



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE SUCRE
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE LOS/AS TRABAJADORES/AS
SOCIALES EN LA ATENCIÓN NUTRICIONAL INFANTIL.
EXPERIENCIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE NUTRICIÓN (INN) SEDE
CARACAS Y UNIDAD REGIONAL SUCRE Y EL CENTRO DE ATENCIÓN
NUTRICIONAL INFANTIL ANTÍMANO (CANIA), AÑO 2012.

Tutora:
Profa. Anelis Holder

Autores:
Edward A; Gómez C
Gregorina C; Gómez R

Trabajo de Grado Modalidad Tesis presentado como requisito parcial para optar al
título de: Licenciado/a en Trabajo Social

Cumaná, Mayo de 2013.



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE SUCRE
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

**INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE LOS/AS TRABAJADORES/AS
SOCIALES EN LA ATENCIÓN NUTRICIONAL INFANTIL.
EXPERIENCIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE NUTRICIÓN (INN) SEDE
CARACAS Y UNIDAD REGIONAL SUCRE Y EL CENTRO DE ATENCIÓN
NUTRICIONAL INFANTIL ANTÍMANO (CANIA), AÑO 2012.**

APROBADO POR:

Profa. Andelis Holder

Tutora

Profa.
Jurado principal

Profa.
Jurado principal

Este Trabajo fue evaluado con categoría de:

Cumaná, Mayo de 2013

INDICE GENERAL

| | |
|---|-----|
| DEDICATORIA | i |
| DEDICATORIA | ii |
| AGRADECIMIENTO. | iii |
| LISTA DE TABLAS. | iv |
| LISTA DE CUADROS | v |
| RESUMEN..... | vii |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| CAPÍTULO I..... | 6 |
| NATURALEZA DEL PROBLEMA | 6 |
| 1.1. Planteamiento del Problema..... | 6 |
| 1.2 Objetivos: | 18 |
| 1.2.1. Objetivo General: | 18 |
| 1.2.2. Objetivos Específicos:..... | 18 |
| 1.3. Justificación..... | 19 |
| 1.3.1 A nivel institucional | 19 |
| 1.3.2 A nivel Profesional..... | 20 |
| 1.3.3 A nivel social | 21 |
| 1.4. Marco Metodológico..... | 22 |
| 1.4.1. Nivel de Investigación: | 22 |
| 1.4.2. Diseño de investigación | 22 |
| 1.4.3. Fuente de recolección de datos | 23 |
| 1.4.4. Población..... | 23 |
| 1.4.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos | 25 |
| 1.4.6. Validez y confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos:..... | 26 |
| CAPÍTULO II | 28 |
| MARCO TEÓRICO REFERENCIAL..... | 28 |
| 2.1. Antecedentes de la Investigación | 28 |
| 2.1.1 A Nivel Internacional:..... | 28 |
| 2.1.2 A Nivel Nacional: | 31 |
| 2.1.3 A Nivel Local:..... | 32 |
| 2.2. Bases Teóricas..... | 39 |
| 2.2.1. Alimentación y Nutrición. Nociones conceptuales y temas conexos. | 39 |
| 2.2.1.1 Alimentación – nutrición y malnutrición | 39 |
| 2.2.1.2 Seguridad alimentaria, soberanía alimentaria y derecho a la alimentación | 41 |
| 2.2.1.3 Importancia del derecho a la alimentación en la infancia | 44 |
| 2.2.2. Una aproximación desde el Trabajo Social en la salud..... | 47 |
| 2.2.3. Funciones y roles del Trabajador Social en la salud pública | 48 |
| 2.2.4 Niveles de Intervención del Trabajo Social | 50 |

| | |
|---|-----------|
| 2.2.5. Metodología de intervención del Trabajo Social..... | 52 |
| 2.3. Marco Legal | 58 |
| 2.3.1. Instrumentos jurídicos en el ámbito Internacional..... | 58 |
| 2.3.1.1 Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) ONU..... | 58 |
| 2.3.1.2 Convención sobre los Derechos del Niño (1989) ONU..... | 59 |
| 2.3.2.- Instrumentos jurídicos en el ámbito regional..... | 59 |
| 2.3.3.- Instrumento jurídico en el ámbito nacional | 60 |
| CAPÍTULO III..... | 64 |
| SITUACIÓN NUTRICIONAL INFANTIL Y CONTENIDOS DE LOS | |
| PROGRAMAS DE ATENCIÓN NUTRICIONAL INFANTIL DEL INSTITUTO | |
| NACIONAL DE NUTRICIÓN (INN) Y CENTRO DE ATENCIÓN | |
| NUTRICIONAL ANTIMANO (CANIA)..... | 64 |
| 3.1 El Instituto Nacional de Nutrición | 65 |
| 3.1.1 Descripción general de la institución..... | 65 |
| 3.1.2 Situaciones nutricionales infantiles atendidas..... | 66 |
| 3.1.3 Programas de atención nutricional del INN..... | 67 |
| 3.1.4 Programa Nutrición para la Vida (NPV)..... | 67 |
| 3.1.5 Programa Trompo de los Grupos Alimenticios | 67 |
| 3.1.6 Programa Servicios de Educación y Recuperación Nutricional. (SERN).. | 69 |
| 3.1.7 Programa Nutripuntos..... | 70 |
| 3.1.8 Programa Centros Dietéticos Socialistas. (CEDIS)..... | 70 |
| 3.1.9 Plan de Lactancia Materna..... | 71 |
| 3.1.10 Otras acciones del INN | 71 |
| 3.2 Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo CANIA:..... | 72 |
| 3.2.1 Descripción general de la institución..... | 72 |
| 3.2.2 Situaciones nutricionales infantiles atendidas..... | 73 |
| 3.2.3 Programas de atención nutricional de CANIA..... | 76 |
| 3.2.4 Promoción de la organización y participación vecinal | 82 |
| 3.2.5 Formación de Promotores Comunitarios de Salud..... | 82 |
| 3.2.6 Vigilancia del estado nutricional de los escolares y educación nutricional | |
| en escuelas..... | 83 |
| 3.2.7 Vigilancia de la salud nutricional de la población infantil en multihogares y | |
| preescolares asistenciales | 84 |
| 3.2.8 Orientación a embarazadas y lactantes | 84 |
| CAPÍTULO IV..... | 86 |
| INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE LOS/LAS TRABAJADORES/AS | |
| SOCIALES EN LA ATENCIÓN NUTRICIONAL INFANTIL EN EL INSTITUTO | |
| NACIONAL DE NUTRICIÓN (INN) SEDE CARACAS Y UNIDAD REGIONAL | |
| SUCRE Y EL CENTRO DE ATENCIÓN NUTRICIONAL INFANTIL | |
| ANTÍMAMO (CANIA)..... | 86 |
| 4.1 Identificación Socio - demográfica y laboral de los/as Trabajadores/as Sociales | |
| | 88 |

| | |
|--|-----|
| 4.2 Situaciones nutricionales infantil donde intervienen los/as Trabajadores/as Sociales Adscritos al Instituto Nacional de Nutrición (INN) y el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímano (Cania) | 100 |
| 4.3. Roles y funciones de los/as trabajadores/as sociales adscritos Instituto Nacional de Nutrición (INN) y el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímano (CANIA). | 108 |
| 4.4 Metodología de Intervención Profesional de los/as Trabajadores/as Sociales en la atención nutricional infantil, adscritos al Instituto Nacional de Nutrición (INN) Y Centro de Atención Nutricional Antímano (CANIA) | 125 |
| CONCLUSIONES | 135 |
| RECOMENDACIONES | 140 |
| BIBLIOGRAFÍA | 142 |
| ANEXOS | 150 |
| HOJAS DE METADATOS | 160 |

DEDICATORIA

El esfuerzo, la constancia y el pensar que el tiempo de Dios es perfecto son estímulo de grandeza. Hoy pienso en los caminos que he cruzado, donde las huellas de mis pisadas han quedado marcadas en el transcurrir de las horas, sin borrar de mi mente y alma las tonadas de apoyo y esfuerzo que mi madre: *Marisol Colmenares Figueroa*, ha hecho por mi educación, a quien sencillamente con lágrimas en mi rostro le dedico mi formación académica y profesional, deseándole mil bendiciones por ser mi pilar a cada momento.

Al igual comparto este momento importante de mi vida con mis hermanas y hermanos dejándolo un espejo de enseñanza como modelo a seguir:

María Fernanda Gómez

Fernando Enrique Gómez

Marielys José Gómez

José Germán Gómez

No puedo dejar pasar por alto quienes me han regalado sus sonrisas inocentes y angelicales mi sobrinita y dos sobrinitos que para ellos significaría sinónimo de felicidad:

María Kamila Anaya Gómez

Miguel Alexander Gómez Ramos

Jesús Nicolás Ávila Gómez

Cómo dejar atrás a mí abuela Trina Figueroa, tía Albanellys Colmenares Figueroa y mis primas y primos María Rosario Abreu Colmenares, Génesis Abreu Colmenare, José Vicente Abreu Colmenares y Sebastián Medina.

“Mí socorro viene de Jehová que hizo los cielos y la tierra. No dará tu pie al resbaladero, ni se dormirá el que te guarda”

Salmo 121: 2 – 3

Edwad Gómez

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico al más especial de todos y al que siempre tengo presente en mi mente y corazón, a ti mi Dios amado por qué hiciste realidad este sueño, que espere con muchas ansias, a mi Dios quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerza para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mis amados padres: *Esperanza Ramírez de Gómez, Tulio Gómez Rojas*, gracias por el gran amor, apoyo, consejos, comprensión, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos; esta tesis es para ustedes. A mis hermanos por estar siempre presentes acompañándome y ser fuente de inspiración para seguir mi sueño.

A mi amado esposo Luis Alfonso Miranda por todo su apoyo incondicional, por su amor, paciencia y comprensión durante toda mi formación académica.

Detrás de cada sueño siempre hay personas que nos animan a seguir en nuestros proyectos brindándonos sus consejos, cariño, afecto, apoyo, solidaridad y compañía en las diferentes etapas de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, por todas sus bendiciones: José Cabrera, Javier Gamboa, Greyllis Espinoza, Ariannys Palomo, Ramarbys Vidal, Doriannys Márquez, Edward Gómez.

“La dicha de la vida consiste en tener siempre algo que hacer, alguien a quien amar y alguna cosa que esperar.”

Thomas Chalmers.

Gregorina Gómez

AGRADECIMIENTO.

En primera instancia agradecidos al Dios padre celestial por darnos ese apoyo espiritual de grandeza, fortaleza, paciencia y sabiduría.

Es irracional dejar de agradecer a nuestros padres y familiares por sus inagotables apoyos para hacer posible este trabajo que amerito mucho esfuerzo y sacrificios.

De igual forma expresamos con mucho cariño que ha de valer la pena contar con una tutora como Andelis Holder, por ese don de cariño, entrega, dedicación, y lo importante su verdadero rol como docente en la educación superior.

A los (11) Trabajadores/as Sociales del Instituto Nacional de Nutrición (INN) y el Centro de Atención Nutricional Antímamo (CANIA) quienes con su apoyo cooperaron en nuestra investigación, dando aportes importantes para tener como resultados el quehacer profesional del Trabajo Social en el ámbito de la salud - nutrición infantil.

Específicamente, agradecidos del espacio que nos brindó la Gerencia Psicosocial del CANIA y el Centro de Especialidades “Hipólita Bolívar” del INN

A todos ustedes nuestras sinceras palabras de agradecimientos.

Gregorina y Edward

LISTA DE TABLAS.

| | |
|---|----|
| Tabla N° 1 Número de Trabajadores/as Sociales adscritos al INN y CANIA..... | 89 |
| Tabla N° 2 Composición por sexo de los Trabajadores /as Sociales adscritos al INN y CANIA | 90 |
| Tabla N°3 Nivel de escolaridad de los Trabajadores/as Sociales adscritos al INN y CANIA | 92 |
| Tabla N°4 Estudios de cuarto nivel de los Trabajadores/as Sociales adscritos al INN y CANIA | 94 |
| Tabla N° 5 Situación laboral de los/as Trabajadores/as Sociales adscritos al INN y CANIA | 96 |
| Tabla N° 6 Condición laboral de los/as Trabajadores/as Sociales adscritos al INN y CANIA | 96 |

LISTA DE CUADROS

| | |
|--|-----|
| Tabla N° 1 Número de Trabajadores/as Sociales adscritos al INN y CANIA..... | 89 |
| Tabla N° 2 Composición por sexo de los Trabajadores /as Sociales adscritos al INN y CANIA | 90 |
| Tabla N°3 Nivel de escolaridad de los Trabajadores/as Sociales adscritos al INN y CANIA | 92 |
| Tabla N°4 Estudios de cuarto nivel de los Trabajadores/as Sociales adscritos al INN y CANIA | 94 |
| Tabla N° 5 Situación laboral de los/as Trabajadores/as Sociales adscritos al INN y CANIA | 96 |
| Tabla N° 6 Condición laboral de los/as Trabajadores/as Sociales adscritos al INN y CANIA | 96 |
| Tabla N° 7 Tiempo de experiencia en los programas de atención nutricional infantil de los Trabajadores/as Sociales adscritos al INN y CANIA..... | 98 |
| Tabla N° 8 Cargos que ocupan los Trabajadores/as Sociales adscritos al INN y CANIA | 99 |
| Tabla N° 9 Situación nutricional infantil de los usuarios, según la frecuencia de su atención, por los/as Trabajadores/as Sociales adscritos al INN y CANIA 2012 | 101 |
| Tabla N° 10 Factores influyentes en la problemática nutricional infantil atendida, según la opinión de los/as Trabajadores/as Sociales adscritos al INN y CANIA 2012 | 103 |
| Tabla N° 11 Instancias institucionales que refieren la situación nutricional infantil que atienden los/as Trabajadores (as) Sociales adscritos al INN y CANIA 2012 ... | 106 |
| Tabla N° 12 Participación de los/as Trabajadores/as Sociales adscritos al INN y CANIA, en equipos de trabajo en los programas de atención nutricional infantil ... | 109 |
| Tabla N° 13 Aporte de los profesionales en Trabajo Social adscritos al INN y CANIA dentro del equipo multidisciplinario en la atención nutricional infantil 2012 | 112 |
| Tabla N° 14 Frecuencia de actividades que realizan los/as Trabajadores/as Sociales adscritos al INN y CANIA 2012 en el ejercicio de su labor profesional 2012..... | 114 |
| Tabla N° 15 Acciones que desarrollan los/as Trabajadores/as Sociales adscritos al INN y CANIA 2012 a través de los programas de atención nutricional infantil 2012 | 117 |
| Tabla N° 16 Estrategias de los/as Trabajadores/as Sociales adscritos al INN y CANIA en la intervención de la atención nutricional infantil 2012 | 119 |
| Tabla N° 17 Ejercicio de otras Funciones ajenas a la formación profesional de los/as Trabajadores/as Sociales adscritos al INN y CANIA 2012 | 120 |
| Tabla N° 18 Funciones de ejercidas por los/las trabajadores/as sociales adscritos al INN y CANIA, regularmente en su labor 2012 | 122 |

| | |
|---|-----|
| Tabla n° 19 Intervención profesional de los/as Trabajadores/as Sociales adscritos al CEN Hipólita Bolívar en la atención nutricional infantil 2012..... | 126 |
| Tabla n°20 Intervención profesional de los/as Trabajadores/as Sociales adscritos a CANIA en la atención nutricional infantil 2012..... | 130 |



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE SUCRE
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES**

**INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE LOS/AS TRABAJADORES/AS SOCIALES
EN LA ATENCIÓN NUTRICIONAL INFANTIL.**

**EXPERIENCIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE NUTRICIÓN (INN) SEDE CARACAS Y
UNIDAD REGIONAL SUCRE Y EL CENTRO DE ATENCIÓN NUTRICIONAL INFANTIL
ANTÍMANO (CANIA), AÑO 2012.**

Autores: Edward Gómez C,
Gregorina Gómez R

Tutora: Andelis Holder

Fecha: Mayo de 2013

RESUMEN

El derecho a la alimentación es un derecho humano reconocido que permite a las personas el acceso a una alimentación adecuada y a los recursos necesarios para tener en forma sostenible seguridad alimentaria, la cual implica, a su vez, tener acceso físico y económico en todo momento a suficientes alimentos para satisfacer sus necesidades alimenticias a fin de llevar una vida activa y sana. Los niños son especialmente vulnerables a la falta de una alimentación adecuada, lo que puede traer consigo problemas de malnutrición, ya sea por déficit o por exceso de nutrientes, unido a una ingesta alimentaria inadecuada, que se debe a un conjunto de causas relacionadas con el entorno económico, social, cultural, familiar. En esta compleja realidad social en torno a la nutrición infantil se involucra la acción del/la Trabajador/ra Social para dar respuestas a las necesidades, problemas o demandas allí presentes, dando aportes fundamentales a través de las instituciones públicas y privadas (sin fines de lucro), en pro del desarrollo integral de los niños. Con base a estas argumentaciones, se realizó una investigación cuantitativa cuyo objetivo principal fue Analizar la intervención profesional de los/as Trabajadores/as Sociales en los Programas de Atención Nutricional Infantil del Instituto Nacional de Nutrición (INN) sede Caracas y la Unidad Regional Sucre y el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímano (CANIA), año 2012. Se trató de un estudio descriptivo con un diseño documental y de campo no experimental, cuya información fue recolecta en un cuestionario autoadministrado aplicado al personal de Trabajo Social que allí labora. Los resultados evidencian los/as profesional tienen acción de movilizar recursos principalmente el humano a nivel individual, familiar, grupal y comunitario o colectivo, centrado en el modelo de Trabajo social alternativo, bajo el método de Trabajo Social Tradicional, centrado operativamente en un enfoque psicosocial en la acción social con criterios contextualizados de integración estratégicas.

Palabras Claves: Salud-Nutrición- Seguridad alimentaria, Trabajo Social

INTRODUCCIÓN

Es importante considerar que el desarrollo integral de los infantes es fundamental para lograr su desarrollo cognitivo y evolutivo como ente biopsicosocial, que les permita mantener su integridad física y mental. En estos aspectos interviene la nutrición como uno de los factores más importantes que propicia ese desarrollo. Es por esta razón, que los organismos gubernamentales y no gubernamentales, al igual que instituciones sin fines de lucro, están a la disposición de velar por los derechos de las niñas y niños para consagrar su calidad de vida, garantizándoles a los niños, entre otros aspectos, una sana alimentación. De esta forma se evita el riesgo de que los infantes padezcan de malnutrición en cualquiera de sus formas: Por déficit (desnutrición) o por exceso (obesidad).

Siendo que la malnutrición infantil representa la manifestación biológica de una ingesta alimentaria inadecuada, pero con estrecha vinculación a un conjunto de causas subyacentes relacionadas con el entorno socioeconómico y familiar (alimentos, salud y atención) que pueden variar entre hogares, comunidades y países, así como una serie de causas básicas en la sociedad de orden político, cultural, religioso y socioeconómico; es fundamental abordar integralmente el problema, tanto para prevenirlo como para controlarlo, a través de un conjunto de mecanismos que incluyan la mejora de la seguridad alimentaria en los hogares, mejora del estado nutricional de las mujeres y las adolescentes, promoción y protección de la lactancia materna, alimentación complementaria y oportuna en los niños, entre otras iniciativas.

De allí que cuando se pretende intervenir ante la problemática de la malnutrición infantil, es fundamental focalizar al afectado como un todo que es bien complejo, por eso no solamente le compete al Médico, al Nutricionista, a la Enfermera, y a otros profesionales, sino también al profesional en Trabajo Social, que cuenta con una serie de conocimientos científicos e integrales, bajo la concepción de un proceso metodológico para dar respuestas a las necesidades, demandas y

exigencias de individuos, familias, grupos y comunidades que presentan alguna dificultad social que le pueda estar afectando su bienestar. De esta forma, el/la Trabajador/ra Social se integra a los equipos interdisciplinarios en el abordaje del problema de la malnutrición infantil, tanto en acciones de promoción de la salud para prevenirlo, como en curativa y rehabilitadora cuando ya se ha manifestado. De igual forma, está en la capacidad de intervenir en el diseño, ejecución y evaluación de programas de atención nutricional infantil como parte de un proceso de intervención en área de la salud, cuidado y nutrición de esa población.

Bajo las consideraciones antes expuestas, y por un interés académico y profesional se realizó una investigación orientada a conocer la realidad de la intervención de los profesionales en Trabajo Social en la atención nutricional infantil, tomando como referente empírico la experiencia del personal de esta disciplina que labora en Instituto Nacional de Nutrición (INN) Sede Caracas y la Unidad Regional Sucre y el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímano (Cania). Ambas instituciones, la primera del sector público y la segunda, del privado, intervienen en la problemática de la malnutrición pediátrica, lo cual pone de manifiesto el compromiso de todos los sectores en la atención de ese problema. De igual forma, tales instituciones cuentan con profesionales en Trabajo Social, cuya experiencia en el desempeño de sus funciones en esa área particular de intervención, se constituyó en el objeto de la presente investigación.

Cabe indicar, que el problema de la malnutrición en la cual intervienen los/as Trabajadores/as Sociales, es muy complejo, ya que está ligado al concepto de seguridad alimentaria, entendida en el contexto de disponer de alimentos suficientes en cantidad y calidad para toda la población, garantizando la accesibilidad física de los mismos en condiciones adecuadas para la compra final por parte de los consumidores a fin de promover un adecuado estado de salud para todos y la

expresión del potencial biológico y económico de los individuos (FAO, 1996: s/p) [Documento en línea].

Lograr la seguridad alimentaria es una tarea compleja que incumbe en primer lugar a los gobiernos, quienes deben crear un entorno político, social y económico pacífico, estable y propicio como base fundamental para que los Estados puedan garantizar debida prioridad a la seguridad alimentaria, sobre todo, aplicando políticas que tengan por objeto erradicar la pobreza y la desigualdad y mejorar el acceso físico y económico de todos en todo momento a alimentos suficientes y nutricionalmente adecuados.

Si bien, la seguridad alimentaria es el eje central de las políticas y los programas de intervención alimentaria y nutricional del Estado de cada país para evitar los problemas de malnutrición de la población infantil, y consecuentemente, estas políticas son las que definen la intervención de la disciplina del Trabajo Social en esa área de la salud, un abordaje integral y completo del tema de la seguridad alimentaria, está fuera del alcance de los objetivos planteados en este trabajo de investigación, ya que entre otros aspectos, implicaría evaluar los cambios institucionales y de políticas que han tenido impacto positivo o negativo sobre la situación alimentaria-nutricional de los venezolanos, en especial, de la población infantil; y ello por sí solo, sería un trabajo investigativo de gran envergadura por sus propias especificidades.

En tal sentido, el presente trabajo de investigación, desarrollado en el marco de un tema vasto y complejo como lo es la alimentación y nutrición, y sus componentes correlativos como la seguridad alimentaria y el derecho a la alimentación, tiene un alcance restringido (sin dejar de considerar dentro de estos límites, la rigurosidad científica en su abordaje) enfocado hacia la participación de los/las Trabajadores/as Sociales que intervienen en los programas nutricionales dirigidos a la población infantil que desarrollan el INN y CANIA.

Para tales fines, se realizó una investigación bajo un enfoque cuantitativo que se ubicó en un nivel descriptivo, con un diseño documental y de campo, no experimental y transeccional. Mediante la utilización de la encuesta, se les aplicó un cuestionario autoadministrado para la recolección de la información a los/as once (11) Trabajadores/as Sociales que voluntariamente participaron en el estudio. Igualmente, se utilizó la técnica de la entrevista semiestructurada. Para el procedimiento de los datos se utilizó la tabulación manual; presentándose dicha información a través de tablas que posteriormente fueron analizadas.

El proceso de sistematización de la investigación así como sus resultados, se exponen en el presente informe el cual está estructurado de la siguiente manera:

CAPÍTULO I: Presenta la Naturaleza del Problema; comprendiendo en su contenido el planteamiento del problema, los objetivos que guiaron el estudio, la justificación del por qué y el para qué de esta investigación, y finalmente, las consideraciones metodológicas que abarcan todos los elementos referentes al proceso metodológico que orientó el desarrollo de la investigación.

CAPÍTULO II: Está comprendido por el Marco Teórico, el cual contiene los antecedentes de la investigación y las bases teóricas que fundamentan el abordaje de la situación en estudio. Incluye también este capítulo las bases legales tanto internacionales como nacionales que sustentan el derecho a la alimentación de todo ser humano, en especial de los niños y niñas, sujetos de interés de esta investigación.

CAPÍTULO III: El contenido de este capítulo comprende los resultados de la investigación respecto a las diversas situaciones nutricionales atendidas por el Instituto Nacional de Nutrición y el Centro de Atención Nutricional Antímamo; así como de los diversos programas con que cuentan esas instituciones para la atención de la población infantil a la cual dirigen su atención.

CAPÍTULO IV: El capítulo en cuestión presenta los resultados del estudio en cuanto a los datos relativos a la intervención profesional de los/las trabajadores/as

sociales adscritos al Instituto Nacional de Nutrición (INN) Sede Caracas y Unidad Regional Sucre y al Centro de Atención Nutricional Infantil Antímano (CANIA), en la atención nutricional infantil

Finalmente se presentan: Conclusiones, Recomendaciones, Referencias, Bibliográficas, Anexos.

CAPÍTULO I

NATURALEZA DEL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

El ser humano para desarrollar su vida dentro del contexto social, debe aceptar la responsabilidad de su propia salud que se refleja en un estilo de vida, el cual se mide a través de indicadores específicos correspondientes al área funcional (tareas y responsabilidades del diario vivir), psicológicas (área intelectual y emocional) y el área clínica (mediciones biológicas y físicas de la salud), que están influenciadas por factores de índoles biológicos, culturales, económico, políticos y sociales. Estos factores a juicio de Domínguez, Pérez y Torres (2007:58). “(...) *no pueden ser de forma aislada, sino en continua interacción*”.

De lo antes mencionado, se concibe al ser humano como un ente bio – psico – social, con estrecha relación con el medio en el cual se desenvuelve; en tal sentido, se visualiza la salud – enfermedad en un sólo proceso, por lo cual ambos aspectos no son manifestaciones aisladas, sino que por lo contrario, como proceso, está construido sobre una base sociocultural e histórica que se fundamenta en una construcción conjunta de todas las personas, ya que éstas se encuentran en suma vinculación y relación. De esta manera, la salud se enfoca desde una concepción integral.

Ese enfoque integral de la salud logra superar las diferentes perspectivas que a lo largo de la historia han concebido a la salud; entre las que se destacan la concepción bio- médica, en donde “*la atención a la salud solo prevalece la visión médica, y la concepción clínica, en el cual el profesional de la medicina realiza un diagnóstico de la enfermedad y a partir de allí otorga un tratamiento*” (Zurita, 1996). En ambas definiciones, la salud y la enfermedad son dos aspectos mutuamente

excluyentes, en tanto la presencia de una determina la ausencia de la otra. En el enfoque integral de la salud, como ya se ha indicado, salud - enfermedad son partes de un mismo proceso y el ser humano es visualizado como un ente bio – psicosocial.

Desde el enfoque integral de la salud “(...) *la salud de todo los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad y depende de la más amplia colaboración de las personas y el Estado*”; esto lo afirmó la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946 en uno de los principios adaptados en la Conferencia Internacional de Salud celebrada en New York, (citado por Domínguez, Pérez y Torres 2007:101). Hoy, esa concepción de la (OMS, 1946) sobre la salud tiene plena vigencia. Partiendo de aquí podemos decir que el Estado y las personas que lo integran, deben y están en la obligación de garantizar la salud como condición indispensable para alcanzar el bienestar social, físico y mental de toda la población para que los individuos satisfagan sus necesidades a través de diferentes estrategias que les permita mejorar su calidad de vida.

Se tiene entonces que debe haber compromiso en la población, así como en los diferentes entes institucionales y gubernamentales con el fin de compartir la responsabilidad sobre ese particular. Es indispensable que el Estado cree o establezca políticas sociales que permitan disfrutar de una mejor calidad de vida. En tal sentido, la atención integral a la salud contempla acciones que componen aspectos de prevención, promoción, curación y rehabilitación del individuo, la familia, la comunidad y su ambiente, con un enfoque integral del proceso salud – enfermedad.

En lo que respecta a la promoción de la salud, la OMS durante la primera Conferencia Internacional sobre Promoción a la Salud, realizada en Ottawa, Canadá, en 1986, adoptó esa promoción como la estrategia global de apoyo a la meta de salud para todos en el año 2000. Para tal fin, se elaboró un documento denominado Carta de Ottawa el cual plantea que la promoción a la salud “(...) *consiste en proporcionar a*

los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (OMS, 1986, s/p).

La promoción a la salud considerada en una perspectiva amplia está asociada a una serie de actividades las cuales incluyen la educación sobre los principales problemas de la salud, la prevención, la promoción del abastecimiento de alimentos y a una nutrición adecuada, agua potable, saneamiento básico, asistencia materno infantil incluyendo la planificación familiar, inmunizaciones contra las principales enfermedades infecciosas, entre otras acciones importantes.

Se tiene así, que la promoción a la salud, incluye dentro de su componente lo relativo a alimentación y a la nutrición, aspectos estos de vital importancia para mantener un estado de salud favorable. Efectivamente, la alimentación es la esencia de la nutrición de los seres humanos, por tal razón hay que prevenir los trastornos nutricionales o la malnutrición, como es el caso de la desnutrición y la obesidad que se manifiestan cuando el organismo no consume los nutrientes adecuados que puedan modificar la capacidades del organismo para satisfacer sus necesidades. Ambos problemas pueden afectar a los niños, adolescentes adultos y ancianos. Sin embargo, la desnutrición y la pérdida de peso no siempre están asociadas, las personas pueden estar desnutridas sin perder peso, o también pueden tener sobrepeso y estar desnutridas, presentando cuadros de obesidad como consecuencia de un exceso de alimentación

Se tiene entonces que ambos elementos, desnutrición y obesidad (déficit nutricional o exceso nutricional), están intrínsecamente ligados al campo de la salud, consecuentemente, los factores biológicos, sociales, culturales, políticos y económicos presentes en el proceso salud - enfermedad, también hacen presencia en la alimentación y nutrición de una población, y por ende, en sus condiciones de vida ligadas a esos componentes. Se debe establecer al respecto estrategias que les permita

a los individuos mejorar la seguridad alimentaria para que éstos puedan responder a las exigencias de la sociedad.

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación (FAO, siglas en inglés), existe seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico, social y económico a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades. (1996). Esta definición establece cuatro elementos de la seguridad alimentaria: disponibilidad, accesibilidad, estabilidad y utilización de los alimentos.

De allí que la comprensión de la seguridad alimentaria no se limita al valor nutritivo de los alimentos, ya que el acceso a éstos depende de múltiples factores, por ejemplo, las condiciones de empleo de la población, los ingresos familiares, el precio de los alimentos, entre otros. Incide además la disponibilidad de alimentos en el país, la región o la comunidad, que a su vez depende de las características de la producción, la comercialización, el almacenamiento, entre otros. (Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, 2010, s/p).

La seguridad alimentaria es una condición indispensable para el pleno ejercicio del derecho a la alimentación, ya que éste se ejerce cuando todo hombre, mujer o niño, tiene acceso físico y económico, en todo momento, a la alimentación adecuada o a medios para obtenerla (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 1999: s/p), [documento en línea]. Como puede apreciarse ambos conceptos están íntimamente relacionados, pero son diferentes. Según lo explica la FAO (2012: s/p) [documento en línea] “La seguridad alimentaria es un concepto político que establece metas a ser alcanzadas. El concepto está basado en necesidades y orientado hacia programas. El derecho a la alimentación es un concepto jurídico, es un derecho humano reconocido internacionalmente”. Este derecho protege a todos los seres humanos a alimentarse con dignidad, ya sea produciéndolo o adquiriéndolo.

Una alimentación adecuada es la clave en el derecho a la alimentación. Significa la disponibilidad de alimentos en cantidad y calidad suficiente para satisfacer las necesidades alimentarias de los individuos y ser aceptables para una cultura determinada. Por consiguiente el régimen de alimentación en conjunto debe aportar una combinación de productos nutritivos para el crecimiento físico y mental y para satisfacer las necesidades fisiológicas en todas las etapas del ciclo vital.

El derecho a la alimentación está reconocido actualmente a nivel internacional, regional y nacional, por lo tanto es universal y se reconoce a toda persona. Sin embargo, el ejercicio de este derecho actualmente está seriamente vulnerado, según las cifras reportadas en el último informe anual sobre la inseguridad alimentaria), publicado conjuntamente por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA) y el Programa Mundial de Alimentos (PMA), unas 870 millones de personas, una octava parte de la población mundial, padecían subnutrición crónica en el período 2010-2012. La gran mayoría de las personas que padecen hambre, 852 millones, viven en países en desarrollo -alrededor del 15 por ciento de su población- mientras que 16 millones de personas están subnutridas en los países desarrollados.(FAO, 2012:s/p), [documento en línea].

A pesar de estas alarmantes cifras, el mismo informe indica que hay signos esperanzadores de que con un esfuerzo adicional, pueden alcanzarse los Objetivos de Desarrollo del Milenio¹. Estos objetivos tratan problemas de la vida cotidiana que se consideran graves y/o radicales), se señala que la cifra de víctimas del hambre disminuyó de forma más pronunciada de lo que se creía entre 1990 y 2007. Desde

¹Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, son ocho propósitos de desarrollo fijados en el año 2000, que los 189 países miembros de las Naciones Unidas acordaron conseguir para el año 2015. La Meta Nro. 8 se refiere a la lucha contra la pobreza extrema y el hambre.

2007-2008, sin embargo, el proceso global en la reducción del hambre se ha estabilizado y se ha hecho más lento. (FAO, 2012: s/p), [documento en línea].

Las principales víctimas del hambre y la malnutrición son los niños. Según el informe de la FAO más de 100 millones de niños menores de cinco años tengan falta de peso, y por lo tanto no puedan desarrollar todo su potencial humano y socio-económico, y que la desnutrición infantil provoque la muerte de más de 2,5 millones de niños cada año (FAO, 2012: s/p), [documento en línea]. La desnutrición infantil ocurre cuando la alimentación del niño no contiene cantidades suficientes de calorías y/o proteínas. Básicamente, la desnutrición se manifiesta por la carencia de vitaminas, hierro, proteínas y minerales en los alimentos que consumen los niños que se encuentran dentro de los límites de pobreza.

El informe de Progreso de la Nutrición Infantil y Materna publicado por el Fondo Internacional de las Naciones Unidas para Emergencias de Niños (UNICEF, siglas en inglés) en noviembre de 2009 sitúa en casi 61 millones los niños menores de cinco años que sufren desnutrición, de igual forma “la Organización Panamericana de la Salud (OPS) habla de 7–12 % de niños menores de 5 años que presentan cuadros de sobrepeso y obesidad en América Latina y el Caribe” (UNICEF, 2009 a: s/p), [documento en línea].

También la UNICEF (2009 b: s/p) en el Informe del Estado Mundial de la Infancia 2009 indica que los niños que nacen en los países del tercer Mundo ya pueden nacer con desnutrición debido a la mala alimentación durante el embarazo de la madre, con lo cual ya padecen esta patología en el vientre materno. La desnutrición de las propias progenitoras es un gran riesgo para su salud y la de sus hijos, algo que por lo tanto amplía mucho más la perspectiva de este problema mundial. Un estudio del Instituto Internacional de Investigación y Códigos Alimentarios alerta de que 132 millones de niños pasarán hambre en el 2020. (Citado por la UNICEF, 2009b: s/p), [documento en línea].

Es importante reconocer que en el mundo existen trastornos nutricionales en los infantes que abarcan los países Latinoamericanos y los del Caribe. Por estar Venezuela en esta región, de igual forma enfrenta esos fenómenos nutricionales, los cuales implican factores demográficos, económicos, socioculturales y de relación entre el hombre y su medio natural, que afecta tanto la salud, la educación e iniciativa personal para el desarrollo integral de los niños (Campilongo, 2008: 35).

Ante esta situación, es importante reconocer el trabajo que muchas instituciones han hecho para atender el hambre, la miseria y contribuir a la disminución de la deserción escolar, la mal nutrición y mortalidad infantil. Entre las instituciones en el ámbito mundial que se han preocupado por tal situación se tiene la Organización de las Naciones Unidas (ONU) que analiza de manera continua las zonas mundiales donde se presentan deficiencias nutricionales, esto a través de organismos adscritos a ella como la FAO, la cual conduce actividades internacionales encaminadas a erradicar el hambre al brindar servicios tanto a países desarrollados como a países en vías de desarrollo. De igual forma, basada en sus estudios y los de la OMS se crea la UNICEF, que trata continuamente de mejorar el bienestar de las madres e hijos. Su principal función en conjunto con la FAO y la OMS, es el asesoramiento a los gobiernos del mundo para el incremento de la producción y consumos de alimentos ricos en proteínas.

Todas ellas, hacen llamados urgentes a los gobiernos de los distintos países, sobre todos los en desarrollo para que tomen las acciones oportunas que garanticen el derecho a la alimentación de niños, mujeres embarazadas y lactantes. Desde esta realidad, es fundamental el seguimiento continuo de los índices de trastornos nutricionales que padece cada nación para responder a la situación nutricional de los niños y niñas del mundo.

La situación particular de Venezuela, respecto al problema de los trastornos nutricionales o malnutrición en la infancia, según la Defensoría del Pueblo, es que

han disminuidos las tasas de mortalidad infantil por deficiencia de la nutrición desde 1998 en los grupos etáreos comprendidos en los niños menores de un año, entre uno y cuatro años y entre cinco y catorce años (Defensoría del Pueblo, 2012: s/p), [documento en línea]. En opinión de la Directora del Instituto Nacional de Nutrición (INN), Venezuela posee las cifras de desnutrición infantil más bajas de los países de América Latina y el Caribe. Refirió que en el 1998 el índice de desnutrición en el país era de un 21 % y para el 2007 había disminuido hasta el 8 %” (Di Luca, Marlín 2008).

Al igual el representante de la FAO, Alfredo Roberto Misair plantea que a través de los diferentes programas que garantizan la distribución de alimentos sanos y nutritivos, el gobierno bolivariano logró en 2009 bajar el indicador de desnutrición infantil en niños menores de 5 años a 3.2 % que en el año 1990 se ubicaba en 7.7 %, también afirma que con “(...) respecto a la desnutrición infantil Venezuela va poder anunciar al mundo en el año 2015 que ha superado ampliamente la Meta del Milenio” (Misair, Alfredo, 2010: 3). Se destaca entre esos programas la Misión Alimentación que es la plataforma del gobierno para la distribución y comercialización masiva de alimentos a precios subsidiados. Esta Misión es el medio que utiliza el gobierno para materializar la realización del derecho a la alimentación en Venezuela, asegurando a la población de bajos recursos tanto disponibilidad como accesibilidad de los alimentos (Defensoría del Pueblo, 2012: s/p), [documento en línea].

Aunado a la Misión Alimentación se tienen otros programas dirigidos a la protección y garantía del derecho a la alimentación de personas en pobreza extrema, son éstos las Casas de Alimentación donde las personas reciben platos de comidas gratuitos y las Bolsas Solidarias de Comida para familias que habiten en zonas de difícil acceso (Defensoría del Pueblo, 2012: s/p), [documento en línea].

Sobre la base de la implementación de estos programas, el Instituto Nacional de Nutrición (INN) señala que los datos más recientes del perfil nutricional de

Venezuela para el año 2011 indican que los niveles de seguridad alimentaria intrafamiliar el 80% de los hogares gozan de buenos niveles de seguridad alimentaria. (Indicador publicado por INN 2012: s/p), [documento en línea].

Se puede decir, que las instancias gubernamentales han intervenido ante la problemática de la malnutrición de los infantes, sin embargo, es importante recordar que el hecho que reduzcan los índices de indicadores, no deja de ser un problema latente que ha trascendido a lo largo de la historia en el país.

Al respecto González (2005: s/p), [documento en línea]. indica que el análisis de los problemas de salud y nutrición en Venezuela revela una gran debilidad institucional; luego del gran desarrollo que ocurrió desde 1939 y que llevó a la consolidación de los Ministerios de Sanidad y Asistencia Social y de Agricultura y Cría, del Instituto Nacional de Nutrición y de las Escuelas de Nutrición y Dietética, desde finales de la década de los años 80 muchas instituciones se desdibujaron y dejaron de estar en sintonía con los problemas del país, en particular el crecimiento de la pobreza, por lo que algunos programas de indudable impacto se abandonaron y/o sustituyeron por otros cuya efectividad no ha sido propiamente evaluada.

Opinión esta que es apoyada por Blanco (2005: s/p), [documento en línea]. quien hace un recuento de las instituciones que fueron y de los programas que han desaparecido, o reaparecen esporádicamente, como el Vaso de Leche Escolar y el suministro de sulfato ferroso y polivitamínicos a las embarazadas. Tales vaivenes, dice la autora, parecen surgir de la debilidad del INN en documentar su experiencia y promover normas y pautas en materia de programas de asistencia alimentaria que mejoren la alimentación infantil.

Ahora bien, al margen de estas opiniones encontradas en torno a la efectividad de los programas orientados a la atención nutricional de la población venezolana, cabe indicar, que Venezuela tiene una larga tradición en la atención de este sector.

Efectivamente, los antecedentes de la acción del Estado en materia de política nutricional data desde la década de los años 40 cuando el Estado Venezolano empieza a crear instituciones gubernamentales encargadas de velar por la nutrición, desarrollo y crecimiento de los niños, tal es el caso del Instituto Nacional de Nutrición (INN) creado en 1949. Hoy cuenta con un conjunto de programas orientados a alcanzar las Metas del Milenio del 2015 y disminuir la morbilidad y mortalidad por desnutrición, tales como: Nutrición para la vida (NPV), Trompo de los Grupos de Alimentos, Servicio de Atención y Recuperación Nutricional (SERN), Nutripuntos, y Centros Dietéticos Socialistas (Cedis), (INN, 2010: s/p), [documento en línea].

Por su parte dentro de las organizaciones no gubernamentales que atienden los problemas nutricionales, se encuentra el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA) ubicada en Caracas, que es una institución sin fines de lucros, fundada en 1995 y financiada por Empresas Polar C. A. Se encarga de la asistencia y de la nutrición infantil como una organización de desarrollo, con fines de brindar atención integral y gratuita de los niños con problemas de desnutrición, obesidad, detención del crecimiento y mujeres embarazadas. También brinda atención a niños prematuros y niños con patologías crónicas (hepatopatías, cardiopatías, cáncer, entre otras). Cuenta con un programa de atención a la malnutrición y un programa de nutrición comunitaria (CANIA 2010, s/p), [documento en línea].

Todas esas series de aportes y cooperación de las organizaciones públicas y privadas, de los grupos organizados y la comprensión de quienes participan para precisar la importancia que la nutrición tiene en la calidad de la salud de los infantes, van a permitir mejorar las condiciones de salud pública y nutricional. En este contexto las acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud desarrolladas por los equipos de salud revelan su importancia.

Desde una comprensión global e integral de salud en la que se encuentra la nutrición como uno de sus componentes, los equipos de salud tienen una dimensión

multidisciplinaria, ya que los condicionantes de la salud son multifactoriales. En el caso de la nutrición de la persona, por ejemplo, ya como se ha indicado anteriormente, intervienen varios factores: disponibilidad, acceso, consumo y utilización biológica. De allí, la necesidad de un abordaje integral a través de equipos multidisciplinarios de las instituciones, a efectos de realizar diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades asociadas a la malnutrición y lograr una mayor comprensión de la influencia de los factores sociales, psicológicos y culturales en el comportamiento humano en materia de salud y de cómo ella influye en el proceso de la alimentación y nutrición.

En esa dimensión multidisciplinaria, se inscriben los/las profesionales en el Trabajo Social como miembro del equipo de salud. En el caso particular de la nutrición, este profesional está inmerso en la atención, orientación, asesoría, planificación, reformación, educación y animación del desarrollo nutricional del individuo, familia, grupo y comunidad en función de responder a las políticas sociales en materia de salud y nutrición, de esta manera el/a Trabajador/a Social como profesional interviene dentro del contexto social.

Sobre este particular, Kisnerman (1981: 214) plantea que dentro del equipo interdisciplinario, “el/la Trabajador/a Social está en la búsqueda de promover el cambio desde sus diferentes niveles de intervención, bien sea de forma individual, familiar, grupal y colectiva”. En este contexto, la acción del/la trabajador/a social se orienta hacia aspectos bio- psicosociales y ambientales del ser humano, que desde una perspectiva del proceso de salud-enfermedad debe velar por la educación en materia de seguridad alimentaria y nutricional de los infantes y evitar riesgos en su desarrollo integral.

Además de ello, el/la Trabajador/as Social en el campo de la salud está capacitado para desarrollar un conjunto de tareas definidas en sus roles de investigador social, planificador y administrador de programas sociales, dinamizador

de procesos familiares y locales, entre otros, a través de los cuales puede y debe asumir el compromiso de operacionalizar estrategias en el área de la nutrición infantil que les permitan a las instituciones brindar un servicio de calidad a los usuarios.

Sin embargo, es fundamental, mediante su abordaje crear conocimiento para el quehacer profesional en aras de contextualizar sus acciones en la atención social hacia la infancia, sistematizando la intervención profesional, para que sea, soporte teórico referencial a partir de la experiencia de los/as Trabajadores/as Sociales del Instituto Nacional de y del Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA), por la necesidad de documentaciones o textos de atención del profesional en Trabajo Social en la nutrición infantil.

En el caso específico del Instituto Nacional de Nutrición (INN), ente gubernamental encargado de planificar y gestionar las políticas sociales en materia nutricional y del Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA), ente privado que realiza una acción social sobre ese mismo particular, disponen de un equipo de profesionales en Trabajo Social para el desarrollo de sus programas. Particularmente, el INN, en su sede Central situada en la ciudad de Caracas, cuenta con un grupo de 4 Trabajadores/as Sociales asignados a la División de la Oficina de Atención al Ciudadano y 6 asignados al Centro de Especialidades Nutricionales “Hipólita Bolívar”². La Unidad Regional del INN – Sucre, Cumaná tiene un profesional³ y CANIA; cuenta con siete Trabajadores/as Sociales⁴.

Pues bien, partiendo de la premisa de que el Trabajo Social es una profesión que aborda la realidad social a través de un proceso sistemático guiado por una metodología de intervención que le otorga científicidad a su quehacer profesional, surge el interés por estudiar la realidad de la intervención profesional de los

² Información suministrada por Licda. María Elena López, Asistente Ejecutiva del INN – CARACAS.

³ Información suministrada por Licda. Ligia Pinto, Directora Regional – INN-SUCRE

⁴ Información suministrada por Licda. Carmen Naranjo, Coordinadora Gerencia Psicosocial. - CANIA.

Trabajadores/as Sociales adscritos al INN y CANIA en el ámbito de la nutrición infantil. Por lo tanto se consideró el problema de investigación a partir de las siguientes interrogantes:

¿Qué problemáticas nutricionales infantiles son atendidos por los/as Trabajadores/as Sociales adscritos al INN y CANIA?

¿Cuáles son los contenidos de los programas de atención nutricional infantil donde intervienen los/as Trabajadores/as Sociales del INN y CANIA?

¿Qué metodologías de intervención profesional utilizan los/as Trabajadores/as Sociales en la atención de los beneficiarios de los programas de atención nutricional infantil en el INN y CANIA?

¿Qué roles y funciones desempeñan los/as Trabajadores/as Sociales en la aplicación de estrategias de intervención profesional, en los programas de atención nutricional infantil en el INN y CANIA?

Partiendo del problema de investigación se plantearon los siguientes objetivos:

1.2 Objetivos:

1.2.1. Objetivo General:

Analizar la intervención profesional de los/as Trabajadores/as Sociales en los Programas de Atención Nutricional Infantil del Instituto Nacional de Nutrición (INN) sede Caracas y la Unidad Regional Sucre y el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímáno (CANIA), año 2012.

1.2.2. Objetivos Específicos:

1. Identificar los aspecto socio – demográficos y laborales de los/as Trabajadores/as Sociales adscritos al Instituto Nacional de Nutrición (INN) y el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímáno (CANIA).

2. Identificar las situaciones nutricionales infantiles y contenidos de los programas de atención nutricional infantil desarrollados en el Instituto Nacional de Nutrición (INN) y el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA), donde intervienen los/as Trabajadores Sociales.
3. Describir los roles y funciones de los/as Trabajadores/as Sociales en la aplicación de estrategias de intervención profesional para el desarrollo de los programas de atención nutricional infantil en el Instituto Nacional de Nutrición (INN) y el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA).
4. Examinar la metodología de intervención profesional utilizada por los/as Trabajadores/as Sociales en la atención de los beneficiarios de los programas de atención nutricional infantil del Instituto Nacional de Nutrición (INN) y el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA)

1.3. Justificación

1.3.1 A nivel institucional

Es conveniente enfatizar que dentro de la autonomía del Trabajo Social como profesión es necesario la libertad de ampliar el conocimiento, para dar un aporte científico dentro de las ciencias sociales, además,“(…) *interesa recuperar la posibilidad y la necesidad del Trabajo Social de producir conocimientos en una línea de articulación dinámica entre teoría y práctica para orientar su intervención en la realidad*” (Carvalhon e Iamamoto 1982:35), en este sentido, la formación académica del Trabajo Social no es un modelo a seguir de forma estática, el profesional está en la capacidad de explorar nuevas propuestas científicas y metodológicas a medida que se involucra en sus campos de intervención.

Con este estudio se esperó que durante el desarrollo de la investigación en el INN sede Caracas y Unidad Regional Sucre y CANIA, se obtuviera un aporte significativo de los roles, funciones y estrategias metodológicas que utilizan los/as trabajadores/as Sociales en los programas de atención nutricional infantil como ideas conservadoras, innovadoras de teorías, para presentar a la Universidad de Oriente – Núcleo Sucre el abordaje social que se lleva a cabo en esas instituciones y el significado que tiene el ejercicio profesional de retroalimentar la relación entre práctica y teoría para intervenir en materia de salud. De igual forma, se esperó demostrar resultados significativos que servirán para futuras investigaciones del quehacer profesional de los/as Trabajadores/as Sociales en organismos gubernamentales y no gubernamentales.

1.3.2 A nivel Profesional

En la actualidad la evolución de la profesión en Trabajo Social ha motivado a desarrollar varias propuestas de intervención, principalmente porque existe una cobertura amplia de vulnerabilidad en el campo de la salud, donde el perfil del profesional en Trabajo Social está encaminado a la prevención, promoción, curación y rehabilitación de la misma como parte de un equipo multidisciplinario de acción médico-sanitario de gran importancia para la ejecución de políticas sociales que permitan el desarrollo sustentable de los seres humanos.

En relación a lo anterior, con esta investigación se buscó analizar la intervención de los/as Trabajadores/as Sociales dentro de las políticas sociales y públicas del Estado en el área de la salud, específicamente, en la acción directa en los programas de atención nutricional infantil desde dos vertientes organizacionales (sector público y privado), con el propósito de enriquecer y ampliar las perspectivas del/as Trabajador/as Social en la vinculación salud – enfermedad – nutrición.

1.3.3 A nivel social

Es importante que el/a profesional en Trabajo Social se centre en el usuario como sujeto y objeto de estudio, bien sea, individuo, familia, grupo o comunidad, donde se establezcan relaciones sociales que conduzcan a promover el bienestar social considerando que *“el Trabajo Social, como profesión fundamental en los procesos de cambio de una sociedad que promueve el bienestar, es protección y promoción de los derechos sociales de las personas, los cuales se basan en la determinación, integralidad, dignidad, respeto (...)”* tal como lo plantea la Federación Internacional del Trabajo Social (2000:s/p), [documento en línea].

En relación a lo dicho, en el ámbito social con esta investigación, se buscó promover la salud desde un enfoque conductual/estilo de vida basado en la prevención de la malnutrición y sus factores de riesgo de acuerdo al desarrollo de los programas de atención nutricional infantil del INN y CANIA, además ofertar la educación para la salud bajo un enfoque sociologicista que parte de la constatación de que *“ las prácticas de salud y los estilos de vidas de la población son un producto social y, por tanto, un mero eslabón en la cadena de la morbilidad”*(Márquez, Rodríguez y Torres, 2010: 70).

A tal efecto, la población o usuarios atendidos por el/la profesional en Trabajo Social está sujeto a un contexto social dinámico, donde los/as Trabajadores/as Sociales al llevar a cabo su actuación cumplen un papel fundamental en la sociedad, Sánchez J (2004:s/p), sintetiza de manera íntegra *“los roles centrales que deben cumplir los Trabajadores/as Sociales para una mejor calidad de vida de los individuos, tales como, identificador de soluciones, intermediario, intercesor, evaluador, maestro, modificador de conducta o agente de cambio, planificador comunitario, investigador, administrador, y movilizador”* (citado por Cabello y Márquez , 2010: 60).

1.4. Marco Metodológico

En este espacio se describen los procedimientos metodológicos que hicieron posible el desarrollo del presente estudio con miras a lograr los objetivos propuestos.

1.4.1. Nivel de Investigación:

Según Fidias Arias (2006:86) la investigación descriptiva consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento. Los resultados de este tipo de investigación se ubican en un nivel intermedio en cuanto a la profundidad de los conocimientos se refiere.

Esta investigación se caracterizó por ser una investigación descriptiva ya que buscó obtener una caracterización de las variables del fenómeno a investigar que en este caso fue la intervención de los Trabajadores/as Sociales en la atención nutricional infantil, experiencia en el Instituto Nacional de Nutrición (INN) sede Centro de Especialidades Nutricionales “Negra Hipólita” - Caracas. La Unidad Regional del INN – Sucre, y CANIA parroquia Antímano.

1.4.2. Diseño de investigación

De acuerdo a los objetivos propuestos en el estudio, se definió la forma de obtener la información a través de un diseño en que se combinó la investigación de campo y la documental; es decir, un diseño mixto. En el primer caso, se tiene que es una investigación de campo que se fundamentó en fuentes primarias representadas por cada uno de los/as Trabajadores/as Sociales adscritos/as al INN y a CANIA. Según Fidias Arias (2006:31) la investigación de campo es aquella que consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos (datos primarios), sin manipular o controlar variables alguna, es decir, el investigador obtiene la información pero no altera las condiciones existentes. Por tal razón, se trata de una investigación no experimental y al mismo tiempo, de

tipo transeccional ya que los datos obtenidos solo tienen validez para el momento en que fueron recolectados.

Por otra parte, se trata de una investigación documental, ya que para lograr el objetivo correspondiente a la identificación de los contenidos de los programas de atención nutricional desarrollados por el INN y CANIA a los cuales los/las Trabajadores/as Sociales deben sus acciones profesionales, requirió ir a las fuentes primarias que contuvieran esa información, tal es el caso de los programas, manuales, folletos y diversos documentos virtuales, elaborados por dichas instituciones; aplicándose para tales fines, técnicas propias de la investigación documental.

1.4.3. Fuente de recolección de datos

Para la recolección de la información fue necesario utilizar, tanto fuentes primarias como secundarias.

- **Fuentes primarias:** los Trabajadores Sociales y coordinadores de las instituciones de atención nutricional, los programas nutricionales y diversos documentos emanados del INN y CANIA.
- **Fuentes secundarias:** se consideró libros, revistas, periódicos, y documentos en líneas, manuales, trípticos y otros.

1.4.4. Población

La población está definida por Fidias Arias (2006:81) como “Un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación. Esta queda limitada por el problema y por los objetivos del estudio”.

Esta investigación originalmente estuvo representada por una población finita de 18 Trabajadores/as Sociales distribuidos como se indica en el siguiente cuadro:

Cuadro Nro. 1 Población finita de Trabajadores/as Sociales adscritos al INN y CANIA

| INN | | | CANIA | |
|---|---|-----------------|---------------------------|----------------------|
| Caracas | | Sucre | Coordinación de Educación | Gerencia Psicosocial |
| Centro de Especialidades Nutricionales Hipólita Bolívar | División de la Oficina de Atención al Ciudadano | Unidad Regional | 3 | 4 |
| 6 | 4 | 1 | | |
| 11 | | | 7 | |
| Total 18 | | | | |

Por diversas razones, finalmente la población con la que se realizó el estudio quedó configurada por un total de once (11) profesionales que decidieron cooperar voluntariamente en el estudio, quedando distribuida de la siguiente manera: INN sede Centro de Especialidades Nutricionales “Hipólita Bolívar” –con un grupo de seis (6) Trabajadores/as Sociales, la Unidad Regional del INN – Sucre, Cumaná con un (1) profesional y en CANIA, los cuatros (4) Trabajadores/as Sociales de la Gerencia Psicosocial.

Cabe indicar, que los cuatros Técnicos Superiores en Trabajo Social adscritos a la División de la Oficina de Atención al Ciudadano del INN no tuvieron disposición de cooperar con el proceso de suministro de la información y las tres Licenciadas en Trabajo Social de la Coordinación de Educación de CANIA se encontraban ausentes al momento del estudio (dos por permiso post natal y la otra por enfermedad).

1.4.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

De acuerdo con el diseño de investigación que dirigió la investigación (de campo y documental) se combinaron varias técnicas e instrumentos que permitieron el logro de los objetivos.

Para **la investigación de campo** se utilizaron las técnicas y los instrumentos que a continuación se indican:

a.- Técnicas:

- ***Entrevista Informal:*** En esta investigación se utilizó la entrevista informal que “Es la unidad menos estructurada posible de entrevistas ya que la misma se reduce a una simple conversación sobre el tema de estudio” (Sabino C, 2000: 114). Fue fundamental para la investigación la utilidad de esta técnica ya que permitió establecer clima de confianza y relación de trabajo además recopilar alguna información resaltante de la intervención de los/as Trabajadores/as Sociales en los programas de atención nutricional infantil.
- ***Encuesta:*** Durante el desarrollo de esta investigación fue necesario utilizar la encuesta, ya que ayudó a realizar un trabajo claro concreto y preciso aplicando interrogantes centrada en las variables de la investigación, la encuesta “se trata de requerir información a un grupo socialmente significativo de personas acerca de los problemas en estudio para luego, mediante un análisis de tipo cuantitativo sacar las conclusiones que se correspondan con los datos recogidos” (Sabino C, 2000).

b.- Instrumento:

- ***Cuestionario auto administrado:*** En esta investigación se utilizó el cuestionario auto administrado que facilitó el proceso de recolección de información, además ahorro de tiempo, presupuesto y acceso a la información. Tras el proceso de validación y confiabilidad el instrumento quedó

estructurado por un conjunto de 36 preguntas de respuestas de orden cerrado, abiertas y semi abiertas (véase Anexo Nro. 4), el cual se entregó a cada Trabajador/ra Social para que éste/a, por escrito, consignará por sí mismo las respuestas.

En el caso de la **investigación documental** los procedimientos para la recolección de la información se basaron en la **técnica de Revisión y Análisis Documental**, la cual permitió la selección y clasificación de documentos emitidos por el INN y CANIA, cuya información de interés para el logro del objetivo Nro.2⁵, fue sometida a una proceso operacional mediante **la ficha textual y ficha resumen, las cuales sirvieron de instrumentos** para la presentación descriptiva de los programas nutricionales de ambas instituciones.

1.4.6. Validez y confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos:

El instrumentos de recolección de datos utilizado en el trabajo de campo fue sometido a un proceso de validación para comprobar si *“realmente mide la variable que pretende medir”* (Hernández, Fernández y Batista 2006: 277). En este caso se utilizó la validez de contenido por medio de juicio de expertos.⁶, quienes consideraron el instrumento válido para ser aplicado (Véase Anexo Nro. 1, 2 ,3). Respecto a la confiabilidad, para *“comprobar la consistencia de dicho instrumento, en la medida que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce resultados iguales”* (Hernández, Fernández y Batista 2006: 277), éste fue sometido a criterios socializados con los Coordinadores de las diferentes dependencias a la cual están sujeto los/as Trabajadores/as Sociales.

1.4.7. Procesamiento y Análisis de los Datos:

⁵Identificar las situaciones nutricionales infantiles y los contenidos de los programas de atención nutricional infantil desarrollados en el Instituto Nacional de Nutrición (INN) y el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA), donde intervienen los/as Trabajadores Sociales.

⁶Profesoras evaluadoras: Profa. Yocelyn Castro, Profa. Carmen Guevara y Profa. Rosirys Gómez. Departamento de Trabajo Social – UDO.

Tal como indica Sabino (2002:121) “Finalizada la tarea de recolección, el investigador quedará en posesión de un cierto número de datos, a partir de los cuales será posible sacar las conclusiones generales que apunten a esclarecer el problema formulado en los inicios del trabajo”. Los datos obtenidos a través de la encuesta fueron procesados mediante un análisis cuantitativo, tal como señala Sabino, (2000: 188) “Este tipo de operación se efectúa, naturalmente, con todas las información numérica resultante de la investigación”. Luego del procesamiento de los datos, mediante la estadística descriptiva que permitió descifrar lo que éstos revelaban, se procedió a hacer su representación a través de un conjunto de Tablas de frecuencia simple en números absolutos.

A efectos del procesamiento de la información obtenida en la investigación documental y dado el carácter cualitativo de la misma, su presentación se realizó mediante una descripción y análisis de los diversos programas de atención nutricional infantil del INN y de CANIA.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

En este capítulo se hace referencia a los antecedentes de la investigación, bases teóricas que la sustentan, fundamentación legal, lo que especifica el cuerpo teórico de la investigación.

2.1. Antecedentes de la Investigación

2.1.1 A Nivel Internacional:

Se encontró a Arenas L, López Hy Maya A (1999), quienes realizaron un estudio titulado **“Educación Popular y Nutrición Infantil: experiencias de trabajos con mujeres en una zona rural de México”** ejecutado en Hueyapan una de las localidades que presenta los más altos índices de pobreza del Estado de Morelos-México. Se realizó una intervención comunitaria bajo la estrategia de promoción a la salud, con el objetivo de desarrollar un programa de educación para la salud con mujeres.

De los resultados de su trabajo los autores sintetizan que se ha mejorado la autoconfianza y autoestima de las mujeres, principio básico para el empoderamiento, así mismo, se ha despertado interés y respeto por parte de los hombres de la localidad, ha propiciado procesos organizativos entre las mujeres y el involucramiento de ellas mismas en acciones que contribuyen en cierta medida a la resolución de la problemática de salud familiar y nutrición infantil.

La revisión bibliográfica realizada también permitió ubicar una investigación desarrollada por Barberena M, Belzitti M, Carballeda A, Capello M y Mendoza M (2002), titulada **“Modelos de Intervención del Trabajador Social en el Campo de la Salud: obstáculos, posibilidades y nuevas perspectivas de actuación”**, en Buenos Aires – Argentina. Dicho trabajo de investigación estuvo orientado a la

intervención del Trabajador Social en el campo de la salud, donde los autores se plantearon como objetivo general: Estudiar de forma sistemática las prácticas del Trabajador Social en salud a partir de la noción de modelos, y específicamente, estudiar los diferentes desarrollos del Trabajo Social dentro del sector salud en tiempos predeterminados y rastrear el origen y desarrollo de diferentes modalidades de intervención del Trabajo Social durante el período 1960 – 1997.

Dentro de los logros obtenidos de dicha investigación se mostró la existencia de cuatro modelos de intervención dentro del campo de la salud, denominados; desarrollista, de reconceptualización, de Trabajo Social alternativo y de intervención frente a la nueva cuestión social. En este último modelo estudiado se ubicaron una serie de tendencias, signadas por el contexto, los cambios ocurridos en las ciencias sociales y las influencias del propio desarrollo de la profesión.

Del mismo modo se ubicó un estudio realizado por Aguilera G, Magndia, Cabala B, Angela, López H, Juan C, Muñis V Sulema y Walkquer E Mario (2005), titulado **“Factores de Riesgos Asociados a la Malnutrición por Defecto en niños de 1 a 5 años. Policlínica Cesar Fornet”**, ejecutada en el Municipio de Barnes, Cuba. Dicho estudio tuvo como objetivo general, identificar factores de riesgo asociados a la mal nutrición por defectos en niños de 1 a 5 años de edad.

Con este estudio se establece la relación entre hábitos alimenticios y malnutrición por defecto, donde en el grupo de casos de niños malnutridos existió un predominio de hábitos alimenticios inadecuados de 90, 2%, no así en el grupo control de niños, al igual ocurrió en la relación hábitos higiénicos y malnutrición por defectos, donde predominó hábitos inadecuados 82, 9% en el grupo de casos de niños malnutridos, no así en el grupo control de niños. De igual forma, en la dinámica familiar existió un predominio 92,7% del grupo casos con disfunción familiar, no así en el grupo control. En conclusión se dice que el niño malnutrido tiene 18,8 veces más de vivir en una familia disfuncional.

Otra investigación que se pudo encontrar fue la elaborada por Flores, Yeimy (2009), en la ciudad de Costa Rica, titulada **“Seguridad Alimentaria y Nutricional desde las comunidades: experiencia en dos comunidades del Distrito de San Isidro Alajuela”**, cuyo objetivo general estuvo orientado en conocer la situación de vulnerabilidad de dos comunidades del Distrito de San Isidro de Alajuela en el tema de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)

Los resultados de este estudio fueron que la investigación participativa (IP) ofrece insumos valiosos para lograr este reconocimiento, dado que las y los habitantes de la comunidad se convierten en investigadores, haciendo que el proceso investigativo sea un espacio de construcción colectiva y conjunta de conocimiento, que permite resultados de mayor impacto y sostenibilidad, dado que ayuda a las comunidades reconocerse y proponer acciones orientadas al mejoramiento de la calidad de vida de todas y todos. En cuanto a la Seguridad Alimentaria y Nutricional, existen similitudes entre ambas comunidades, razón por la cual se planteó realizar un proceso conjunto, orientado al análisis colectivo y propuesta de acciones, considerando siempre las capacidades de las y los habitantes, sin dejar de lado la identidad única de cada comunidad.

También se encontró una investigación que de forma indirecta se relaciona con el tema a investigar ya que se centra en un tema vinculado con la intervención del Trabajador Social en el área de salud. Se trata del estudio realizado por Mora, Dayanay Valverde, Graciela. (2006), titulado **“Personas Adultas Mayor que viven con el VIH: lineamientos para una intervención profesional en el sistema hospitalario desde el Trabajo Social”** realizada en Costa Rica, cuyo objetivo general estuvo orientado a establecer lineamientos de intervención social profesional en los centros hospitalarios: México, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, San Juan de Dios, Geriátrico Dr. Raúl Blanco Cervantes para la atención integral y especializada de la persona adulta mayor que vive con el VIH-SIDA.

Dentro de los logros obtenidos en esta investigación se constató que la falta de compromiso e identificación con la población por parte de algunos Trabajadores Sociales limita aún la intervención integral que la misma falta de recurso institucional. Se determinó que la atención desde el Trabajo Social a la población que vive con el VIH-SIDA se realiza por medio de la aplicación de los modelos de intervención social a saber: socioeducativo, promocional, socio terapéutico y asistencial. En todos los centros hospitalarios se identificaron estrategias de intervención social tanto a nivel individual como grupal, no así a nivel comunal, debido a que este ámbito de intervención corresponde a las áreas de salud en el primer nivel de atención.

2.1.2 A Nivel Nacional:

La revisión bibliográfica arrojó como resultado un cúmulo de investigaciones que de forma directa se relaciona con el tema de la presente investigación.

Se ubicó un estudio realizado por González W, Muñoz G, Narhr D, Naranjo C (2002) titulado **“Abordaje Social de la Malnutrición: vía para la construcción de capital humano y social”** en la parroquia Antímano, Caracas, cuyo objetivo general fue realizar un diagnóstico comunitario, despistaje nutricional y seguimiento de la población infantil egresada del Centro de Atención Nutricional Infantil Antímano.

Dicho estudio logró la intervención comunitaria e intra – institucional en el desarrollo del capital humano y social de la parroquia Antímano, que permitió conocer la realidad a estudiar, determinar la prevalencia de riesgo de malnutrición en la comunidad, realización de 158 jornadas de tamizaje en instituciones de la comunidad; al igual, establecimiento de alianzas estratégicas con instituciones locales, elaboración de material bibliográfico denominado “sectorización como estrategia de CANIA , implementación de nuevas estrategias para incrementar el presupuesto familiar, incorporación de miembros del grupo familiar al mercado

laboral, inserción de niños y niñas al sistema educativo formal e incorporación de otros miembros al tratamiento nutricional.

De igual forma, se obtuvo una visión global clara que la malnutrición en el CANIA ha favorecido su abordaje integral en el ámbito comunitario e institucional, focalizando su atención en la población más vulnerable, mediante la detección e intervención de los factores de riesgo influyentes en la problemática, promoviendo la búsqueda de mecanismos de articulación y coordinación interinstitucional y comunal.

También es importante hacer referencia al trabajo que elaboraron González W, Muñoz G, Narhr D, Naranjo C (2001), Titulado **“Rol del trabajador Social en la Atención del Niño Desnutrido”**, desarrollado en Caracas, cuyo objetivo general estuvo orientado a sistematizar el desempeño profesional en la atención de familias con niños desnutridos, en el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA).

Los resultados más significativos de dicho trabajo apuntan a replantear la forma de abordaje del Trabajador Social, de acuerdo a la problemática familiar existente y reorientar la intervención en aspectos no considerados inicialmente; generar la toma de decisiones conjuntas (familia – Trabajador Social) que favorece el compromiso con los cambios planteados y la toma de decisiones operativas a nivel organizacional.

2.1.3 A Nivel Local:

Mediante la revisión bibliográfica se pudo encontrar una investigación realizada por Pérez M y Ratia M (2005), titulada **“Contribución del Programa Alimentación Escolar (PAE) en el acceso, permanencia y mejoramiento de los índices académicos y nutricionales en los beneficiarios de las escuela estatales de Cumaná 2003 – 2004”**, desarrollada en la ciudad de Cumaná , cuyo objetivo general fue analizar la contribución del Programa Alimentación Escolar (PAE), en cuanto al

mejoramiento de los índices académicos y nutricionales en los beneficiarios de las escuelas Estadales de Cumaná 2003 – 2004.

Entre los resultados arrojados por esta investigación se tiene que el servicio alimentario suministrado por el PAE, a través de Fundación para el Desarrollo Social del Estado Sucre (FUNDESOES) ha presentado constates interrupciones que han limitado su óptima ejecución; tales limitantes están directamente asociadas a tres factores: La insuficiencia presupuestaria, la deficiente capacidad y voluntad gerencial y el retraso en la entrega de los registros de los gastos operativos del PAE por la Asociación Civil de cada uno de los planteles.

Otro de los factores que merece atención, es el referido a los menús suministrados a los escolares, tomando la opinión de los representante ante la situación que se presentaba con el programa, es decir, en periodos que logró ejecutarse el mismo, los cuales ratificaron que la misma es insuficiente para satisfacer sus necesidades alimentarias. En torno a esto, se concluye que la falta de control, asociado al escaso aporte calórico (motivado a sus interrupciones) es un indicador que permite considerar la existencia de una desatención a los componentes que se plantea atender con la ejecución del programa.

Otra investigación encontrada fue la de Palacios, Patricia (2011), titulada **“Evaluación del programa de Servicio y Recuperación Nutricional del Instituto Nacional de Nutrición Cumaná, Estado Sucre, año 2009”**, cuyo objetivo general fue evaluar el funcionamiento del Servicio de Educación y Recuperación Nutricional (SERN) del Instituto Nacional de Nutrición.

Entre los resultados arrojados por esta investigación se tiene que una población que no está informada en el área de la salud es una población que está en riesgo de padecer enfermedades y ver mermadas sus capacidades físicas y mentales. De allí, indican las autoras, la importancia del desarrollo del programa que faciliten

el monitoreo, control seguimiento y atención de las poblaciones vulnerables a la desnutrición, de igual manera, el 100% de los entrevistados coincidieron en señalar que se sienten satisfechas por el apoyo y atención recibida en el Servicio de Educación y Recuperación Nutricional, lo que pareciera indicar que tanto el personal que labora en el mismo, como los requerimientos médicos y nutricionales recibidos han estado en consonancia con lo que las entrevistadas esperaban.

A modo de cierre de estos antecedentes, se presenta a continuación cuadros sinópticos en que se sintetizan todas las investigaciones aquí reportadas.

Cuadro N° 2 Sinóptico de antecedentes de la investigación a nivel internacional

| ANTECEDENTE EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL | | | | | |
|---|--------|---|-----------|--|---|
| INVESTIGACIÓN | AÑO | AUTOR (A) | PAÍS | OBJETIVO GENERAL | APORTES PRINCIPALES PARA LA INVESTIGACIÓN |
| “ Educación popular y nutrición infantil: experiencia de trabajos con mujeres en la ciudad de México” | (1999) | Arenas, López y Maya | México | Desarrollar un programa de educación para la salud con mujeres | Cómo el Trabajador Social mediante la organización comunitaria puede crear estrategias para resolver situaciones o necesidades nutricionales. Precisa que la educación para la salud es fundamental para lograr superarlos problemas más vulnerables en este ámbito. |
| “Modelos de Intervención del Trabajador Social en el Campo de la Salud: obstáculos, posibilidades y nuevas perspectivas de actuación” | (2002) | Barberena M, Belzitti M, Carballeda A, Capello M y Mendoza M | Argentina | Estudiar de forma sistemática las prácticas del Trabajador Social en salud a partir de la noción de “modelos”, | Identifica la transición que ha tenido el Trabajo Social, en sus diferentes niveles de intervención. Esclarecer mediante la evolución del Trabajo Social si existe cada día más el interés |
| “Factores de Riesgos Asociados a la Malnutrición por Defecto en niños de 1 a 5 años. Policlínica Cesar Fornet” | (2005) | Magndia, Cabals B, Angela, López H, Juan C, Muñis V Sulema y Walkquer E Mario | Cuba | Identificar factores de riesgo asociados a la mal nutrición por defectos en niños de 1 a 5 años de edad. | La importancia que tienen los hábitos de higiene y alimenticios para mantener a un niño o niña en buen estado nutricional y de salud. |

Cuadro N° 2 (continuación)

Sinóptico de antecedentes de la investigación a nivel internacional

| ANTECEDENTE EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL | | | | | |
|--|--------|------------------------------------|------------|---|---|
| INVESTIGACIÓN | AÑO | AUTOR (A) | PAÍS | OBJETIVO GENERAL | APORTES PRINCIPALES PARA LA INVESTIGACIÓN |
| “Personas Adultas Mayor que viven con el VIH: lineamientos para una intervención profesional en el sistema hospitalario desde el Trabajo Social” | (2006) | Mora, Dayana y Valverde, Graciela. | Costa Rica | Establecer lineamientos de intervención social profesional en los centros hospitalarios: México, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, San Juan de Dios, Geriátrico Dr. Raúl Blanco Cervantes para la atención integral y especializada de la persona adulta mayor que vive con el VIH-SIDA. | Cómo el profesional en Trabajo Social ha avanzado en sus funciones y puede crear sus metodologías para ampliar su actuación en salud pública y enfermedad. |
| “Seguridad Alimentaria y Nutricional desde las comunidades: experiencia en dos comunidades del distrito de San Isidro Alajuela” | (2009) | Flores, Yeimy | Costa Rica | Conocer la situación de vulnerabilidad de dos comunidades del distrito de San Isidro de Alajuela en el tema de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) | Describe las dimensiones de la seguridad alimentaria nutricional y cómo la acción comunitaria puede educar y establecer medios de alternos para satisfacer sus necesidades nutricionales. |

Cuadro N° 3 Sinóptico de antecedentes de la investigación a nivel nacional

| ANTECEDENTES EN EL ÁMBITO NACIONAL | | | | | |
|---|--------|--|------------------|---|---|
| INVESTIGACIÓN | AÑO | AUTOR (A) | ESTADO | OBJETIVO GENERAL | APORTES PRINCIPALES PARA LA INVESTIGACIÓN |
| “Rol del trabajador Social en la Atención del Niño Desnutrido” | (2001) | González W, Muñoz G, Narhr D , Naranjo C | Distrito Capital | Sistematizar el desempeño profesional en la atención de familias con niños desnutridos, en el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímano (CANIA). | Cómo construir el capital humano desde el ámbito comunitario en relación a la salud. La importancia de mantener el seguimiento y rehabilitación de los niños con problemas nutricionales. |
| “Abordaje Social de la Malnutrición: vía para la construcción de capital humano y social” | (2002) | González W, Muñoz G, Narhr D , Naranjo C | Distrito Capital | Realizar un diagnóstico comunitario, despistaje nutricional y seguimiento de la población infantil egresada del Centro de Atención Nutricional Infantil Antímano. | Cómo actúa el profesional en Trabajo Social ante un caso de niño con desnutrición. Identifica la acción del Trabajador social con la familia, niños y niñas en situación de deficiencia nutricional. |

Cuadro N°4 Sinóptico de antecedentes de la investigación a nivel local

| ANTECEDENTES EN EL ÁMBITO LOCAL | | | | | |
|---|--------|-------------------|-----------|--|--|
| INVESTIGACIÓN | AÑO | AUTOR (A) | MUNICIPIO | OBJETIVO GENERAL | APORTES PRINCIPALES PARA LA INVESTIGACIÓN |
| “Contribución del Programa Alimentación Escolar (PAE) en el acceso, permanencia y mejoramiento de los índices académicos y nutricionales en los beneficiarios de las escuela estatales de Cumaná 2003 – 2004”, | (2005) | Pérez M y Ritia M | Sucre | Analizar la contribución del Programa Alimentación Escolar (PAE), en cuanto al mejoramiento de los índices académicos y nutricionales- | Conocer cómo se lleva a cabo el cumplimiento de PAE, para el funcionamiento de una buena nutrición y superación en el índice académico de los beneficiarios. Precisar como los factores socioeconómicos influyen en el estado nutricional de u individuo para su desarrollo cognitivo y educativo |
| “Evaluación del programa de Servicio y Recuperación Nutricional del Instituto Nacional de Nutrición Cumaná, Estado Sucre, año 2009” | (2011) | Palacio, Patricia | Sucre | Evaluar el funcionamiento del Servicio de Educación y Recuperación Nutricional (SERN) del Instituto Nacional de Nutrición Cumaná, Estado Sucre, año 2009 | Conocer cómo es la atención y calidad del bienestar que garantiza el programa a los usuarios y usuarios |

2.2. Bases Teóricas

Esta investigación necesariamente se aproxima a un sustento teórico para tomar en cuenta cada aporte que han formulado diferentes autores en referencia a al tema en estudio. En tal sentido, la presente investigación se sustentó en dos grandes ejes temáticos: El primero de ellos referido a las nociones conceptuales sobre la alimentación y nutrición y el segundo, sobre el Trabajo Social en el contexto de la salud donde se encuentra inserta la nutrición.

2.2.1. Alimentación y Nutrición. Nociones conceptuales y temas conexos.

El presente apartado está constituido por una serie de temas que se relacionan estrechamente entre sí, son éstos: alimentación, nutrición y malnutrición, seguridad alimentaria, soberanía alimentaria, derecho a la alimentación y alimentación y nutrición en la infancia,

2.2.1.1 Alimentación – nutrición y malnutrición

“La alimentación es el conjunto de actividades que realiza el ser humano para nutrir su organismo”, (Altamirano, Atmeida y Bajana 2004:705). Es definida también como un “conjunto de procesos aplicados en la ingesta de nutrientes y en su utilización y asimilación para el funcionamiento del propio organismo y para el mantenimiento de la salud” (Merck, Sharp y Dohme, 2004:954). La nutrición, por su parte, es el “proceso de utilización de las materias primas contenidas en los alimentos para que el cuerpo pueda realizar sus funciones” (Altamirano, Atmeida y Bajana 2004:105). Otra aceptación del término nutrición se refiere al “conjunto de procesos aplicados en la ingesta de nutrientes y su utilización y asimilación para el funcionamiento del propio organismo y para el mantenimiento de la salud” (Diccionario de Medicina Océano Mosby, 2004:954).

Se tiene entonces que la alimentación es el acto de consumir alimentos dando lugar a que se aprovechen las sustancias contenidas en ellos. Estas sustancias se llaman nutrimentos, es decir: carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas y minerales. Es así que la alimentación y la nutrición están íntimamente relacionadas, ya que son

importantes para el crecimiento y mantenimiento de los seres vivos, y más aún, para asegurar la salud de los individuos evitando la malnutrición.

Según Latham (2003:3) “*la malnutrición es el desequilibrio entre las necesidades del organismo y la ingestión de nutrientes, lo que puede conducir a síndrome de deficiencias, toxicidad u obesidad*”. La malnutrición comprende la hiponutrición en la que los nutrientes se aportan escasamente y la hipernutrición en la cual los nutrientes se aportan en exceso. Otros términos equivalentes para denominar los tipos malnutrición, es malnutrición por déficit y la malnutrición por exceso.

La manifestación más importante de la malnutrición por déficit es la desnutrición que se presenta por las carencias de vitaminas, hierro, proteínas y minerales en los alimentos; por su parte, la malnutrición por exceso, se expresa en el sobrepeso y la obesidad como consecuencia del exceso de alimentos ricos en grasas y carbohidratos.

El problema de la malnutrición es multifacético, pues en él intervienen varios factores. Al respecto, Latham (2003:3) señala la existencia de seis determinantes de la malnutrición que son especialmente importantes y que el autor denomina las seis “P” son:

- 1) **Producción**, principalmente agrícola y de alimentos, 2) **Preservación** de los alimentos para evitar desperdicios y pérdidas, incluyendo el agregado económico al valor de los alimentos mediante el procesamiento. 3) **Población**, referida al espaciamiento de los niños en una familia y también a la densidad de población en un área local o de un país. 4) **Pobreza**, que sugiere las causas económicas de la malnutrición. 5) **Política**, como ideología política, decisiones políticas, y acciones políticas que influyen en la nutrición. 6) **Patología** que es el término médico para las enfermedades, pues la enfermedad y sobre todo la infección, influyen adversamente en el estado nutricional.

Como puede apreciarse la malnutrición está asociada a un conjunto de factores de índole económicos, sociales, demográficos, políticos y de salud. Lo cual

se encuentra unido al tema de la seguridad alimentaria, la soberanía alimentaria y sobre todo el derecho a la alimentación.

2.2.1.2 Seguridad alimentaria, soberanía alimentaria y derecho a la alimentación

Según explica la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas (2010: 5) “estos tres conceptos son diferentes aunque se duplican en cierta forma”. El concepto de seguridad alimentaria fue definido por la FAO en 1996 en el contexto de la Cumbre Mundial para la Alimentación celebrada en Roma (FAO, 1996: s/p), [documento en línea], en los siguientes términos:

Existe seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos a fin de llevar una vida sana y activa.

Existen factores como la calidad e inocuidad alimentaria que afectan la seguridad alimentaria en los hogares, dado que para lograr suplir las necesidades nutricionales, las personas, no solamente deben ingerir alimentos, sino que éstos deben cumplir con las cantidades y las características que el cuerpo requiere. Se tiene entonces, que la seguridad alimentaria es una condición previa para el lograr el derecho a la alimentación.

De acuerdo la FAO (1996: s/p), [documento en línea], se identifican cuatro ejes fundamentales de la seguridad alimentaria:

1. *Disponibilidad alimentaria suficiente: cantidad y variedad de alimentos con que cuenta un país, región o comunidad.*
2. *Acceso a los alimentos: que los alimentos lleguen al mercado a un precio que la población pueda pagar.*
3. *Consumo: que la población seleccione alimentos y consuma alimentos de alto valor nutritivo.*
4. *Utilización biológica: consideraciones en que se encuentre el cuerpo que le permita utilizar al máximo todas las sustancias nutritivas que está consumiendo.*

. La **soberanía alimentaria**, por su parte la (Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2010: 6), [documento en línea].,

(...) es un concepto emergente en cuya virtud las personas definen su propio alimento y su propio modelo de producción de alimentos (como la agricultura y la pesquería), determinan el grado en que quieren bastarse por sí mismos y proteger la producción interna de alimentos, así como regular el comercio a fin de lograrlos objetivos del desarrollo sostenible.

La Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas (2012: 6), [documento en línea], explica que la soberanía alimentaria es un concepto que promueve un modelo alternativo de agricultura, de políticas comerciales y de prácticas comerciales que facilitan el ejercicio de los derechos de la población a la alimentación y la vida. Cabe mencionar, que se reconoce el derecho a la soberanía alimentaria en algunas leyes nacionales: Venezuela, por ejemplo, sancionó en el año 2008 el Decreto 6.071 con Rango, Valor y Fuerza de Ley Orgánica de Seguridad y Soberanía Agroalimentaria.

Finalmente, para FAO (2007 FAO: s/p), [documento en línea], el derecho a la alimentación es:

(...) el derecho a tener acceso, de manera regular, permanente y libre, sea directamente, sea mediante compra en dinero, a una alimentación cuantitativa y cualitativamente adecuada y suficiente, que corresponda a las tradiciones culturales de la población a que pertenece el consumidor y que garantice una vida psíquica y física, individual y colectiva, libre de angustias, satisfactoria y digna.

El derecho a una alimentación adecuada está reconocido en diversos instrumentos de derecho internacional. La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 de las Naciones Unidas, lo reconoce explícitamente en el Art. 25; pero es el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) de esa misma organización que lo aborda de un modo más exhaustivo en el Art 11, párrafo 1 que reconoce “*el derecho de toda persona (...) a la alimentación (...)*” y en el párrafo 2 garantiza “*(...) el derecho de toda persona a estar protegida contra el hambre y la malnutrición (...)*”

Bajo estas premisas el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas⁷ (1999: s/p), [documento en línea], reconoció que una alimentación adecuada se ejerce “(...) *cuando todo hombre, mujer o niño, ya sea solo o en común con otros, tiene acceso físico y económico, en todo momento, a una alimentación adecuada o a medios para obtenerla.*”

Este derecho encierra tres componentes básicos, que es la disponibilidad, la accesibilidad y la adecuación de los alimentos. El Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el Derecho a la Alimentación, De Schutter Oliver⁸.explica esas tres dimensiones en los siguientes términos: (2002: s/p), [documento en línea]:

1. **Disponibilidad:** *supone, por una parte, que los alimentos estén disponibles, ya sea mediante la producción de alimentos (agricultura y ganadería) o por otros medios que permitan obtener alimentos: pesca, caza y recolección. Por otra parte, significa que los alimentos deben estar disponibles a la venta en mercados y tiendas.*
2. **Accesibilidad:** *supone que se garantice el acceso físico y económico a los alimentos. La accesibilidad económica significa que los alimentos deben ser asequibles. Toda persona debería ser capaz de procurarse alimento para una alimentación adecuada sin tener que comprometer por ello ninguna otra necesidad básica: medicamentos, alquiler, gastos escolares, etc. La accesibilidad física significa que los alimentos deben ser accesibles a todos.*
3. **Adecuación:** *significa que una alimentación adecuada debe satisfacer las necesidades alimentarias de cada persona, teniendo en cuenta su edad, sus condiciones de vida, su salud, ocupación, sexo, etc. La alimentación también debe ser apta para el consumo humano, libre de sustancias adversas, como contaminantes procedentes de procesos industriales o agrícolas, especialmente residuos de pesticidas, hormonas o medicamentos veterinarios. Para que una alimentación*

⁷Este Comité es el órgano principal de la ONU encargado de vigilar la puesta en marcha del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

⁸El Relator Especial es un experto independiente nombrado por el Consejo de Derechos Humanos de las NU para examinar e informar de la situación de un país o de un tema específico de derechos humanos. Ejerce el cargo a título honorario y no forma parte del personal de las Naciones Unidas ni percibe un sueldo por el desempeño de su mandato. En el caso Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el Derecho a la Alimentación este tendrá, entre otros mandatos: Promover la plena realización del derecho a la alimentación y la adopción de medidas a nivel nacional, regional e internacional para la realización del derecho de toda persona a una alimentación apropiada y el derecho fundamental de toda persona a no padecer hambre

pueda ser considerada adecuada también debe ser culturalmente aceptada.

Como puede apreciarse, el derecho a la alimentación involucra varios aspectos. Supone en primer lugar, que el individuo sea capaz de alimentarse por sí mismo, lo que requiere que el alimento esté disponible y que sea accesible, es decir, que cada hogar pueda contar con los medios para producir u obtener su propio alimento, el cual debe ser adecuado y ajustado a la cultura de cada persona.

Para el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (1999: s/p), [documento en línea], como parte de los derechos humanos:

El derecho a la alimentación está inseparablemente vinculado a la dignidad inherente de la persona humana y a la justicia social, pues requiere la adopción de políticas económicas, ambientales y sociales adecuadas, en los planos nacionales e internacionales, orientadas a la erradicación de la pobreza y al disfrute de todos los derechos humanos por todos.

En tal sentido, el derecho a la alimentación impone a los Estados obligaciones jurídicas de superar el hambre y la desnutrición y de hacer realidad la seguridad alimentaria para todos, sobre todo la de los niños y niñas.

2.2.1.3 Importancia del derecho a la alimentación en la infancia

Como pudo apreciarse en el punto anterior, el derecho a la alimentación le asiste a toda persona, pero en el caso de los niños y niñas, dada su condición biológica y social por razones de edad, son especialmente vulnerables a la falta de alimentación adecuada, por cuanto necesitan alimentos nutritivos y sanos para crecer en óptimas condiciones físicas y mentales. En tal sentido, ellos son reconocidos como sujetos especiales de protección en varios tratados internacionales y en las leyes nacionales, respecto a este derecho.

Los alimentos deben ser accesibles a todos, incluyendo a los grupos más vulnerables físicamente, como los niños, a los cuales les resulta difícil conseguirlos por ellos mismos. Por otra parte, los alimentos deben ser adecuados a su edad para

que puedan satisfacer sus necesidades nutricionales. Si la alimentación de un niño no contiene los nutrientes necesarios para su desarrollo mental y físico, entonces no es adecuada. De igual forma, los alimentos deben estar a la disponibilidad de los infantes, razón por la cual, debe haber una alianza entre los padres, el Estado y la sociedad en general para que corresponsablemente velen por el derecho a la alimentación en la infancia, mediante la seguridad alimentaria y nutricional de éstos para su estabilidad física, mental y emocional.

La primera infancia, como cada etapa de la vida, tiene sus características y necesidades nutricionales, a las que se irá adaptando la alimentación. En este caso, se debe proporcionar al bebé la energía suficiente para mantener las funciones vitales, pero además tiene que cubrir las necesidades relacionadas con el crecimiento y la maduración, pues en esta época existe el mayor crecimiento físico y desarrollo psicomotor de toda la vida. La alimentación es la base necesaria para un buen desarrollo físico, psíquico y social de los niños. Por ello, una dieta saludable es vital para que su crecimiento sea óptimo.

La alimentación de los menores depende de sus familias. De esta manera, la selección y la capacidad de las familias para suministrar alimentación adecuada tiene efectos significativos sobre su ejercicio del derecho a la alimentación. Por ejemplo, la leche materna es el mejor alimento para el crecimiento y el desarrollo sanos de los lactantes, dado que contiene todos los nutrientes que ellos necesitan para su crecimiento normal durante los primeros seis meses de vida. Al respecto, destaca la (UNICEF 2009 a: s/p), que si la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses se aplicara con todos los lactantes del mundo, se salvarían anualmente unos 1,3 millones de vidas, y muchos millones más de niños y niñas se verían beneficiados en términos de salud, inteligencia y productividad. Indica este organismos que los lactantes que son amamantados en los primeros meses de vida tienen como mínimo seis veces más probabilidades de sobrevivir que los que no lo son, ya que la leche materna protege a los lactantes de las enfermedades diarreicas y de las infecciones de las vías respiratorias superiores

De allí la importancia, tal como lo señala la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas (2010: 19) que “*los Estados promuevan permanentemente el amamantamiento en un esfuerzo por proteger los derechos del niño a la salud y el bienestar básicos y para cumplir con el Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna de la OMS*”. Cabe indicar, que este Código se aprobó en el año 1981, según la (OMS, 1981: s/p), [documento en línea]:

Con el objetivo de proteger y fomentar el amamantamiento mediante el suministro de información acerca de la alimentación adecuada de los lactantes y la regulación de la comercialización de los sucedáneos de la leche materna, los biberones y las tetinas.

Para que los niños ejerzan su derecho a la alimentación debe crearse una atmósfera propicia en que se pueda garantizar su acceso a la alimentación adecuada. Cuando las familias o los cuidadores están excluidos del acceso a los recursos y los medios de garantizar su medio de vida, por ejemplo, como resultado de su estado de salud, tienen discapacidades o son refugiados, probablemente se menoscabará el ejercicio del derecho a la alimentación de sus hijos. Si los niños y sus familias no pueden gozar del derecho a la alimentación con los medios que tienen a su disposición, debe prestárseles apoyo, por ejemplo, “*con programas de alimentación escolar o ayuda alimentaria en el caso de desastres naturales o de otro orden. Los alimentos entregados con ese tipo de apoyo deben satisfacer las necesidades de la dieta de los niños*” (Oficina del Alto Comisionado de los Derechos Humanos, 2010: s/p), [documento en línea].

Los beneficios de una adecuada nutrición así como las consecuencias negativas de la desnutrición pueden pasar de generación en generación. Dar a los niños un buen comienzo en materia de nutrición tiene consecuencia positiva de por vida, tanto en lo que se refiere al desarrollo mental y físico como al desarrollo social. Por el contrario, los efectos de la desnutrición en la primera infancia pueden ser devastadores y duraderos. En primer lugar, repercute en la salud de los niños ya que

se debilita su sistema inmunológico, lo que aumenta el riesgo de contraer enfermedades. Puede impedir el desarrollo conductual y cognitivo, y la salud reproductiva, (UNICEF 2009 a: s/p).

La falta de garantía del derecho a la alimentación de los niños puede tener también consecuencias sociales. Por ejemplo, el hambre suele hacer que los niños sean más vulnerables al trabajo infantil, incluidas las peores forma de trabajo infantil o la prostitución infantil. El hambre obliga además a los niños a abandonar la escuela por cuanto tienen que trabajar para obtener alimentos o porque el hambre los priva de su fuerza física y mental para asistir a la escuela, lo cual repercute en su rendimiento escolar debilitando así la futura productividad en el trabajo (Oficina del Alto Comisionado de los Derechos Humanos, 2010).

2.2.2. Una aproximación desde el Trabajo Social en la salud

Es oportuno referirse a seguridad alimentaria nutricional, cuando sus cuatro ejes directamente están vinculados a la realidad social de un país, donde diferentes disciplinas de las ciencias sociales participan para avanzar en materia de investigación e intervención profesional, tal como es el caso del Trabajo Social que en el transcurrir del tiempo ha alcanzado muchos campos de actuación con la población infantil desde ser conductistas hasta crear políticas de desarrollo económico, cultural y social.

Para Gutiérrez y Vásquez (2008: s/p), [documento en línea], el Trabajo Social en salud es uno de los campos pioneros del Trabajo Social, y cuenta con un contingente muy numeroso de profesionales desarrollando su labor en instituciones públicas y privadas, con y sin ánimo de lucro, relacionadas con la salud de la población. Esta realidad está modificando la praxis de los profesionales e instituciones del sector, y urgiéndoles a prepararse para afrontar las necesidades y demandas emergentes.

El Trabajo Social ha sido incorporado a la asistencia, promoción, y atención a la salud como parte de un equipo multidisciplinario en las instituciones del Estado

para prevenir, recuperar, curar y rehabilitar el bienestar físico, psicológico, biológico y social de sus usuarios, mediante objetivos concretos de mantener un perfil institucional profesional en el campo de la salud, que han perdurado a lo largo del tiempo desde diferentes experiencias, cuyos objetivos son: “ 1) Colaborar en la recuperación de la salud del individuo enfermo y en su rehabilitación en caso de su curación incompleta, 2) Participar en los programas de prevención, vigilancia y mejoramiento de la salud (Gerpe, Pérez, Solari y Zaffanori 1980. 101).

En esta medida, el Trabajo Social en el ámbito de la salud va en función de responder a las políticas de salud pública, según Kisnerman, (1981:121)

El trabajo social es un quehacer profesional de complemento de apoyo de las acciones médico - sanitarias a través de programas integrados y nunca de acciones aisladas del todo que es la institución de salud de la cual es un subsistema intermedio en su complejidad, sea esta ministerio o secretaria de salud, coordinación sanitario regional u hospital. Los objetivos de trabajo social, por lo tanto se insertan en los objetivos generales de salud, de la que forman parte, enfocados desde el punto de vista de las necesidades y los problemas sociales. Como son tan complejos deben ser alcanzados en forma progresiva mediante objetivos específicos, que necesariamente deben tener relación entre ellos para poder cumplir los generales de promover, prever, recuperar y rehabilitar la salud (...).

En efecto, la presencia del profesional en Trabajo Social en la acción médico sanitario es determinante en el desarrollo psicosocial de los individuos para su transformación integral, mediante el cumplimiento de sus funciones como parte del equipo de salud.

2.2.3. Funciones y roles del Trabajador Social en la salud pública

Es importante, señalar que el profesional en Trabajo Social está encaminado a cumplir con una serie de funciones y roles que permitirán su intervención en salud pública.

Ahora bien, Ezequiel Ander – Egg (1992: s/p) clasifica en dos categorías las funciones del Trabajador social, que son: funciones compartidas, las cuales se dividen

a su vez en: implementador de políticas sociales y educador social informal y animador – promotor. Las otras categorías a las cuales se refiere Ander - Egg son las funciones específicas, las cuales se resumen en:

- Consultor – asesor – orientador.
- Proveedor de servicios sociales.
- Informador – agente de remisión de recursos y servicios.
- Gestor – intermediario entre usuarios e instituciones, entre usuarios y necesidades.
- Investigador y diagnosticador de problemas sociales.
- Planificador/programador de tratamientos, intervenciones y proyectos sociales para mejorar la calidad de vida.
- Administrador de programas sociales y servicios sociales.
- Movilizador de recursos humanos, institucionales y técnicos, materiales y financieros.
- Ejecutor de programas y proyectos sociales y actividades de atención ayuda y apoyo.
- Evaluador de necesidades, servicios y programas y de su propia intervención social.
- Reformador de instituciones – activista social.
- Educador social informal.
- Animador – facilitador – movilizador – concientizador.

Considerando lo antes expuesto, esas funciones y papeles del/a Trabajador/a, están enlazados en un proceso de acción institucional, comunitario, colectivo e individual de su quehacer profesional en materia de salud pública. Dentro de las funciones del Trabajador Social en salud pública, según Kisnerman, (1981:122) se tiene:

- Prevención: Estudiar las incidencias de las variables socioeconómicas y culturales en la etiología, la distribución y el desarrollo de los problemas de salud.

- Estudiar las actividades y los valores que benefician u obstaculizan el acceso a mejores niveles de salud.
- Estudiar el nivel de aprovechamiento por parte de los usuarios de los servicios de salud, sus programas y expectativas frente a ellos.
- Participar en el estudio de la calidad y la cantidad de los servicios y recursos de salud.
- Orientar y capacitar a la población sobre el uso de los recursos institucionales que puedan contribuir a asegurar que los individuos alcancen mejor calidad de vida.
- Orientar y fortalecer la unidad familiar y capacitar a estos grupos para que aseguren la salud de sus miembros.
- Capacitar a voluntarios, auxiliares y alumnos de Trabajo Social para ejecutar acciones de salud.
- Recuperación: Contribuir con el equipo de salud a reducir, atender y reparar los daños causados por la enfermedad.
- Capacitar al enfermo y su familia para que sean agentes de su recuperación.
- Rehabilitación: Asegurar que todo enfermo o minusválido físico o mental pueda lograr el uso máximo de su potencialidad.
- Orientar al medio familiar, laboral, escolar y comunitario para la reubicación social del enfermo o minusválido.
- La acción del profesional en Trabajo Social en el cumplimiento de sus funciones no se realiza de forma aislada sino que parte de comprender la realidad desde los diferentes niveles de intervención.

2.2.4 Niveles de Intervención del Trabajo Social

La capacitación del profesional en Trabajo social le brinda herramientas necesarias para el abordaje social en la atención directa de forma sistemática a nivel institucional y comunitario, como lo señala sintéticamente De Robertis C (1982: s/p), indicando los siguientes niveles de intervención profesional, los cuales son:

Nivel de intervención individual y familiar: este nivel se refiere a que el Trabajador Social debe, en primer lugar, situar a la persona en los diferentes grupos al cual pertenece, tales como. Familia, trabajo, tiempo libre, vecindad, amigos, grupos

confesionales, políticos, asociaciones, entre otros; por cuanto el entorno que abarca la vida de un individuo está relacionado con lo cultural, deportivo, comercial, educativo, político, económico, entre otros. Además, dicho profesional debe tomar en cuenta la situación (problema, demanda) que presenta la persona o la familia, la cual debe evaluarse en función del contexto social histórico dado y el espacio geográfico determinado.

Grupal: este nivel se caracteriza por ser una unidad colectiva real, pero parcial, directamente observable y fundada en actitudes colectivas, continuas y activas, que tienen una tarea común que realizar, además es influenciado por las conductas recíprocas que ejercen los miembros, a través de la comunicación y que a su vez permiten la constitución y creación de modelos, signos, reglas, símbolos, ideas y valores, ejerciendo una fuerza unificadora que da como resultado la cohesión.

Colectivo: comprende un conjunto de personas que deliberan sobre un problema, que asegura una tarea política y social que atañen a más de una persona, en donde se presentan necesidades y problemas colectivos. Este tipo de intervención social va dirigido a grupos y unidades de vida social más amplia. En efecto, la intervención colectiva se apoya en estructuras individuales, puesto que las personas son capaces de transmitir lo que pasa en las diversas instancias que participan, bien sea líderes reconocidos y respetados o personajes notables ante la vida social; siendo el papel de las personas fundamental en toda acción colectiva y el Trabajador Social como profesional no debe descuidar todos esos aspectos diferentes del nivel individual, cuando se interviene el nivel colectivo. El nivel colectivo, también se apoya estructuras de grupos, tanto los que existan en la vida social, como los que son constituidos por el Trabajo Social.

Básicamente los niveles de intervención profesional del trabajo social deben estar fusionados, uno con el otro, bajo un soporte de actuación metodológica.

2.2.5. Metodología de intervención del Trabajo Social.

La Metodología es entendida como un concepto global referido al estudio del Método (o de los métodos) desde un proceso sistemático en el cual se adquieren modos y formas de conocimiento; el Método es considerado como el camino para obtener un fin de manera ordenada, desde un conjunto de reglas.

De forma cronológica, para evidenciar avances sobre los conceptos de metodología y métodos en trabajo social sintéticamente citando a varios autores, Gordillo 2007:124, plantea que para Ander Egg (1982), metodología, es el conjunto de operaciones o actividades que, dentro de un proceso pre establecido, se realizan de manera sistemática para conocer y actuar sobre la realidad social. Hace referencia a los supuestos epistemológicos. Como todas las técnicas sociales, la metodología y práctica del Trabajo Social están configuradas por la integración y fusión de cuatro componentes: el estudio de la realidad, la programación de actividades, la acción social y la evaluación de lo realizado. Es esencial en cada una de estas fases, la participación de la misma población, en tanto sea posible en cada circunstancia.

Sin embargo, para Lima B (1983) metodología, se refiere al estudio de los métodos como objeto de conocimiento. Es la teoría de los métodos que ordena las operaciones cognoscitivas y prácticas en la acción racional profesional. Posteriormente, Ander Egg (1985) la define como la ciencia o teoría sobre los métodos para el conocimiento científico de las realidades y para la transformación de la misma, refiriéndose que la palabra método deriva de las raíces griegas meta y odos. Metá “hacia”. Preposición que da idea de movimiento y odos significa camino; etimológicamente, quiere decir “camino hacia algo”, “persecución”, esfuerzo para alcanzar un fin o realizar una búsqueda. Puede definirse como camino a seguir, mediante una serie de operaciones y reglas fijadas de antemano, de manera voluntaria y reflexiva para alcanzar cierto fin. La metodología cubre varias significaciones: en sentido la general o global, conjunto de actividades intelectuales que, con prescindencia de contenidos específicos, establece procedimientos lógicos, formas de razonar, que hacen accesible la realidad a captar. Los Métodos ayudan a una mejor

utilización de los medios para acceder al conocimiento de la realidad, a fijar de antemano una manera de actuar racional y eficaz, a operar sobre la misma realidad y a evaluarlos resultados de la acción.

También, Mendoza María (1990), define metodología ante todo como una posición científica, que se ubica necesariamente en una visión teórica, una opción ideológica y a través de ella el ser encuentra su capacidad de modelar una posible solución para la historia y sus acontecimientos. Parte de lo que es real, vislumbra lo posible, encuentra los límites de lo posible, los caminos de retorno para proyectar de manera rigurosa la nueva búsqueda, ubica en la visión teórica los objetivos, límites y posibilidades de nuestra acción. Es un procedimiento rigurosamente planeado y diseñado para descubrir las formas de existencia de los procesos objetivos, desentrañar sus conexiones; generalizar y profundizar los conocimientos y demostrarlos con rigor racional. Los conceptos de metodología y método se ha complejizado: trasciende hoy la mirada racional, instrumental, para asumir enfoques sistémicos y complejos que permiten entender la vigente multidimensionalidad de estos conceptos, en el marco de una sociedad que ya no es del orden, estructurada, previsible; en consecuencia, el método ya no se construye previamente a la experiencia, sino en y desde la interacción social.

Históricamente el Trabajo Social trabaja en función de uno métodos tradicionales de intervención, que sintéticamente Ander Egg, (1992:119) describe:

A) El Trabajo Social con casos

El Trabajo Social con casos, encuentra su pionera en Mary Richmond, en sus publicaciones de “Diagnosis Social” y “El Trabajo Social de Casos”. Estas publicaciones configuran, en parte, lo que hoy conocemos como Trabajo Social, iniciándose una etapa científica caracterizada por la elaboración de una teoría basada en la intervención profesional.

Este fue el método con el que se inició el Trabajo Social y el primero en ser sistematizado. Es un método de “ayuda” basado en la comprensión del usuario y de sus dificultades, en la utilización de instrumentos y técnicas que intentan ayudar a las personas a que se ayuden. Su aparición coincide con la tecnificación de la beneficencia y se elaboró partiendo del modelo clínico de intervención en medicina. Tiene su origen en las teorías de individualización de las COS (Charity Organization Society).

La ONU (1958) afirma que el Trabajo Social de casos: “supone una relación profunda continua entre el trabajador social y el cliente, que se usa deliberadamente con fines de tratamiento social y que se deriva de un estudio de la persona en la situación particular en la que se encuentra, de los problemas que más le afectan y de la manera en que puede ayudársele a resolverlos, mediante el uso de sus propios recursos y de los de la comunidad”.

La estructura de procedimiento del método de casos ha sido descrito por diferentes autores. Ander- Egg, E. (1992) señala a tres de los autores clásicos. Así para Mary Richmond la estructura sería: encuesta que posibilita el diagnóstico; diagnóstico que conduce al conocimiento del caso y orienta el tratamiento; y tratamiento que llevará a la solución del problema individual. Para Hamilton el procedimiento sería: estudio, diagnóstico y evaluación y tratamiento. Por último, Kane propone como estructura de procedimiento la siguiente: el estudio de los datos presentados por el cliente cuando formula sus problemas, diagnóstico de los datos, planeamiento para solucionar el problema teniendo en cuenta los recursos del cliente y los de la comunidad y tratamiento (el cliente y el trabajador social se esfuerzan por solucionar el problema).

B) El Trabajo Social con grupos

El Trabajo Social con grupos no gira en torno al individuo o su familia, como ocurre en el Trabajo Social con casos. Se centra en el grupo, en la educación y en el crecimiento cultural y desarrollo de los componentes del mismo. Se puede definir

como “el método de trabajar con la gente en grupos –de dos o más personas- para el aumento del enriquecimiento personal o de su funcionamiento social y el logro de otros fines socialmente deseables. Se funda en la necesidad que los individuos tienen unos de otros y de su interdependencia. De ahí que, además de para facilitar el logro de metas socialmente deseables, se use para reducir o eliminar el bloqueo de la interacción social. Pero el individuo sigue siendo su centro y preocupación y el grupo no es más que el vehículo de crecimiento y de cambio” (Moix, 1991:341).

El Trabajo Social con grupos se reconoció oficialmente como método en 1936 en la reunión de la Conferencia Nacional de Trabajo Social de Búfalo gracias a un trabajo presentado por Grace Coyle, donde se reflejaba su experiencia de Trabajo Social con grupos durante más de diez años. Comienza a tener identidad en la década de los cuarenta, aunque las prácticas con grupos se remontan a la época victoriana.

Desde los años setenta a la actualidad el Trabajo Social con grupos se ha asentado, asignándole una gran variedad de funciones, entre las que se encuentran: recreativa, educativa, terapéutica-rehabilitadora, socializadora, preventiva, promocional, etc.

C) Organización y desarrollo de la comunidad

Los orígenes de este método se sitúan en los años veinte en la sociedad de los Estados Unidos, aunque se pueden reconocer antecedentes en determinadas actividades de la COS.

En la sociedad norteamericana de principios de siglo surgen una serie de cambios profundos y rápidos, que en muchos casos generan problemas y conflictos. A fin de atender estos cambios, en parte producidos por la gran emigración europea, se crean los “Consejos de planeamiento de la comunidad” que tienen como fin coordinar las diferentes agencias de ayuda y la intervención intergrupala. El método de organización de la comunidad surge como instrumento de trabajo en esta sociedad,

para hacer frente a las necesidades de las personas de forma más responsable y solidaria.

El método de organización de la comunidad ha sido, de los métodos primarios, el último en identificarse y definirse. Se reconoce como método de la profesión de Trabajo Social en 1943, en la Conferencia Nacional de Trabajo Social y en la sección de Organización de la Comunidad de Estados Unidos, que fue cuando se establecieron los significados y características de este método:

“Organización de la Comunidad es el proceso de tratar con individuos o grupos que están interesados o pueden interesarse en los servicios u objetivos del bienestar social, con el propósito de aumentar el volumen de tales servicios, mejorar su calidad y distribución, adelantar en las gestiones para alcanzar tales objetivos” (Rubí, 1992:86).

Según Norman Moore, citado por Moix, (1991:395) se puede afirmar que “durante su historia la organización de la comunidad ha sido definida por varios educadores y profesionales, y, con todo, ha parecido desafiar o eludir al mismo tiempo la definición. En el momento presente no hay una definición universalmente aceptada o utilizada del método de la organización de la comunidad en el Trabajo Social”.

Algo más tarde aparece el desarrollo comunitario, como práctica de ayuda mutua y acción conjunta. Esta expresión se utiliza por primera vez por la Oficina de Colonias Británicas, para designar el programa de acción social (Rubí, 1992:87). Desde los años sesenta, las organizaciones de Naciones Unidas promovieron diversos programas de desarrollo comunitario (UNESCO, OIT, FAO, OMS). La definición de desarrollo de la comunidad utilizada por Naciones Unidas en 1958 es: “proceso por el cual el propio pueblo participa en la planificación y en la realización de programas que se destinan a elevar el nivel de vida. Esto implica la coordinación indispensable entre los gobiernos y el pueblo para hacer eficaces esquemas de desarrollo viables y equilibrados”.

Los objetivos del Trabajo Social en comunidad según Friedlander, (1969: 206), pueden resumirse en:

- Ayudar a los ciudadanos a encontrar los medios necesarios para su bienestar en su entorno social.
- Alentar los esfuerzos cooperadores para perseguir objetivos comunes.
- Construir para los individuos y grupos canales de mutuo entendimiento para la acción común.

Para la National Association of Social Workers (Asociación de Trabajadores Sociales de los EE.UU.) los objetivos específicos de la organización de la comunidad son:

1° Proporcionar a la comunidad o segmentos de la comunidad la oportunidad de movilizar sus recursos para resolver problemas sociales o prevenir su comienzo.

2° Proporcionar importantes medios de interacción entre segmentos de la comunidad.

3° Proporcionar a la comunidad un servicio de planificación

Estudiar hoy las metodologías y los métodos en Trabajo Social, implica trascender el plano del conocimiento, de la racionalidad instrumental y funcional propia del pensamiento moderno (orden, científicidad, control...), para avanzar en desentrañar aportes de las perspectivas postmodernas y emergentes (caos, incertidumbre, impredecibilidad...).

En tanto la “metodología” en Trabajo Social trasciende la reflexión sobre métodos; nuevos conceptos que permiten su comprensión, (Gordillo 2007: 128,) se tiene:

***Estrategia:** consiste en la recuperación de la práctica, a partir de métodos y procedimientos que requieren estudio profundo, exigen planeación, búsqueda de información actualizada, estudio de problemas para lograr lo propuesto. Las estrategias son globales, se desarrollan mediante técnicas; se requiere conocer las implicaciones en el proceso. Conviene tomar distancia de concepciones vinculadas al campo de guerra para triunfar, al mercadeo por su énfasis en la venta, para abordarlas desde una perspectiva humanista, pedagógica y comunitaria. Pensar estrategias desde una concepción posibilitadora, como opciones y alternativas para la vinculación al orden sociocultural. En Trabajo Social la Estrategia es un conjunto de alternativas que pueden funcionar como posibilitadoras de producción de acontecimientos; para que sea eficaz, requiere tres elementos: metas, políticas y programas, que permitan la cohesión, equilibrio y enfoque que se pretende alcanzar.*

De acuerdo con lo planteado, la discusión metodológica en Trabajo Social no se puede delimitar a definiciones; es necesario identificar, tejer, construir redes de relaciones conceptuales que posibiliten su comprensión.

2.3. Marco Legal

Como ya se indicó en páginas anteriores, el derecho a la alimentación es un derecho humano reconocido en el derecho internacional e interno de cada país, el cual permite que las personas tengan acceso a una alimentación adecuada y a los recursos necesarios para tener en forma sostenible seguridad alimentaria. A partir de lo anterior se presenta a continuación cómo desde el ámbito internacional y nacional se sustentan bases legales para hacer cumplir la atención nutricional a la infancia.

2.3.1. Instrumentos jurídicos en el ámbito Internacional

2.3.1.1 Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) ONU

El derecho a la alimentación fue reconocido por primera vez a nivel internacional en esta Declaración, donde los Estados proclamaron que:

Artículo 25: Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial **la alimentación**, el vestido, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...).

*El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966).
ONU*

Artículo 11

1. “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso **alimentación**, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia.

2. Los Estados Partes en el presente Pacto, reconociendo el derecho fundamental de toda persona a estar **protegida contra el hambre**, adoptarán, individualmente y mediante la cooperación internacional, las medidas, incluidos los programas concretos, que se necesitan para:(a) Mejorar los métodos de producción, conservación y distribución de alimentos (...).(b) Asegurar una distribución equitativa de los alimentos mundiales en relación con las necesidades, teniendo en cuenta los problemas que se plantean tanto a los países que importan productos alimenticios como a los que los exportan”.

2.3.1.2 Convención sobre los Derechos del Niño (1989) ONU.

Artículo 24: Los Estados Partes. (...) adoptarán las medidas apropiadas para. (...) combatir las enfermedades y la **malnutrición...** mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados.

Artículo 27: Los estados Partes reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual y social. (...) en caso necesario, proporcionarán asistencia material y programas de apoyo, particularmente con respecto a **la nutrición...**

2.3.2.- Instrumentos jurídicos en el ámbito regional

En el continente americano la Organización de los Estados Americanos (OEA) de igual forma establece normas jurídicas que reconocen el derecho a la alimentación.

Protocolo Adicional a la Convención Americana de derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador) (1988) OEA.

Este Protocolo es el único texto a nivel regional que reconoce explícitamente el derecho a la alimentación.

Artículo 121. Toda persona tiene derecho a una nutrición adecuada que le asegure la posibilidad de gozar del más alto nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual.² Con el objeto de hacer efectivo este derecho y a erradicar la desnutrición, los Estados partes se comprometen a perfeccionar los métodos de producción, aprovisionamiento y distribución de alimentos (...)

2.3.3.- Instrumento jurídico en el ámbito nacional

La inserción del derecho a la alimentación y de los conceptos de seguridad alimentaria y nutrición se vienen incorporando progresivamente a nivel de leyes, decretos, resoluciones y diversas normas legales. De esta forma, “(...) el acceso sostenible a alimentos inocuos y nutritivos ha sido reconocido como un derecho primordial en nuestra legislación. Todas esas leyes se encuentran respaldadas por la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela” (MPP para la Alimentación e INN, s/f; 3)

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial N° 5.453, extraordinario viernes 24 de marzo de 2000.

La Constitución no hace referencia explícita al derecho a la alimentación dentro de su articulado, pero sí menciona la seguridad alimentaria, de igual forma ese derecho se deriva de manera implícita de otros derechos reconocidos constitucionalmente, como el derecho a la salud que obliga al Estado a promover y desarrollar políticas orientadas a elevar la calidad de vida y el bienestar colectivo (Art. 83), el derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo que garantice la salud (Art. 86) y el derecho al trabajo que consagra la garantía de toda persona a obtener una ocupación productiva que le proporcione una existencia digna y decorosa (Art. 87). De igual forma, se incluye normas relativas a la protección de los niños y niñas.

Artículo. 305: El Estado promoverá la agricultura sustentable como base estratégica del desarrollo rural integral a fin de garantizar la **seguridad alimentaria** de la población; entendida como la disponibilidad suficiente y estable de alimentos en el ámbito nacional y el acceso oportuno y permanente a éstos por parte del público consumidor (...)

Artículo 78: Los niños, niñas y adolescentes son sujetos plenos derecho y estarán protegidos por la legislación, órganos y tribunales especializados (...) El Estado, la familia y la sociedad asegurarán con prioridad absoluta, protección integral (...) El Estado promoverá su incorporación progresiva a la ciudadanía activa y creará un sistema rector nacional para la protección integral de los niños, niñas y adolescentes.

Estas disposiciones constitucionales enumeran en términos bastante amplios los derechos consagrados, por lo tanto se requiere de un conjunto de leyes específicas para el derecho a la alimentación que pueda esclarecer el alcance y contenido de ese derecho. De esta manera, en el marco jurídico venezolano se encuentran varias leyes que le suceden a la Constitución, ya sean de carácter orgánico u ordinario, que desarrollan el derecho a la seguridad alimentaria y los derechos específicos de los niños y niñas en materia de alimentación y nutrición. Se tiene al respecto, las siguientes:

Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley de Salud Agrícola Integral. Gaceta Oficial N° 5.890, Extraordinario del 31 de Julio de 2008.

El propósito fundamental de esta ley es garantizar que todos los alimentos de origen animal y vegetal sean inocuos a la salud de las personas.

Artículo 1: (...) se entiende por salud agrícola integral la salud primaria de animales, vegetales, productos y subproductos de ambos orígenes, suelo, aguas, aire, personas y la estrecha relación entre cada uno de ellos (...) que promuevan la seguridad y soberanía alimentaria (...).

Decreto 6.071 con Rango, Valor y Fuerza de Ley Orgánica de Seguridad y Soberanía Agroalimentaria (Extraordinario 5.889 de la Gaceta Oficial, 31 de Julio de 2008)

Artículo 4: La seguridad alimentaria es el derecho inalienable de una nación a definir y desarrollar políticas agrarias y alimentarias apropiadas a sus circunstancias

específicas (...) garantizando el acceso oportuno y suficiente de alimentos a toda la población.

Artículo 8. Todas las ciudadanas y los ciudadanos, en todo el territorio de la República Bolivariana de Venezuela tienen el derecho a la disponibilidad y acceso oportuno y suficiente de alimentos de calidad.

Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente, Gaceta Oficial N° 38.631 viernes 23 de febrero de 2007.

Artículo 6: El Estado, las instituciones privadas y los empleadores emplearán condiciones adecuadas que permitan la lactancia materna, incluso para aquellos hijos cuyas madres estén sometidas a medidas privativas de libertad.

Artículo 41: Todos los niños y adolescentes tienen derecho de disfrutar del nivel más alto de salud física y mental. Así mismo tiene derecho a servicios de salud, de carácter gratuito de la más alta calidad, especialmente para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las afecciones a su salud.

Artículo 43: Todos los niños y adolescentes tienen derecho a ser informados y educados sobre, los principios básicos de prevención en materias de salud, **nutrición, ventajas de la lactancia materna, (...).**

Ley para la Protección de las Familias, la Maternidad y la Paternidad, Gaceta Oficial N° 38.773, jueves 20 de septiembre de 2007

Artículo 4: A los fines de acceder a programas de apoyo familiar, serán consideradas una o varias de las siguientes circunstancias de vulnerabilidad: (1) Ingreso insuficiente para cubrir las necesidades **alimentarias básicas**, (2) Limitado acceso a servicios de salud.

Artículo 12: Con el fin de radicar la mal nutrición de las familias afectadas el Estado garantizará programas de alimentación a través del Ministerio del Poder Popular con competencia en la materia.

Ley de Promoción y Protección de la Lactancia Materna. Gaceta Oficial N° 38.763 del 6 de septiembre de 2007

Artículo 1: Esta Ley tiene por objeto promover, proteger y apoyar la lactancia materna, como el medio ideal para la adecuada alimentación de los niños y niñas, a los fines de garantizar su vida, salud y desarrollo integral.

Artículo 2: Todos los niños y niñas tienen derecho a la lactancia materna en condiciones adecuadas que garanticen su vida, salud y desarrollo integral. Asimismo, las madres tienen derecho a amamantar a sus hijos e hijas, con el apoyo y colaboración de los padres.

El Estado, con la participación solidaria de las comunidades organizadas promoverá, protegerá y apoyará la lactancia materna exclusiva a libre demanda de los niños y niñas hasta los seis meses de edad y, la lactancia materna con alimentación complementaria oportuna, adecuada; inocua y debidamente administrada hasta los dos años de edad. El ministerio con competencia en materia de salud podrá incrementar esta edad mediante resolución especial.

En síntesis, todas estas normas, tanto constitucionales como legales tienen como objetivo promover el derecho a la alimentación, ya que todas ellas tienen disposiciones que hacen referencia a la alimentación en términos de derecho, principalmente las leyes de seguridad alimentaria, así como las leyes específicas enfocadas a la protección de los niños y niñas que incluyen el derecho de este grupo a una alimentación adecuada como elemento fundamental para la garantía de su salud y desarrollo integral.

CAPÍTULO III

SITUACIÓN NUTRICIONAL INFANTIL Y CONTENIDOS DE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN NUTRICIONAL INFANTIL DEL INSTITUTO NACIONAL DE NUTRICIÓN (INN) Y CENTRO DE ATENCIÓN NUTRICIONAL ANTIMANO (CANIA).

Incursionar en el tema de la intervención profesional de los/las Trabajadores/as Sociales en el área de la nutrición infantil requirió en primera instancia, una identificación tanto de las situaciones nutricionales en que se encuentran los infantes atendidos por el INN y CANIA, así como de los programas dirigidos a su atención; en tanto éstos determinan el marco en que estos profesionales desarrollan dicha intervención.

Para el logro de este objetivo, se aplicaron técnicas propias de la investigación documental que permitieron revisar y analizar los programas nutricionales de esas instituciones. En el caso de CANIA, la Unidad de Gerencia brindó todo su apoyo proporcionando manuales y folletos allí elaborados. Respecto al INN, a sus funcionarios no se le permitió extender información a profundidad sobre los contenidos de los programas, remitiendo a los investigadores a la consulta de la página web del instituto⁹ para la revisión de documentos virtuales, los cuales fueron considerados como fuentes primarias dado que aparecen tal cual como fueron elaborados por INN, sin comentarios ni análisis de otros autores. Cabe indicar, que en ambas instituciones se complementó la información obtenida de los documentos, con una entrevista semiestructurada aplicada a los/as Trabajadores/as Sociales.

El presente capítulo se encuentra estructurado en dos partes, cuyos contenidos están referidos a cada una de las instituciones objeto de estudio con respecto a las situaciones atendidas y a los programas nutricionales que gestionan.

⁹Portal Oficial [www. Inn.gob.ve](http://www.inn.gob.ve) (2012).

3.1 El Instituto Nacional de Nutrición

3.1.1 Descripción general de la institución

El Instituto Nacional de Nutrición (INN) se creó formalmente el 15 de noviembre de 1949 por decreto presidencial n° 320, publicado en *Gaceta Oficial* n° 23.074. Desde sus inicios el INN ha desarrollado una destacada labor en materia de seguridad alimentaria para todos los venezolanos y venezolanas, así como capacitación de recursos humanos en las áreas de nutrición y dietética, además de afianzar alianzas estratégicas con organismos internacionales (INN 2012) Según el INN y sus 21 sedes a nivel nacional, es un instituto autónomo adscrito administrativamente al Ministerio del Poder Popular para la Alimentación, que está encargado de velar por la correcta nutrición de los pueblos. Es el resultado de la transformación de las distintas instituciones predecesoras que se desarrollaron hasta convertirse en la organización actual y tiene como política involucrar a las comunidades en el diseño y ejecución de los programas de alimentación nutricional y atención integral, dirigida a satisfacer las necesidades y exigencias de la población en materia nutricional y alimentaria (INN 2012)

Específicamente, sus antecedentes históricos se remontan al año 1949 cuando fueron creadas las Unidades Regionales a nivel de los servicios Cooperativos de la Salud. Particularmente, el Estado Sucre cuenta con la Unidad Regional Sucre del INN, que funciona como organismo autónomo con personalidad jurídica y patrimonio propio dependiente del INN.

Actualmente la estructura organizativa del INN está conformada por el Consejo Directivo, Dirección Ejecutiva, Oficina Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN), Consultoría Jurídica, Oficina Información y Relaciones Públicas, Auditoría Interna, Oficina de Personal, Oficina Planificación y Presupuesto, Dirección de Informática, Dirección Técnica, Dirección Gestión Alimentaria,

Dirección Administración (a nivel central) y Unidades Regionales de Nutrición. (a nivel regional).

Además como organismo encargado de resguardar la seguridad alimentaria nacional tiene como Misión: Velar junto con el poder popular por la nutrición de la población venezolana como elemento de la suprema felicidad Este instituto no puede dejar de actuar sin alcanzar metas de futuro alimentario y nutricional, es por eso que ha de tener como visión: regir las políticas nutricionales del Estado venezolano. (INN 2012)

3.1.2 Situaciones nutricionales infantiles atendidas

Esta información se obtuvo a través de la entrevista semiestructurada aplicadas a los/as Trabajadores/as Sociales, quienes expresaron que el INN atienden problemas de sobre peso y obesidad, déficit nutricional (bajo peso y desnutrición). Esto es porque en el país tanto en niños y niñas, como en la población en general, coexisten ambos problemas de malnutrición, los cuales se presentan como una manifestación biológica de una ingesta alimentaria inadecuada

El INN en tal sentido, se preocupa tanto por las deficiencias como por los excesos en la alimentación, ya que ambos tienen efectos negativos en la población infantil. El problema de la desnutrición infantil es prioritario para este instituto, de allí que asista directamente a los niños que presentan esta condición a través de centros médicos asistenciales que procuran recuperar el estado nutricional de los mismos.

En líneas generales, el INN atiende situaciones relacionadas con la malnutrición infantil, de allí que sus estrategias se orienten a prevenir y controlar ese problema, tales como mejorar la seguridad alimentaria en los hogares, la promoción y protección de la lactancia materna, la alimentación complementaria e inocua en los niños, entre otras que se integran con el conjunto de acciones orientadas a satisfacer las necesidades y exigencias de la población en materia nutricional y alimentaria que incluyen programas de educación nutricional para combatir los estilos de vida inadecuados.

3.1.3 Programas de atención nutricional del INN

Esta organización como parte de los organismos que velan por la seguridad alimentaria del país, implementa varios programas en función de apoyar y resguardar la atención nutricional infantil, como son:

3.1.4 Programa Nutrición para la Vida (NPV)

Proyecto bandera que desde el 2006 desempeña el INN, busca mejorar la situación nutricional del país, acelerando las medidas necesarias para atender las deficiencias y riesgos encontrados a partir de la participación directa del Poder Popular –para obtener soluciones eficaces a los problemas que originan la desnutrición–; y un enfoque institucional que recupere la infraestructura y dotación de los Servicios de Educación y Recuperación Nutricional(SERN) y capacite al personal de salud que asiste a niños o niñas con malnutrición. El INN, en un esfuerzo por lograr mejorar el perfil nutricional de la población, adaptó el programa NPV para beneficiar a los pueblos indígenas, que desafortunadamente y debido a un negativo proceso de transculturización, han modificado sus hábitos alimenticios.

3.1.5 Programa Trompo de los Grupos Alimenticios

Según el INN (2012) es un nuevo modelo de cultura nutricional y alternativa a la pirámide nutricional propuesta por las grandes transnacionales de consumo. Esta propuesta incluye alimentos autóctonos requeridos en las despensas venezolanas según los hábitos de consumo, la producción del campo y las recientes políticas agroalimentarias. De acuerdo al trompo, los alimentos se han reclasificado en 5 grupos: 1- Granos, cereales, tubérculos y plátanos; 2- Hortalizas y frutas; 3- Leche, carnes y huevos; 4- Azúcares; 5- Grasas y aceites.

Cuadro N°5 Trompo de los alimentos

| Grupo 1 : Granos, cereales, tubérculos y plátanos | Grupo 2: Hortalizas y Frutas | Grupo 3: Leche, carnes y huevos |
|---|--|---|
| Estos alimentos son fuente de energías para el organismo indispensables para el trabajo, los estudios y el deporte. Suministran además vitaminas del complejo B, calcio y fibra. El consumo adecuado de fibra favorece el funcionamiento gastrointestinal y reduce el riesgo de sufrir enfermedades tales como estreñimiento, diabetes cáncer y problemas cardiovasculares. | Este grupo se caracteriza por aportar vitaminas y minerales importantes para el mantenimiento de los tejidos corporales. Estos alimentos también contienen fibra, que favorece las funciones intestinales. Su consumo contribuye con la prevención de enfermedades como diabetes, hipertensión, algunos tipos de cáncer y accidentes cardiovasculares entre otras. | Son fuentes de proteínas de excelente calidad, que contribuyen a la formación y mantenimiento de los tejidos de los músculos, huesos y dientes. Además contienen minerales, tales como calcio, hierro, y vitaminas A, D, B1, B2 y B12. Se recomienda el consumo de estos alimentos especialmente a embarazadas, mujeres que lactan, niños, niñas, adolescentes y adultos mayores. |
| 1 ó 2 raciones por comida, 5 a 8 raciones al día | 1 ó 2 raciones por comida, 5 raciones al día | 1 ración por comida, 5 raciones al día |
| Grupo 4 : Azúcar miel y papelón | | Grupo 5: Grasas y aceites vegetales |
| El grupo de azúcares forma parte de la alimentación venezolana como saborizante de alimentos y bebidas. Son carbohidratos de rápida absorción y fuente de energía disponible de forma inmediata. Se recomienda su uso moderado, ya que frutas y hortalizas también aportan este tipo de carbohidrato. | | Constituyen una fuente concentrada de energía y son recomendados por contener ácidos grasos esenciales que forman parte de las células de los tejidos, favoreciendo sus funciones. Los alimentos que componen este grupo son los aceites vegetales tipo mezcla, margarina, aguacate y semillas aliógenas (maní, almendras, nueces, pistacho y linaza) |
| ½ cucharadita por comida 3 cucharaditas al día | | ½ cucharadita por comida 3 cucharaditas al día |

Fuente: Portal Oficial [www. Inn.gob.ve](http://www.inn.gob.ve) (2012).

Estos grupos deben complementarse con el consumo de agua y la actividad física. Una variante es el **Trompo Indígena de Alimentos**, herramienta educativa que busca revitalizar, consolidar y fortalecer las costumbres alimenticias de los pueblos originarios, reivindicando sus alimentos propios y sus modos de producción y costumbres ancestrales.

3.1.6 Programa Servicios de Educación y Recuperación Nutricional. (SERN)

Según el INN (2012), los SERN constituyen, desde su creación en 1966 por José María Bengoa, uno de los programas de asistencia médico-nutricional más emblemáticos del INN y con mayor proyección comunitaria. El primer SERN fue el Centro de Especialidades Nutricionales "Hipólita Bolívar", Hoy en día, los 26 SERN instalados a nivel nacional funcionan a través de centros de atención para niños y niñas, buscando disminuir las tasas de morbimortalidad por desnutrición y enfermedades relacionadas. Son centros de atención para niños y niñas con desnutrición moderada y grave que persiguen recuperar el estado nutricional de manera integral y evitar las recaídas a través de la capacitación y educación nutricional de madres y/o comunidades. De tal forma, este programa tiene como objetivos específicos, identificar y tratar niños y niñas con desnutrición moderada y grave, lograr la recuperación integral de los niños y niñas asistidos, satisfacer las necesidades de la población beneficiaria, evitar las recaídas, reducir los costos de la atención pediátrica general, al disminuir la estancia hospitalaria, movilizar las comunidades con el fin de implementar estrategias de prevención de la desnutrición. INN (2012).

Los SERN brindan atención con institucionalización permanente; son servicios de educación y recuperación nutricional con internado donde los niños y niñas permanecen en estas instituciones especializadas y la rehabilitación está a cargo de profesionales de la salud. Prestan además una atención ambulatoria supervisada tipo con seminternado que ofrecen una atención diurna, a niños y niñas que acuden por la mañana y regresan a casa por la tarde 5 días a la semana hasta alcanzar su rehabilitación, al igual dirigen atención ambulatoria no supervisada a través de consulta externa en los que se presta asistencia médico nutricional de manera ambulatoria.

3.1.7 Programa Nutripuntos.

Son una estrategia del INN que consiste en la asistencia directa a la comunidad en lo que a temas de nutrición y salud respecta. En ellos un grupo de nutricionistas realiza de manera gratuita diagnósticos nutricionales (toma de peso y talla), cálculos de índice de Masa Corporal y despistaje de malnutrición tanto por déficit como por exceso en niños, niñas, adolescentes y adultos, además de recomendaciones nutricionales y entrega de material educativo a los asistentes.

La evaluación nutricional, consiste en un despistaje antropométrico, es decir, relación talla/ peso lo cual ubica a la persona en una clasificación, ya sean un estado normal de nutrición o, por el contrario, en malnutrición, ya sea por déficit o por exceso.

Pero no todo queda allí. Una vez que el paciente recibe la evaluación nutricional totalmente gratuita, el equipo médico ofrece orientaciones individualizadas que consiste en recomendaciones para mejorar la alimentación, aprovechar la mayor cantidad de nutrientes de los alimentos y por ende mejorar la calidad de vida. INN (2012).

3.1.8 Programa Centros Dietéticos Socialistas. (CEDIS)

Los Centros Dietéticos Socialistas (Cedis), antiguos Comedores Populares, son una iniciativa del INN para brindar atención nutricional integral con dietas personalizadas y medición antropométrica para pacientes con un vulnerable estado de salud. En los Cedis, pues, no sólo se ofrece comida a las personas que la requieran sino que también cada beneficiario contará con los servicios de los consejos comunales, las juntas parroquiales y las misiones, a fin de obtener una atención integral. El Comedor de Crucecita, que con más de 40 años de tradición de servicio es reconocido como uno de los estandartes del INN, fue reinaugurado como Cedis el 6 de noviembre del 2008. INN (2012).

3.1.9 Plan de Lactancia Materna

El Plan Nacional de Lactancia Materna 2011, que por años, ha elaborado y realizado el INN, tiene como objetivo primordial fomentar y fortalecer la práctica de la lactancia materna, como primer acto de soberanía alimentaria, en aras de la consolidación de una nueva cultura nutricional, según reza el proyecto elaborado por la Institución.

Asimismo, el Plan contempla diversas estrategias para su ejecución, tales como acciones legislativas, intervención del Poder Popular, masificación del mensaje, cooperación interinstitucional y alimentación complementaria.

3.1.10 Otras acciones del INN

A la par de los programas antes indicados, el INN cuenta con otras iniciativas orientadas a mejorar la situación nutricional de la población venezolana, en especial de los grupos infantiles. Se destaca al respecto la certificación para los servicios de alimentación de preescolares y afines; la formulación y planificación de menús –con la cual se asesoran, planifican y ajustan los menús a los requerimientos nutricionales de cada grupo, respetando su cultura y hábitos alimenticios–; los Centros Comunitarios de Enseñanza Nutricional y Alimentaria (Ccena); la evaluación de programas y proyectos alimentarios-nutricionales a nivel comunitario; y la asesoría en materia de alimentación y nutrición dirigida a medios de comunicación masivos, institucionales, comunidades organizadas, entre otros.

Actualmente dicho instituto, estableció un convenio con el Ministerio del Poder Popular para la Educación con la colección “Nutriendo Conciencias en las Escuelas para el Buen Vivir”, está conformada por 7 libros que contienen temas ligados a la alimentación y nutrición, enmarcados en la soberanía y seguridad alimentaria, dirigido a las y los docentes de educación inicial y primaria, con el

objetivo de servirles de guía para incluir esos temas nutricionales en las escuelas, logrando que los niños y niñas conozcan cómo debe ser una alimentación adecuada que los ayude a crecer sanos y fuertes, dicha colección contiene los siguientes ejemplares: Trompo de los alimentos, manipulación higiénica de los alimentos, lactancia materna, alimentación del nivel de educación inicial, alimentación del nivel de educación primaria, publicidad y alimentación y marco legal en la alimentación.

3.2 Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo CANIA:

3.2.1 Descripción general de la institución

Dentro de las organizaciones no gubernamentales se encuentra el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA), ubicada en la ciudad de Caracas Distrito Capital. Es una institución sin fines de lucro, fundada en 1995, financiada por Empresas Polar C.A. En la actualidad su estructura organizativa está conformada por: Junta Directiva, Consejo Asesor, Gerencia General, Asistente Administrativo, Coordinación Información en Salud, Proceso Gestión de Gente, Coordinación de Comunicaciones, Coordinación Servicios de Alimentación, Gerencia de Salud, Gerencia Psicosocial, Gerencia Desarrollo Comunitario, Gerencia de Investigación y Gestión del Conocimiento, Gerencia de Administración y Servicios Compartidos (CANIA 2010).

El Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo, CANIA, es una institución, dedicada a la atención integral de la malnutrición en la población pediátrica y mujeres embarazadas de la parroquia Antímamo como instrumento para el desarrollo social sostenible, la producción de conocimiento y la formación de recursos humanos en el área. En tal sentido, el fin de esta institución es contribuir a mejorar la calidad de vida de la población de Antímamo a través de la atención integral de la malnutrición y lograr y mantener la recuperación nutricional integral en niños y adolescente con ese problema.

La Misión de esta organización se orienta a fortalecer el capital humano y social a través de la prevención y atención integral de la condición nutricional infantil

y familiar, la producción de conocimientos y la capacitación en salud nutricional y áreas relacionadas para lograr cambios positivos sostenibles en la comunidad en general.

Mientras que la Visión apunta a Consolidarse como institución que a través de un programa de Nutrición Comunitaria lidere el desarrollo social de la parroquia Antímamo, al mismo tiempo que se constituya en:

- Centro de referencia nacional para la atención de la patología nutricional asociada a enfermedades crónicas.
- Centro de capacitación y educación continua en nutrición
- Centro de investigación en Nutrición clínica y Nutrición comunitaria.
- Centro centinela para el estudio de los factores condicionantes y determinantes de la problemática nutricional en la Parroquia

3.2.2 Situaciones nutricionales infantiles atendidas

Según el Manual de Organización del CANIA (2008) y del portal de la misma institución.

CANIA es una institución dedicada a la atención integral de la malnutrición en la población pediátrica y mujeres embarazadas de la parroquia Antímamo que presenten malnutrición por déficit o por exceso con el objeto de lograr su recuperación, ejerciendo un adecuado control y seguimiento de los pacientes egresados

Básicamente las situaciones nutricionales atendidas por esta institución, son las siguientes: malnutrición primaria por déficit, malnutrición por exceso, malnutrición secundaria, problemas nutricionales en mujeres embarazadas y niños prematuro y peso bajo para edad gestacional.

a) **Malnutrición primaria por déficit**, de niños menores de 18 años con diagnóstico de desnutrición leve, moderada, grave, talla baja y anemias. Se brinda atención a través de consultas interdisciplinarias que incluyen un componente curativo y otro educativo. El objetivo de estos componentes es estimular la modificación de creencias, actitudes y comportamientos mediante la transmisión de conocimientos básicos sobre alimentación y nutrición

b) **Malnutrición primaria por exceso** a niños que presentan sobrepeso u obesidad con o sin complicaciones. Se atienden de manera integral, en consulta ambulatoria,

c) **Malnutrición secundaria** se origina en pacientes que presentan patologías crónicas con repercusión en el estado nutricional. La cronicidad es un estado de indisposición, producida por enfermedades o discapacidades que afectan muchos aspectos de la vida del individuo y que requiere intervención médica, dietética y psicosocial por un tiempo largo (CANIA, 2008). Son niños con cardiopatías, nefropatías y enfermedad neurológica, los cuales son atendidos siguiendo protocolos y procedimientos de atención con criterios bien definidos elaborados específicamente para cada patología con sus respectivos formatos de evaluación.

Los niños con patologías crónicas diagnosticadas que presenten malnutrición en déficit o exceso, o eutróficos¹⁰, son atendidos dentro de esta estrategia hasta la edad de 18 años. Para considerarlos como pacientes crónicos, deben haber sido estudiados y diagnosticados por centros de salud externos a CANIA o por esta institución. Se tiene el caso de los niños con patologías neoplásicas son referidos de la Fundación Amigos del Niño con Cáncer.

¹⁰Terminología médica que proviene del griego, “Eu” significa normal y “trófico” alimentación. En este caso, eutrófico es un niño cuyo peso presenta un 90% a 100% de adecuación para su edad. Niños con peso y talla adecuados para su edad (Belaustegui, Cáceres Casse y Mendieta, 2007)

d) En *problemas nutricionales en mujeres embarazadas*, el estado nutricional materno puede tener un efecto profundo sobre el producto de la gestación y el desarrollo infantil. Se consideran los múltiples factores de riesgo que interfieren con el crecimiento fetal intrauterino. Entre ellos se destaca, el estado nutricional de la misma de la madre, sobre todo porque la desnutrición materna, tanto pre como gestacional, tiene consecuencias graves para el neonato dadas por la elevada incidencia de peso bajo al nacer, incremento de la tasa de mortalidad neonatal, retardo o detención del crecimiento y riesgo de déficit psicomotor posterior.

La atención de mujeres embarazadas se realiza mediante la consulta de nutrición orientada a prevenir el peso bajo de los niños al nacer. Se ejecuta un tamizaje del estado nutricional de todas las embarazadas que consultan y quedan en control las madres adolescentes, que representan el 30% de las gestantes atendidas, y las adultas que tengan alguna problemática nutricional

c) *Niños prematuros y de bajo para la edad gestacional*. La prevalencia del peso bajo al nacer (PBN) en la población pediátrica atendida en el CANIA ha sido significativa desde el año 1998. Esta situación unido al conocimiento de los déficits nutricionales en este grupo de población y la repercusión de estos factores en el crecimiento y desarrollo de los niños, hicieron ineludible en función de la misión del Centro, diseñar alguna estrategia que permitiera atender a este grupo poblacional. En tal sentido, CANIA tiene entre sus propósitos recuperar y mantener la condición nutricional de manera integral en los niños prematuros y de peso bajo al nacer que asisten a la institución.

Se atiende en consulta ambulatoria a recién nacidos prematuros y de bajo peso para edad gestacional, con el objetivo de identificar e intervenir precozmente la problemática nutricional, de crecimiento y desarrollo que presentan estos niños y prevenir así las secuelas derivadas de sus condiciones.

3.2.3 Programas de atención nutricional de CANIA

La información aquí referida fue extraída del Manual de Organización del CANIA (2008) y del portal de la institución.

I.- Programa de Atención a la Malnutrición

Este programa es de corte curativo. Un equipo interdisciplinario atiende a los niños, niñas, adolescentes y mujeres embarazadas que consultan por presentar algún trastorno relacionado con la nutrición. Este es un programa cuyos antecedentes se remontan al año 1995 y al cual se le han hecho varias modificaciones a través del tiempo en función de las evaluaciones realizadas, que han determinado que la gran demanda de atención de la población usuaria relacionado con múltiples problemas no enmarcados en la misión del Centro, requería un abordaje más integral del problema. Sobre la marcha el conocimiento de la importancia de prevenir los efectos de la mala nutrición en la población infantil, unido a la necesidad de mantener la recuperación nutricional de los pacientes atendidos en el Centro a través del tiempo, enfatizan la necesidad de logros en cambios de hábitos y conductas relacionadas con la alimentación y salud en general y del establecimiento de alianzas con instituciones de apoyo a la labor del CANIA.

Todo ello, unido al incremento creciente de la demanda real y la sistematización y consolidación de la estrategia educativa, genera la necesidad de involucrar de manera efectiva a la comunidad, en un primer paso considerando el problema a través de las instituciones educativas y de salud de la parroquia, lo cual inicia la generación de diversos niveles de atención en forma grupal por el equipo interdisciplinario, tanto dentro de la institución como acompañado al personal de los ambulatorios de la parroquia.

En el año 2002 se redefine por segunda vez el esquema de atención psicológica en el Centro, teniendo como objetivo promover el cambio el crecimiento personal a través del desarrollo de las capacidades y actitudes necesarias para logara

una mejor calidad de vida y promover la toma de conciencia sobre la responsabilidad personal y familiar de los asistentes en la solución de la problemática nutricional del niño a través del cual se favorece aún más en forma grupal el cambio de actitudes, fortalecimiento de la autoestima, toma de decisiones y manejo de conflictos familiares; al mismo tiempo se continúa el fortalecimiento de estrategias de intervención enfocadas a la prevención, todo lo cual consolida la concepción y sistematización actual del programa atención a la mal nutrición.

CANIA tiene dos programas dirigidos a la malnutrición en niños y adolescentes cuyos propósitos y objetivos son los mismos, pero particularizado al problema, ya sea por déficit o por exceso. Estos programas son:

1.1.-Atención a la malnutrición primaria por déficit

1.2.- Atención de la malnutrición primaria por exceso

El propósito de estos programas según sea el caso, es el siguiente: Recuperar y mantener la condición nutricional de manera integral, de los niños y adolescentes con malnutrición (por déficit primario o por exceso) que asisten al CANIA y sus objetivos son;

1. Identificar e intervenir la condición nutricional de manera integral en niños y adolescentes con malnutrición por (déficit primario o exceso primario) que asisten al CANIA.
2. Analizar los factores condicionantes y determinantes de la problemática nutricional de los niños atendidos.
3. Sensibilizar, entrenar y movilizar a los padres representantes y cuidadores de los niños atendidos para que logren cambios dietéticos, sociales, psicológicos y en el área de la salud, requeridos para la recuperación nutricional del paciente y su mantenimiento en el tiempo.

1.3.- Atención de malnutrición secundaria a patología orgánica.

Es bien conocida la importancia que tiene la nutrición en los pacientes que presentan patologías crónicas con repercusión en el estado nutricional. El aumento paulatino de la atención de los niños con estos diagnósticos en los centros de salud de este país, la inminente referencia de estos pacientes desde los centros hospitalarios desde 1995, como la experiencia por parte del personal del CANIA en la atención de estos niños, la calidad y cantidad de los recursos del Centro y la necesidad de que estos pacientes deban ser atendidos, motivó la creación de esta consulta para la atención de los niños y adolescentes con malnutrición secundaria.

Los niños con patologías crónicas diagnosticadas que presenten malnutrición en déficit o exceso, o eutróficos, son atendidos dentro de esta estrategia hasta la edad de 18 años.

Los objetivos de este programa son los siguientes:

1. Identificar la condición de nutricional del niño, niña o adolescente con malnutrición secundaria.
2. Dictar pautas del manejo nutricional requerido para el niño en atención, según la patología de base, a fin de garantizar su crecimiento y desarrollo adecuado.
3. Sensibilizar, informar y entrenar a padres, representantes y cuidadores de niños atendidos en consulta, para lograr los cambios requeridos en función de mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Con este programa se espera, mejorar la condición nutricional del niño, niña o adolescente con malnutrición secundaria como apoyo al tratamiento aplicado según la patología de base, a fin de garantizar su crecimiento y desarrollo adecuado. De esta forma se procura optimizar el proceso de recuperación nutricional del desnutrido y el mantenimiento de la condición nutricional del eutrófico, a través de la formulación e implementación del plan nutricional o del soporte nutricional individual de los pacientes ambulatorios y de los hospitalizados en centros de salud cercanos a CANIA y entrenar a la madre o cuidador en dietas especiales, o en técnicas de alimentación

específica, así como ofrecerle el apoyo y la orientación necesaria para potenciar sus fortalezas personales y familiares a fin de maximizar calidad de vida para él y su familia.

1.4.- Atención nutricional a embarazadas.

El estado nutricional de la mujer embarazada es uno de los factores de riesgos que puede tener efectos perjudiciales en el producto de la gestación y el desarrollo infantil. Dicho interés radica en el hecho de que la desnutrición materna, tanto pre como gestacional, tiene consecuencias graves para el neonato dadas por la elevada incidencia de peso bajo al nacer, incremento de la tasa de mortalidad neonatal, retardo o detención del crecimiento y riesgo de déficit psicomotor posterior.

Esto unido a la alta prevalencia de embarazo en adolescentes y la importancia de sus consecuencias para el producto de la gestación a corto, mediano y largo plazo, determinó la necesidad de crear una consulta de atención nutricional a mujeres embarazadas con la finalidad de evaluar el estado nutricional al inicio del embarazo para determinar las condiciones en las cuales la gestante enfrenta las exigencias fisiológicas del embarazo y evaluar el riesgo inicial de peso bajo al nacer, retardo del crecimiento intrauterino y recién nacido pequeño para edad gestacional al mismo tiempo que se atiende el problema nutricional que ellas pudieran presentar.

El propósito fundamental en la atención al grupo de gestantes adolescentes y adultas que asistan a CANIA, es evitar la morbi-mortalidad perinatal y el impacto negativo de las alteraciones del estado nutricional sobre el producto de la gestación y el desarrollo infantil, así como identificar e intervenir la problemática nutricional y de crecimiento y desarrollo presente en las gestantes atendidas

A la consulta ingresan todas las adolescentes (\leq de 19 años) independiente de su condición nutricional y edad gestacional, y las adultas con malnutrición en déficit o en exceso independiente de la edad gestacional.

Los objetivos del programa son los siguientes;

1. Identificar e intervenir la problemática nutricional y de crecimiento y desarrollo presente en las gestantes atendidas.
2. Identificar los factores condicionantes y determinantes de la problemática nutricional.
3. Sensibilizar, movilizar y entrenar a las embarazadas para llevar a cabo adecuadamente el proceso de lactancia materna.

1.5.- Atención nutricional a prematuros y peso bajo al nacer

Dada la prevalencia de peso bajo al nacer en la población pediátrica atendida unido y una frecuencia creciente de prematuridad en los niños referidos al Centro unido al conocimiento de los déficits nutricionales en este grupo de población y la repercusión de estos factores en el crecimiento y desarrollo de los niños, hicieron ineludible en función de la misión del Centro, diseñar alguna estrategia que permitiera atender a este grupo poblacional. De esta forma se diseñó un programa cuyo propósito es recuperar y mantener la condición nutricional de manera integral en los niños prematuros y de peso bajo al nacer que asisten al CANIA.

Los objetivos del programa son los siguientes:

1. Identificar e intervenir la problemática nutricional, de crecimiento y desarrollo presente en los niños prematuros y/o peso bajo al nacer atendidos en CANIA.
2. Estudiar la dinámica del crecimiento y desarrollo en prematuros y peso bajo al nacer durante su seguimiento en el corto plazo (periodo neonatal) y en el largo plazo (periodo post egreso) o pre egreso. Inicialmente hasta los 5 años de vida en un grupo de control.
3. Analizar los factores condicionantes y determinantes de la problemática nutricional y de crecimiento y desarrollo de los niños atendidos.
4. Informar y sensibilizar a los padres, representantes o cuidadores de los niños prematuros para ejecutar las acciones requeridas en el área psicosocial y su mantenimiento en el tiempo.

II.- Programa de nutrición comunitaria

Además de los programas de corte asistencial que contempla el Programa de Atención a la Malnutrición; CANIA cuenta con el Programa de Nutrición Comunitaria que se desarrolla con la comunidad de la parroquia Antímano, en la ciudad de Caracas, el cual tiene la característica de estar focalizado en una zona urbana con toda la compleja dinámica social propia de las zonas populares de las grandes ciudades. El abordaje a la comunidad Antímano se inicia desde el mismo momento en que CANIA comienza su fase pre operativa, en el año 1995, a través del personal de la Unidad de Acción Comunitaria, adscrita a la Coordinación Social con los objetivos específicos de realizar la sectorización de la parroquia, realizar un diagnóstico de la comunidad y captar niños con problemas de malnutrición para ser referidos al Centro.

La finalidad de este programa es contribuir a mejorar la calidad de vida de la población de Antímano, a través de la atención integral de la malnutrición infantil. Este programa es de corte preventivo. Con diferentes actores de la comunidad de Antímano se trabaja en la planificación y ejecución de acciones orientadas a prevenir la malnutrición infantil y a promocionar un buen estado de salud a través de diversas estrategias. La intervención de CANIA, junto con la participación activa de la comunidad, se basa en el conocimiento de los factores que condicionan la problemática nutricional en la parroquia con la bajo la actuación de los siguientes componentes como son:

Niños de la comunidad de Antímano, con riesgos de malnutrición identificados y referidos para atención oportuna.

Para determinar el riesgo de malnutrición existente en las zonas a intervenir con el programa de Nutrición Comunitaria, se realiza un tamizaje nutricional a los niños de la comunidad menores de 15 años. Se utiliza para ello una medida antropométrica básica, la Circunferencia Medida del Brazo (CMB), considerada efectiva y de fácil utilización en la comunidad, por personal no especializado. El

resultado obtenido en la evaluación de cada niño se compara con los valores de referencia para determinar la condición nutricional.

Todo esto con el fin de incentivar la prevención de la malnutrición en los escolares, ya que se intenta identificar los niños de la comunidad de Antímano con riesgo de malnutrición para referirlos para atención oportuna.

3.2.4 Promoción de la organización y participación vecinal

Se promueve la organización y participación vecinal como estrategia válida para la solución de la problemática comunitaria identificada por los vecinos. Es una herramienta fundamental para la solución de problemas comunitarios, entendida como construcción cotidiana para producir cambios sociales profundos y permanentes, y a su vez, un proceso previo a la captación y formación de Promotores Comunitarios de Salud en las zonas a intervenir con el programa de Nutrición Comunitaria.

3.2.5 Formación de Promotores Comunitarios de Salud

En la comunidad se captan líderes y se capacitan con el fin de fortalecer la participación de los vecinos y lograr su incorporación activa a la vigilancia y promoción de la salud nutricional de los niños de la zona. Se espera que los vecinos organizados participen activamente en acciones orientadas a mejorar las prácticas de salud y alimentación de niños, niñas y mujeres embarazadas.

A los vecinos se les brinda curso en materia de nutrición orientados a:

- Fortalecer las habilidades de los participantes, para la toma de decisiones y resolución de problemas, tanto en la familia como en la comunidad.
- Brindarles herramientas que les permita organizarse y participar activamente en su comunidad en acciones preventivas en materia de salud y nutrición.
- Brindarles conocimiento en aspectos relacionados con:
 - Alimentación del niño.
 - Higiene y manipulación de los alimentos.
 - Salud sexual y reproductiva.

- Herramientas de trabajo comunitario.
- Desarrollar un proyecto comunitario.

Con ambos componentes se espera que los vecinos de la parroquia Antímáno estén informados, sensibilizados, capacitados, organizados y participando en acciones vinculadas a la superación de la problemática nutricional.

3.2.6 Vigilancia del estado nutricional de los escolares y educación nutricional en escuelas

Este componente tiene por fin sensibilizar e informar a las comunidades educativas de la parroquia sobre el tema e incentivar la prevención de la malnutrición en los escolares. La intervención se dirige a los tres actores principales de la comunidad educativa:

- Personal docente, por ser importantes agentes multiplicadores, ya que pueden influir de forma directa en la transmisión de conocimientos y el cambio de conductas de sus alumnos.
- Niños, como receptores directos de susceptibles al cambio, no solo de forma individual, sino por su capacidad para transmitir a los demás miembros del grupo familiar la información recibida.
- Padres y representantes, por ser modelos significativos a imitar y encargados de velar por la salud del niño.

Las actividades contempladas pretenden sensibilizar y ofrecer orientaciones integrando estos tres actores para que de forma sinérgica se puedan modificar prácticas alimentarias que contribuyan a la salud nutricional del niño y por ende a una mayor calidad de vida de la comunidad.

3.2.7 Vigilancia de la salud nutricional de la población infantil en multihogares y preescolares asistenciales

Además de la vigilancia de la salud nutricional, se realiza asesoramiento al personal de esas instituciones en la ejecución de los programas alimentarios. Las actividades previstas en este componente van dirigidas al personal (madres cuidadoras y docentes) de las instituciones existentes en la comunidad encargadas de la atención de niños en su primera infancia (menores de 6 años) tales como multihogares y preescolares. Para que detecten la malnutrición en los niños, niñas que atienden y emprender acciones correctivas.

Cada año operativo se hace un censo de los multihogares y preescolares asistenciales ubicados en las zonas que están interviniendo, a fin de seleccionar aquellos en los que se desarrollarán las actividades planificadas dentro del componente. El total de preescolares a seleccionar dependerá del número existente estableciéndose como mínimo tres instituciones.

Se incluyen en el componente talleres de capacitación en mediciones antropométricas dirigidos al personal de las instituciones. Es de carácter obligatorio que el personal de los preescolares asista al taller antes de realizar la evaluación antropométrica pues se pretende que estos asuman de manera regular esta tarea.

3.2.8 Orientación a embarazadas y lactantes

Este componente se incluye, en concordancia con la Estrategia Mundial de la OMS/UNICEF sobre la alimentación del niño pequeño y el lactante, presentada en mayo de 2002 en la 55° Asamblea Mundial de la Salud que proporciona el plan de acción integral a los Estados miembros incluyendo temas como la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida; lactancia materna continua hasta el segundo cumpleaños y más allá; la introducción de los alimentos complementarios iniciales a los 6 meses de edad; la alimentación en circunstancias excepcionales difíciles; los alimentos de bajo costo localmente procesados; alimentos

complementarios fortificados y otros relacionados con el empleo y el apoyo a la maternidad y a la lactancia materna dirigida a los gobiernos y la sociedad civil incluidas las ONG's, los grupos de apoyo comunitario, las empresas comerciales las organizaciones internacionales y otros organismos de profesionales de la salud.

El propósito de este componente es promover mejores prácticas de alimentación durante el embarazo, durante la lactancia y en niños menores de un año, con el fin de lograr mujeres embarazadas y en período de lactancia, informadas y sensibilizadas acerca de las prácticas adecuadas de alimentación durante el embarazo y del niño menor de dos años.

Esta actividad pretende mejorar los conocimientos de embarazadas y madres sobre lactancia materna y hábitos saludables que permitan un mejor estado de salud del binomio, madre – hijo; se realiza en la sala de espera de la consulta prenatal y post natal de 4 de los 7 centros de salud ubicados en la parroquia (5 ambulatorios y 2 núcleos de atención primaria)

CAPÍTULO IV
INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE LOS/LAS
TRABAJADORES/AS SOCIALES EN LA ATENCIÓN
NUTRICIONAL INFANTIL EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
NUTRICIÓN (INN) SEDE CARACAS Y UNIDAD REGIONAL
SUCRE Y EL CENTRO DE ATENCIÓN NUTRICIONAL
INFANTIL ANTÍMANO (CANIA)

Este espacio constituye el capítulo donde se refleja los resultados de la investigación con respecto a la intervención de los profesionales de Trabajo Social que laboran en el INN (sede Caracas y Cumaná-Sucre). Cabe recordar, que la población definida para hacer este estudio estuvo originalmente conformada por dieciocho (18) Trabajadores/as Sociales, pero finalmente, por razones diversas quedó integrada por once (11) personas.

Es importante mencionar que la y el investigador acudieron a la ciudad de Caracas en diferentes oportunidades para ser aceptados como investigadores y establecer relaciones netamente académicas, lo cual resultó provechoso con respecto a los sujetos que decidieron participar en el estudio. Situación contraria ocurrió con los cuatro (4) Técnicos Superiores Universitarios en Trabajo Social adscritos a la División de la Oficina de Atención al Ciudadano del INN sede Central, quienes no tuvieron disposición de participar en el estudio suministrando la información requerida, a pesar de que se crearon mecanismos para el envío de cuestionarios y mediante entrevista, comunicación vía telefónica y virtual, estos se resistieron a brindar información.

En el caso de CANIA, se presentó la situación de las tres (3) Trabajadoras Sociales que pertenecen a la Coordinación de Educación del CANIA se encontraban temporalmente fuera de servicio.

Ahora bien, la falta de participación de esas siete (7) persona se constituyó en una limitación del presente estudio, ya que en ambos casos, los profesionales trabajan en los programas relativos a la educación nutricional y a la nutrición comunitaria, un ámbito muy importante de intervención del Trabajo Social. Al respecto, no se pudo precisar mucha información. Salvo por algunas referencias, emitidas por los/as Trabajadores/as Sociales que participaron en el estudio.

En el caso del INN la División de la Oficina de Atención al Ciudadano suministra información vinculada con el consumo de alimentos sanos. Brinda una atención directa al ciudadano a través de programas como Nutripuntos para dar orientación nutricional gratuita a las comunidades e instituciones gubernamentales y asesoramiento para que las personas mejoren su dieta diaria y su estilo de vida, con el fin de generar bienestar social a toda la población. Asimismo, se busca garantizar la seguridad alimentaria, a través de la promoción de alimentos sanos, seguros, sabrosos y soberanos. También la División atiende a personas que presenten alguna enfermedad crónica no transmisible como diabetes, hipertensión arterial, sobrepeso, entre otras, las cuales son referidas al Centro de Especialidades Nutricionales “Hipólita Bolívar” (Prensa INN, 2012)

CANIA, por su parte, enfatiza que la educación como proceso generador de cambios en el individuo juega un papel fundamental en el modelo de atención de esa institución. En las pautas de atención de cada área, requeridas para la recuperación nutricional del niño, el modelo de intervención tiene un alto componente socioeducativo y psicológico. Dicho componente incluye estrategias educativas y de capacitación, modificación de actitudes y conductas, orientación y apoyo a la madre y al grupo familiar, con la finalidad de estimular su participación activa en la búsqueda de soluciones que permitan su recuperación social, como vía para garantizarla recuperación nutricional permanente de los niños. El objetivo de la intervención es estimular modificaciones de actitudes y comportamientos, mediante la transmisión de conocimientos básicos relacionados con la alimentación y la nutrición, con especial énfasis sobre aquellos problemas más frecuentes en el manejo del niño.

En este modelo de educación, participan varias disciplinas en el desarrollo de las estrategias educativas, ya que se percibe la educación como un instrumento adecuado para mejorar la calidad de vida de la población. Entre esos profesionales se encuentran los Trabajadores Sociales; quienes en la oportunidad de este estudio no pudieron brindar la información necesaria sobre su experiencia en ese campo de intervención.

Ahora bien, los once (11) Trabajadores Sociales que participaron en el estudio, manifestaron gran interés en el suministro de los datos, a tal efecto de distribuirse por coordinación los cuestionarios entre sus compañeros para ser entregados a los investigadores. Siendo de importancia el apoyo y cooperación que se obtuvo de los/as (6) Trabajadores/as Sociales de la dependencia del Centro de Especialidades Nutricionales “Hipólita Bolívar”, quienes demostraron una comunicación asertiva y ética. Al igual brindó mucho aporte a este estudio la participación de la única profesional en Trabajo Social con que cuenta la Unidad Regional Sucre del INN asignada a la Coordinación de Educación y los/as (4) Trabajadores/as Sociales del CANIA con dependencia en la Gerencia Psicosocial.

Todos estos profesionales fueron las fuentes de información para llegar al análisis de su intervención profesional en la atención nutricional infantil durante el año 2012, cuyos aportes se recopilaron mediante la aplicación de un instrumento auto administrado y de entrevistas informales, encaminando esta investigación a un estudio descriptivo de carácter cuantitativo y cualitativo, procediendo a la codificación y tabulación de los datos recabados para su respectivo análisis, permitiendo así la presentación de los siguientes resultados:

4.1 Identificación Socio - demográfica y laboral de los/as Trabajadores/as Sociales

Es elemental presentar los aspectos socio demográficos y laborales de los/as trabajadores/as sociales para efecto de su estudio, porque nos permitirá conocer el perfil profesional en la acción de ocupar cargos en las instituciones de atención

nutricional infantil, mediante la identificación de sexo, nivel de escolaridad, jornada laboral, condición laboral y años de experiencias.

Mediante la Tabla N° 1 se observa la adscripción de once (11) Trabajadores/as Sociales en diferentes instituciones para el ejercicio de sus funciones, donde la mayor población, siete (7) está concentrada en el Instituto Nacional de Nutrición, específicamente, seis (6), en el Centro de Especialidades Nutricionales “Hipólita Bolívar” de la ciudad de Caracas y solo una Trabajadora Social en la Unidad Regional Sucre. En ambas instancia se brinda una atención directa e indirecta a la infancia. Le sigue en orden numérico, los 4 (cuatro) profesionales en Trabajo Social adscritos a la Gerencia Psicosocial de CANIA, instancia ésta que de igual modo, atiende directamente a niños y niñas con necesidades nutricionales.

Tabla N° 1 Número de Trabajadores/as Sociales adscritos al INN y CANIA

| INN | | CANIA | TOTAL |
|---|------------------------|----------------------|-------|
| Centro de Especialidades Nutricionales “Hipólita Bolívar” | Unidad Regional. Sucre | Gerencia Psicosocial | |
| 6 | 1 | 4 | 11 |

Fuente: cuestionario aplicado por los investigadores 2012

Estos resultados destacan el hecho, de que son dos instituciones con algo en común, como es brindar atención nutricional a la población infantil: El INN como institución gubernamental, se erige como el órgano del Estado que dirige y gestiona a través de sus dependencias, como el CEN “Hipólita Bolívar” y Unidad Regional Sucre, las políticas del Estado venezolano en materia de alimentación y nutrición. En tanto que CANIA, como asociación civil sin fines de lucro, auspiciada por la Fundación Polar (Empresa Polar) manifiesta el compromiso social empresarial en torno a los problemas nutricionales de la población infantil. Ambas instituciones, con su accionar dirigido a la alimentación y nutrición, enmarcan la intervención

profesional de los/las Trabajadores/as Social en el campo de la salud, uno de los más tradicionales y el que concentra un importante número de profesionales.

En tal sentido, tanto el sector público como el sector privado, en materia de salud, se constituyen en un escenario propicio para la inserción laboral de los profesionales en Trabajo Social, quienes dentro del ámbito institucional se basan de acuerdo a las políticas sociales del Estado a desarrollar programas, en tal sentido la (CELATS, 1983:30):

Es necesario comprender que las instituciones no son obras al azar, sino que son parte conformante de una estructura social y por consiguiente, son mecanismos a través de los cuales se llevan a efecto determinados tipos de programas que llegan al usuario.

Es decir, que los profesionales de Trabajo Social que se encuentran adscritos al INN y CANIA no actúan improvisadamente, sino, se deben a brindar bienestar social, mediante los programas de atención nutricional infantil de esos organismos.

Tabla N° 2 Composición por sexo de los Trabajadores /as Sociales adscritos al INN y CANIA

| SEXO | INN | | CANIA | TOTAL |
|--------------|------------------------|------------------------|----------------------|-------|
| | CEN "HIPOLITA BOLÍVAR" | UNIDAD REGIONAL. SUCRE | GERENCIA PSICOSOCIAL | |
| FEMENINO | 5 | 1 | 2 | 8 |
| MASCULINO | 1 | - | 2 | 3 |
| TOTAL | 6 | 1 | 4 | 11 |

Fuente: cuestionario aplicado por los investigadores 2012.

Según se observa en la Tabla N° 2, la mayor concentración de profesionales en Trabajo Social son del género femenino, (8) en total, de las cuales seis (6) son mayoría abrumadora en el INN en contraposición de un sólo Trabajador Social de

sexo masculino en esa institución. En CANIA, por el contrario, los cuatro (4) profesionales se dividen equitativamente en materia de sexo.

En este sentido, se indica que los seres humanos tienen participación en todas las disciplinas científicas, independiente de su sexo, sin embargo, estos resultados corroboran el hecho de que aún predomina el interés del sexo femenino en la formación y desempeño por la disciplina en Trabajo Social, dejando claro que es muy débil el número de hombres en inspirarse en ser Trabajadores Sociales. Porque a nivel socio histórico, *“cabe recordar que las primeras directoras de las Escuelas de Trabajo Social fueron Belgas Francesas (Ande Egg 1983:137)*. Desde la fundación del Trabajo Social en Venezuela hasta diciembre de 1981, habían egresado de Escuelas de Trabajo Social 919 estudiantes de los cuales 795 correspondían al sexo femenino, ósea el 86,50% de los graduados (Márquez, 1988) Si comparamos estos datos con los resultados arrojados en la Tabla N° 2, y a pesar de que hoy día hay más hombres Trabajadores Sociales, esa tendencia hacia la feminización de la carrera, se mantiene.

Es elemental hacer saber que la profesión Trabajo Social no es una disciplina que se restringe a la formación única del sexo femenino. Es un sistema democrático que le da participación a los dos sexo, tanto para su formación académica como para el desempeño profesional, la plena libertad de trabajar en función de los derechos humanos y la justicia social, basados en un esquema de acción social que busca la relación de los usuarios y el entendimiento de su propia naturaleza, se debe proyectar más la profesión e ir acercando a los hombres a formar parte de un gremio que es capaz de crear valores para la vida y formar parte de la construcción de todos los programas sociales que se llevan a cabo en el INN y el CANIA, porque las problemáticas sociales que se presentan a nivel de la nutrición infantil, específicamente, no pueden ser abordadas solamente por mujeres, los hombres también pueden aportar, así como lo hacen esta minoría en las instituciones mencionadas, para que se construya otro ser humano consciente, hábil, creativo, intelectual, progresista con pensamientos humanistas y con grandeza afectiva.

En otro orden de idea, dentro de las variables sociodemográficas utilizada para caracterizar a los sujetos en estudio, es el nivel de escolaridad. Se detalla en la Tabla N° 3 que de los/as (11) Trabajadores/as Sociales del INN y CANIA, siete (7) son licenciados, lo que indica que existe un predominio de profesionales con un nivel educativo superior, además es evidente que este es el nivel de formación que tienen todos los profesionales que laboran en CANIA (cuatro), mientras que en INN, a pesar de tener más Trabajadores Sociales, solo tres (3) tienen ese nivel, ya que el resto son los cuatro (4) Técnicos Superiores Universitario (TSU). Esto hace presuponer que en CANIA hay mayor exigencia académica en el ingreso de su recurso humano.

Tabla N°3 Nivel de escolaridad de los Trabajadores/as Sociales adscritos al INN y CANIA

| NIVEL DE ESCOLARIDAD | INN | | | | CANIA | | TOTAL |
|--------------------------------|--------------------------|-----------------------|----------|--------------------------|--------------------------|----------|-----------|
| | CEN "HIPOLITA BOLÍVAR" | | | UNIDAD REGIONAL. SUCRE | GERENCIA PSICOSOCIAL | | |
| | Instituciones educativas | | | Instituciones educativas | Instituciones educativas | | |
| | UCV | COLEGIO UNIVERSITARIO | UBV | UDO | UCV | LUZ | |
| Técnico Superior Universitario | - | 3 | 1 | - | - | - | 4 |
| Licenciado(a) | 2 | | | 1 | 3 | 1 | 7 |
| TOTAL | 2 | 3 | 1 | 1 | 3 | 1 | 11 |

Fuente: cuestionario aplicado por los investigadores 2012

En cuanto a la institución educativa en que se formaron los/las Trabajadores/es Sociales, la Tabla Nro. 3, revela que los/las licenciados/as egresaron de las tres universidades autónomas (Universidad Central de Venezuela –UCV-, Universidad de Oriente – UDO -y Universidad del Zulia- LUZ -) que imparten esta especialidad. De los siete (7) profesionales, cinco (5) son de la UCV, lo cual se explica dado que esa universidad suplente las necesidades de profesionales de la región central del país. La egresada de la UDO está ubicada en la región oriental. Los TSU

que laboran en CEN (cuatro en total)“Hipólita Bolívar”, provienen, tres (3) del Colegio Universitario de Caracas, una de las pocas instituciones que imparte la formación a nivel técnico; ya que el otro trabajador ubicado en ese nivel, es egresado de la Universidad Bolivariana de Venezuela –UBV - y tiene el título de Gestor Social.

Es importante mencionar que, según el programa de formación en Gestión Social del Desarrollo Local de la UBV, el perfil de formación considera el manejo de las bases teórico-práctica sobre los procesos de desarrollo social, local y comunitario para la elaboración y gestión de estrategias para la articulación de comunidades en el nuevo proyecto de sociedad y para el impulso de procesos de desarrollo local sostenible. De esta forma se aprecia que esta formación solo abarca algunos aspectos de la carrera de Trabajo Social referidos al ámbito de intervención comunitario, pero deja de lado todo lo relativo a individuos y familia. A pesar de esta parcialidad en la formación del TSU, sesgada solo a los procesos y prácticas del desarrollo económico y social de los espacios comunitarios, éstos técnicos son asimilados en la Ley de Ejercicio del Trabajo Social (2008), que en el Art. 5 señala: *“Se requiere para el ejercicio del Trabajo Social (...) poseer algunos de los siguientes títulos: Profesionales universitarios en gestión social para el desarrollo local (...)”*.

A pesar de la legalidad que confiere la Ley para el desempeño de funciones del Trabajo Social a los TSU de la UBV, se considera que la intervención de los profesionales de esta disciplina en el ámbito de la alimentación y nutrición exige una formación que abarque todos los niveles de intervención del Trabajo Social, no uno solo, ya que en los problemas nutricionales que debe atender se conjugan múltiples situaciones de índole social, familiar, cultural muy complejas que deben ser atendidas de forma integral, mediante acciones preventivas y curativas; y para ello hay que tener dominio de todos los niveles de intervención, métodos y procedimientos técnicos de la profesión; sobre todo para desempeñarse en el CEN Hipólita Bolívar”, que es un centro de salud en el que se atienden en forma integral niños con desnutrición grave.

Por otra parte, la profesión de Trabajo Social exige hoy día que los egresados adquieran mayor dominio en determinadas áreas de conocimientos, de allí que el interés de los profesionales en perfeccionarse, se proyecte a través de los estudios de cuarto nivel, lo cual se dificulta con un título de TSU. Esto es lo que explica, los resultados de la investigación presentados en la Tabla Nro. 4.

Tabla N°4 Estudios de cuarto nivel de los Trabajadores/as Sociales adscritos al INN y CANIA

| ESTUDIOS DE CUARTO NIVEL | INN | | CANIA | TOTAL |
|--------------------------|------------------------|-----------------------|----------------------|----------|
| | CEN "HIPOLITA BOLÍVAR" | UNIDAD REGIONAL SUCRE | GERENCIA PSICOSOCIAL | |
| Diplomados | 1 | 1 | 1 | 3 |
| Especialidades | - | - | 2 | 2 |
| Maestrías | - | - | 1 | 1 |
| TOTAL | 1 | 1 | 4 | 6 |

Fuente: cuestionario aplicado por los investigadores 2012

Se distingue en la Tabla N° 4, que en la Gerencia Psicosocial del CANIA, la totalidad de los/as cuatro (4) Trabajadores/as Sociales han cursado estudios de cuarto nivel, quedando claro que dos (2) poseen especializaciones en Gerencia Pública, uno (1) con una Maestría en Terapia de Familia y uno (1) con Diplomado en Asesoría y Orientación Familiar. Por su parte, de los tres (3) Licenciados del INN solo dos poseen algún estudio de cuarto nivel: En elCEN "Hipólita Bolívar" tan un (1) profesional cuenta con un Diplomado en Gerencia Pública, y en la Unidad Regional Sucre la única Trabajadora Social tiene un Diplomado en Orientación Familiar. Ninguno de los TSU tiene alguna especialización.

Se tiene entonces, un total de seis (6) profesionales con preparación de postgrados, cuestión de gran importancia para el avance y consolidación de la profesión y para su intervención en el campo de la salud y uno de sus componentes: alimentación y nutrición.

Las Tablas N° 3y 4, demuestran que Trabajadores/as Sociales del INN y CANIA para el ejercicio de sus funciones deben tener un avance académico ya titulados, se especifica con exactitud que hay una gran exigencia en CANIA para formar parte de la institución con un nivel de licenciados, en comparación al INN que en su grupo de Trabajo Social hay mayor participación de técnicos que de licenciados.

Al examinar los niveles de estudios que enuncian las diferentes áreas para el profesional, se puede afirmar, que el egresado universitario de esta especialidad, dispone de una formación básica y científica para el inicio en el campo de la salud nutricional, que indudablemente requiere de ciertas condiciones personales que le permita profundizar sus estudios o conocimientos con especialidades, maestrías y diplomados para el perfeccionamiento en sus estrategias profesionales, lo importante es que cada dependencia del INN y CANIA estudiada cuenta con profesionales en Trabajo Social acordes para intervenir en los diferentes niveles de actuación de acuerdo a la complejidad del nivel educativo, es importante reconocer que “ *La educación continúa siendo un problema que plantea nuevos desafíos en un mundo que exige, ahora con mayor énfasis, mejores niveles de preparación y de calidad para hacer frente al fenómeno de la globalización y competitividad en todos los órdenes* ”.(Espinoza L, 1999: s/p), [Revista en Línea].

La situación laboral de cualquier trabajador está condicionada no único por el nivel de capacitación que tenga, lo cual determina su mayor competitividad para desempeñarse en el ámbito laboral, sino también por las condiciones en que trabaja, tanto en lo que respecta a la jornada como a la estabilidad laboral. Ambas variables las revelan las Tablas Nro. 5 y 6.

Tabla N° 5 Situación laboral de los/as Trabajadores/as Sociales adscritos al INN y CANIA

| JORNADA LABORAL | INN | | CANIA | TOTAL |
|-----------------|------------------------|------------------------|----------------------|-------|
| | CEN "HIPOLITA BOLÍVAR" | UNIDAD REGIONAL. SUCRE | GERENCIA PSICOSOCIAL | |
| Tiempo completo | - | 1 | 4 | 5 |
| medio tiempo | 6 | - | - | 6 |
| TOTAL | 6 | 1 | 4 | 11 |

Fuente: cuestionario aplicado por los investigadores 2012

Tabla N° 6 Condición laboral de los/as Trabajadores/as Sociales adscritos al INN y CANIA

| CONDICIÓN LABORAL | INN | | CANIA | TOTAL |
|-------------------|------------------------|------------------------|----------------------|-------|
| | CEN "HIPOLITA BOLÍVAR" | UNIDAD REGIONAL. SUCRE | GERENCIA PSICOSOCIAL | |
| FIJO | 5 | 1 | 4 | 10 |
| CONTRATADO | 1 | - | - | 1 |
| TOTAL | | | | |

Fuente: cuestionario aplicado por los investigadores 2012.

De acuerdo a la Tabla N° 5, la jornada laboral de las instituciones está dividida en tiempo completo y medio tiempo, en donde (6) de los/as Trabajadores/as Sociales perteneciente a la dependencia CEN "Hipólita Bolívar" del INN cumple una jornada laboral de medio tiempo a diferencia de los (4) Trabajadores Sociales del CANIA y de la Unidad Regional Sucre que laboran tiempo completo. Actualmente los horarios de trabajos han de variar dependiendo la demanda laboral, es oportuno hacer saber que para el rendimiento profesional de los/as Trabajadores/as Sociales que intervienen en problemas o necesidades humanas, en este caso, con los

relacionados a las necesidades nutricionales de los infantes, deben mantener una salubridad laboral y aparte de eso un equilibrio mental que le permita no agotar sus potenciales en tantas jornadas de trabajos que lo recarguen de estrés laboral. *“Cuando el trabajo genera bienestar, fomenta la creatividad y unidad y contribuye al crecimiento personal y colectivo, es la mejor fuente de salud y de vida; pero en algunas circunstancias es la causa de enfermedad y muerte”* (Manual de Enfermería, 2008: 455).

Como se puede observar en la Tabla N° 6, la mayoría de los/as Trabajadores Sociales entrevistados, diez (10), tienen estabilidad laboral, ya que ejercen cargos fijos en dichas instituciones, y un (1) Trabajador Social adscrito al CEN “Hipólita Bolívar” se encuentra en situación de contratado, por ser el que menos tiempo de experiencia tiene en la institución, aunque no se escapa de la situación económica que vive el país y sus políticas de empleos en las instituciones gubernamentales y no gubernamentales de establecer contratos a sus trabajadores.

Tabla N° 7 Tiempo de experiencia en los programas de atención nutricional infantil de los Trabajadores/as Sociales adscritos al INN y CANIA

| EXPERIENCIA | INN | | CANIA | TOTAL |
|-----------------|------------------------|------------------------|----------------------|-----------|
| | CEN "HIPOLITA BOLÍVAR" | UNIDAD REGIONAL. SUCRE | GERENCIA PSICOSOCIAL | |
| 6 meses a 1 año | 1 | - | - | 1 |
| 1 a 3 años | 2 | 1 | 3 | 6 |
| 3 a 6 años | - | - | - | - |
| 6 años y más | 3 | - | 1 | 4 |
| TOTAL | 6 | 1 | 4 | 11 |

Fuente: cuestionario aplicado por los investigadores 2012

Detallando la Tabla N° 7, se observó que en el tiempo de experiencia de los/as Trabajadores/as Sociales en los programas de atención nutricional infantil del INN y CANIA, predomina de 1 año a 3 años para seis (6) Trabajadores Sociales, a diferencia del mayor tiempo, de 6 años y más, solo cuatro (4) ocupan esta posición. Es decir, que estos Trabajadores Sociales en su ejercicio dentro del área nutricional han acumulado cierta experiencia en ese campo, que les puede permitir el desarrollo de competencias y habilidades para crear nuevas propuestas dentro de la atención nutricional infantil, en la creación de programas y proyectos sociales que respondan a los niños, niñas y sus familiares, escuelas y comunidades, tomando en cuenta que el Trabajo Social en lo que respecta al tiempo, acumula y mantiene una formación académica que estimula la maduración y profundización del conocimiento dentro del ejercicio profesión.

Tabla N° 8 Cargos que ocupan los Trabajadores/as Sociales adscritos al INN y CANIA

| EXPERIENCIA | INN | | CANIA | TOTAL |
|-------------------------|------------------------|------------------------|----------------------|-----------|
| | CEN "HIPOLITA BOLÍVAR" | UNIDAD REGIONAL. SUCRE | GERENCIA PSICOSOCIAL | |
| Gerente | | - | 1 | 1 |
| Director | | | | |
| Supervisor | 1 | - | - | 1 |
| Profesional en su campo | 5 | - | 3 | 8 |
| Coordinador | | 1 | | 1 |
| TOTAL | 6 | 1 | 4 | 11 |

Fuente: cuestionario aplicado por los investigadores 2012

Se refleja en la Tabla N° 8, que del total de Trabajadores/as Sociales entrevistados/as, nueve (8) ejecutan sus actividades dentro de su campo profesional, cuatro (5) pertenecen al INN y el resto a CANIA. Solo se destacan tres cargos de mayor jerarquía, uno en el CANIA con el cargo de gerente en la Gerencia Psicosocial, quien vela por la disciplina de los profesionales en Trabajo Social en el cumplimiento de sus funciones e investigaciones científicas, otro en el CEN "Hipólita Bolívar" con el cargo de Supervisor y uno en la Unidad Regional Sucre con el cargo de Coordinadora. Cabe indicar, que el caso de la Trabajadora Social que ocupa este cargo (Coordinadora de Educación) en dicha Unidad, ese nombramiento es solo nominal, ya que desde el punto de vista administrativo ella tiene el cargo de secretaria más no de profesional en Trabajo Social y menos aún, de coordinadora, lo peor del caso, es que está de Coordinadora desde hace cinco años recibiendo una remuneración del cargo de menor categoría con la que aparece en nómina.

En relación a lo anterior, es conveniente decir que prevalece la percepción de que el Trabajador Social trabaja en función responder como profesional en su campo donde *“las condiciones institucionales revela al Trabajo Social, como subordinado en el proceso decisión desempeñando en su gran mayoría funciones de ejecución más no de decisión”* (CELATS, 1983:28). Desafortunadamente, la realidad de los/las Trabajadores/as Sociales que laboran en el INN y en el CANIA, revelan la realidad plasmada en la cita. La abrumadora mayoría, no ejerce cargos de mayor jerarquía dentro de las unidades administrativas donde ejercen sus funciones, solo tienen responsabilidades para ejecutar actividades, identificadas con los procedimientos para prestar servicios directos a la población, como se indicará en Tablas posteriores.

4.2 Situaciones nutricionales infantil donde intervienen los/as Trabajadores/as Sociales Adscritos al Instituto Nacional de Nutrición (INN) y el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (Cania)

Resulta una paradoja hablar de seguridad alimentaria y nutricional cuando el problema nutricional, es el que más afecta a la población infantil, debido a la implementación de políticas macroeconómicas, donde es claro que existen alimentos de importación, en vez de producir internamente para el consumo y garantizar el abastecimiento de los rublos alimenticios necesario para tener una vida saludable y activa, aunado esto a los bajos ingresos de un grueso porcentaje de la población que les dificulta a las familias adquirir alimentos realmente nutritivos. En el contexto de este complejo problema, y considerándose la experiencia de los/as Trabajadores/as Sociales del INN y CANIA se tendrá un panorama social de la situación nutricional de los infantes y los factores que interviene.

Según lo expuesto en la Tabla N°. 9, el problema de malnutrición atendido por los/las Trabajadores/as Sociales se presenta en todas sus manifestaciones, ya sea por déficit o por exceso. En el primer caso, se encuentra la desnutrición con todas sus tipologías: leve, moderada y grave y la talla baja de origen nutricional (señalada como déficit nutricional en la Tabla Nro. 9), de igual forma, en esta misma tabla se refleja, la malnutrición por exceso

que da lugar al sobre peso y a la obesidad, y finalmente, la malnutrición asociadas a patologías de base (patologías crónicas) que son condicionantes del deterioro nutricional.

Tabla N° 9 Situación nutricional infantil de los usuarios, según la frecuencia de su atención, por los/as Trabajadores/as Sociales adscritos al INN y CANIA 2012

| SITUACIÓN NUTRICIONAL INFANTIL | INN | | | | | | | | CANIA | | | |
|--------------------------------|----------------------|--------------|-------------|---------------|------------------------|--------------|-------------|---------------|----------------------|--------------|-------------|---------------|
| | CEN HIPÓLITA BOLÍVAR | | | | UNIDAD REGIONAL. SUCRE | | | | GERENCIA PSICOSOCIAL | | | |
| | Frecuencia | | | | Frecuencia | | | | Frecuencia | | | |
| | siempre | casi siempre | pocas veces | algunas veces | siempre | casi siempre | pocas veces | algunas veces | siempre | casi siempre | pocas veces | algunas veces |
| Sobre peso y obesidad | 4 | 1 | 1 | - | - | 1 | - | - | - | 1 | - | - |
| Déficit nutricional | 4 | 2 | | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - |
| Desnutrición | 3 | 2 | 1 | - | - | - | - | 1 | 2 | - | 1 | - |
| Patologías crónicas | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - |

Fuente: cuestionario aplicado por los investigadores 2012.

Nota: preguntas de repuestas múltiples.

La frecuencia con la que es atendida cada problemática, difiere según las respuestas emitidas por los/as entrevistados/as; pero donde hay mayor coincidencia es en la atención del problema de sobre peso y obesidad y desnutrición. Efectivamente, para cuatro (4) profesionales del CEN “Hipólita Bolívar” **siempre** se presenta esa problemática, y para un (1) trabajador tanto del INN de la Unidad Regional Sucre como de CANIA, **casi siempre**. Respecto a la desnutrición, de igual forma las mayor parte de las respuestas se concentran en **siempre** (3 del CEN “Hipólita Bolívar” y 2 de CANIA) y **casi siempre** (2 CEN “Hipólita Bolívar”); aunque un (1) trabajador de la Unidad Regional Sucre y de CANIA coinciden en que **algunas veces** y **pocas veces**, respectivamente, se atiende ese problema. Con respecto al déficit nutricional (bajo peso), solo los trabajadores sociales del CEN “Hipólita Bolívar”, indicaron que **siempre** (4) y **casi siempre** (2) se atienden esas situaciones. En CANIA un (1) TS alegó que **pocas veces** reciben niños con esa condición,

y uno solo de esa misma institución, respondió que **siempre** se atienden niños con patologías crónicas, las cuales repercuten en el estado nutricional de los niños.

Estos resultados revelan que Venezuela es un país en transición o sobreposición nutricional, en donde coexiste el déficit nutricional y el exceso nutricional, de allí que ambas instituciones con mayor o menor frecuencia se abocan a su atención. Este proceso de transición alimentaria y nutricional se caracteriza por cambios en el patrón de consumo de alimentos y en el estado nutricional, dando lugar a una alta prevalencia de niños desnutridos, y al mismo tiempo, a un aumento en la frecuencia de sobre peso y obesidad, no solo en adultos, sino en niños y poblaciones pobres (Montilva, 2010).

En esta transición nutricional, se inserta la acción del INN y CANIA por lo tanto debe brindar una atención que abarque los problemas de sobre peso y obesidad como los de desnutrición y bajo peso, tanto en acciones preventivas como curativas. El INN a través de los Servicios de Educación y Recuperación Nutricional, tal es el caso del CEN “Hipólita Bolívar”, atiende niños con desnutrición leve, moderada y grave, y CANIA, de igual forma, a través del Programa de Malnutrición Infantil atiende los casos de malnutrición primaria por déficit y por exceso y malnutrición secundaria originada por enfermedades crónicas en los niños y niñas con consecuencias nutricionales.

Es oportuno que los/as Trabajadores/as Sociales del INN y CANIA sigan trabajando en función de que esas situaciones nutricionales se transformen, mejorando el estado alimenticio en los niños y niñas con estímulo- afecto y ambiente agradable de acuerdo a su intervención profesional, ya que *“la alimentación es un hecho social, debe ser alimentación activa en la que se demuestre amor y paciencia”* Manual de Enfermería, 2008:32).

Tabla N° 10 Factores influyentes en la problemática nutricional infantil atendida, según la opinión de los/as Trabajadores/as Sociales adscritos al INN y CANIA 2012

| FACTORES | INN | | CANIA |
|---------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| | CEN “HIPÓLITA BOLÍVAR” | UNIDAD REGIONAL SUCRE | GERENCIA PSICOSOCIAL |
| Condición de empleo de los familiares | 2 | - | 4 |
| Ingresos familiares | 4 | 1 | 4 |
| Disponibilidad de los alimentos | 1 | - | 3 |
| Precios de los alimentos | 2 | - | 2 |
| Hábitos alimenticios | 6 | 1 | 4 |
| Educación | 5 | - | 4 |

Fuente: cuestionario aplicado por los investigadores 2012.

Nota: preguntas de repuestas múltiples.

Como pudo apreciarse en la Tabla Nro. 9, los/as Trabajadores/as Sociales atienden problemas de mal nutrición de diversas índoles; los cuales, según los resultados presentes en la Tabla Nro. 10, se debe a varios factores. En las problemáticas nutricionales expuestas, el factor que influye con mayor peso son los hábitos alimenticios, cual fue seleccionado por la totalidad de la población estudiada (11), le siguen en orden de importancia, la educación, con nueve (9) respuestas, cinco (5) profesionales del INN de Caracas así lo afirman, opinión en la que coinciden todos los de CANIA (4). Los ingresos familiares, se revela como otro elemento importante, para un total de nueve (9) respuestas, siendo elegido por cuatro (4) de los entrevistados del CEN “Hipólita Bolívar”, por todos los de CANIA y por la Trabajadora Social del INN Sucre. Las condiciones de empleo es otro factor significativo para más de la mitad de la población estudiada (6), siendo elegida por todos los trabajadores de CANIA y dos (2) del INN- Caracas. Los precios de los alimentos, cuatro (4) y la disponibilidad de los mismos tres (3), fueron considerados en menor importancia entre los factores que influyen en la problemática infantil.

De acuerdo a lo anterior es notorio, que los/as Trabajadores Sociales del INN y CANIA a partir de su experiencia han podido conocer qué factores influyen en la

malnutrición de sus usuarios, y a juzgar por sus respuesta, este problema es multifactorial, ya que se encuentran presentes los hábitos alimenticios, la educación los ingresos familiares, la disponibilidad de alimentos, y otros. Todos estos aspectos atentan contra la seguridad alimentaria en el hogar, ya que al presentarse los problemas de malnutrición expresados en la Tabla Nro. 9, es porque la familia de los niños que presentan el problema, no han tenido en todo momento, según lo establece el concepto de salud alimentaria, *“acceso físico y económico a suficientes alimentos, inocuos y nutritivos, para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a alimentos, a fin de llevar una vida activa y sana”* (FAO, 1996: s/p), [Documento en línea]. Partiendo de los componentes básicos de la seguridad alimentaria como requisitos para lograr el derecho a la alimentación, las respuestas dadas por los/as Trabajadores/as Sociales entrevistados/as, tales como la disponibilidad de alimentos, nutrientes, acceso a los alimentos, uso de los alimentos, estabilidad en los suministros; permiten decir, que el derecho a la alimentación de los niños atendidos se ha visto vulnerado.

Según las respuestas mayoritarias, los hábitos de alimentación son definitivos en el problema, pues determinan prácticas alimentarias inadecuadas, y esto ligado al componente educación, significa que los padres de los niños no tienen las herramientas necesarias para conocer el valor nutritivo de los alimentos para proveerles a sus hijos el acceso a alimentos nutricionalmente adecuados en cantidad y calidad.

Aunado a esto se tiene que en el contexto de la transición nutricional (coexistencia entre déficit nutricional y exceso nutricional), se presenta el problema de la falta de alimentos adecuados o un desequilibrio en su consumo, lo cual se debe en ambos casos, a la falta de acceso y disponibilidad de alimentos adecuados.

Por lo general, los sectores populares que presentan malnutrición, se encuentran en situación de vulnerabilidad social, debido a las precarias condiciones laborales de las familias y los bajos ingresos, y a pesar de que los estratos más bajos de la población gastan un porcentaje significativo de sus ingresos en la compra de

alimentos, esto no garantiza el acceso seguro de alimentos al hogar, suficientes en calidad y cantidad como para asegurar una vida sana y activa; ya que usualmente adquieren los alimentos más económicos que estén al alcance de su presupuesto, y que por lo general, son aquellos que contienen más grasa, azúcar y carbohidratos (harinas, pastas, pan, margarina). Se combina así a la hora de hacer las compras, precios asequibles y producto que ofrezcan saciedad en detrimento del consumo de cereales, legumbres, frutas, lácteos, tal como los que indica el Programa Trompo de los Grupos Alimenticios del INN, conducente a una alimentación balanceada. Esto puede producir déficit nutricional en los niños por el consumo deficiente de alimentos que no cubren las calorías y nutrientes requeridos y sobre peso u obesidad por un desequilibrio en el consumo.

En fin, todos estos factores desequilibran la seguridad alimentaria dentro del entorno familiar, colectivo o comunitario, especialmente por la inaccesibilidad de los alimentos adecuados, y a pesar de que en las respuestas dadas por los Trabajadores Sociales, no se le dio mucha relevancia al precio de los alimentos, este es un factor que inevitablemente, según el Sistema Económico Latinoamericano y del Caribe (Sela, 2011:8): [Documento en línea], está ligado a la inseguridad alimentaria:

Los precios de los alimentos tienen mucha mayor incidencia que su impacto directo en la cantidad de personas con hambre, reproduciendo las condiciones para que la población de los países en desarrollo no pueda salir del círculo conformado por el padecimiento de hambre, la pobreza en un marco económico, político e institucional potencialmente inestable.

Es decir, que los altos costo de la vida para alimentar a un niño o niña, dificulta su buen mantenimiento nutricional, ya que los padres solo tienen acceso y disponibilidad a un grupo muy reducido de alimentos con pocos nutrientes, y esto unido a los malos hábitos de alimentación, limita el uso de otras preparaciones de mejor calidad nutricional y menor costo.

En este contexto, los Trabajadores Sociales y las instituciones en que laboran tienen importantes roles que cumplir, redoblando sus esfuerzos hacia la prevención tanto de los problemas de desnutrición como los de sobrepeso y obesidad.

Tabla N° 11 Instancias institucionales que refieren la situación nutricional infantil que atienden los/as Trabajadores (as) Sociales adscritos al INN y CANIA 2012

| INSTITUCIONES | INN | | CANIA | TOTAL |
|--|----------------------|------------------------|-----------------------|-------|
| | CEN HIPÓLITA BOLÍVAR | UNIDAD REGIONAL. SUCRE | GERENCIA PSICO SOCIAL | |
| Consejo de Protección del Niño, Niña y Adolescente | 6 | - | 2 | 8 |
| Hospitales | 6 | 1 | 3 | 10 |
| Fiscalías | 3 | - | 2 | 5 |
| Defensorías Educativas | 5 | - | 2 | 7 |
| Fundaciones | 3 | - | 2 | 5 |
| Albergues | 3 | - | 2 | 5 |
| Consejos Comunales | 5 | 1 | 1 | 7 |
| Escuelas | 5 | - | 3 | 7 |
| Espontáneos | - | - | 2 | 2 |
| Grupo de atención comunitaria | - | - | 1 | 1 |

Fuente: cuestionario aplicado por los investigadores 2012.

Nota: preguntas de repuestas múltiples.

Mediante la Tabla N° 11, se puede observar que la mayoría de las instancias que refieren los casos con malnutrición infantil atendidos por los/las Trabajadores/as Sociales tanto del INN como de CANIA, básicamente, con problemas asociados a la malnutrición por déficit, en especial la desnutrición, son los hospitales, con diez (10) respuestas, le sigue, los Consejos de Protección al Niño, Niña y Adolescente con ocho (8); con igual proporción de siete (7) respuestas para cada una están las Defensorías Educativas, las Escuelas y los Consejos Comunales; igual sucede con las fiscalías, albergues y fundaciones, que se encuentran en la misma proporcionalidad con cinco (5) respuestas. En menor importancia se encuentran las referencias espontáneas (por lo general las madres llevan a sus hijos espontáneamente) y las

hechas por grupos de atención comunitaria, 2 (dos) y una (1) respuesta, respectivamente.

Basado en lo expuesto, se puede apreciar que existe en la comunidad una serie de instituciones de diversa naturaleza (de salud, educativas, sociales, judiciales, comunales) que refieren a los centros especializados en atender diferentes problemáticas nutricionales, los casos que ameriten dicha atención.

Se pone en evidencia que el problema de la malnutrición es responsabilidad de todas las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, por eso al referir los casos, se busca una atención profesional dentro del equipo de salud para su respectivo tratamiento, como instrumento de intervención en las problemáticas nutricionales. A pesar de la importancia que este hecho amerita; es importante destacar que más que acciones remediativas en el problema de la malnutrición infantil, se requiere que esas instancias tomen acciones preventivas para evitarlo, de acuerdo a sus competencias: En salud, enfatizar en la promoción a la salud; en educación, para promover buenos hábitos de alimentación; en el aspectos judicial para promover una cultura en derechos humanos donde el ciudadano sea sujeto de derecho y no un receptor pasivo de los programas sociales.

En este último aspecto es de interés que los/as Trabajadores/as Sociales conozcan sobre legislación social, específicamente en la ley que ampara a la infancia, ya que a partir de allí se basará su acción profesional, independientemente de donde reciban las referencias, porque se trabaja en función de prestar un servicio a la población infantil, bajo principios de protección tomando en cuenta siempre el interés superior de los niños y niñas, como parte de una doctrina integral y de derechos, donde se expone en la Convención sobre Derechos del Niño del 2000, Citado por la (LOPNNA 2007:7):

En todas las medidas concernientes a los niños que toman las instituciones públicas como privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas, a los órganos legislativos una

consideración primordial a que se a que se atenderá será el interés superior del niño.

En relación a lo citado, los profesionales del INN y CANIA, están en el pleno compromiso de establecer líneas de acciones al momento de recibir algún infante con necesidades nutricionales para poner límites a la discrecionalidad de sus acciones.

Con respecto a la participación de los Consejos Comunales, se tiene que en el caso de los primeros, de acuerdo con las respuestas de los/as Trabajadores/as Sociales del INN, seis (6) en total, éstos tienen mayor presencia o están más ligados a las acciones del sector gubernamental; pero lo más importante del caso, es el hecho del compromiso de la sociedad civil organizada en torno al problema de la malnutrición infantil. De igual modo se acota, que más que eso, estas organizaciones comunitarias deben aunar esfuerzos con el Estado para participar protagónicamente en el diseño, formulación, ejecución y evaluación de los servicios y programas orientados a prevenir la mal nutrición infantil.

4.3. Roles y funciones de los/as trabajadores/as sociales adscritos Instituto Nacional de Nutrición (INN) y el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA).

Desde este sitio es de interés mostrar que es cada vez es más acelerada la complejidad de la realidad social. Desde este punto de vista ha sido importante la aparición de diversos actores sociales en los escenarios sociales de acciones para la comprensión de la atención a la malnutrición infantil, sirviendo de utilidad para el conocimiento de las instituciones del sector salud, donde se constituye un reto específicamente, para los profesionales en Trabajo Social en el cumplimiento de sus roles y funciones como parte de un equipo de salud dentro del sector público y privado en el desempeño de mantener el bienestar social con la participación en los programas de atención nutricional infantil.

Además los/as Trabajadores/as Sociales asumen esas roles y funciones constituyendo un espacio de convivencia con los sujetos con diversas costumbres,

estilos, modos de vidas para dar respuestas a las necesidades y exigencias de esos niños y niñas que padecen de trastornos nutricionales, para que asuman esas dificultades dentro de la dinámica familiar como una obligación de todos, porque toda problemática en salud, requiere de la actuación y cooperación del equipo multidisciplinario e interdisciplinario y la familia como eje principal para el desarrollo integral del ser.

En tal sentido, la Tabla Nro. 12, hace referencia a la participación de participación de los/as Trabajadores/as Sociales adscritos al INN y CANIA, en equipos de trabajo en los programas de atención nutricional infantil.

Tabla N° 12 Participación de los/as Trabajadores/as Sociales adscritos al INN y CANIA, en equipos de trabajo en los programas de atención nutricional infantil

| ¿FORMA PARTE DE UN EQUIPO? | INN | | | | | | | | | CANIA | | | | |
|----------------------------|-------------------------|---------|----------------|------------|------------|-----------|-------------------------|----------------|------------|-------------------------|---------|----------------|------------|------------|
| | CEN "HIPÓLITA BOLÍVAR" | | | | | | UNIDAD REGIONAL SUCRE | | | GERENCIA PSICOSOCIAL | | | | |
| | constitución del equipo | | | | | | constitución del equipo | | | constitución del equipo | | | | |
| | Psicólogos | Médicos | Nutricionistas | Educadores | Enfermeras | Terapeuta | Médicos | Nutricionistas | Enfermeras | Psicólogos | Médicos | Nutricionistas | Educadores | Enfermeras |
| SI | 6 | 6 | 6 | 1 | 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 4 | 4 | 1 | 4 |
| NO | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |

Fuente: cuestionario aplicado por los investigadores 2012.

Nota: preguntas de repuestas múltiples.

Se puede notar en la Tabla N° 12, que los once (11) trabajadores/as sociales encuestados/as, aseguran que forman parte de un equipo interdisciplinario en salud nutricional, ocupando los psicólogos, médicos, enfermeras, nutricionistas en el INN, la mayor ponderación por los seis (6) profesionales del CEN "Hipólita Bolívar", en el

caso de los terapeutas y educadores tan solo un (1) Trabajador Social plantea que existen estas figuras dentro del equipo que conforman la atención a los niños y niñas con problemas nutricionales. Siendo para la Unidad Regional Sucre un equipo de médicos, nutricionistas y enfermeras, sujetos a la respuesta de un (1) Trabajadora Social. Al respecto en CANIA, sus cuatros (4) Trabajadores/as Sociales aseguran que el equipo está conformando por psicólogos, médicos, enfermeras, nutricionistas y tan solo uno (1) de ellos indica que cuentan con educadores, además aseguran que trabajan siguiendo protocolos de atención previamente establecidos para cada patología. La atención que reciben las familias y los pacientes en el Centro tiene un componente educativo importante, necesario para la recuperación nutricional, su mantenimiento y la prevención de la malnutrición en otros miembros del grupo familiar.

De acuerdo a lo anterior, es elemental reconocer que tanto el INN y CANIA son instituciones que brindan un servicio de salud de complejidad y de nivel básico en la ejecución de los programas de atención nutricional infantil. Tomando en cuenta los resultados de la Tabla N°. 12, se puede decir, que se da la participación multifuncional, y se encuentra inmerso la figurar del Trabajador Social en la contribución de conocimientos y acciones seguras e integrarles, como parte de un verdadero equipo de salud, que no es más que *“la organización de personal multidisciplinario, que trabajan cumpliendo cada uno su rol específico, para alcanzar un objetivo en común, éste es proporcionar una atención integral de calidad al usuario, familia y comunidad”* (Manual de Enfermería, 2008:32).

Como ya se ha indicado en varias oportunidades la situación nutricional, es el resultado de la interacción de múltiples factores de orden político, económico, social, educativo, cultural y psicológico que afectan de forma diferencial a las poblaciones; y dentro de ellas a grupos específicos, como los niños. Cuando se estudia la malnutrición infantil, no sorprende entonces encontrar que se trata de una problemática de origen multicausal, siendo algunas de las causas de tipo orgánico o genético, y otras sociales, económicas, o incluso psicológicas, las cuales interactúan

entre sí en mayor o menor grado incidiendo en el desarrollo físico de los niños, e incluso en su desarrollo mental, emocional y social. En consecuencia, los programas dirigidos a mejorar la nutrición infantil deben considerar la evaluación e intervención de sus variadas causas; es decir, las variables que determinan y mantienen esta condición, así como los diferentes factores asociados. Es por esta razón que los programas de atención nutricional deben incluir un equipo interdisciplinario y actuar como la unidad, que para (Brito, 2010: s/p) [Documento en línea]:

(...) evalúa e integra los hallazgos para desarrollar acciones integrales hacia y con los miembros de la comunidad, en alianza con las organizaciones, grupos e instituciones que en ella conviven, con la finalidad de ejercer efecto en todos los posibles factores que alteren la salud nutricional de los niños y miembros de dichas comunidades (...)

Además con lo indicado, existe un quehacer por parte de las demás disciplinas para garantizar la salud en los infantes que presentan déficit nutricional, obesidad y patologías orgánicas, con tratamiento asistencial y preventivo ejecutado en los programas de atención nutricional infantil de forma integral, donde es bueno aclarar: *“Al referirse a integral, quiere decir multisectorial, interdisciplinario, promocional, preventivo, participativo y descentralizado y no se refiere a una atención preparativa a bajo costo y para estratos periféricos, sino, una atención primaria como función central de un sistema de salud.”*(Manual de Enfermería, 2008:32).

En el caso del INN y CANIA, se cumple con esa condición, ya que los profesionales trabajan integrados a equipos interdisciplinarios. Es así que Trabajo Social se interrelaciona con otras especialidades (medicina, nutrición, psicología, educación, enfermería) para desarrollar de una manera más efectiva los programas de atención integral a la malnutrición lo que optimiza la efectividad de las estrategias de intervención.

Respecto a esta modalidad interdisciplinaria en la que se integra el Trabajo Social, es a juicio de Méndez (1995), la tarea del profesional de lograr el

mejoramiento progresivo de la calidad de vida de la población y de su bienestar, ya que la mejor manera de estudiar, analizar e intervenir en la dinámica social, técnica y profesionalmente hablando, es mediante la constitución de equipos profesionales.

Tabla N° 13 Aporte de los profesionales en Trabajo Social adscritos al INN y CANIA dentro del equipo multidisciplinario en la atención nutricional infantil 2012

| APORTES | INN | | CANIA |
|--|----------------------|------------------------|----------------------|
| | CEN HIPÓLITA BOLÍVAR | UNIDAD REGIONAL. SUCRE | GERENCIA PSICOSOCIAL |
| Difusión y coordinación de información sobre alimentación y hábitos alimenticios en las escuelas | 1 | 1 | |
| Gestiones de recursos para resolver las situaciones | 4 | - | |
| Análisis y comprensión de la problemática nutricional | 1 | - | |
| Presentan los factores socio familiares que afecta sus fortalezas y avances | - | - | |

Fuente: cuestionario aplicado por los investigadores 2012.

Nota: preguntas de repuestas múltiples.

Se denota en la Tabla N° 13 que en el CEN “Hipólita Bolívar” cuatro (4) Trabajadores/as Sociales se inclinan a la gestión de recursos para resolver las situaciones en pro de mejorar la calidad de vida de los niños y niñas, donde un (1) analiza las problemáticas nutricionales y uno (1) difunde y coordina información sobre alimentación y hábitos alimenticios en las escuelas, tal como lo realiza la Trabajadora Social de la Unidad Regional Sucre coordinando actividades educativas con talleres, asesoramientos para la inducción al desarrollo de los programas nutricionales.

Sin embargo, en la Gerencia Psicosocial del CANIA dos (2) Trabajadores/as Sociales aportan, en analizar la problemática nutricional, ya que para ellos con la diversidad profesional que existe en la institución, así como las diversas experiencias que posee cada uno facilita la comprensión y atención de la problemática nutricional

con una perspectiva mucho más amplia, además dos (2) plantean que su aporte es presentar los factores socio- familiares que afectan sus fortalezas y avances, de la misma manera transmitir la visión y diagnóstico social de las familias y las estrategias de intervención focalizadas, en muchos casos en aceptación de la enfermedad nutricional, asociación de la problemática familiar con la patología, mejoramiento y distribución adecuada de los ingresos familiares, participación de la misma para el tratamiento y mejoras en el ambiente físico sanitario (entorno y vivienda) y actuación en redes sociales.

Al igual es importante decir que los Trabajadores Sociales del CANIA de la Coordinación de Educación que se encontraban ausente temporalmente aportan dentro del equipo interdisciplinario de atención a la nutrición infantil, *“entrenando al personal directivo, docente, actúa como facilitador en las aulas de 5to y 6to grado y realiza actividades dirigidas a los padres y representantes de los niños con malnutrición y/o riesgo”* Manual CANIA, 2008:190.

Es notorio, cómo los profesionales en Trabajo Social del INN y el C.E.N “Hipólita Bolívar”, su mayoría realiza gestiones, dejando claro la existencia de un paradigma paternalista asistencialista, a diferencia de la Unidad Regional Sucre donde la profesional realiza un trabajo educativo y preventivo comunitario y colectivo en llevar a los niños y niñas de los centros educativos de Cumaná cómo mejorar sus hábitos alimenticios con el programa nutricional “Trompo de los Alimentos”, sin embargo, en CANIA los/as Trabajadores/as Sociales de la Gerencia Psicosocial se enfocan en contribuir al tratamiento familiar como la base del problema y a partir de allí realizar su atención dentro de los programas nutricionales.

La acción de los/as Trabajadores/as Sociales del INN y CANIA con su atención están capacitado para responder a un trabajo orientado a intervención multifacética en la atención nutricional infantil, como parte de un equipo integral capaz de *“organizar y movilizar a los individuos, grupos y comunidades logrando ejercer su influencia para potenciar su conciencia crítica”* (Aguilera, 2005:3).

Tabla N° 14 Frecuencia de actividades que realizan los/as Trabajadores/as Sociales adscritos al INN y CANIA 2012 en el ejercicio de su labor profesional 2012

| <i>Actividad</i> | INN | | | | | | | | CANIA | | | |
|--------------------------------------|----------------------|---------------|-------------|-------|------------------------|---------------|-------------|-------|----------------------|---------------|-------------|-------|
| | CEN HIPÓLITA BOLÍVAR | | | | UNIDAD REGIONAL. SUCRE | | | | GERENCIA PSICOSOCIAL | | | |
| | <i>Frecuencia</i> | | | | <i>Frecuencia</i> | | | | <i>Frecuencia</i> | | | |
| | Siempre | Algunas veces | Pocas veces | Nunca | Siempre | Algunas veces | Pocas veces | Nunca | Siempre | Algunas veces | Pocas veces | Nunca |
| Visitas al hogar del usuario | 3 | 3 | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 3 | - |
| Visitas a la comunidad | 2 | 4 | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 1 | 2 |
| Trabajo de grupo | 5 | - | 1 | - | - | - | - | - | 4 | - | - | - |
| Estudios sociales | 6 | - | - | - | - | - | - | - | 3 | 1 | - | - |
| Estudios socio-económicos | 6 | - | - | - | - | - | - | - | 4 | - | - | - |
| Atención terapéutica | 4 | 2 | - | - | - | - | - | - | 2 | 2 | - | - |
| Trabajo en equipo interdisciplinario | 6 | - | - | - | - | 1 | - | - | 4 | - | - | - |
| Trabajo en equipo interinstitucional | 6 | - | - | - | - | 1 | - | - | 3 | 1 | - | - |
| Trabajo administrativo | 3 | 1 | - | 2 | - | - | - | - | 3 | 1 | - | - |
| Trabajo relacionado con supervisión | 2 | 2 | - | 2 | 1 | - | - | - | - | - | 1 | 3 |

Fuente: cuestionario aplicado por los investigadores 2012. Nota: preguntas de repuestas múltiples.

En la Tabla N°14 se observa que seis (6) de los/as Trabajadores/as Sociales del C.E.N “Hipólita Bolívar” en el ejercicio de su labor con mayor frecuencias, las actividades que realizan siempre, son los estudios sociales, estudios socioeconómicos, trabajo en equipo interdisciplinario e interinstitucional, seguidamente cinco (5) Trabajan con grupos, cuatro (4) atención terapéutica; de la misma forma, en dicho centro cuatro (4) profesionales algunas veces cumplen con sus roles realizando visitas a las comunidades.

Además la Trabajadora Social de la Unidad Regional Sucre de acuerdo a sus papeles solo ejerce el trabajo en equipo interdisciplinario e interinstitucional, a diferencia del CANIA, en la Gerencia Psicosocial cuatro (4) Trabajadores/as Sociales siempre ejecutan actividades con grupos, estudios socio – económicos y labor interdisciplinaria, de la misma manera tres (3) profesionales accionan a través de estudios social e interinstitucional y acciones administrativas, donde tres (3) profesionales exponen que pocas veces visitan a los usuarios en su hogar, y tres (3) nunca trabajan de forma administrativa.

De acuerdo a la Tabla N° 14 existe un predominio de los/as Trabajadores/as Sociales del C.E.N de que siempre realizan estudios sociales, estudios socioeconómicos, trabajos interinstitucionales e interdisciplinario, limitada la Trabajadora Social de la Unidad Regional Sucre, ya que cumple su papel más en la supervisión y algunas veces trabaja en equipo interinstitucional e interdisciplinario, en comparación a los profesionales del CANIA de la Gerencia Psicosocial la gran parte acciona con grupos, con estudios sociales, socioeconómicos, con interdisciplinaria e interinstitucional y de forma administrativa, donde significativamente es de menor interés visita a los hogares a los usuarios comunidades y trabajo relacionado con supervisión.

Mediante la explicación anterior es claro decir que existe una disociación del quehacer profesional en Trabajo Social en el ejercicio de su labor en el INN y

CANIA, ya que ser Trabajador/a Social comprende el entendimiento de sus actividades como una estructura básica de procedimientos para el pleno bienestar de la niñez con necesidades nutricionales, considerando que *“Toda metodología de intervención Social debe ser capaz de aplicar, modificar y adaptar pasos, ritmos y procedimientos a tenor de los cambios que se produzcan en la coyuntura”* (Ander – Egg, 1985:109), en lo que respecta a esa transformación del quehacer en los niveles de intervención con individuos, familias, grupos, comunidades o colectivos en el cumplimiento de sus actividades por parte de los profesionales del INN y CANIA en las instituciones se les atribuye entender, según (Viscarret, 2009.143). [Documento en línea]:

La separación metodológica de dichos niveles para su mayor conocimiento, no necesariamente indica que las acciones del profesional se dirijan de manera aislada a uno u otro. Por lo general la intervención en Trabajo Social se realiza de manera simultánea por lo difícil que resulta extraer al individuo del medio social y su red de relaciones.

Es decir que las actividades de los Trabajadores Sociales no se deben parcializar y buscar la atención integral manteniendo al usuario como un todo.

Tabla N° 15 Acciones que desarrollan los/as Trabajadores/as Sociales adscritos al INN y CANIA 2012 a través de los programas de atención nutricional infantil 2012

| PROGRAMAS | INN | | | | | | | CANIA | | | | | |
|---|----------------------|-----------------|-----------------------|---------------------------------------|-------------------|-----------------|-----------------------|---------------------------------------|-------------------|-----------------|-----------------------|----------------|--------------------|
| | CEN HIPÓLITA BOLÍVAR | | | UNIDAD REGIONAL SUCRE | | | | GERENCIA PSICOSOCIAL | | | | | |
| | Acción preventiva | Acción curativa | Acción rehabilitadora | N° de usuarios | Acción preventiva | Acción curativa | Acción rehabilitadora | N° de usuarios | Acción preventiva | Acción curativa | Acción rehabilitadora | N° de usuarios | |
| Nutrición para la vida | 3 | - | - | NO REPORTARON INFORMACIÓN AL RESPECTO | - | - | - | NO REPORTARON INFORMACIÓN AL RESPECTO | - | - | - | - | |
| Trompo de los Grupos alimenticios | 4 | - | - | | 1 | - | - | | - | - | - | - | - |
| Servicio de Atención Y Recuperación Nutricional | 1 | 4 | 2 | | - | - | - | | - | - | 2 | - | 25 semanal |
| Nutripuntos | 5 | 1 | - | | 1 | - | - | | - | - | - | - | - |
| Centros Dietéticos Socialistas | - | 1 | - | | - | - | - | | - | - | - | - | - |
| Atención de la malnutrición primaria por déficit | 2 | 4 | - | | - | - | - | | - | - | 4 | - | De 10 a 30 semanal |
| Atención de la malnutrición primaria por exceso | 1 | 4 | - | | - | - | - | | - | - | 4 | - | 25 semanal |
| Atención de la malnutrición asociada a patologías orgánicas | 2 | 3 | 2 | | - | - | - | | - | - | 4 | - | 19 semanal |
| Atención a embarazadas | 4 | 2 | - | | 1 | - | - | | - | - | 1 | - | - |
| Atención a prematuros | 1 | 1 | - | | - | - | - | | - | - | 1 | - | - |
| Otros (especifique) | - | - | - | | - | - | - | | - | - | - | - | - |

Fuente: cuestionario aplicado por los investigadores 2012.

Nota: preguntas de repuestas múltiples.

La Tabla N° 15 demuestra que dentro de las acciones que desarrollan los profesionales del INN en los programas de atención nutricional infantil, en el C.E.N Hipólita Bolívar predomina la acción preventiva, de acuerdo a lo expuesto por cinco (5) Trabajadores/as Sociales, dentro del programa: Nutripuntos, seguidamente cuatro (4) profesionales ejercen la misma acción en los programas: Trompo de los Alimentos y atención a las embarazadas, tal, es el caso de la Trabajadora Social de la Unidad Regional Sucre que acciona de la misma forma dentro de esos programas. De igual manera cuatro (4) Trabajadores/as Sociales realizan acciones curativas con mayor precisión en los programas: servicio de atención y recuperación nutricional, atención de la malnutrición primaria por déficit y atención de la malnutrición primaria por exceso.

Así mismo se puntualiza en la Tabla N° 15, en la Gerencia Psicosocial del CANIA para los cuatro (4) Trabajadores/as Sociales la acción predominante es la curativa con mayor peso dentro de los programas: Atención de la Malnutrición Primaria por Déficit, atendiendo de 10 a 25 usuarios semanales, Atención de la Malnutrición Primaria por Exceso atendiendo a 25 usuarios semanales y Atención de la Malnutrición Asociada a Patologías Orgánicas prestando servicio a 19 usuarios a la semana.

Dentro de lo que cabe, es evidente como los Trabajadores Sociales se inclinan más a acciones preventivas y curativas en pocos programas, obviando la acción rehabilitadora en ambas instituciones, donde este profesional como parte de un equipo multidisciplinario en atención primaria a la salud está en función de velar a que se cumpla, dentro de los programas de atención nutricional infantil, de pasar de una atención terapéutica preventiva-curativa a una actuación de promoción de la salud, para hacerlo es necesario reconocer que dentro de cada programa debe existir una integración en las acciones que desarrollan los profesionales, dispuestos a trabajar en todos los sentidos de acción social pensando en la salud y el bienestar “ *la promoción de la salud se basa no solo en la prevención y control de la enfermedad,*

sino en la salud y bienestar; y aboga por el concepto de que la salud de la persona es un recurso positivo para las vidas” (Manual de Enfermería 2008:204).

Tabla N° 16 Estrategias de los/as Trabajadores/as Sociales adscritos al INN y CANIA en la intervención de la atención nutricional infantil 2012

| Estrategias | INN | | CANIA |
|--|----------------------|-----------------------|----------------------|
| | CEN HIPÓLITA BOLÍVAR | UNIDAD REGIONAL SUCRE | GERENCIA PSICOSOCIAL |
| Utilidad de herramientas metodológicas | 2 | - | - |
| Ajusta lo operativo _ preventivo entre conocimiento y acción | - | 1 | - |
| Orienta y apoyo al grupo familiar | 1 | - | 2 |
| Guía al paciente a reconocer su problemática nutricional | - | - | 2 |
| Trabaja interdisciplinariamente | - | - | 1 |
| Utilidad de enfoque sistémico y modelo de terapia | - | - | 1 |

Fuente: cuestionario aplicado por los investigadores 2012.

Nota: preguntas de repuestas múltiples.

La Tala N° 16 demuestra que en el C.E.N “Hipólita Bolívar” dos (2) de los/as Trabajadores/as Sociales, utilizan herramientas metodológicas que se deben a pautas e instrumentos que solventan los problemas nutricionales y uno (1) orienta y apoya al grupo familiar donde recoge la información en la institución del grupo familiar, a diferencia de la Trabajadora Social de la Unidad Regional Sucre en su intervención realiza una acción ajustada a lo operativo y preventivo, entre el conocimiento – acción, dando como resultado una mayor objetividad en el abordaje de la realidad social en cada individuo.

Sin embargo, en CANIA en el área de Gerencia Psicosocial dos (2) Trabajadores/as Sociales asegurar que su actuación es completamente oportuna y sus roles les permiten al paciente ir hacia el reconocimiento de la problemática

nutricional y la importancia del apoyo familiar, orientar también hacia el descubrimiento de las fortalezas de los miembros de las familias, la intervención se ajusta a la realidad familiar y local, además un (1) profesional utiliza como estrategias de intervención el trabajo en equipo interdisciplinario utilizando un enfoque sistemático y modelo de terapia breve.

En relación a lo anterior, las estrategias de los/as Trabajadores/as Sociales del INN y CANIA en su intervención en la atención nutricional infantil se centra en los esquemas de atención metodológica. Donde el profesional ha sido capaz de crear su propio conocimiento para el abordaje social, con esto se quiere decir, que dentro de los programas de atención nutricional infantil se han desarrollado estrategias integrales por parte de estos profesionales en su intervención para mantener una relación determinante entre salud y desarrollo de los usuarios para su bienestar social, como elemento característico del Trabajador Social.

Considerando el perfil profesional del Trabajador Social del siglo XXI (2003):

El Trabajador Social, en equipo con otros profesionales y como uno más de los profesionales de las relaciones humanas y del bienestar social, trata de adelantarse y prevenir la constante reproducción de la marginalidad, de la exclusión social, de la desafiliación, de la pobreza y de la vulnerabilidad social, fenómenos todos productos de la pobreza estructural de los países desarrollados, fuente de desaliento, protesta, violencia social, que afectan a la convivencia ciudadana.

Tabla N° 17 Ejercicio de otras Funciones ajenas a la formación profesional de los/as Trabajadores/as Sociales adscritos al INN y CANIA 2012

| FUNCIONES AJENAS | INN | | CANIA | TOTALES |
|------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|---------|
| | CEN HIPÓLITA BOLÍVAR | UNIDAD REGIONAL SUCRE | GERENCIA PSICOSOCIAL | |
| si | 2 | | 2 | 4 |
| no | 4 | 1 | 2 | 7 |
| TOTAL | 6 | 1 | 4 | 11 |

Fuente: cuestionario aplicado por los investigadores 2012.

La Tabla N° 17 refleja que siete (7) de los/ as Trabajadores /as Sociales del INN y el CANIA manifestaron que no cumplen funciones que no sean de su formación profesional, pero cuatro (4) alegan que si cumplen funciones ajenas a su formación, como elaborar tamizaje nutricional y llevar estadísticas, es decir, que la mayoría de la población de los/ as Trabadores/as Sociales mantienen, conservadas y bien definidas sus funciones para brindar el pleno bienestar social en el servicio que presta, como parte de la ética en las acciones de su quehacer profesional que los conlleva a cumplir con sus papeles como parte de su intervención, según lo que expone (Álvaro, 2006:5):

“El Rol del Trabajador Social se basa en dos pilares fundamentales, uno teórico- metodológico y otro ético – político, el primer binomio tiene como elemento fundamental la ética. Aspecto que debe estar presente en toda acción profesional sobre todo cuando se trabaja con personas, la ética se relaciona con la responsabilidad que se pone en práctica mientras se ejerce el rol profesional, esto implica reflexionar constantemente sobre qué se hace, cómo lo hace y por qué lo está haciendo en el marco de la intervención profesional”.

Tabla N° 18 Funciones de ejercidas por los/las trabajadores/as sociales adscritos al INN y CANIA, regularmente en su labor 2012

| FUNCIONES: | INN | | | | CANIA | |
|---|------------------------------|--|------------------------------|--|------------------------------|--|
| | CEN HIPÓLITA BOLÍVAR | | UNIDAD REGIONAL SUCRE | | GERENCIA PSICOSOCIAL | |
| | Asume Trabajador Social solo | Asume Trabajador Social con otro profesional | Asume Trabajador Social solo | Asume Trabajador Social con otro profesional | Asume Trabajador Social solo | Asume Trabajador Social con otro profesional |
| Diseño, ejecución, y evaluación de programas y proyectos sociales. | 3 | 4 | - | - | 4 | 4 |
| Brindan atención socio terapéutica individual. | 5 | 2 | - | - | 4 | 3 |
| Asesoramiento y apoyo a grupos que tienen problemáticas específicas. | 6 | 1 | 1 | - | 4 | 2 |
| Capacitación a grupos de autoayuda | - | 5 | - | - | 1 | 2 |
| Capacitación a grupos de usuarios en los efectos de las patologías médico sociales a nivel preventivo o poblaciones en riesgo social. | 3 | 3 | - | 1 | 3 | 2 |
| Brindan atención socio terapéutica grupal. | 2 | 4 | - | - | 3 | 3 |
| Promueven, organizan, y asesoran a grupos comunales de apoyo. | 3 | 2 | 1 | - | 3 | 4 |
| Diseño, ejecución y evaluación de investigaciones sociales relacionadas con la problemática de su área. | 5 | 2 | - | - | 2 | 1 |
| Negociación con organismos nacionales, recursos para proyectos sociales e investigaciones específicas | 2 | 1 | - | - | 1 | 1 |
| Negociación con organismos internacionales, recursos para proyectos sociales e investigaciones específicas | - | 1 | - | - | - | - |
| Diseño y evaluación de actividades de educación popular. | 4 | 2 | - | - | - | - |

Fuente: cuestionario aplicado por los investigadores 2012. Nota preguntas de repuestas múltiples.

En la Tabla N° 18 se refleja que las funciones individuales que realizan los /as (6) Trabajadores/as Sociales en el C.E.N Hipólita Bolívar con predominio es asesorar y apoyar a grupos que tienen problemáticas específicos, al igual que la Trabajadora Social de la Unidad Regional Sucre, quien de igual forma se encarga de promover, organizar, y asesorar a grupos comunales de apoyo. Seguidamente cinco (5) Trabajadores/as Sociales aseguran brindar atención socio terapéutica individual y diseñar, ejecutar y evaluar investigaciones sociales relacionadas con la problemática de su área, en comparación con la Gerencia Psicosocial del CANIA prevalece en los cuatro (4) profesionales en primer orden las funciones de Diseñar, ejecutar, y evaluar programas y proyectos sociales, brindar atención socio terapéutica individual y asesora y apoyar a grupos que tienen problemáticas específicos.

Asimismo, se puntualiza en la Tabla N°. 18, que cinco (5) Trabajadores/as Sociales en el C.E.N Hipólita Bolívar realizan funciones compartida con otro profesionales en algún momento de su intervención por estar inmerso dentro de un equipo interdisciplinario como función predominante, capacitar a grupos de autoayuda y la Trabajadora Social de la Unidad Regional Sucre, capacitar a grupos de usuarios en los efectos de las patologías médico sociales a nivel preventivo o poblaciones en riesgo social., prevaleciendo para cuatro (4) profesionales en la Gerencia Psicosocial del CANIA Diseñar, ejecutar, y evaluar programas y proyectos sociales y promover, organizar, y asesorar a grupos comunales de apoyo.

En fin, la mayoría de las funciones que ejercen los Trabajadores/as Sociales del INN y del CANIA son: Asesora y apoyar a grupos que tienen problemáticas específicos, brindar atención socio terapéutica individual, diseñar, ejecutar y evaluar investigaciones sociales relacionadas con la problemática de su área, promover, organizar, y asesorar a grupos comunales de apoyo, bien sea, de forma individual o con atención compartida con otros profesionales.

Es importante aclarar que lo anterior responde a que actualmente esas funciones pertenecen a un auge de disciplinas que en materia de salud integran el conocimiento, portadores de enfoques etnomédicos, biomédicos, ecológicos turismo de salud y otros. Lo cierto es que se convierte en un reto para los Trabajadores Sociales ser los sujetos implicados en desempeñar funciones específicas y con otros profesionales, donde este profesional según la Tabla n° 18 ha focalizado individual e interdisciplinariamente un modelo de intervención psicodinámico, bajo un enfoque psicosocial en la atención individual y grupal, el cual, citando a (Visarret, 2009:304):

Pone su atención en mejorar y facilitar el desarrollo de la personalidad de los individuos, que ha podido verse entorpecida por diferentes conflictos psíquicos que han afectado de forma traumática a estas personas, condicionando y explicando la situación en la que se encuentran. La teoría psicoanalítica busca tratar e intervenir en el estado «interno» del individuo con el fin de cambiar la conducta «externa».

Para entender la «persona en situación» se requiere un entendimiento de la psicología de forma que le permita al Trabajador Social apoyar a la persona que tenga problemas internos. Igualmente, se requiere un análisis de las fuerzas del entorno que permita descubrir aquellas fuerzas que están perjudicando o afectando seriamente a las personas, familias o grupos con los que está trabajando el Trabajador Social.

A pesar del paso de los años, el enfoque psicosocial ha reconocido de forma constante la importancia de los procesos psicológicos internos, así como la importancia de los procesos sociales externos, las condiciones físicas y la interacción entre ellas.

De acuerdo a lo anterior, las funciones de los/as Trabajadores/as Sociales son de carácter interactivo entre los que ocurre dentro de las familias y los espacios o contextos físicos donde se relacionan los usuarios del INN y CANIA, para actuar bajo esquema terapéutico grupal, es decir que estos profesionales parten de una atención focalizada a la interdisciplinariedad.

4.4 Metodología de Intervención Profesional de los/as Trabajadores/as Sociales en la atención nutricional infantil, adscritos al Instituto Nacional de Nutrición (INN) Y Centro de Atención Nutricional Antímamo (CANIA)

La intervención del Trabajador Social, está enmarcada en dar una atención integradora, basada en la aplicación de un método integral que inspire a la creatividad de nuevas estrategias, técnicas, herramientas y procedimientos de acuerdo a la atención nutricional infantil, que dentro de los niveles individuales, familiares, grupales, comunitarios o colectivos se actué basados en la experiencia de la acción social e institucional lógica y práctica, para alcanzar una metodología que modifique, transforme o reoriente las situaciones reales o sentidas dentro de la salud nutricional, teniendo en cuenta que los problemas nutricionales de la población infantil son cada vez más complejos, y exigen que los profesionales que forman parte del equipo interdisciplinario y multidisciplinario del INN y CANIA velen por el pleno bienestar de las familias, comunidades y principalmente de los afectados.

Es importante hacer saber que la metodología de Trabajo Social no es una receta, pero sí se debe construir nuevos conocimiento en función de no ser tan clásicos y tradicionales al momento de intervenir una situación nutricional en los niños y niñas, así dar repuestas asertivas y menos complicadas. Se quiere con esto dar a conocer cómo desarrollan los Trabajadores/as Sociales su acción profesional en contribución a la emoción, apoyo psicosocial, sociocultural y de mecanismos de trabajos desde estas realidades institucionales, en función de que los pequeños mejoren su calidad de vida nutricional.

Ahora bien, se presenta el abordaje individual, familiar, grupal comunitario o colectivo que realizan los/as Trabajadores/as Sociales adscritos al INN y CANIA, en las tablas números 19 y 20 comparando el trabajo de la institución de carácter gubernamental y la no gubernamental.

Tabla n° 19 Intervención profesional de los/as Trabajadores/as Sociales adscritos al CEN Hipólita Bolívar en la atención nutricional infantil 2012

| INSTITUCIONES | NIVEL DE INTERVENCIÓN | SI | NO | ESTRATEGIAS | TÉCNICAS | INSTRUMENTOS |
|-----------------------|-----------------------|----|----|---|--|---|
| INN | | | | | | |
| CEN HIPÓLITA BOLÍVAR | INDIVIDUO - FAMILIA | 6 | | <ul style="list-style-type: none"> • Orientación y educación familiar | <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista estructurada y no estructurada • Talleres. | <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario. |
| | GRUPO | 3 | | <ul style="list-style-type: none"> • Talleres. | <ul style="list-style-type: none"> • Grupos de trabajos. • Dinámicas de grupos | <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario. • Test. • Encuesta. |
| | COMUNIDAD O COLECTIVO | 3 | | <ul style="list-style-type: none"> • Mesas de trabajos. • Visitas comunitarias | <ul style="list-style-type: none"> • Grupos de discusión. • Entrevistas estructuradas. | <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionarios |
| UNIDAD REGIONAL SUCRE | COMUNIDAD O COLECTIVO | 1 | | <ul style="list-style-type: none"> • Educativas • Formativas • Preventivas | <ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas • Reuniones • Observación | <ul style="list-style-type: none"> • Test • Cuestionarios |

Fuente: cuestionario aplicado por los investigadores 2012.

Nota preguntas de repuestas múltiples.

La tabla 19 hace referencia que los/as Trabajadoras Sociales del Centro de Especialidades Nutricionales “Hipólita Bolívar” abarcan los tres niveles de intervención propios de la profesión; concentrándose la totalidad de las respuestas, seis (6), en el nivel de intervención de Individuo y Familia; respecto a Grupo y Comunidad, las respuestas se concentraron en tres (3) para cada uno, nivel éste en que solo interviene Trabajadora Social de la Unidad Regional Sucre, ya que de acuerdo a la misma situación organizacional en que se encuentra, su figura no brinda atención directa a la infancia y a la familia.

Ahora bien, la intervención con Individuos y Familia, realizada por los/las Trabajadores/as Sociales del Centro de Especialidades Nutricionales “Hipólita Bolívar, enfoca su acción en orientar y educar como estrategias de intervención, para brindarle a los padres y representantes de los niños y niñas atendidos conocimientos del estado nutricional de éstos y para buscar prevención, curación y recuperación.

Además, los profesionales en Trabajo Social del CEN “Hipólita Bolívar” se centran en técnicas generales para este tipo de abordaje con entrevistas estructuradas y no estructuradas hacia los padres y representantes de los infantes, utilizando como medios educacionales los talleres de familia. A juzgar por estos resultados, estos Trabajadores/as Sociales se están limitando a una naturaleza diagnóstica del problema con la aplicación solamente de cuestionarios, obviando la esencia de esta intervención con mayor existencia en la acción social; ya que este nivel de intervención va más allá de investigar sobre la situación nutricional y familiar de un menor.

Del mismo modo, hay un esquema tradicional en la utilidad de sus técnicas, sin dejar atrás otras técnicas de atención individual y familiar, como lo son las de sostén y apoyo, modificación de conductas y modificación ambiental, como parte de una relación comunicacional y a la vez de tratamiento psicosocial, antes de llegar a entrevistas rutinarias para conseguir en los usuarios y familiares su propio auto tratamiento a lo largo de la atención, esto nos permite ampliar la disciplina del Trabajo Social, por qué *“(...) proyecta su accionar en cuanto construcción permanente*

de nuevos conocimientos, técnicas, y modelos de intervención, mediante un proceso de teoría y práctica” (Eroles, 1998: 27), es decir, los Trabajadores/as Sociales están obligados a avanzar en materia de atención a la nutrición infantil, con creatividad en sus estrategias, técnicas e instrumentos.

En el caso de la intervención a nivel grupal, en la misma Tabla Nro. 19 se puede apreciar, que tan solo tres (3) Trabajadores/as Social del CEN “Hipólita Bolívar” utilizan como estrategia los “talleres” (como bien se sabe es una técnica) para la atención nutricional infantil para aquellos padres y representantes de los niños y niñas atendidos, bien sea, por exceso o déficit nutricional, o cualquier problema de nutrición, utilizando técnicas grupales como grupos de trabajos y las dinámicas de conducción grupal en los talleres. Es importante hacer saber que existe un patrón institucional en este tipo de actividades como parte de terapias de trabajo grupal. Además, la intervención con grupos de estos Trabajadores/as Sociales les falta creatividad, ya que los talleres no es la única vía para conducir a los usuarios y sus familiares a mejorar la dinámica nutricional. Se refleja con claridad que la implementación de los cuestionarios los ayuda a obtener un diagnóstico, pero no quedar allí siempre es la solución, sino, crear proyectos sociales que no dependan solo de las directrices del plan de gestión de la institución, porque hoy en día, como desde hace mucho tiempo se mantiene *“la realidad de un aparato institucional que se nos impone coercitivamente produce una experiencia enajenada”* (CELATS, 1983:85).

El abordaje comunitario o colectivo de los/las Trabajadores/as Sociales del Centro de Especialidades Nutricionales “Hipólita Bolívar” reflejado en la Tabla n°19, lo realizan tan solo (3) profesionales, utilizando estrategias y técnicas de inclusión popular, como las mesas de trabajos y visitas comunitarias para conocer la realidad de las comunidades caraqueñas de cómo es la situación nutricional en los niños y niñas y lo que puede afectar su alimentación y nutrición, mediante grupos de discusión con los miembros de las comunidades y a través de entrevista estructuradas, profundizan sobre las causas y efectos de la salud nutricional infantil, sin omitir el carácter

científico de los cuestionarios, donde se toma la contribución de los actores sociales de las colectividades como instrumento clave de la participación popular para *“sensibilizar y motivar a la gente para que participe en la solución de sus problemas”* (Ander Egg 1985:97). Con relación a esto, en el CEN “Hipólita Bolívar” esa metodología de intervención en la atención nutricional infantil es muy conservadora, para acceder a una comunidad y lograr ser involucrados en ella.

Al igual se puede evidenciar que en el abordaje de la única profesional en Trabajo Social con que cuenta la Unidad Regional Sucre, las estrategias y técnicas de intervención están acorde a su acción dentro de Coordinación de Educación de la institución, capacitando, formando, educando y previniendo en las escuelas problemas nutricionales en los niños y niñas, utilizando técnicas muy clásicas como son las entrevistas a padres y representantes y docentes, reuniones con los entes gubernamentales y no gubernamentales del Municipio Sucre para debatir sobre el panorama nutricional de las comunidades y centros educativos donde se aplican test y cuestionarios que son de utilidad para diagnosticar y a partir de allí planificar considerando que *“el Trabajador Social que quiere llegar a conocer realmente la situación sobre la cual interviene tiene que superar el nivel de la demanda para identificar y precisar en términos cuantitativos y cualitativos las necesidades sociales que la generan”* (CELATS, 1983:109), en fin, es bien notorio que la Trabajadora Social se inclina al desarrollo de su rol como investigadora social.

Tabla n°20 Intervención profesional de los/as Trabajadores/as Sociales adscritos a CANIA en la atención nutricional infantil 2012

| INSTITUCIONES | NIVEL DE INTERVENCIÓN | SI | NO | ESTRATEGIAS | TÉCNICAS | INSTRUMENTOS |
|---------------------------|-----------------------|----|----|--|--|--|
| CANIA | | | | | | |
| GERENCIA PSICOSOCIAL | INDIVIDUO - FAMILIA | 4 | | <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista social a grupos familiares. • Reunión de equipo con familiares • Movilización, orientación y asesoramiento hacia el logro, replanteando proyectos de vidas. • Abordaje de pareja y familia encuadre. • Orientación y asesoría familiar. | <ul style="list-style-type: none"> • Observación • Entrevista estructurada • Reunión • Interdisciplinaria | <ul style="list-style-type: none"> • Formato de entrevista social • Formato de historia medico social. • Evaluación social. • Entrevista de control de seguimientos. • Aplicación de formato de logros. |
| | GRUPO | 4 | - | <ul style="list-style-type: none"> • Atención grupal social. • Atención fortalecimiento familiar. • Informar sensibilizar e integrar. • Grupos de información y apoyo. • Trabajos con redes contribución al desarrollo del capital social. • Promoción de valores. | <ul style="list-style-type: none"> • Talleres. • Charlas. • Conversatorios • Dinámicas de grupos y grupos de apoyos. • Reuniones tratamientos grupales. • Jornadas y encuentros. | <ul style="list-style-type: none"> • Sondeo de opiniones. • Evaluación de opiniones. • Test. • Encuestas. |
| COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN | COMUNIDAD O COLECTIVO | 3 | - | - | - | - |

Fuente: cuestionario aplicado por los investigadores 2012. Nota preguntas de repuestas múltiples

La información que se desprende de la Tabla Nro. 20 revela que en CANIA, se abordan los tres (3) niveles de intervención en Trabajo Social. Los/las cuatro (4) Trabajadores/as Sociales de la Gerencia Psicosocial, enfocan su acción en Individuo y Familia y Grupo y los otras tres (3) profesionales de la Coordinación de Educación en el ámbito comunitario. Para efecto de este análisis, se tomará en especial, la experiencia de los/las Trabajadoras/as adscritos/as a la Gerencia Psicosocial en tanto fueron los sujetos del estudio. Solo se hará una breve referencia a la labor que realizan las tres trabajadoras sociales allí adscritas a la Coordinación de Educación para tener una visión general del Trabajo Social a nivel comunitario en CANIA.

Pues bien, la intervención de los/las Trabajadoras/as Sociales a nivel de individuo familia, está centrada en un enfoque de orientación familiar, ya que corresponden a las necesidades psicosociales de la dinámica familiar de los niños y niñas que se atienden en el centro, entrevistando a sus familiares padres o responsables para recopilar información sobre los factores que inciden para que exista algún problema nutricional, planificando reuniones de equipos entre diferentes familias que tienen algún miembro en su etapa de niñez con déficit nutricional, obesidad o patologías orgánicas, realizando movilizaciones, orientaciones y asesoramientos con la idea de crear proyectos de vidas como parte del enfoque o Trabajo Social psicosocial, según Viscarret G, (2009:306):

El Trabajo Social psicosocial está preocupado por la mejora de las relaciones interpersonales y de las situaciones vitales del cliente. A pesar del paso de los años, el enfoque psicosocial ha reconocido de forma constante la importancia de los procesos psicológicos internos, así como la importancia de los procesos sociales externos, las condiciones físicas y la interacción entre ellas.

Además en este nivel se mantiene la función de los/as Trabajadores Sociales en el área investigativa, mediante las entrevistas estructuradas y no estructuradas así como las reuniones, con la idea de agrupar a los niños y niñas y sus familiares, partiendo de una atención grupal social que conduce a fortalecer a las prole en diferentes “talleres” de Crecimiento y Desarrollo Personal.

Dichos talleres son dictados por los profesionales en Trabajo Social con la intención de sensibilizar e integrar grupos de apoyos entre los beneficiarios y desarrollo del capital social en la comunidad de Antímano, sin dejar de ser dinámicos en el tratamiento grupal, donde se brindan jornadas de encuentros en diferentes sesiones educativas para entrega de plan de alimentación, tratamientos y exámenes pos tratamientos mediante la promoción de valores en función de la problemática socio – nutricional.

Además es importante aclarar que la intervención individuo familia y grupal se encuentran vinculadas como medios alternativos e integrales del cuidado psicosocial, ya que los y las Trabajadores/as Sociales ofrecen una atención individual a niños y niñas y sus familias en mini grupos de autoayudas, orientados a la promoción de la salud familiar. Básicamente es de interés resaltar que los/as Trabajadores/as Sociales del CANIA mantienen ese enlace al momento de atender a un usuario, como un solo nivel. Con relación a lo planteado, existe una clara explicación ya que con esa forma de unificar los dos niveles se crea un clima de confianza de Trabajador/a Social – usuario y no intimidarlos en un solo tratamiento para evitar la deserción de los niños y niñas de los programas nutricionales, es decir, que no asistan a las consultas médicas, ni las nutricionales y psicosociales. También para no coartar el interés de los padres y representantes a participar en las actividades que se realizan extraordinariamente en la prevención, curación, sanación y rehabilitación con el Trabajo Social grupal.

Como puede apreciarse, en la recuperación del desnutrido es fundamental intervenir a la familia, ya que es allí donde se pretende influir para que se desarrollen los cambios necesarios para favorecer la recuperación nutricional y el desarrollo integral del niño. En este sentido, la intervención a la familia trata de proporcionar los recursos necesarios para que puedan reconocer sus capacidades y desarrollar conductas de adaptación, para manejar las múltiples fuentes angustias y preocupaciones, de modo que puedan enfrentar las constantes demandas de la vida diaria sin menoscabo de su integridad y autonomía.

La recuperación del niño desnutrido, en el contexto de un modelo de intervención integral, como se hace en CANIA, implica la permanencia en el tiempo de los cambios positivos dietéticos y físicos, para lo cual es necesario el aprendizaje y comprensión por la familia del niño y por él mismo, de una serie de conocimientos y prácticas de salud que, en conjunto con los factores socioculturales y psicológicos, contribuyan a mantener dicha recuperación. Para esto, es indispensable la incorporación de estrategias educativas a los programas de recuperación nutricional, y es allí, donde enfatiza la Coordinación de Educación.

Respecto al nivel de intervención en el ámbito comunitario, se pudo conocer que éste es abordado por las tres (3) Trabajador/a Sociales que se desempeñan en la coordinación de Educación, las cuales no trabajan directamente con la atención nutricional infantil, sino que indirectamente lo hacen a manera de acción preventiva, realizando los informes de las actividades del tamizaje nutricional que se les realiza a los niños y niñas de la parroquia Antímáno, al igual mediante los talleres de sensibilización promueven la participación y organización vecinal para ir capacitando a los vecinos de las diferentes comunidades, con los cursos de promotores comunitarios de la salud, en conjunto con los nutricionistas, psicólogos, pedagogos y enfermeras, dando un aporte en el asesoramiento de proyectos comunitarios que mejoren la nutrición infantil, en su elaboración y ejecución, del mismo modo, educan a los niños y niñas de las escuela o comunidades educativas con talleres sobre salud, alimentación, nutrición, acompañados del nutricionista y pedagogo, también evalúan los preescolares para crear planes de acción correctiva a la malnutrición. Al igual, educan sobre la alimentación en el periodo de embarazo e importancia de la lactancia materna a las madres embarazadas de dicha parroquia.

Como síntesis se tiene que los resultados de la investigación demostrados en las Tabla Nro. 19. y 20, es pertinente hacer referencia que dentro de la metodología de intervención de los/as Trabajadores Sociales del INN y CANIA en la diferentes dependencias investigadas se asemeja mucho a un nivel metodológico que en el transcurrir del tiempo ha mantenido una posición paradigmática de movilizar recursos

principalmente el humanos, donde es válido destacar “ *el sujeto de atención es un actor social que influye en el proceso de transformación de su situación lo cual valida la importancia que el Trabajo Social le otorga al carácter participativo de la intervención*” , (De Robertis, Cristina, 1992:129), de igual manera para el INN y CANIA ha de prevalecer la existencia de un modelo de Trabajo Social alternativo, tomando en cuenta sintéticamente lo que plantea Maguiña y otros, (1987. s/p):

Trabajo Social Alternativo se define a partir del proyecto popular, reformula su objetivo profesional en concordancia con el bienestar que propone y por el cual luchan las clases populares, y ello lo hace con la clara convicción del que la fuerza para gestarlo procede del pueblo mismo, y de la necesidad de apoyarse en ella para poder contribuir como recurso a su disposición, más que asumiéndose como elemento determinante, el Trabajo Social Alternativo apuntan a la formación de un sujeto social popular con potencialidad de transformación social, creativa y productiva, donde los criterios técnicos para proponer opciones de asistencia y bienestar que sean eficaces y factibles.

Es decir, los/as Trabajadores Sociales del INN y CANIA, intervienen en función de brindar una atención a los más vulnerados ,desposeídos, marginados ,excluidos o en condiciones de desigualdad social, no como servidores de un Estado de bienestar, sino, más bien buscar e desarrollo local, sostenible y sustentable dentro del campo la salud nutricional como alternativa a la revaloración de lo popular en términos de cultura de participación y el trabajo conjunto en las comunidades como parte de una atención primaria en salud mediante estrategias de acción adaptadas a la realidad del contexto social.

CONCLUSIONES

Los profesionales en Trabajo Social trabajan de acuerdo a políticas sociales, para brindar aportes a la seguridad alimentaria y el derecho a la alimentación de los pueblos, con principios de atención en salud, para así en el eslabón de la nutrición atender a los individuos, familias, grupos y colectivos, bajo los criterios de programas diseñados por el INN y CANIA. Ambas instituciones tienen en común cercenar la malnutrición en la población infantil para el alcance del bienestar social.

El pleno bienestar social empieza cuando se logra sosegar la vulneración de los derechos de los individuos, grupos, comunidades y colectivos desde diferentes corrientes de pensamientos, criterios y posiciones filosóficas de índole política, económica, social y humanista, es por eso, que basados en los instrumentos legales se permite la acción de diferentes actores sociales en las situaciones nutricionales de los niños y niñas.

Dentro estos actores sociales se encuentra inmerso en la multidisciplinariedad para la atención de la malnutrición en el INN y CANIA, la figura del Profesional en Trabajo social, ha demostrado que a nivel de la salud nutricional más que jugar un papel importante en las relaciones sociales, es un agente motor de transformación conductual, mediante el desarrollo y capital humano, para la obtención de un ser consciente, hábil, creativo, intelectual, progresista y de grandeza afectiva emocional y así enfrentar las dificultades que se presenten en la atención directa e indirecta que brinda los/as Trabajadores/as Sociales.

Esa atención directa e indirecta que ofrece o brinda el profesional en Trabajo Social del INN y CANIA desde los aspectos socio - demográficos y laborales es importante destacar que el sexo masculino requiere de estímulo para el conocimiento y motivación de la profesión Trabajo Social, de cierto modo, de involucrar en condiciones de igualdad de oportunidades de empleos a hombres y mujeres, porque académicamente existe una formación teórico – práctico que lleva a un abordaje

social, tanto así, que en el CANIA en la Gerencia Psicosocial hay dos profesionales de género masculino con estudios de cuarto nivel (en orientación y asesoramiento familiar), esto quiere decir que actualmente hay una preparación constante en la formación de profesionales en Trabajo Social como parte de la historia contemporánea de la disciplina.

El nivel de preparación los conlleva a un adecuado rendimiento laboral, cuya condición laboral está sujeta a las relaciones existentes entre las políticas institucionales, de la sociedad y el Estado, en la vida social. Hay que enfatizar que no es una larga jornada laboral la que define el quehacer profesional por excelencia, sino, lo competente para desempeñar funciones en los diferentes niveles de actuación donde se estimula la maduración y profundización del conocimiento en el ejercicio del Trabajo Social en las situaciones nutricionales que atienden.

Dentro de esas situaciones nutricionales que atienden los profesionales del INN y CANIA tales como, sobre peso y obesidad, déficit nutricional, desnutrición y patologías crónicas, se originan por factores que influyen como los hábitos alimenticios, la educación y los ingresos familiares, es prudente decir, son elementos socio nutricionales que desestabilizan el derecho a la alimentación de la población infantil, donde institucionalmente existe una lucha constante para enfrentar los problemas nutricionales, jugando un papel importante en la articulación por referencias los centros de salud hospitalaria e instancias de protección al niño, niña y adolescentes y lucha de las organizaciones o gubernamentales en frente de la malnutrición, como parte del trabajo en redes sociales, es notorio que los problemas nutricionales perduran en el tiempo y que para ir canalizando la situación requiere de que los/as Trabajadores/as Sociales se encaminen de acuerdo a los 6 programas de atención nutricional infantil del INN (Nutrición para la vida (NPV), Trompo de los Grupos de Alimentos, Servicio de Atención y Recuperación Nutricional (SERN), Nutripuntos, y Centros Dietéticos Socialistas (Cedis) y 2 de CANIA (programa de atención a la malnutrición y un programa de nutrición comunitaria). Brindando a los

infantes atención a la malnutrición por déficit o exceso a la malnutrición, a madres embarazadas, prematuros y bajo peso al nacer y con patologías crónicas). Dicha atención se debe al cumplimiento de roles y funciones que aplican los/as Trabajadores/as Sociales.

En el INN y CANIA los/as Trabajadores/as Sociales forman parte de un equipo de integración dentro de un equipo multidisciplinario la figura de los/as Trabajadores/as Sociales, teniendo oportunidades de aportar ideas y conocimientos, sin embargo es muy notorio como la gestión de recursos para los profesionales del INN, es su principal aporte. Es indudable como en el Centro de Especialidades Nutricionales “Hipólita Bolívar” existe la tendencia de que sólo el Trabajador Social ejercer actividades en función de los programas de atención nutricional infantil, tanto así que prevalecen los vicios institucionales del simple hecho de gestión de recursos como principal aporte. A diferencia del CANIA que existe una oportunidad de decisión de acuerdo al interés investigativo que los profesionales desempeñen dentro de dicho centro, en el área del contexto individual, familiar y grupal, es imperante.

A partir de esa tendencia conservadora de los roles y funciones en Trabajo Social por parte de los Profesionales del CANIA y del INN realizan los estudios sociales, estudios socioeconómicos, trabajo en equipo interdisciplinario e interinstitucional, trabajan con grupos, brindan atención terapéutica; pero muy pocas veces realizan visitas a las comunidades. Tanto así que dentro de las acciones que desarrollan en los programas de atención nutricional infantil en el INN y CANIA se inclinan a la prevención y curación, es decir que en el cumplimiento de sus funciones en atención primaria la salud los/as Trabajadores/as sociales están centrados en sus roles dentro de la promoción a la salud.

Para Los/as Trabajadores/as Sociales del INN y CANIA es un reto participar, llevar una atención integradora de conocimiento en la atención nutricional a la infancia, ampliando su conducción de la metodología de intervención ya que es

evidente como los/as profesional tienen una posición de movilizar recursos principalmente el humano a nivel individual, familiar, grupal y comunitario o colectivo, centrado en el modelo de Trabajo social alternativo donde es cada vez exigente un Estado de protección e inclusión social, se trabaja operativamente bajo un enfoque psicosocial en toda acción social, donde los Trabajadores/as Sociales y del INN y CANIA trabajan para mejorar esas relaciones entre los afectados y sus familiares, a la vez como parte de ese modelo psicodinámica en ambas instituciones los profesionales no dejan de dar el apoyo grupal, como modelo de autoayuda, de acuerdo a criterios contextualizados de integración.

La metodología de abordaje de los y la Trabajadoras sociales Trabajadores/as Sociales, tienen una caracterización han fusionado su propia metodología de intervención profesional, considerando el método tradicional y la utilidad de las estrategias, permitido ser libre en la aplicación de sus conocimientos y a la vez adaptar a la realidad social que viven al momento de atender a los niños y niñas que requieren de sus servicios, se trasciende hacia la racionalidad instrumental de técnicas y estrategias creadas a partir de la realidad y dinámica institucional que vaya a la par con los intereses de los usuario/as atendidos, estableciendo así un modelo de experiencia, para tener el orden, científicidad y control de sus metodología de actuación o intervención social, de esta forma crear conocimiento para el comportamiento humano.

En síntesis la nutrición y alimentación en los infantes son elementos de la salud y dentro de la promoción de está, se encuentra involucrado en Trabajo social, quien va a permitir las relaciones humanas, el fortalecimiento, y liberación de justicia social para enfrentar la malnutrición, es por eso que a pesar de la complejidad que tiene la seguridad alimentaria de un pueblo, este profesional está sujeto a participar activamente para luchar contra la persistencia del hambre que, en tal escala, constituye una amenaza para las sociedades nacionales y por distintas vías para la estabilidad de la propia comunidad internacional, creando un un entorno político,

social y económico propicio, destinado a las mejores condiciones posibles para la erradicación de la pobreza y para la paz duradera, sobre la base de una participación plena y equitativa de las generaciones presentes y futuras.

RECOMENDACIONES

A la Universidad de Oriente:

Promover una educación corresponsable con la niñez, adolescencia y las familias, mediante centro de formación universitaria en las comunidades para activar el potencial humano que aporte al desarrollo de la soberanía y seguridad alimentaria en las localidades.

Al departamento de Trabajo Social:

Reajustar dentro del pensum de estudio las asignaturas de carácter psicosocial y legislación en promoción de la salud, para la acción terapéutica de la infancia, de forma individual y grupal comunitario, en la atención a la nutrición con mayor énfasis en el quehacer profesional en los diferentes campos de actuación.

A los medios de comunicación:

Informar alusivamente sobre los roles y funciones que desempeña el profesional en Trabajo Social en las actividades que realiza para la asistencia, prevención curación, rehabilitación e investigación de las conductas humanas y las relaciones sociales que mantienen las mismas, con el propósito de crear una visión más amplia de las acciones e importancia del Trabajador/a Social para la armonía y defensa de la justicia y derechos humanos dentro de la nación.

Al Instituto Nacional de Nutrición:

- ✓ Ampliar las acciones que realizan los/as Trabajadores/as Sociales dentro de los programas de atención nutricional infantil e incluir dentro de cada programa a esos profesionales.

- ✓ Brindar con mayor asertividad el apoyo a los centros educativos de educación superior, al momento de realizar investigaciones por parte de los estudiantes en cualquier dependencia, como parte de dar aporte a avance científicos creación de nuevos esquemas o criterios.

- ✓ Ampliar la inclusión de profesionales en Trabajo Social, dentro del organigrama estructural de la institución para que pueda desplegarse la figura como tal en las unidades regionales

Al Centro de Atención Nutricional Antímano:

Que las políticas institucionales no limite el quehacer profesional de los/as Trabajadores Sociales independientemente del programa de atención nutricional infantil al cual se encuentre sujeto, no debe inclinarse el profesional a un solo nivel de actuación sino al Trabajo Social integral.

BIBLIOGRAFÍA

Textos

- Ander _ Egg. Ezequiel. (1992). Introducción al Trabajo Social. España. Siglo XXI.
- Ander _ Egg. Ezequiel. (1985). Introducción al Trabajo Social. HUMANITA, Buenos Aires, Argentina.
- Altamirano, Martha. Atmeida, Elsa. Bajana Susana (2004). Manual de Enfermería, Edición MMV. Editorial Cultura, SA, Madrid España.
- Arias, Fidia. (2006). El Proyecto de Investigación. Guías para la Elaboración de Proyectos, Tercera Edición, Editorial EPSTEME. Caracas Venezuela.
- Batista, L. Fernández, C. Hernández, R y Rollado P. (2006). Metodología de la Investigación, 4ta Edición, Editorial MGRANW – hill Interamericana México, DF.
- Blanco, Lucena. Bruno, María. Eroles, Carlos. Fazzio, Adrian. (1998). Familia y Trabajo Social un Enfoque Interdisciplinario de la Intervención Profesional, 1era Edición, Espacio Editorial, Buenos Aires, Argentina.
- Briceño Enrique y Colombo David. (2006), Nutrición y Dietética en Enfermera, FUNDACA, Caracas, Venezuela.
- Bueno M, González, Pérez J-M y Sarria A. (2003) Nutrición en Pediatría, 2da Edición, Editorial Ergon. Majadahonda, Madrid
- Campilongo Vicente (2008), Modulo Instruccional de Bioestadística y Epidemiología, 2da Edición, reimpresión FUNDACA. Caracas Venezuela.
- Carvalho, Raul e IamamotoMarilda. (1982). Relaciones Sociales “Relações Sociais”, Editorial CELATS, Lima Perú.
- CELATS. (1983). Práctica del Trabajo Social, Guía de Analisis, Equipo de Capacitación CELATS, Lima Perú.
- CEPAL. (2008). Programa Social de América Latina, Centro Latinoamericano y Caribeño de demografía [CE] ADE y División de la Comisión económica para América Latina y las Naciones Unidas.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Consejo Económico y Social de la ONU. (1999) Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
Observación General 12. Tema Nro 7. 2do Periodo De Sesiones. Ginebra.

Colectivo de Autores. (2003). Antropología Social, selección de lecturas, Editorial Félix Varela, La Habana, Cuba

De Robertis Cristina. (1992). Metodología de la intervención en Trabajo Social, Editorial El Ateneo, S.L., Barcelona, España.

Diccionario de Medicina Océano Mosby. (2004). Edición en Español MMVII, Editorial Océano, Barcelona, España.

Domínguez Daniel, Pérez Zulima y Torres María. (2007). Enfermería Comunitaria, FUNDACA, Caracas, Venezuela.

Federación Internacional de Trabajo Social (FITS). (2000). El Trabajo Social. Documento. Montreal.

Gerpe N, Pérez T, Solari D, Zaffanori C. (1980). Elementos para un Perfil Profesional del Trabajador Social Uruguay CELATS. Edición, Centro Latinoamericano de Trabajo Social Lima Perú.

Kisnerman Natalio. (1981), Salud Pública y Trabajo Social. 2da Edición, Editorial HUMANITAS, Buenos Aires Argentina.

Latham M. (2003), Nutrición en el Mundo en Desarrollo. Colección FAO: Alimentación y Nutrición N° 29. Roma, Italia.

Manual de Enfermería. (2008) Enfermería Básica, Edición MMV, Madrid España.

Manual Organizacional CANIA. (2008), Edición CANIA, Antímano, Venezuela.

Márquez, Orlando J. (1998). Edad y Salud, Edición en Español, Editorial Océano. Barcelona, España.

Mendoza, M. (1990) Una opción metodológica para los Trabajadores Sociales. Humanitas, Argentina:

Merck Sharp &Dohme. (2004). Edad y Salud, Edición en Español, Editorial Océano. Barcelona España.

Torres Rodríguez, Omar. (2009). Temas de Apoyo para el Trabajo Social, colecciones Ministerio del Poder Popular para las Comunas y Protección social, Caracas Venezuela.

Sabino C. (2000). El Proceso de la Investigación, Editorial Panapo, Caracas Venezuela, editorial Panapo de Venezuela.

Soto de Díaz María. (2008) Informe antropométrico desagregado por localidades y municipios sanitarios año 2007, INN- SISVAN. Cumaná Estado Sucre.

ZURITA. (1996) Atención Primaria en Salud Mental y Trabajo Social en Venezuela. Fondo Editorial Tropykos. FACES/UCV. Caracas.

Trabajos de Grados

Aguilera G, Magndia, Cabala B, Angela, López H, Juan C, Muñiz V Sulema y Walkquer E Mario. (2005) Malnutrición por Defecto en niños de 1 a 5 años de Edad, Policlínica Cesar Fonte, Código ISPN. Trabajo de Grado, Universidad de Barnes, Cuba.

Álvaro, Ana (2006). Reflexiones acerca del rol definido teóricamente y el rol desempeñado en la práctica profesional. Tesis doctoral, Facultad de Filosofía y Letras. UNT.

Arenas Luz, López Humberto y Maya Alfredo. (1999) Educación Popular y Nutrición Infantil Experiencia de Trabajo con mujeres en una zona rural de México [En] Revista. Sande, Vol.: 33 Nc 2. P.P 113 – 121.

Barbena M, Belzitti M, Carballeda A, Capello M y Mendoza (2002). “Modelos de Intervención del Trabajo Social en el Campo de la salud: Obstáculos, Posibilidades y Nuevas Perspectivas de actuación”. Edición N° 27, Escuela de Trabajo Social, UNPL, Buenos Aires Argentina.

Flores A; Yeimy Gabriela (2009), Seguridad Alimentaria desde las Comunidades: Experiencia en dos Comunidades del Distrito de San Isidro, Alajuela, Trabajo de Grado Universidad de Costa Rica.

González W, Muñoz G, Nahr D, Naranjo C. (2002). Abordaje Social de la Malnutrición: Vía para la Construcción del Capital Humano y Social, Edición N° 25, Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA), Caracas Venezuela.

Márquez D, Rodríguez F y Torres Carmen. (2010) Determinar los Factores de riesgo promover la participación activa del personal de enfermería en la promoción de estilos de vida como alternativas para prevenir complicaciones de la hipertensión arterial en los usuarios del ambulatorio rural I, ubicado en la manga – Municipio Montes, Estado Sucre, Trabajo de Grado: Colegio Universitario de los Teques” Cecilio Acosta”, Programas Nacional de Enfermería, Cumaná, Estado Sucre.

Mora R, Dayana, Valdez S, Graciela. (2006). La persona adulta mayor que vive con el VIH: lineamiento para una intervención profesional en el sistema hospitalario desde el Trabajo Social, trabajo de grado: Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

Palacio, Patricia. (2011). Evaluación del programa de Servicio de Educación y Recuperación Nutricional (S.E.R.N) del Instituto Nacional de Nutrición, Cumaná. Estado – Sucre, año 2009. Trabajo de Grado Universidad de Oriente, Cumaná. Venezuela

Pérez M, Rita Milagros. (2005). Contribución del programa alimentación escolar (PAE) en el acceso, permanencia y mejoramiento de los índices académicos y nutricionales en los beneficiarios de las escuelas Estadales de Cumaná 2003 – 2004. Trabajo de Grado Universidad de Oriente, Cumaná. Estado – Sucre.

Documentos Legales

Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial N° 5.453, extraordinario viernes 24 de marzo de 2000.

Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Ley de Ejercicio del Trabajo Social. G.O. N° 39.020 del 19 de Septiembre de 2008.

Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Ley para la Protección de las Familias, la Maternidad y la Paternidad, Gaceta Oficial N° 38.773, jueves 20 de septiembre de 2007

Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente, Gaceta Oficial N° 38.631 viernes 23 de febrero de 2007.

Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Ley de Promoción y Protección de la Lactancia Materna. Gaceta Oficial N° 38.763 del 6 de septiembre de 2007

Naciones Unidas (1989).Convención sobre los Derechos del Niño. Washington, EE.UU

Naciones Unidas (1948) Declaración Universal de los Derechos Humanos. Washington, EE.UU

Naciones Unidas (1966) El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Washington, EE.UU

Organización de Estados Americanos (1988) Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador).

Presidencia de la República de la República Bolivariana de Venezuela. Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley de Salud Agrícola Integral. Gaceta Oficial N° 5.890, Extraordinario del 31 de Julio de 2008.

Presidencia de la República de la República Bolivariana de Venezuela. Decreto 6.071 con Rango, Valor y Fuerza de Ley Orgánica de Seguridad y Soberanía Agroalimentaria (Extraordinario 5.889 de la Gaceta Oficial, 31 de Julio de 2008)

Documentos en Líneas:

Aguilera, A. (2005). La formación Ético cultural del Trabajo Social en Cuba [Documento en Línea]. Disponible en: [HTTP/ WWW. Formación/ética - cultural/ trabajo – social](http://www.formacionetica-cultural/trabajo-social). [Consultada] el 06/03/2009.

Blanco, B (2005) "Repensando la Institucionalidad de la Nutrición en el Siglo XXI:". Ponencia presentada en el Foro Alimentación y Nutrición; Retos y Compromisos. Fundación Bengoa. Caracas, 14 y 15 de Marzo de 2005. Disponible en http://www.fundacionbengoa.org/i_forum_alimentacion_nutricion_informacion/relatoria. [Consultada] el 10/01/2013.

Cania. (2010). Centro de Atención Nutricional infantil [Pagina en Línea]. Disponible en: [HTTP/ WWW. Cani.org.ve/html/organigrama.html](http://www.cani.org.ve/html/organigrama.html). [Consultada] el 16/06/2010.

Chiroques, Henry A. (2005). Promoción de la Infancia en Trabajo Social. [Documento en Línea]. Disponible en: [HTTP/ WWW.nargen.org.ar](http://www.nargen.org.ar), [En] Revista Nargen n°39. [Consultada] el 16/08/2012.

Defensoría del pueblo de la República Bolivariana de Venezuela (2012), informe anual 2011 - 2012) [documento en línea], disponible en: <http://www.defensoria.gob.ve>.

De Schutter Oliver (2002) Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el Derecho a la Alimentación [Documento en línea], Disponible en: <http://www.srfood.org/index.php/es/derecho-a-la-alimentacion> [consultada] 26/03/2012.

Di luca Martin (2008). Índices de Desnutrición en Venezuela se Ubican en 4,16% [página en línea], disponible en [www.rnv.gov/noticias/ noticias/net](http://www.rnv.gov/noticias/noticias/net), [Consultada] 26/ 05/2009.

- Espinoza, L. (1999). Educación en línea ¿Información o Conocimiento? [Revista en Línea]. Disponible en: [HTPP/ WWW. Edu.ec/ried/index.php?option=com-content&task=new&101=41&intermid=53](http://WWW.Edu.ec/ried/index.php?option=com-content&task=new&101=41&intermid=53)[Consultada] el 06/03/2013.
- FAO (s/f) Guía para legislar en materia de derecho a la alimentación. Documento Iniciativa América Latina y el Caribe sin hambre. Disponible en: www.rlc.fao.org – www.rlc.fao.org/iniciativa[Consultada] 31/ 11/2012
- FAO. (2007). El derecho a la alimentación adecuada y a no padecer hambre. Informe de la Oficina del Director General. Roma. Disponible En <http://www.fao.org/docrep/w9990s/w9990s03.htm>[Consultada] 31/ 11/2012
- FAO (2011). La sequía en el Cuerno de África amenaza a millones de personas [documento en línea], disponible en <http://www.fao.org/news/story/es/item/80157/icode/>, [Consultada] 31/ 11/2011.
- FAO (2012) Redes de seguridad y el derecho a la alimentación. En Las directrices sobre el Derecho a la Alimentación. Roma. FAO [Documento en línea], disponible en http://www.fao.org/righttofood/kc/downloads/vl/docs/RtFG_ESP_draft02.pdf, [Consultada] 31/ 11/2012.
- González, M (2005). Políticas Públicas en Salud y Nutrición: ni lo Urgente ni lo Importante". Ponencia presentada en el Foro Alimentación y Nutrición; Retos y Compromisos. Fundación Bengoa. Caracas, 14 y 15 de Marzo de 2005. Disponible en http://www.fundacionbengoa.org/i_forum_alimentacion_nutricion_informacion/relatoria. . [Consultada] 28/ 02/2013
- González W, Muñoz G, Nahr D, Naranjo C. (2001). Rol del Trabajador Social en la Atención del Niño Desnutrido, [Documento en línea], disponible en <http://www.nargen.org.ar>. [EN] Revista Margen N° 22. 2201. [Consultada] 31/ 07/2011
- Gutiérrez, Miriam y Vásquez C, Ana. (2008). Una Visión del Trabajo Social en Salud, [Documento en línea], disponible en <http://www.ucml.es/bits/sumario/71.asp#b5>, [EN] Revista Sumario N° 12, [Consultada] 31/ 11/2011
- INN (2011) - Organigrama estructural [página web en línea], disponible en [/http/ www. In.gob.ve/ módulos/ nosotros/pdf/org](http://www.In.gob.ve/módulos/nosotros/pdf/org) [consultada] 16/06/2011.
- INN (2012) - Perfil Nutricional de Venezuela 2011 [página web en línea], disponible en [/http/ www. In.gob.ve/ módulos/perfil- nutricional/pdf/org](http://www.In.gob.ve/módulos/perfil-nutricional/pdf/org), [consultada] 16/06/2012.

- Naciones Unidas. (2002). El derecho a la alimentación como derecho humano. Informe del Relator Especial, Sr. Oliver De Schutter. Doc. ONU A/57/356, 27 de agosto. Disponible en: <http://www.srfood.org/index.php/es/derecho-a-la-alimentacion>.
- León Marilesa (2010). Cania la Atención Integralmente a más de 200.000 niños y 4000 mujeres embarazadas. [Documento de INES], Disponible en. [www.cania/ atendido/ 2000/niños/4000 mujeres embarazadas](http://www.cania.org/atendido/2000/niños/4000%20mujeres%20embarazadas). Org.com. [consultada] el 20/03/ 2011.
- Nutrición Infantil. (2006). [Documento en línea], disponible en [http://www.redparaellas.com/cocina y nutrición/nutrición infantil.com.html](http://www.redparaellas.com/cocina_y_nutricion/nutricion_infantil.com.html), [Consultada] 31/ 11/2011-
- . Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. Naciones Unidas. (2010). El Derecho a una alimentación Adecuada. Folleto Informativo Nro. 34. Ginebra. [Documento en línea], Disponible en <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet34sp.pdf> [consultada] 26/03/2012.
- ONU (1948) - Declaración Universal de los Derechos Humanos [página web en línea], disponible en [/http/ www. ONU.org. universal. Int.com](http://www.un.org/declaration) [consultada] 26/03/2012.
- Organización Mundial de la Salud (1986) Carta de Ottawa para la protección de la salud, [Documento en línea], Disponible en. [Http.www.who.int/es.com](http://www.who.int/es/com). [consultada] el 02/05/ 2011.
- Perfil Profesional del Trabajador Social del siglo XXI (2003) [Documento en línea], Disponible en. [Http.www.wesb.uvigo.es/educación-ou/arquivos/PERFIL-PROFESIONAL](http://www.wesb.uvigo.es/educación-ou/arquivos/PERFIL-PROFESIONAL). [Consultada] el 30/06/ 2010
- Sánchez J (2004) Roles del Trabajador Social [Documento web en línea], Disponible en: [http.www.Urprh– edu/ J Sánchez/ roles – Trabajador Social](http://www.urprh.edu/j_sánchez/roles_trabajador_social.doc). Doc. [Consultada] el 25/06/ 2011.
- Salud Integral en la Infancia (2006). [Documento web en línea], Disponible en: <http://vidasana.lapipadelindio.com/dietetica-nutricion/alimentacion-adecuada-en-la-infancia>, [Consultada] el 01/04/ 2012.
- UNICEF (s/). Qué importancia tiene la alimentación? Disponible en http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24805.html [consultada] 05/11/ 2010.
- UNICEF (2009a). Informe progreso de la nutrición infantil y materna. [Página web en línea], disponible en [http://www/ clave social/ desnutrición/](http://www.clave-social.org/desnutrición/)

infantil/105/efectos/ del/ un/ problema/mundial. COM [consultada] 05/11/2010.

UNICEF (2009b). Informe del estado nutricional de la infancia 2009[página web en línea]. Disponible en: <http://www.Universal/desnutrición/en/el/mundo.Com.My/notas/692285.htm> [consultada] 05/11/2010.

Viscarret G, Vicente (2009). Modelos de Intervención en Trabajo Social [Documento en línea]. Disponible en: <http://juanherrera.files.wordpress.com/2009/09/ca> [consultada] 05/12/2012.

Prensa y revistas.

Brito, Carmen (2010) Interdisciplinariades: Su valor en un programa de nutrición comunitaria. . [En:] Boletín CANIA, Año 13. Nro 20. Caracas.

Despertad (2010). ¿Trabaja demaciados?, Vol. 91, N° 1, Monthy, Spanish.

Despertad (2012). ¿Cambiará algún día nuestro mundo?, Vol. 93, N° 7, Monthy, Spanish.

FAO.1996. Food fortification: technology and quality control, Estudios FAO: Alimentation y nutrición No. 60. Roma, FAO.

Gordillo F, Natty A. (2007). Metodología, método y propuestas metodológicas en Trabajo Social, [EN] Revista Tendencias & Petotos N° 12 pg. 119-135.

Maguiña, A.; Palma, D y otros. (1987) “Trabajo Social alternativo y proyecto popular”, en Revista Acción Crítica, Lima

Méndez, Absalón (1995) Política social y Trabajo Social. Elementos para su discusión. Serie CODE-FACES. UCV. Nro 49

Misair Alfredo Roberto, 17/10/ 2010, Venezuela, La Desnutrición Infantil en más de 50%. Para el 2015, [EN] Diario Región Sucre, año 36 N° 13.051, Pg. 03.

Montilva, Mariela (2010) El desafío de la nutrición comunitaria. [En:] Boletín CANIA, Año 13. Nro 20. Caracas.

Picardi, D. (2009). Metodología en la Intervención Profesional Trabajo Social, [EN] Revista Margen N° 54pg. 1-7.

ANEXOS



Universidad de Oriente
Núcleo de Sucre
Departamento de Trabajo Social
Escuela de Ciencias Sociales

No de cuestionario:- _____

Fecha: _____

Sede: _____

Anexo 4

Solicitud de colaboración para llenar cuestionario

Estimado (a) señor (a):

Reciba de antemano el más cordial saludo, somos estudiantes de la Universidad de Oriente Núcleo Sucre- Cumaná y estamos realizando la Tesis de Grado para optar el título de Licenciado (a) en Trabajo Social. Para ello estamos desarrollando nuestro trabajo de investigación cuyo tema versa sobre la Intervención Profesional de los/las Trabajadores Sociales en los Programas de Atención Nutricional Infantil de las instituciones públicas y privadas.

En relación a lo anterior, se le solicita su valiosa colaboración para que brinde la información necesaria presente en el siguiente cuestionario. La misma es de carácter confidencial y solo será empleada con fines académicos.

Por favor, lea las preguntas con detenimiento y tómesese el tiempo necesario para responderla de manera clara, completa y lo más sinceramente posible. En algunas se requiere que escriban las respuestas y en otras se le dan varias alternativas, por lo que en estos casos le sugerimos marcar con una (X) la que seleccione.

Atentamente.

Gregorina Gómez R

10. ¿Qué tipo de jornada laboral tiene usted?

- 1) Tiempo completo: ____
- 2) Medio tiempo: ____
- 3) Por objetivos: ____
- 4) Por horas: ____

11. Condición laboral

- A. Fijo: ____ B. Contratado: ____

12. ¿Trabaja actualmente en algún programa de atención nutricional infantil de la institución?

- a. Si: __ (**continuar respondiendo el cuestionario a partir de la pregunta 16**)
- b. No: __ (**continuar con las preguntas 13, 14, y 15**).

13. ¿Considera usted importante la figura del trabajador social en la institución?

- a. Si: ____
- b. No: ____

14. ¿Existen profesionales en Trabajo social desempeñando funciones ajenas a su formación profesional?

- a. Si: ____
- b. No: ____

15. ¿Cuál es su opinión sobre la acción de Trabajador Social, a nivel de su intervención, en la nutrición infantil?

Razone su respuesta: _____

(Fin de la entrevista)

16. Experiencia en la intervención profesional en los programas de atención nutricional infantil.

- 1) 1 a 6 meses.
- 2) 6 meses a 1 año.
- 3) 1 a 3 años.
- 4) 3 a 6 años.
- 5) 6 años y más.

17. De acuerdo a la situación nutricional infantil que atiende marque con una (X), con qué frecuencia se presentan los casos.

| SITUACIÓN NUTRICIONAL INFANTIL | FRECUENCIAS DE REINCIDENCIAS | | | |
|--------------------------------|------------------------------|--------------|-------------|---------------|
| | siempre | Casi siempre | Pocas veces | Algunas veces |
| a. Sobrepeso u obesidad | | | | |

| | | | | |
|------------------------|--|--|--|--|
| b. Déficit nutricional | | | | |
| c. Malnutrición | | | | |
| d. Desnutrición | | | | |
| e. Otros(especifique) | | | | |

18. Según su experiencia, ¿Qué factores influyen para que exista las problemáticas nutricionales infantiles indicados anteriormente. Puede escoger más de una alternativa.

- A. condición de empleo de los familiares: ___
- B. ingresos familiares: ___
- C. disponibilidad de los alimentos: ___
- D. precios de los alimentos: ___
- E. hábitos alimenticios: ___
- F. educación: _____
- G. otros: (especifique) : _____

19 ¿Quien refiere la situación nutricional infantil que usted atiende?

- A. Consejo de Protección al Niño, Niña y Adolescente: ___
- B. Hospitales: ___
- C. Fiscalías: ___
- D. Defensorías educativas: ___
- E. Fundaciones: ___
- F. Albergues: ___
- G. Consejos comunales: ___
- H. Escuelas: _____
- I. Otros:(especifique): _____

20. Tipo de acciones que desarrolla a través de estos programas donde usted interviene:

| Programas | Acción preventiva | Acción curativa | Acción rehabilitadora | Nº de usuarios |
|--|-------------------|-----------------|-----------------------|----------------|
| A. Nutrición para la vida | | | | |
| B. Trompo de los grupos alimenticios | | | | |
| C. Servicio de atención y recuperación nutricional | | | | |
| D. nutripuntos | | | | |
| E. Centros dietéticos socialistas | | | | |
| F. Atención de la | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| malnutrición primaria por déficit | | | | |
| G. Atención de la malnutrición primaria por exceso | | | | |
| H. Atención de la malnutrición asociada a patologías orgánicas | | | | |
| I. Atención a embarazadas | | | | |
| J. Atención a prematuros | | | | |
| K. Otros (especifique) | | | | |

Roles y funciones del Trabajador Social

21. ¿Qué dependencia le corresponde diseñar esos programas?

22. ¿Participó en el diseño de los programas?

1. Si ___/ 2.No ___/ En ambos casos explique:

23. ¿La decisión de trabajar con él/los programas de atención nutricional fue determinada por:

- A. la dependencia donde estoy adscrito (a): _____
- B. por jefatura: _____
- C. concurso: _____
- D. elección propia: _____
- E. otras (especifique): _____

24. ¿Elija cuál función principal usted realiza en la institución y cuál en segundo lugar?

| funciones: | Primer lugar | Segundo lugar |
|-----------------------------|--------------|---------------|
| a. Gerencial | | |
| b. Asistencial | | |
| c. Investigación | | |
| d. Intervención terapéutica | | |
| e. Educativa | | |
| f. Preventiva | | |
| g. Promocional | | |

| | | |
|-----------------------|--|--|
| h. Otros, especifique | | |
|-----------------------|--|--|

25. ¿Forma parte de un equipo interdisciplinario dentro de los programas de atención nutricional infantil?

1) Sí__ /

2) No__ /

De ser afirmativo:

26. ¿Quiénes constituyen el equipo interdisciplinario?

- a. Psicólogos: __
- b. Médicos: __
- c. Nutricionistas: __
- d. Educadores: __
- e. Enfermeras: __
- f. Sociólogos: __
- g. Abogados: __
- h. Otros (especifique): _____

27. ¿La toma de decisiones en el equipo interdisciplinario, se encuentra:

- 1. Concentrada en un/a solo/a profesional: ____
- 2. Concentrada en un grupo de profesionales de una misma disciplina: ____
- 3. Compartida por todos/as los/as miembros: ____
- 4. Otros (Especifique) _____

28. ¿Cuál es su principal aporte como profesional en este equipo interdisciplinario?

29. En el ejercicio regular de sus labores, indique, ¿Cuáles funciones son asumidas conclusivamente por usted y cuáles son abordadas con otros profesionales

| FUNCIONES: | Asume Trabajador Social | Asume Trabajador Social con otro profesional |
|---|-------------------------|--|
| Diseñar, ejecutar, y evaluar programas y proyectos sociales. | | |
| Brindar atención socio terapéutica individual. | | |
| Asesora y apoyar a grupos que tienen problemáticas específicos. | | |
| Capacitar a grupos de autoayuda | | |
| Capacitar a grupos de usuarios en los efectos de las patologías médicosociales a nivel preventivo o poblaciones en riesgo social. | | |

| | | |
|---|--|--|
| Brindar atención socio terapéutica grupal. | | |
| Promover, organizar, y asesorar a grupos comunales de apoyo. | | |
| Diseñar, ejecutar y evaluar investigaciones sociales relacionadas con la problemática de su área. | | |
| Negociar con organismos nacionales, recursos para proyectos sociales e investigaciones específicas | | |
| Negociar con organismos internacionales, recursos para proyectos sociales e investigaciones específicas | | |
| Diseñar y evaluar actividades de educación popular. | | |

30. ¿Qué funciones considera usted, que no desempeña actualmente ¿por qué razones?

31. ¿Qué funciones considera usted, que debería desempeñar actualmente? Por qué razones?

32. En el ejercicio regular de su labor, marque con una (x) las actividades que realiza en su ejercicio profesional.

| | <i>Frecuencia con que se realiza</i> | | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|----------------------|--------------------|--------------|
| | <i>Siempre</i> | <i>Algunas veces</i> | <i>Pocas veces</i> | <i>Nunca</i> |
| Actividad | | | | |
| a. Visitas al hogar de usuarios | | | | |
| b. Visitas a la | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| comunidad | | | | |
| c. Trabajo de grupo | | | | |
| d. Estudios sociales | | | | |
| e. Estudios socio-económicos | | | | |
| f. Atención terapéutica | | | | |
| g. Trabajo en equipo interdisciplinario | | | | |
| h. Trabajo en equipo interinstitucional | | | | |
| i. Trabajo administrativo | | | | |
| j. Trabajo relacionado con supervisión | | | | |

Metodología de intervención

33. ¿Cuáles estrategias de intervención profesional con **individuos y familias, grupos, comunidades o colectivos** (técnicas e instrumentos) ha diseñado y/o ha implementado para la atención nutricional infantil en la institución?

| NIVEL DE INTERVENCIÓN | SI | NO | ESTRATEGIAS | TÉCNICAS | INSTRUMENTOS |
|-----------------------|----|----|-------------|----------|--------------|
| Individuo familia | | | | | |
| NIVEL DE INTERVENCIÓN | SI | NO | ESTRATEGIAS | TÉCNICAS | INSTRUMENTOS |

| | | | | | |
|-----------------------|----|----|-------------|----------|--------------|
| Grupos | | | | | |
| NIVEL DE INTERVENCIÓN | SI | NO | ESTRATEGIAS | TÉCNICAS | INSTRUMENTOS |
| Comunidad o Colectivo | | | | | |

34. Según su criterio, ¿Existen limitaciones para brindar una intervención integral a la población de interés, en el/los programas de atención nutricional infantil que ejecuta?

Si ___/ No ___/

De ser afirmativo, mencione las limitaciones:

35. ¿Considera que la formación académica que recibió (conocimientos, habilidades y destrezas) fue la más adecuada para enfrentar los retos, y desempeñarse día a día como profesional en el cumplimiento del puesto que ocupa?

A. Si: ____

B. No: ____

36. En el caso de ser negativa su respuesta, ¿Qué cambios le haría a la formación que se brinda al profesional en Trabajo Social, de forma tal que dicha formación (conocimientos, habilidades, y destrezas), sea la más adecuada para su desempeño profesional.

Aquí finaliza el cuestionario se agradece su colaboración y apoyo, debido a que sus experiencias y aportes son valiosos para nuestra investigación.

¡Muchas gracias!

HOJAS DE METADATOS

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/6

| | |
|------------------|--|
| Título | Intervención profesional de los/as trabajadores/as sociales en la atención nutricional infantil |
| Subtítulo | |

Autor(es)

| Apellidos y Nombres | Código CVLAC / e-mail | |
|----------------------------|------------------------------|--|
| Gómez R, Gregorina | CVLAC | |
| | e-mail | |
| | e-mail | |
| Gómez C, Edward A | CVLAC | |
| | e-mail | |
| | e-mail | |
| | CVLAC | |
| | e-mail | |
| | e-mail | |
| | CVLAC | |
| | e-mail | |
| | e-mail | |

Palabras o frases claves:

| |
|---|
| Trabajo social, atención nutricional, nutrición infantil Salud |
| |

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/6

Líneas y sub líneas de investigación:

| Área | Subárea |
|-------------------|----------------|
| Ciencias Sociales | Trabajo Social |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Resumen (abstract):

El derecho a la alimentación es un derecho humano reconocido que permite a las personas el acceso a una alimentación adecuada y a los recursos necesarios para tener en forma sostenible seguridad alimentaria, la cual implica, a su vez, tener acceso físico y económico en todo momento a suficientes alimentos para satisfacer sus necesidades alimenticias a fin de llevar una vida activa y sana. Los niños son especialmente vulnerables a la falta de una alimentación adecuada, lo que puede traer consigo problemas de malnutrición, ya sea por déficit o por exceso nutricional, lo cual, unido a una ingesta alimentaria inadecuada, se debe también a un conjunto de causas relacionadas con el entorno económico, social, cultural, familiar. En esta compleja realidad social en torno a la nutrición infantil se involucra la acción del/la Trabajador/ra Social para dar respuestas a las necesidades, problemas o demandas allí presentes, dando aportes fundamentales a través de las instituciones públicas y privadas, en pro del desarrollo integral de los niños y niñas. Con base a estas argumentaciones, se realizó una investigación cuantitativa cuyo objetivo principal fue Analizar la intervención profesional de los/as Trabajadores/as Sociales en los Programas de Atención Nutricional Infantil del Instituto Nacional de Nutrición (INN) sede Caracas y la Unidad Regional Sucre y el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA), año 2012. Se trató de un estudio descriptivo con un diseño documental y de campo no experimental, cuya información fue recolecta en un cuestionario autoadministrado aplicado al personal de Trabajo Social que allí labora. Los resultados evidencian los/as profesional tienen una posición de movilizar recursos principalmente el humano a nivel individual, familiar, grupal y comunitario o colectivo, centrado en el modelo de Trabajo social alternativo, a pesar de mantener el asistencialismo presente, se trabaja operativamente bajo un enfoque psicosocial en toda acción social de acuerdo a criterios contextualizados de integración.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/6

Contribuidores:

| Apellidos y Nombres | ROL / Código CVLAC / e-mail | |
|------------------------------|-----------------------------|---|
| Profa. Andelis Holder | ROL | C <input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> |
| | CVLAC | 6644249 |
| | e-mail | andelish@gmail.com |
| | e-mail | |
| Guevara Carmen | ROL | C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> J <input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> X |
| | CVLAC | 66333124 |
| | e-mail | cguevara1@gmail.com |
| | e-mail | |
| Marcano Ana M. | ROL | C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> J <input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> X |
| | CVLAC | 5696408 |
| | e-mail | Anamercedes123@hotmail.com |
| | e-mail | |

Fecha de discusión y aprobación:

Año Mes Día

| | | |
|-------------|-----------|-----------|
| 2013 | 05 | 21 |
|-------------|-----------|-----------|

Lenguaje: SPA _____

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/6

Archivo(s):

| Nombre de archivo | Tipo MIME |
|----------------------|------------------|
| Tesis-gomezgomez.doc | Application/word |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Alcance:

Espacial: (Opcional)

Temporal: (Opcional)

Título o Grado asociado con el trabajo: Licenciados En Trabajo Social

Nivel Asociado con el Trabajo: Licenciado

Área de Estudio: Trabajo Social

Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado: Universidad de Oriente

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/6



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CUN°0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Letdo el oficio SIBI – 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.



Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

JUAN A. BOLANOS CUMBELE
Secretario




C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/maruja

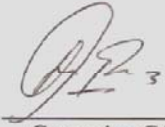
Apartado Correos 094 / Telfs: 4008042 - 4008044 / 8008045 Telefax: 4008043 / Cumaná - Venezuela

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso- 6/6

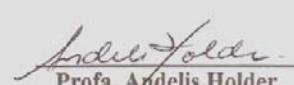
Artículo 41 del REGLAMENTO DE TRABAJO DE PREGRADO (vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009) : “los Trabajos de Grado son de la exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente, y sólo podrán ser utilizados para otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, quien deberá participarlo previamente al Consejo Universitario para su autorización”.



Edward Gómez
Autor 1



Gregorina Gómez
Autor 2



Profa. Anelis Holder
Asesor