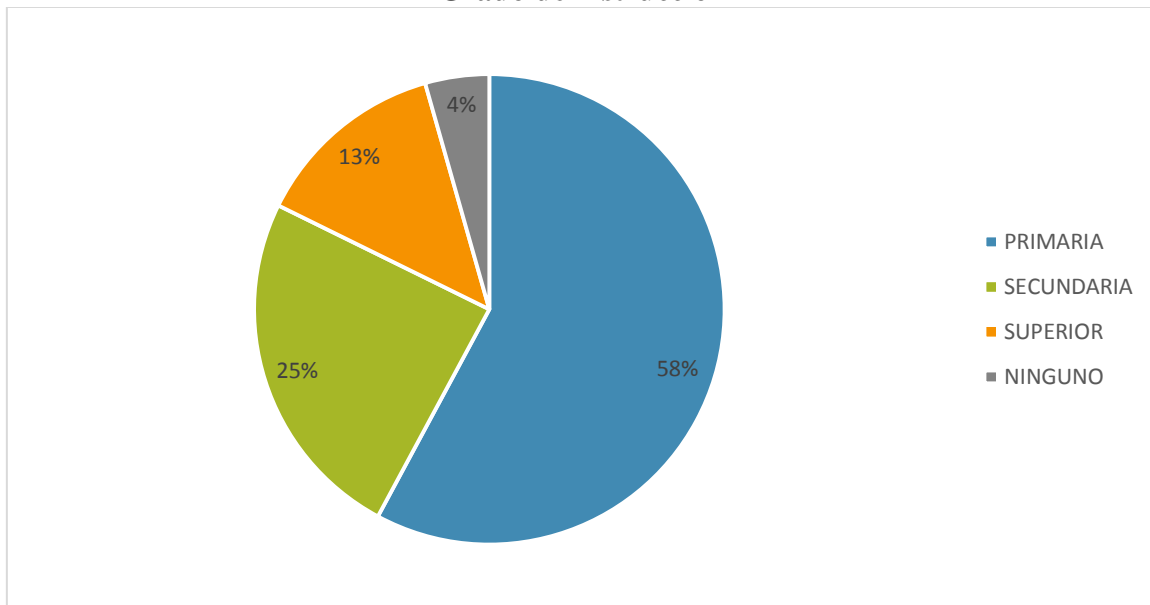
La procedencia o lugar de origen nos proporciona un dato muy importante que conlleva a la forma de vivir y alimentarse según el lugar en el que la cultura predomine. Se puede apreciar en la tabla N°3 que el 30,2% de los moradores del barrio Senador proceden del vecino departamento del Beni.

Cabe mencionar que la ciudad de Cobija, desde su creación y fundación está conformada por migrantes tanto de otros países como de otros departamentos de nuestro País, destacando que la mayoría migran por motivos de trabajo y en busca de mejores condiciones para sus familias, también se da por la sobrepoblación en otras ciudades como es el caso de Ribalta, La Paz, Oruro, Santa Cruz, etc.

**Tabla N° 4**  
**Grado de instrucción**

Grado de instrucción		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	PRIMARIA	26	49,1	57,8	57,8
	SECUNDARIA	11	20,8	24,4	82,2
	SUPERIOR	6	11,3	13,3	95,6
	NINGUNO	2	3,8	4,4	100,0
	Total	45	84,9	100,0	
Perdidos	Sistema	8	15,1		
Total		53	100,0		

**Grafico N° 4**  
**Grado de instrucción**



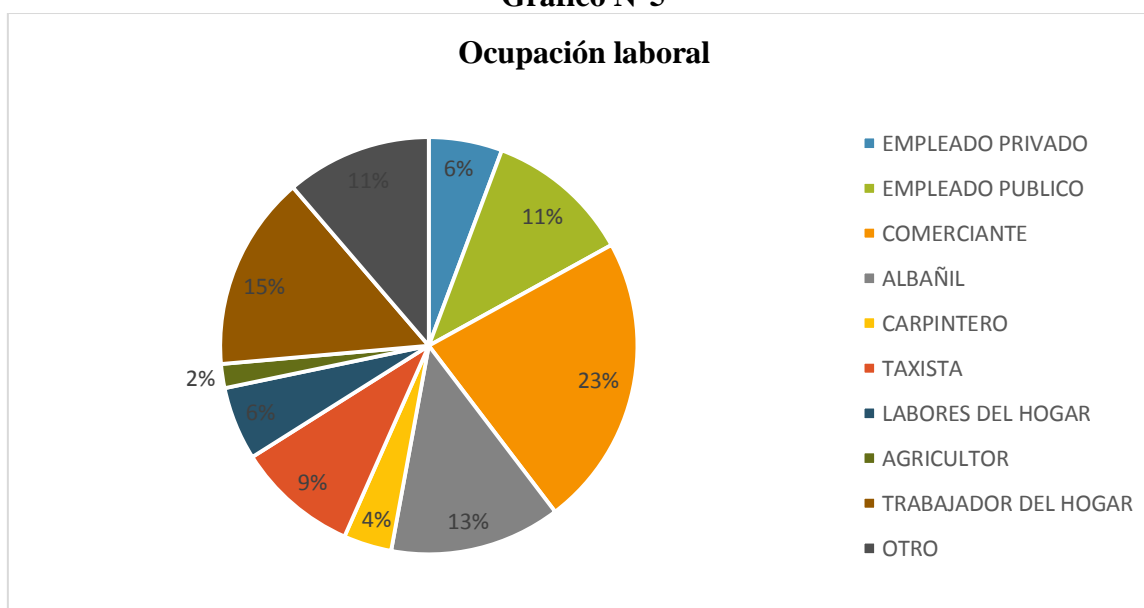
**Fuente:** Elaboración propia

El 58% de los encuestados solo tuvo oportunidad de llegar a instruirse educativamente en el nivel primario, mientras solo un 13% son personas con un nivel académico superior, es importante resaltar que existe en el barrio senador un 5% de personas sin ningún tipo de instrucción educativo, porcentaje que es alarmante en vista que se supone, no existe alfabetización en Bolivia. El nivel de analfabetismo no permite que los progenitores se informen sobre la nutrición adecuada que deben otorgar a sus hijos menores de 5 años.

**Tabla N°5  
Ocupación laboral**

Ocupación laboral		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	EMPLEADO PRIVADO	2	3,8	3,8	3,8
	EMPLEADO PUBLICO	6	11,3	11,5	15,4
	COMERCIANTE	12	22,6	23,1	38,5
	ALBAÑIL	7	13,2	13,5	51,9
	CARPINTERO	2	3,8	3,8	55,8
	TAXISTA	5	9,4	9,6	65,4
	LABORES DEL HOGAR	3	5,7	5,8	71,2
	AGRICULTOR	1	1,9	1,9	73,1
	TRABAJADOR DEL HOGAR	8	15,1	15,4	88,5
	OTRO	6	11,3	11,5	100,0
	Total	52	98,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,9		
Total		53	100,0		

**Grafico N°5**



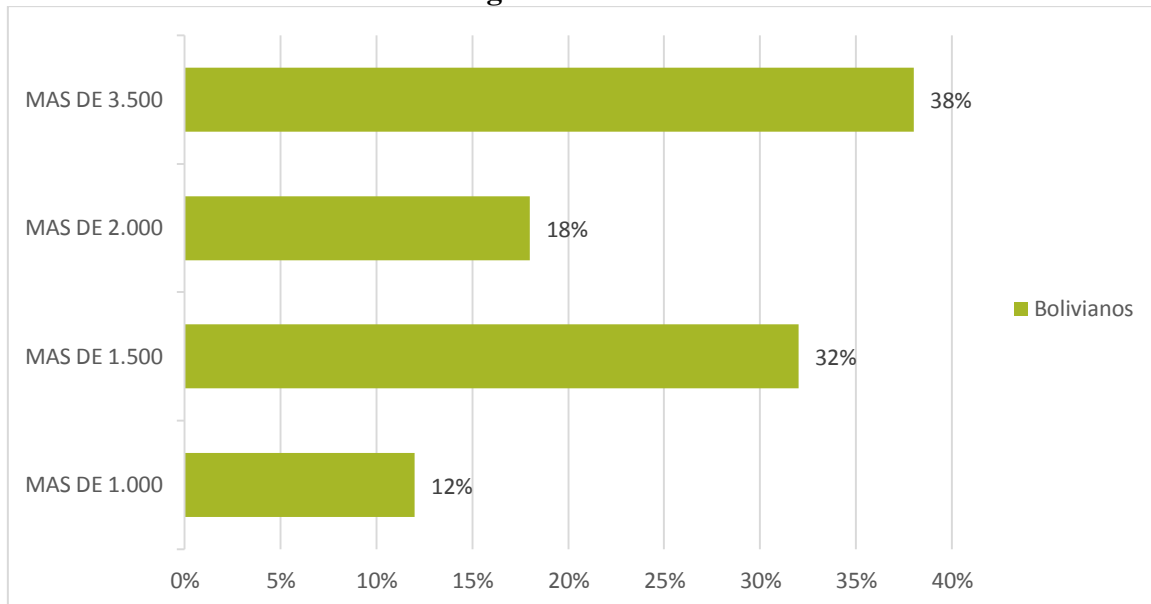
**Fuente:** Elaboración propia

Los moradores del Barrio Senador se dedican en un 23% al comercio, mientras que un 4% son empleados públicos o privados. Es importante mencionar que el referente económico se deduce de la ocupación laboral de los progenitores, lo cual indica que los moradores del barrio senador tienen un ingreso económico variante e inestable.

**Tabla N°6**  
**Ingreso económico**

Ingreso económico		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MAS DE 1.000	6	11,3	12,0	12,0
	MAS DE 1.500	16	30,2	32,0	44,0
	MAS DE 2.000	9	17,0	18,0	62,0
	MAS DE 3.500	19	35,8	38,0	100,0
	Total	50	94,3	100,0	
Perdidos	Sistema	3	5,7		
Total		53	100,0		

**Gráfico N° 6**  
**Ingreso económico**



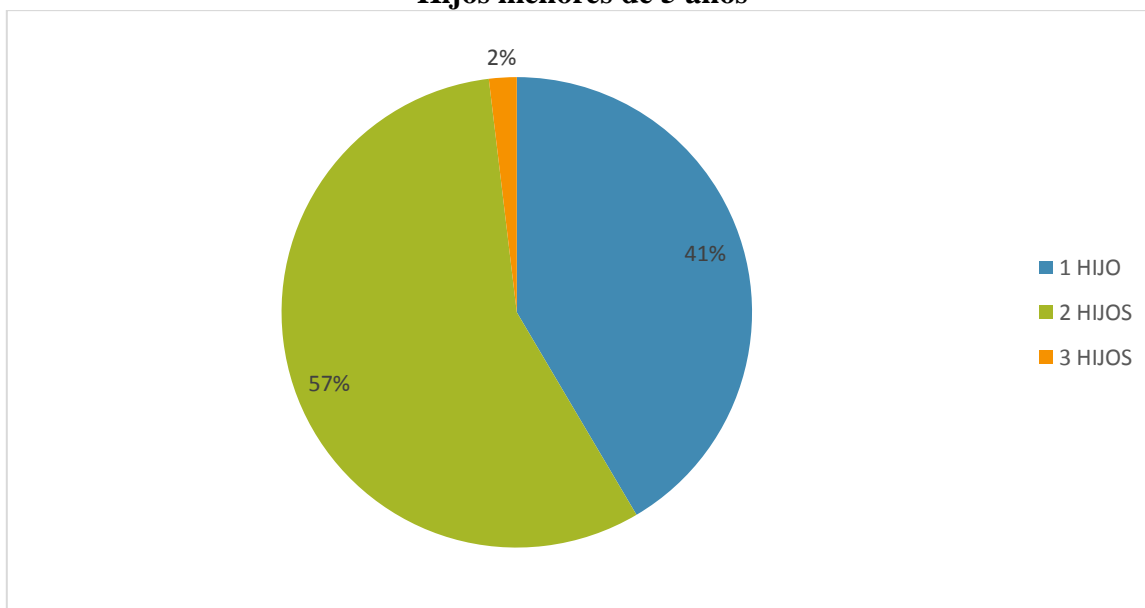
**Fuente:** Elaboración propia

Como se aprecia en el Gráfico N°6 el 38% de los encuestados percibe mensualmente 3.500 Bs.- o más, lo que permite análisis que tienen acceso a adquirir alimentos nutritivos y balanceados para la dieta básica de sus familias, mientras que solo un 12% de la población encuestada percibe 1000 Bs.- o más, lo cual no les permitiría adquirir de forma continua alimentos nutrientes balanceados para una dieta alimenticia adecuada.

**Tabla N°7**  
**Hijos menores de 5 años**

Hijos menores de 5 años		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1 HIJO	22	41,5	41,5	41,5
	2 HIJOS	30	56,6	56,6	98,1
	3 HIJOS	1	1,9	1,9	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

**Grafico N° 7**  
**Hijos menores de 5 años**



**Fuente:** Elaboración propia

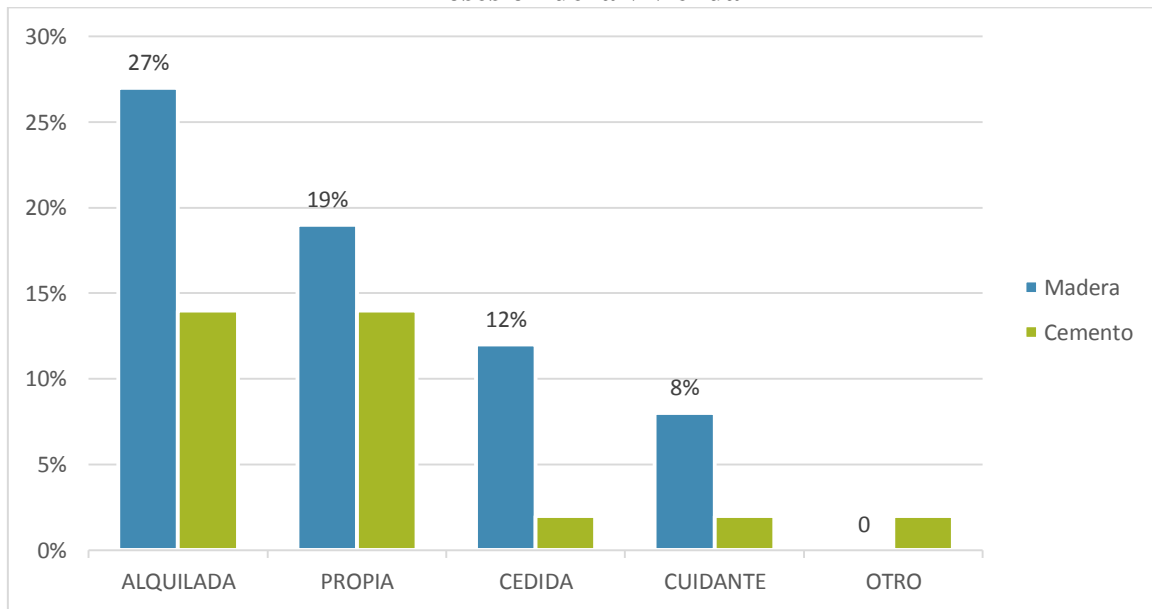
El 100% de las familias encuestadas cuentan con hijos menores a 5 años, un 57% tienen solo 1 menor de 5 años, mientras que un 41% cuenta con los niños niñas menores de 5 años bajo su guarda, pero es importante mencionar que un 2% tienen 3 o más menores de 5 años en la familia. Cabe mencionar que los menores de 5 años debido a su proceso de desarrollo se encuentran en riesgo a Desnutrirse debido a la falta de alimentación balanceada.

**Tabla N°8**  
**Posesión de la vivienda**

**Tabla de contingencia POSESION DE LA VIVIENDA \* MATERIAL DE LA VIVIENDA**

Posesión de la vivienda			MATERIAL DE LA VIVIENDA		Total
			MADERA	CEMENTO	
POSESION DE LA VIVIENDA	ALQUILADA	Recuento	14	7	21
		% dentro de POSESION DE LA VIVIENDA	27%	14%	41%
	PROPIA	Recuento	10	7	17
		% dentro de POSESION DE LA VIVIENDA	19%	14%	33%
	CEDIDA	Recuento	6	1	7
		% dentro de POSESION DE LA VIVIENDA	12%	2%	14%
	CUIDANTE	Recuento	4	1	5
		% dentro de POSESION DE LA VIVIENDA	8%	2%	10%
	OTRO	Recuento	0	1	1
		% dentro de POSESION DE LA VIVIENDA	,0%	2%	2%
Total		Recuento	34	17	51
		% dentro de POSESION DE LA VIVIENDA	66,7%	33,3%	100,0%

**Grafico N°8**  
**Posesión de la vivienda**



**Fuente:** Elaboración propia

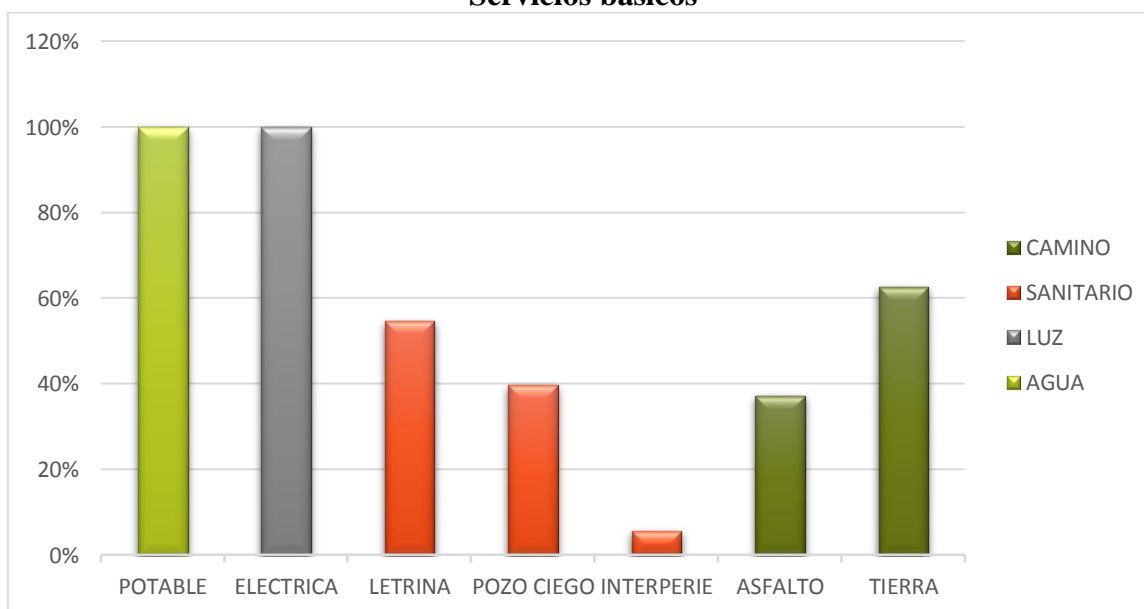
El 41% de los encuestados que habitan el barrio Senador alquilan la casa en la que viven con su familia mientras que un 10% se encuentran en calidad de cuidantes. Es importante mencionar que el 3% de los encuestados cuenta con una vivienda propia, dato que nos refleja que el nivel de ingresos de una gran mayoría de los moradores del barrio Senador tienen las condiciones económicas de alquilar y adquirir una vivienda.

**Tabla N° 9**  
**Servicios básicos**

**Resumen del procesamiento de los casos**

Servicios básicos	Casos			
	Válidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Servicios básicos * AGUA POTABLE	53	100	53	100,0%
Servicios básicos * SANITARIO LETRINA	29	54,7	53	100,0%
Servicios básicos * SANITARIO POZO CIEGO	21	39,6	53	100,0%
Servicios básicos * SANITARIO INTERPERIE	3	5,7	53	100,0%
Servicios básicos * LUZ ELCTRICA	52	98,1	53	100,0%
Servicios básicos * CAMINO ASFALTO	19	37,9	53	100,0%
Servicios básicos * CAMINO TIERRA	32	62,7	53	100,0%

**Gráfico N° 9**  
**Servicios básicos**



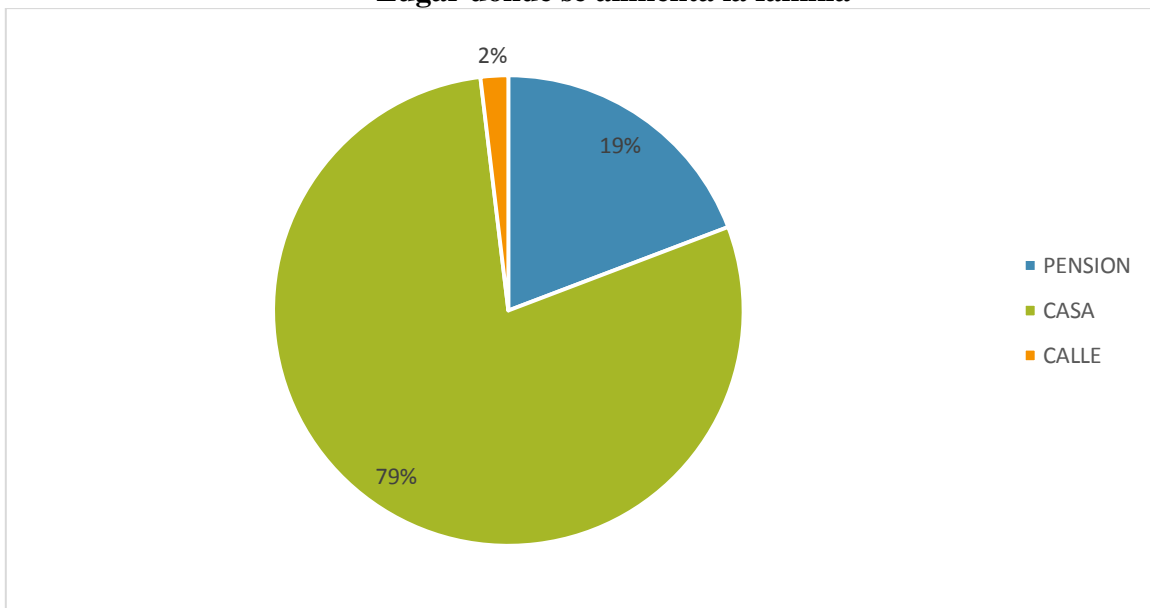
**Fuente:** Elaboración propia

En el gráfico N° 9, se puede apreciar que el 100% de los encuestados cuentan con Luz eléctrica y Agua Potable en sus viviendas. Sin embargo es importante resaltar que el sanitario, de los encuestados varía, ya que el 5,7% realiza sus necesidades a la intemperie, el 39,6% aún tienen pozos ciegos (baño de cajón) y un 54,7% utilizan letrinas, las enfermedades infecciosas que producen en los menores de 5 años se dan principalmente por la falta de higiene, una de esas prácticas es realizar necesidades a la intemperie. En cuanto a la disponibilidad de un camino asfaltado, solo un 37% de los moradores encuestados en el barrio Senador tienen acceso a gozar de ese servicio, mientras que el restante aún vive en un camino de tierra.

**TABLA N° 10**  
**Lugar donde se alimenta la familia**

Lugar donde se alimenta la familia		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	PENSION	10	18,9	19,2	19,2
	CASA	41	77,4	78,8	98,1
	CALLE	1	1,9	1,9	100,0
	Total	52	98,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,9		
Total		53	100,0		

**Grafico N° 10**  
**Lugar donde se alimenta la familia**



**Fuente:** Elaboración propia

En cuanto a la alimentación, se consultó a los moradores del barrio Senador en donde se alimenta junto a su familia a lo cual el 79% respondió que se alimentan en su casa, un 19% se alimentan en una pensión y solo un 2% se alimentan en la calle.

Es importante mencionar que si bien la mayoría de los encuestados se alimentan en su hogar, esto les permite proporcionarles a los menores de 5 años una dieta balanceada y adecuada.

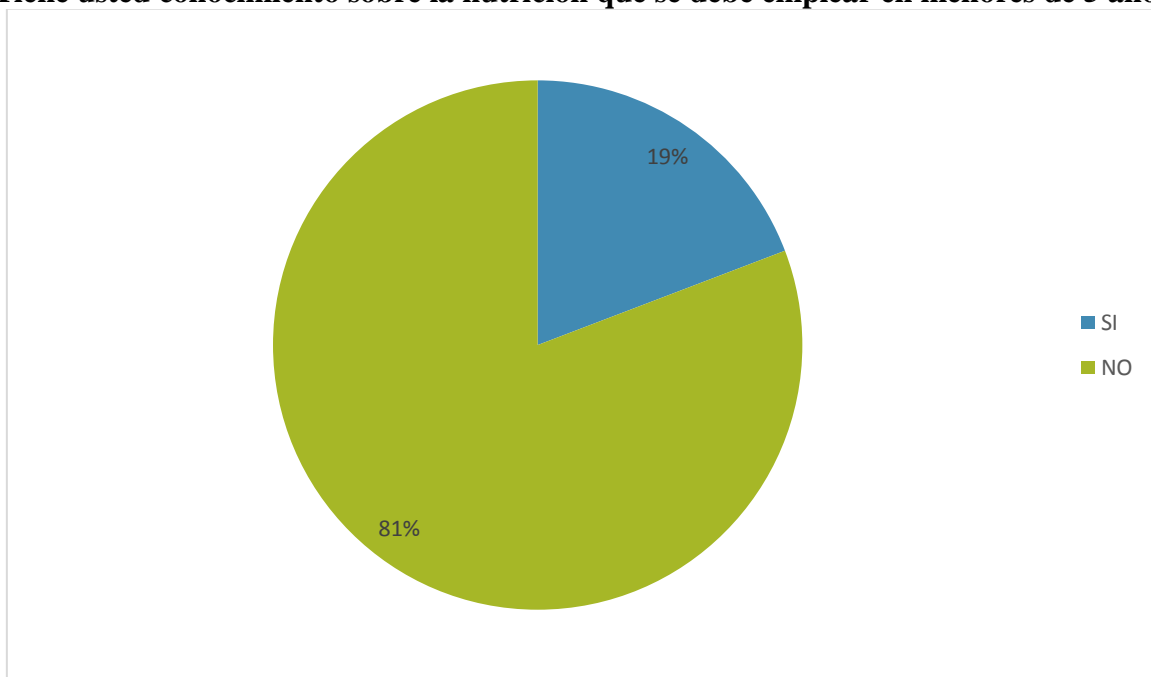
**Tabla N°11**

**¿Tiene usted conocimiento sobre la nutrición que se debe emplear en menores de 5 años?**

¿Tiene usted conocimiento sobre la nutrición que se debe emplear en menores de 5 años?		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	10	18,9	19,2	19,2
	NO	42	79,2	80,8	100,0
	Total	52	98,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,9		
Total		53	100,0		

**Grafico N° 11**

**¿Tiene usted conocimiento sobre la nutrición que se debe emplear en menores de 5 años?**



**Fuente:** Elaboración propia

En la última tabla y gráfico nos muestra claramente que la alimentación de los niños y niñas menores de 5 años no es la adecuada, ya que el 98% de los progenitores encuestados no tienen conocimiento de la forma correcta de nutrirlos o el balance en la dieta alimenticia que deben recibir, este elevado nivel en la falta de conocimiento podría deberse a la falta de información adecuada que deben recibir en los centros de salud como también a la falta de interés que estos tengan en aprender sobre los métodos alimenticios para la dieta básica de sus hijos menores de 5 años y de esta forma impedir que sufran desnutrición.

## **Resultados o hallazgos significativos en las encuestas aplicadas a 53 moradores del barrio Senador.**

- 35,8 % de los progenitores encuestados oscilan entre los 18 y 25 años.
- Un 15,1% son Padre o Madres solteras.
- Proceden del Beni un 35,2% de los moradores del barrio Senador y un 22,6% de La Paz.
- El 58% de los encuestados solo curso el ciclo primario de educación.
- Un 23% se dedica al comercio.
- El 38% de los moradores perciben un ingreso mayor a 3.500 Bs.-.
- El 100% de los encuestados tienen hijos menores de 5 años.
- El 39% de los moradores alquilan el lugar en el que viven y un 36% tienen una vivienda propia
- En lo que respecta a los Servicios básicos, se menciona que los datos nos reflejan que el 100% de los encuestados cuenta con Agua Potable y Electricidad, un 40% tiene Letrina y el restante 30% realiza sus necesidades fisiológicas a la intemperie, el 37% de los encuestados accede a un camino de asfalto mientras que el restante 63% aún vive en camino de tierra.
- Es importante mencionar que el 79% de los encuestados se alimentan en la calles ya seas pensiones, mercados o lugares clandestinos, dificultando esto de que los niños y niñas menores de 5 años reciban una adecuada nutrición.
- El principal hallazgo de la investigación se refiere al conocimiento que tienen los Padres y Madres encuestados sobre la nutrición que deben emplear en sus hijos menores de 5 años, a lo cual el 81% menciono que no conocen ningún tipo de información sobre la forma de alimentar a sus hijos menores de 5 años, dato que claramente demuestra que la falta de información, es el principal factor que incide en la desnutrición de los niños y niñas menores de 5 años del barrio Senador del municipio de Cobija.

## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Para concluir la presente investigación y en base a los resultados ya mencionados, se expresa lo siguiente de acuerdo a los objetivos planteados.

Se Determinó que los factores que inciden en las familias con niños menores de 5 años para que estos se encuentren en riesgo de desnutrición, en el barrio Senador son de carácter cultural (procedencia), familiar, económico pero sobre todo incide el nivel de conocimiento de los progenitores en lo referente a la nutrición adecuada que se debe emplear en los niños de 0 a 5 años con la finalidad de permitir que tengan un buen desarrollo.

Si bien las familias tienen un ingreso económico que les permite ofrecer a sus hijos una vida digna, la falta de conocimiento e información sobre las bases de la nutrición adecuada, pone en riesgo a los niños y niñas menores de 5 años a padecer de esta enfermedad que puede llegar a ser mortal.

A esta falta de información y conocimiento se suma la falta de instrucción educativa, ya que como se pudo observar en los resultados, el 58% de los moradores no terminaron de formarse en una unidad educativa, llegando únicamente hasta primaria, lo cual incide en cierto nivel de ignorancia con respecto a temas elementales como la nutrición y la alimentación. A esto se agregan además las prácticas culturales, usos y costumbres en la alimentación según el lugar de origen que no permiten una adecuada dieta alimenticia y balance nutricional en las familias para poder nutrirse adecuadamente evitando enfermedades de desnutrición o de sobre nutrición.

El Trabajo Social en salud se basa en la premisa de las relaciones entre la salud y los factores sociales. A partir de esta idea de la dimensión social de la salud, se han ido derribando las funciones de los trabajadores sociales en este campo de actuación.

En este tipo de problemáticas que son causadas inicialmente por la falta o equivocada información, el profesional en Trabajo Social interviene de forma directa mediante capacitaciones y concienciaciones a la población enseñando de forma práctica y sencilla los métodos nutricionales adecuados para niños y niñas en desarrollo de 0 a 5 años.

## **RECOMENDACIONES**

De acuerdo con las conclusiones obtenidas de la presente investigación, se formulan las siguientes recomendaciones.

Se recomienda a las autoridades de turno a poder trabajar políticas públicas que protejan la seguridad alimenticia de los niños y niñas menores de 5 años en el Departamento Pando con la finalidad de reducir los niveles de mortalidad infantil a causa de la Desnutrición.

Se recomienda desarrollar talleres y capacitaciones informativas en los barrios específicamente en los del área periurbana.

Se recomienda tomar en cuenta las bases investigativas del presente estudio como precedente de la problemática social en salud de Desnutrición en menores de 5 años.

Se debería trabajar de forma individual con las familias que tengan niños y niñas menores de 5 años.

Validar los aspectos socioeconómicos y culturales como factores sociales que inciden en la desnutrición, desarrollando intervenciones socio familiares en los componentes de promoción, prevención, atención y rehabilitación.

Así también, se debe fomentar cambios y transformaciones en las dinámicas personales, colectivas y sociales que propendan por la construcción de estilos de vida saludables, mediante los cuales podemos disminuir con la desnutrición en la población infantil, el cual puede tener un efecto positivo en distintos grupos vulnerables de la población.

La intervención social, juega un papel importante en todos los aspectos y condiciones humanas, ya que mediante sistemas estratégicos de información, concientización y capacitación, se puede crear una cultura educativa y una sociedad informada con la finalidad de prevenir enfermedades de toda índole.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Alimentos, M. (2006). *Principales factores de la vulnerabilidad alimentaria*. Desnutrición en América Latina y el Caribe. Pág. 7 - 8.

André (1982). *Hacia una metodología de Trabajo Social*. Buenos Aires: ECRO.

Ardila, R. (2003). *Calidad de Vida: Una definición integradora*. Revista latinoamericana de Psicología Vol. 35. Pág. 161 - 162.

Biriukova, B. (2002). Recuperado el 22 de junio de 2015, de [http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lri/](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lri/).

Briones, J. (2012). *Perfil Migratorio*. Recuperado el 22 de julio de 2015, de [http://costarica.iom.int/public/pdf/Perfil\\_Migratorio\\_Nicaragua\\_2012.](http://costarica.iom.int/public/pdf/Perfil_Migratorio_Nicaragua_2012.): Organización Internacional para las Migraciones (OIM)

CONETS. (2008). *Marco de fundamentación conceptual en Trabajo Social*. Medellín: El CONETS.

Dirección de Educación Preescolar (1989). *Guía práctica de actividades para niños preescolares*. Venezuela: Caracas.

Egg, E. (1995). *Diccionario de Trabajo Social*. Argentina: Libro De Edicion Argentina.

Egg, E. (1975.). *Del ajuste a la transformación: apuntes para una historio del Trabajo Social*. Buenos Aires.

Huanacuni, F. (2010). "*Filosofía, p. e.* (febrero de 2010). Recuperado el 22 de Julio de 2015, de <https://www.reflectiongroup.org/stuff/vivir-bien>.

Forero, S. (1993). *Migración e identidad: experiencia del exilio*. México -Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México.

Freysiner, M. (24 de mayo de 2013). *Causas y consecuencias de la migración* - SlideShare. Recuperado el 17 de junio de 2015, de *Causas y consecuencias de la migración* - SlideShare.

- Galván, R. (1969). *Desnutrición en el niño*. México: Pérez OB.
- Gómez, F. (2003). *Enfoque de la desnutrición*. *Salud Pública México* Vol. 45, 33-34.
- Ituarte, A. (2004). *En Revista Trabajo Social y Salud*. No. 6. Bogotá, 21-26.
- INE (2012). *Encuesta habitacional 2012*. Recuperado el 20 de JULIO de 2015, de [www.soldeando.com/httpwww-soldeando](http://www.soldeando.com/httpwww-soldeando)
- León, C. (1998). *Crecimiento del niño Fundamentos fisiopatológicos*. México: Mc Graw Hill Interamericana.
- Maslow, A. (1953). *Desnutrición en niños*. Recuperado el 22 de julio de 2015, de [http://revista.ismm.edu.cu/index.php/revista\\_estudiantil/article/viewFile/891/435](http://revista.ismm.edu.cu/index.php/revista_estudiantil/article/viewFile/891/435).
- Mauricio, O. (2002). *Pobreza, crecimiento económico y políticas sociales*. Chile: Universidad de Chile.
- Organización de las Naciones Unidas- ONU (9 de Junio de 1999). *Lucha contra el Hambre Mundial*. Obtenido de El estado de inseguridad alimentaria en el mundo: <http://www.Fao.org/docrep/013/i1683s.pdf>
- Osorio, G. (2008). *Salud: campos de actuación profesional*. Bogotá: Fundación Universitaria Monserrate.
- Paz, A. (2009). *La metodología de la investigación desde la práctica didáctica*. La Paz: La Razón - El Nuevo Día.
- Paz, A. (2013). *La Metodología de la Investigación desde la Practica Didáctica*. La Paz: Editorial Juventud.
- Piaget, J. (1983). *El criterio moral en el niño y niña*. Barcelona: FONTANELA.
- Quintero, M. (2007). *Trabajo Social y procesos familiares*. Buenos Aires: LUMEN.
- Quintero, F. y Toro, U. (2007). *Psicopedagogía del aprendizaje*. Recuperado el 17 de junio de 2015, de <https://psicopedagogiaaprendizajeuc.wordpress.com>.

Ravi, K. (2001). *Políticas económicas, distribución y pobreza: La naturaleza de los desacuerdos*. Chile: Universidad de Chile.

Roccatti, M. (1 de junio de 2012). *Causas de la migración*. Recuperado el 21 de julio de 2015, de <https://causasdelamigracion.blogspot.com/>.

Rogers, C. (1902-1987). *Teoría humanista*. Recuperado el 22 de julio de 2015, de <https://teohumanista.weebly.com/carl-rogers>.

UNICEF. (2011). *La desnutrición Infantil causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento*. Pág.6.

Universidad Nacional Abierta. (1986). *Desarrollo del Niño Preescolar*. Caracas- Venezuela: Primera Edición.

Universidad Pedagógica Experimental Libertador (1998). *Psicología Evolutiva*. Caracas - Venezuela: Primera Edición.

Vygotski, L. (1981). *Pensamiento y Lenguaje*. Buenos Aires: La Pleyade.

## **GLOSARIO**

**Anemia.** (Del gr. ἀναμία, carencia de sangre). f. Med. Empobrecimiento de la sangre por disminución de su cantidad total, como ocurre después de las hemorragias, o por enfermedades, ya hereditarias, ya adquiridas, que amenguan la cantidad de hemoglobina o el número de glóbulos rojos.

**Benjamín,** na. (Por alus. a Benjamín, hijo último y predilecto de Jacob). m. y f. Hijo menor y por lo común el predilecto de sus padres. Miembro más joven de un grupo.

**Carencial.** adj. Med. Perteneciente o relativo a la carencia (l de vitaminas u otras sustancias en la ración alimenticia). Enfermedad

**Carbohidratos** o también llamados glúcidos, hidratos de carbono, son elementos principales en la alimentación, que se encuentran principalmente en azúcares, almidones y fibras. La función principal de los carbohidratos es el aporte energético.

**Desnutrición.** f. Acción y efecto de desnutrirse. Depauperarse por trastorno de la nutrición.

**Dieta.** (Del lat. diaeta, y este del gr. δίαιτα, régimen de vida). f. Régimen que se manda observar a los enfermos o convalecientes en el comer y beber, y, por ext., esta comida y bebida. Privación completa de comer.

**Desnutrición crónica.** Es un proceso por el cual las reservas orgánicas que el cuerpo ha ido acumulando mediante la ingesta alimentaria se agotan debido a una carencia calórico-proteica. Retrasando el crecimiento de fetos, infantes, niños y adolescentes. Asociada normalmente a situaciones de pobreza, con consecuencias para el aprendizaje y menos desempeño económico.

**Desnutrición aguda.** Deficiencia de peso. Delgadez extrema. Resulta de una pérdida de peso asociada con periodos recientes de hambruna o enfermedad que se desarrolla rápidamente y es limitada en el tiempo.

**Estructura.** (Del lat. *structūra*). f. Distribución y orden de las partes importantes de un edificio. Distribución de las partes del cuerpo o de otra cosa. Distribución y orden con que está compuesta una obra de ingenio, como un poema, una historia, etc.

**Emigración.** (Del lat. *emigratĭo, -ōnis*). Acción y efecto de emigrar. Conjunto de habitantes de un país que trasladan su domicilio a otro por tiempo ilimitado, o, en ocasiones, temporalmente.

**Etimológico, ca.** (Del lat. *etymologĭcus*, y este del gr. *ἐτυμολογικός*). adj. Perteneciente o relativa a la etimología. Origen de las palabras, razón de su existencia, de su significación y de su forma. Interpretación espontánea que se da vulgarmente a una palabra relacionándola con otra de distinto origen. La relación así establecida puede originar cambios semánticos, p. ej., en altozano, o provocar deformaciones fonéticas, p. ej., en nigromancia.

**Endógeno.** Término utilizado en distintas disciplinas para hacer referencia a algo que es originado dentro de una cosa, en contraposición a exogeneidad o calidad de exógeno. Hace referencia a algo que se origina o nace en virtud de causas internas.

**Fenomenología.** f. Fil. Teoría de los fenómenos o de lo que aparece. En Friedrich Hegel, filósofo alemán de comienzos del siglo XIX, dialéctica interna del espíritu que presenta las formas de la conciencia hasta llegar al saber absoluto. Método filosófico desarrollado por Edmund Husserl que, partiendo de la descripción de las entidades y cosas presentes a la intuición intelectual, logra captar la esencia pura de dichas entidades, trascendente a la misma conciencia.

**Hermenéutico, ca.** (Del gr. *ἑρμηνευτικός*). adj. Perteneciente o relativa a la hermenéutica. Arte de interpretar textos y especialmente el de interpretar los textos sagrados. En la filosofía de Hans-Georg Gadamer, teoría de la verdad y el método que expresa la universalización del fenómeno interpretativo desde la concreta y personal historicidad.

**Infante, ta.** (Del lat. *infans, -antis*). m. y f. Niño que aún no ha llegado a la edad de siete años.

**Kwashiorkor.** Trastorno diabético grave observado en niños entre los diez meses y los tres años, que se debe a una malnutrición severa que incluye una carencia de nutrientes vitales básico y un déficit importante de proteínas.

**Malnutrición.** f. Med. Condición causada por una dieta inadecuada o insuficiente, o por un defecto en el metabolismo de los alimentos.

**Mitigación.** Acción o efecto de mitigar. Mitigar. (Del lat. mitigāre). tr. Moderar, aplacar, disminuir o suavizar algo riguroso o áspero.

**Mecanismo.** (Del lat. mechanisma, con adapt. del suf. al usual -ismo). m. Estructura de un cuerpo natural o artificial, y combinación de sus partes constitutivas. En el psicoanálisis, el que utiliza el yo para protegerse de los impulsos o ideas que podrían producirle desequilibrios psíquicos.

**Marasmo.** Grave decaimiento somático y funcional del organismo provocado por una deficiencia de proteínas y de calorías.

**Neurológico,** ca. adj. Med. Perteneciente o relativo a la neurología. Estudio del sistema nervioso y de sus enfermedades.

**Nutrición.** f. Acción y efecto de nutrir. Preparación de los medicamentos, mezclándolos con otros para aumentarles la virtud y darles mayor fuerza.

**Progenitor,** ra. (Del lat. progenitor, -ōris). m. y f. Pariente en línea recta ascendente de una persona. El padre y la madre.

**Proteína.** (Del gr. πρωτεῖον, preeminente, primer premio, e -ina). Sustancia constitutiva de las células y de las materias vegetales y animales. Es un biopolímero formado por una o varias cadenas de aminoácidos, fundamental en la constitución y funcionamiento de la materia viva, como las enzimas, las hormonas, los anticuerpos, etc.

**Psicológico,** ca. adj. Perteneciente o relativo a la psique. Perteneciente o relativo a la psicología

**Protagonista.** (Del gr. πρωταγωνιστής). com. Personaje principal de la acción en una obra literaria o cinematográfica. Persona o cosa que en un suceso cualquiera desempeña la parte principal.

**Patológico, ca.** (Del gr. παθολογικός). adj. Perteneciente o relativo a la patología. Que se convierte en enfermedad.

# ANEXOS

# **ANEXO N° 1**

## **ENCUESTA**



**UNIVERSIDAD AMAZÓNICA DE PANDO**  
**Área de Ciencias Sociales y Humanísticas**  
**Programa de Trabajo Social**



**ENCUESTA DIRIGIDA A MADRES, PADRES O TUTORES DE  
 MENORES DE CINCO AÑOS EN EL BARRIO PARAISO - MUNICIPIO  
 DE COBIJA**

Fecha:...../...../.....

marcar la respuesta con una X

**I. DATOS DE LA PERSONA ENCUESTADA**

**1. Edad del Encuestado (a)**

1	Menor de 18	
2	Entre 18 y 25	
3	Mayor de 25	

**2. Estado Civil**

1	Soltero (a)	
2	Casado (a)	
3	Divorciado (a)	
4	Concubinato	

**3. Lugar de Nacimiento**

1	Pando	
2	Beni	
3	La Paz	
4	Oruro, Potosí	
5	Sta. Cruz. Cbba	
6	Tarija, Sucre	

**4. Grado de Instrucción**

1	primaria	
2	Secundaria	
3	Superior	
4	Ninguno	

**5. Ocupación Laboral**

1	Empleado Priv.	
2	Empleado Pub.	
3	Comerciante	
4	Albañil	
5	Carpintero	
6	Taxista	
7	Labores de casa	
8	Agricultor	
9	Traba. Del hogar	
10	Otro.....	

**6. Ingreso Económico**

1	Más de 1000 Bs.-	
2	Más de 1500 Bs.-	
3	Más de 2000 Bs.-	
4	Más de 3500 Bs.-	

## II. ENTORNO FAMILIAR

### 7. Hijos menores de 5 años

1	1	
2	2	
3	3	
4	Más de 3	

### 8. Hijos mayores a 5 años

1	1	
2	2	
3	3	
4	Más de 3	

## III. CONDICIONES DE VIVIENDA

### 9. Posesión de la Vivienda

1	Alquilada	
2	Propia	
3	Cedida	
4	Prestada	
5	Cuidante	
6	Otro	

### 10. Material de la vivienda

	Madera	
	Cemento	
	Adobe	
	Tacuara	
	Otro.....	

### 11. Servicios Básicos

AGUA		
1	POTABLE	
2	POZO/NORIA	
3	RIO/VERTIENTE	

LUZ		
1	ELECTRICA	
2	SOLAR	
3	MECHERO	

SANITARIO		
1	LETRINA	
2	POZO CIEGO	
3	INTERPEDIE	

CAMINO		
1	ASFALTO	
2	LOSETA	
3	TIERRA	

## IV. ALIMENTACION DE LOS HIJOS

### 12. Cuántas veces al día se alimentan sus hijos?

1	1 a 2	
2	2 a 3	
3	4 a 5	
4	5 a mas	

### 13. Donde se alimentan?

1	Pensión	
2	Casa	
3	Calle	

### 14. Qué tipo de alimentos reciben sus hijos?

(marque más de una opción)

1	Verduras	
2	Carnes	
3	Lácteos	
4	Cereales	
5	Carbohidratos	
6	Frutas	
7	Otro.....	

15. Tienen usted conocimiento sobre la Nutrición que se debe emplear en menores de 5 años

1	SI	
2	NO	

Muchas Gracias

# **ANEXO N° 2**

## **GUIA DE ENTREVISTA**

GUÍA DE ENTREVISTA

SOBRE: FACTORES QUE INCIDEN EN LA DESNUTRICIÓN EN FAMILIAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, EN EL BARRIO SENADOR DEL MUNICIPIO DE COBIJA EN LA GESTIÓN 2015

Nombre:	Ocupación/Cargo:
Fecha:	Hora:

1. ¿Cuál cree que es el factor predominante en la desnutrición en familias con niños menores de 5 años?
2. ¿Cuáles son los programas que son implementados para erradicar la desnutrición en niños menores de 5 años?
3. ¿Cree usted que la desnutrición es un fenómeno social que se puede prevenir a través de capacitación y concienciación?
4. ¿Cree usted que fomentando cambios en las dinámicas personales, colectivas y sociales se puede disminuir la desnutrición en la población infantil?

Firma del Entrevistador

# **ANEXO N° 3**

## **MEMORIA FOTOGRAFICA**

Visita Domiciliaria para la aplicación de las encuestas.



Vivienda de familia de escasos recursos.



Aplicación de encuestas en el barrio Senador.



Visitas domiciliarias en las viviendas de niños con desnutrición



Aplicación de encuestas moradores del barrio Senador.



Realización de encuestas y charlas a familias del barrio Senador.



Entrevista a la Dra. Inés Bonifacio



Revisión de historias clínicas

