



DIAGNÓSTICO

sobre vulnerabilidad específica nutricional en adultos mayores de 60 años y niños/as de 0 a 117 meses de edad con condición de discapacidad residentes de los departamentos de Chiquimula, Huehuetenango y Quiché

Financiado por la Dirección General de Protección Civil y Operaciones de Ayuda Humanitaria Europeas (ECHO)

Septiembre de 2018



Financiado por
Unión Europea
Protección Civil y
Ayuda Humanitaria



CONSORCIO DE
ORGANIZACIONES
HUMANITARIAS



Financiado por
Unión Europea
Protección Civil y
Ayuda Humanitaria



CONSORCIO DE
ORGANIZACIONES
HUMANITARIAS



SOCIOS LOCALES



REALIZADO POR

Unidad de Planificación, Monitoreo y Evaluación,
INCAP



Este estudio fue realizado bajo la coordinación del Dr. Leopoldo Espinoza de la Unidad de Planificación, monitoreo y evaluación del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá – INCAP – por:

Licda. Aura Isabel Arévalo,
Licda. Andrea Gabriela Alvarez
Dr. Paúl Melgar
Lic. Marvin Alvarez
Dr. Wilton Pérez

Septiembre de 2018, Guatemala

TABLA DE CONTENIDO

I.	ANTECEDENTES	4
1.1.	Acerca del Consorcio de Organizaciones Humanitarias	5
1.2.	Acerca de ASB Alemania en Centroamérica	5
1.3.	Acerca de INCAP	6
II.	OBJETIVOS	8
III.	METODOLOGÍA	10
3.1.	Diseño del estudio	11
3.2.	Marco Muestral	11
3.3.	Indicadores	12
3.4.	Indicadores Antropométricos	13
3.5.	Indicadores de Morbilidad del niño/a	16
3.6.	Indicadores de Morbilidad del adulto mayor	16
3.7.	Hábitos de higiene en el adulto mayor	17
3.8.	Indicadores de Atención en salud de niños(as)	18
3.9.	Indicador de Saneamiento en el Hogar	19
3.10.	Características de las familias y hogares; Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas	20
3.11.	Puntaje de Consumo de Alimentos (PCA)	21
3.12.	Índice de estrategias de supervivencia (IES)	22
IV.	ETAPAS EN LA REALIZACION DEL ESTUDIO	23
4.1.	Reuniones de Planificación con Equipo Técnico de ASB	25
4.2.	FASE DE IDENTIFICACION DE SUJETOS DE ESTUDIO	25
4.3.	Reclutamiento y organización del equipo de campo de INCAP	27
4.4.	Capacitación y estandarización del equipo de campo de INCAP	27
4.5.	Prueba piloto	30
4.6.	Recolección de datos	30
4.7.	Digitación de los datos	30
4.8.	Análisis de los datos	30

V.	RESULTADOS ADULTOS	31
5.1.	Cobertura	32
5.2.	Características del adulto mayor con condición de discapacidad	33
5.3.	Características del responsable o cuidador del adulto mayor con condición de discapacidad	36 37
5.4.	Características de la vivienda e Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas en las viviendas de adultos mayores con condición de discapacidad	39
5.5.	Estado nutricional de adultos mayores con condición de discapacidad	40
5.6.	Estado de salud/morbilidad del adulto mayor	44
5.7.	Consumo de alimentos y estrategias de resiliencia de adultos mayores	50
5.8.	Asistencia alimentaria	54
5.9.	Grupos focales	55
VI.	RESULTADOS NIÑOS/AS	57
6.1.	Cobertura de Niños/as < 10 años con condición de discapacidad	58
6.2.	Características de niños/as con condición de discapacidad	60
6.3.	Características del cuidador de niños/as con condición de discapacidad	64
6.4.	Características de la vivienda e Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas	66
6.5.	Antropometría de niños/as de 0 a 117 meses con condición de discapacidad	69
6.6.	Morbilidad en niños/as de 0 a 117 meses	72
6.7.	Consumo de alimentos y estrategias de resiliencia	78
6.8.	Asistencia de programas	81
6.9.	Componente cualitativo- Entrevistas a profundidad	83
VII.	CONCLUSIONES	89
7.1.	Niños	90
7.2.	Adultos mayores de 60 años	92
VIII.	RECOMENDACIONES	95
	Bibliografía	98



ANTECEDENTES

ACERCA DEL CONSORCIO DE ORGANIZACIONES HUMANITARIAS¹

El Consorcio de Organizaciones Humanitarias nace en 2015, cuando varias organizaciones internacionales unen esfuerzos para ejecutar acciones de asistencia alimentaria a lo largo del Corredor Seco guatemalteco con el financiamiento de la Dirección General de Protección Civil y Operaciones de Ayuda Humanitaria Europeas (ECHO). Dentro de estas organizaciones se encuentran Trócaire, Grupo de Voluntariado Civil (GVC), Médicos del Mundo (MdM), *Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland* (ASB), *Télécoms Sans Frontières* (TSF) y Acción Contra el Hambre, quienes con sus socios locales, Comité Cívico del Altiplano (CCDA) y el Consejo Nacional para la Atención de las Personas con Discapacidad (CONADI), han brindado asistencia coordinada con las instituciones públicas y las comunidades, a familias en Crisis (Fase 3, CIF), según la Clasificación Integrada de la Seguridad Alimentaria (IPC, por sus siglas en inglés), de comunidades ubicadas en municipios de Huehuetenango, Quiché y Chiquimula.

Otro de los objetivos del Consorcio es fortalecer el sistema de salud guatemalteco para la identificación y tratamiento adecuados de niños con Desnutrición Aguda (DA), así como la difusión e institucionalización de buenas prácticas de resiliencia y gestión de riesgo a la Inseguridad Alimentaria y Nutricional desde una perspectiva de promoción de redes de protección social, desde la cual se enmarcan diversos estudios que propicien el diálogo sobre temas que no han sido abordados hasta el momento con la importancia que merecen.

ACERCA DE ASB ALEMANIA EN CENTROAMÉRICA²

Arbeiter-Samariter-Bund (ASB) Alemania es una organización sin fines de lucro, no gubernamental, apolítica y aconfesional fundada en 1888. Actualmente es una de las principales organizaciones de protección civil y beneficencia de Alemania, y forma parte del Sistema Nacional de Protección Civil y Gestión de Riesgos de Alemania, junto a la Cruz Roja y otras cuatro organizaciones. Su enfoque se centra principalmente en las siguientes actividades:

- Servicios de rescate.
- Primeros auxilios.
- Asistencia médica de emergencia.
- Asistencia social a personas con discapacidad, adultos mayores y niños/as.
- Atención a refugiados.

En el ámbito de la cooperación internacional, ASB Alemania tiene presencia en 23 países. Entre sus principales prioridades se encuentra la ayuda humanitaria de emergencia en los sectores de salud, agua, saneamiento e higiene y seguridad alimentaria. Otro importante eje de trabajo es la preparación y prevención ante desastres, con especial énfasis en la inclusión de personas con discapacidad y adultas mayores.

1 <https://respuestaguatemala.ihlac.org>

2 <http://asb-latam.org/sobre-nosotros/>

En Centroamérica, ASB inició sus operaciones a partir de 1998, prestando asistencia humanitaria en respuesta al huracán Mitch. Desde entonces, ASB ha implementado proyectos de emergencia, recuperación y rehabilitación, desarrollo y gestión de riesgos ante desastres, con especial énfasis en la inclusión de las personas con discapacidad y adultas mayores. ASB Alemania ha ejecutado en Centroamérica proyectos de ayuda humanitaria de alcance regional en respuesta a los efectos de la sequía que ha afectado miles de familias campesinas. Así mismo se implementa un proyecto de inclusión de personas con discapacidad y adultos mayores en la gestión del riesgo de desastres a nivel regional, nacional y local en Guatemala, Honduras, El Salvador y Nicaragua.

1.3

ACERCA DE INCAP

El Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP)³ es un centro especializado en nutrición y sus determinantes, es una institución Regional del Sistema de Integración Centroamericana por lo que es líder y referente científico técnico en los campos de Nutrición y Salud de Centroamérica. Desde su fundación en 1949, el compromiso de INCAP es contribuir en el desarrollo de ciencias nutricionales, promover su aplicación práctica y fortalecer la capacidad de los actores sociales clave, responsables mediante la cooperación técnica basada en evidencia a través de estudios epidemiológicos relacionados con la naturaleza, magnitud, distribución y determinantes de los problemas de alimentación y nutrición de la población para impulsar el desarrollo de intervenciones que incidan en los determinantes de la situación nutricional de la población de los Estados Miembros, estableciendo y consolidando alianzas, redes y equipos de trabajo multidisciplinarios y multisectoriales, con una organización flexible, sostenible y orientada al logro de resultados.

El equipo técnico de INCAP, autor de esta propuesta, ha realizado evaluaciones de proyectos similares al que aquí se presenta en las áreas rurales del país. Este equipo está compuesto por profesionales técnicos, supervisores, antropometristas/encuestadoras con amplia experiencia en diseño, implementación, análisis y publicaciones científicas sobre investigaciones en áreas rurales y urbanas del país.

INCAP en el contexto de la realización de esfuerzos coordinados, así como fortalecer los lazos de colaboración interagencial en temas de alimentación y nutrición presenta a ASB Guatemala el informe de la fase preparatoria y de campo del *“Diagnóstico sobre vulnerabilidad específica nutricional en adultos mayores de 60 años y niños/as de 0 a 117 meses de edad con condición de discapacidad residentes de los departamentos de Chiquimula, Huehuetenango y Quiché”*.

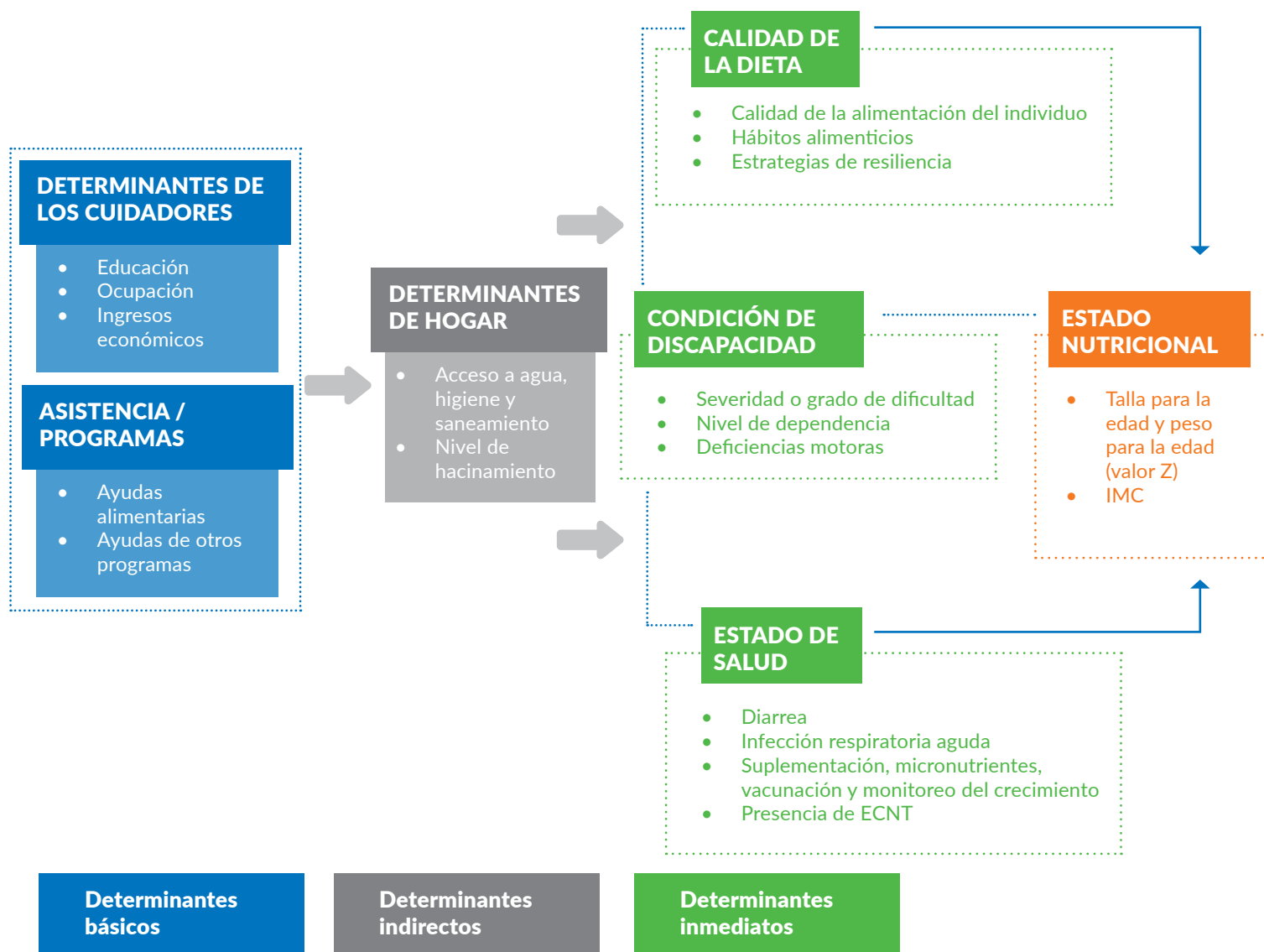
MARCO CONCEPTUAL

El marco conceptual sobre los determinantes del estado nutricional es un aporte de este estudio y refleja que las causas de la desnutrición son multifactoriales y abarcan la alimentación, la salud y las prácticas de atención (**Figura 1**). El estado nutricional viene determinado por tres factores individuales, inmediatos de gran alcance: alimentación (acceso a alimentación asequible, variada y rica en nutrientes, hábitos alimentarios, estrategias de resiliencia entre otras); la atención sanitaria, es decir prácticas adecuadas de atención materna e infantil, a unos servicios de salud apropiados y a un entorno saludable de agua potable que incluya el saneamiento y unas buenas prácticas de higiene y el estado de salud establecido por la presencia de enfermedades infecciosas prevalentes en la niñez (diarrea e infección respiratoria, oferta de servicios de salud).

3 <http://www.incap.int>

También influyen otras características como la condición de discapacidad de un niño/a, (severidad, nivel de dependencia, deficiencias motoras y sensoriales). También se pueden clasificar como determinantes indirectos básicamente las características del hogar (acceso a agua, hacinamiento, higiene personal y domestica). Como determinantes básicos se han contemplado las características de los cuidadores (escolaridad, ocupación, ingresos, así como la participación como beneficiarios en actividades de asistencia alimentaria).

Figura 1. Relación entre condición de discapacidad e inseguridad alimentaria nutricional



Estos factores inciden directamente en la ingesta de nutrientes y en la presencia de enfermedades. La interacción entre la desnutrición y la infección genera un ciclo potencialmente letal de empeoramiento de las enfermedades y deterioro del estado nutricional. Este marco es una guía para el estudio de estas interrelaciones, el cual podría ser utilizado como un instrumento de ayuda en la planificación de intervenciones eficaces que busquen preservar el estado nutricional, así como la SAN (Seguridad Alimentaria y Nutricional) de la población con condición de discapacidad.



OBJETIVOS

GENERALES

Determinar la vulnerabilidad nutricional y los limitantes sociales que experimentan los niños/as de 0 a 117 meses de edad con condición de discapacidad residentes en Huehuetenango y Quiché y de adultos mayores de 60 años con condición de discapacidad residentes en el departamento de Chiquimula.

ESPECÍFICOS

- Determinar el estado nutricional de niños/as de 0 a 117 meses de edad y adultos mayores de 60 años por antropometría de acuerdo a la condición de discapacidad (peso, longitud/talla, CMB, altura de rodilla, circunferencia de pantorrilla, circunferencia de muñeca, extensión del brazo, etc.).
- Determinar la prevalencia de síndrome diarreico agudo e infección respiratoria aguda en niños/as de 0 a 117 meses de edad con condición de discapacidad.
- Determinar el nivel de INSAN de los hogares de los niños/as de 0 a 117 meses de edad y adultos mayores de 60 años con condición de discapacidad mediante el puntaje de consumo de alimentos (PCA).
- Determinar la cobertura de los servicios salud, suplementación con micronutrientes, monitoreo del crecimiento y vacunación en los niños/as de 0 a 117 meses de edad y adultos mayores de 60 años con condición de discapacidad.
- Determinar características de saneamiento ambiental e higiene en el hogar de niños/as de 0 a 117 meses y adultos mayores de 60 años con condición de discapacidad.
- Explorar de manera cualitativa los factores de vulnerabilidad social que influyen en la seguridad alimentaria y nutricional de los niños/as de 0 a 117 meses de edad y adultos mayores de 60 años con condición de discapacidad.



METODOLOGIA

3.1

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional con un diseño de corte transversal, en el cual la unidad de análisis fueron los niños/as de 0 a 117 meses de edad y adultos mayores de 60 años con condición de discapacidad; se utilizaron técnicas cualitativas y cuantitativas para determinar los indicadores el estado nutricional de niños/as y adultos que es la variable de desenlace de interés del estudio.

3.2

MARCO MUESTRAL

Encuesta Hogar

El cálculo del tamaño de muestra de niños/as de 0 a 59 meses de edad se determinó en base al evento esperado, se tomó como parámetro la prevalencia de desnutrición crónica en niños/as 0 a 59 meses de edad (talla-para-la edad < -2 desviaciones estándares) del departamento de Huehuetenango (68%) y Quiché (69%) según la Encuesta de Salud Materno Infantil- ENSMI 2014/15. Por razones logísticas la edad se amplió a 0 a 117 meses de edad (como se indica en detalle en la sección de cobertura el punto 2 de la página 46). En el grupo de adultos mayores se consideró como parámetro la prevalencia de bajo peso o delgadez (IMC menor a 18 kg/m² de mujeres en edad fértil) del departamento de Chiquimula (2.6%) según la ENSMI 2014-15.

En la **Figura 2** se muestran los parámetros que se tomaron en consideración para el cálculo de la muestra, siendo estos un nivel de confianza del 95%, una precisión de ±10% y 2.0% (para IMC), y una tasa de participación del 90%. La fórmula utilizada para el cálculo del tamaño de muestra es una proporción, con una corrección de población de acuerdo al universo de sujetos del estudio por departamento para Huehuetenango, Quiché y Chiquimula.

Figura 2. Fórmula para cálculo de muestra de niños/as y adultos mayores con condición de discapacidad

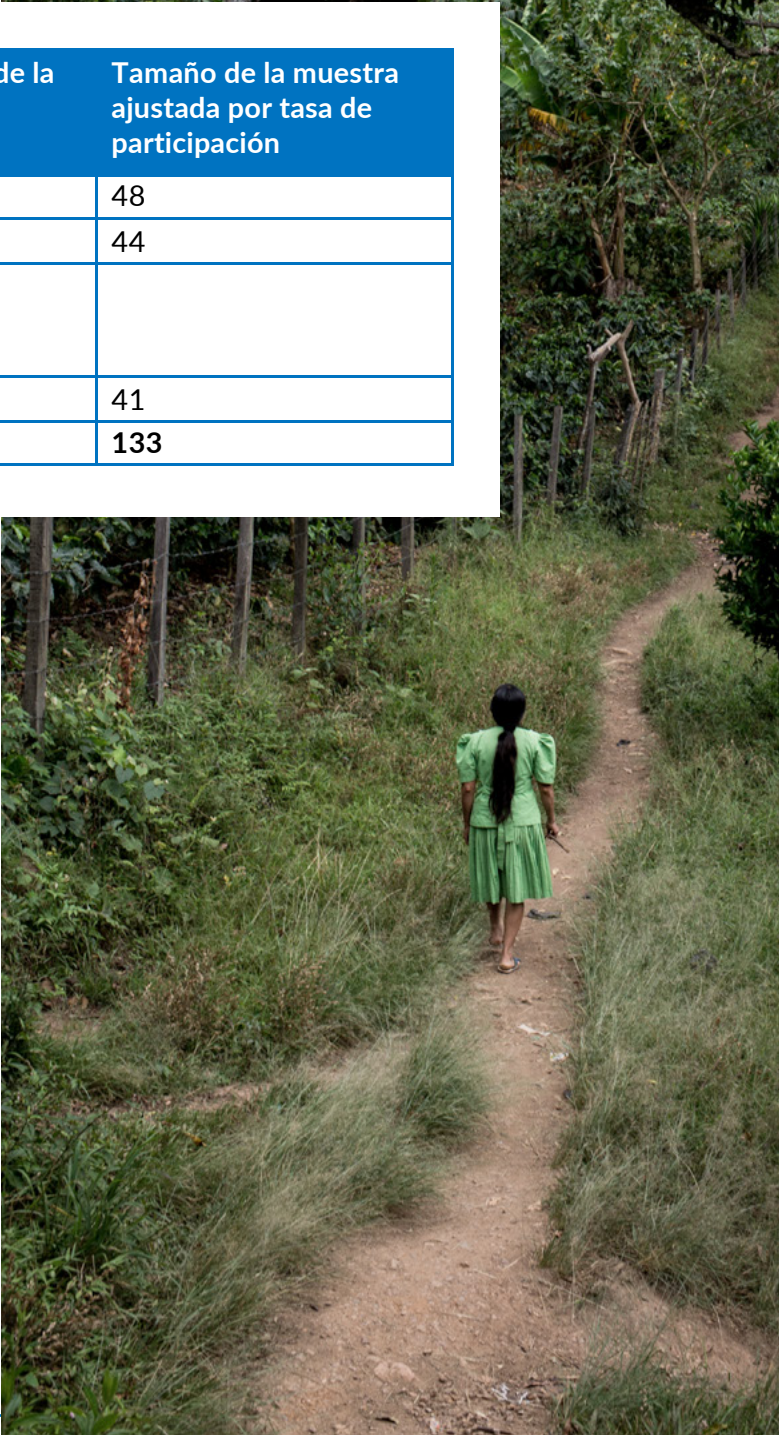
	donde
$n = \frac{Z_{\alpha}^2 P \times (1 - P)}{D^2}$	n: es el tamaño de la muestra Z: valor de la distribución normal estándar α: error de tipo I, de 0.05 P: prevalencia esperada del evento D: nivel de precisión esperada de la estimación del evento

Para la realización de este estudio la muestra es de 41 adultos mayores de 60 años con condición de discapacidad y una muestra de 92 niños/as menores de 10 años con condición de discapacidad. A continuación, se presenta el tamaño de muestra calculada por sujeto y lugar del estudio.

Cuadro 1. Tamaño de muestra de niños/as menores 10 años y adultos mayores de 60 años por lugar de estudio

Indicador		Tamaño de la muestra	Tamaño de la muestra ajustada por tasa de participación
Prevalencia de desnutrición crónica (HAZ <-2) en menores de 5 años			
Huehuetenango	68.0%	44	48
Quiché	69.0%	40	44
Prevalencia de bajo peso o desnutrición ponderal en Adultos mayores (IMC <18, MEF)			
Chiquimula	2.6%	38	41
TOTAL			133

HAZ: puntaje z de talla para la edad,
IMC: Índice de Masa Corporal,
MEF: Mujeres en edad fértil.



INDICADORES

INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS

Los indicadores antropométricos a determinar en niños/as y adultos se describen a continuación. En los casos donde no se pudo determinar peso y longitud/talla como consecuencia de la condición de discapacidad, se realizaron estimaciones de medidas antropométricas del individuo.

Cuadro 2. Indicadores antropométricos del estado nutricional para uso en poblaciones

VARIABLE: Estado nutricional por antropometría	
Nombre del Indicador	Definición conceptual
Bajo peso para la edad en niños(as) de 0 a 117 meses (WAZ)	% de niños(as) de 0 a 117 meses con peso para la edad puntaje Zeta <-2 DE ¹
Desnutrición crónica o Retardo en Crecimiento niños(as) de 0 a 117 meses (HAZ)	% de niños(as) de 0 a 117 meses con longitud/talla para la edad puntaje Zeta <-2 DE
Desnutrición aguda en niños de 0 a 117 meses (WHZ)	% de niños(as) de 0 a 117 meses con peso para la longitud/talla puntaje Zeta <-2 DE
Sobrepeso en niños de 0 a 117 meses	% de niños(as) de 0 a 117 meses con peso para la longitud/talla puntaje Zeta $>+2$ DE $<+3$ DE
Obesidad en niños de 0 a 117 meses	% de niños(as) de 0 a 117 meses con peso para la longitud/talla puntaje Zeta $>+3$ DE
Peso Insuficiente en adultos mayores por Índice de Masa Corporal (IMC)	% de adultos mayores de 60 años con IMC <24 kg/m ²
Peso normal	% de adultos mayores de 60 años con IMC 24 – 27.99 kg/m ²
Sobrepeso en adultos por IMC	% de adultos mayores de 60 años con IMC 28 – 29.99 kg/m ²
Obesidad en adultos por IMC	% de adultos mayores de 60 años con IMC ≥ 30

4
$$\text{Puntaje Z} = \frac{(\text{valor observado}) - (\text{Mediana de la población de referencia})}{(\text{Desviación estándar de la población de referencia})}$$

El análisis del estado nutricional de los niños/as de 0 a 117 meses se realizó mediante los indicadores de [peso/edad](#), [peso/talla-longitud](#) y [talla-longitud/edad](#) usando como referencia los Patrones de Crecimiento OMS⁵. El equipo antropométrico y los criterios de la técnica de medición antropométrica utilizada en el estudio se describen en los Cuadro 3 y Cuadro 4.

Cuadro 3. Equipo antropométrico utilizado en el estudio

Individuos	Medida	Equipo
Niños/as menores de 10 años	Peso (kg)	Balanza Tanita UM-081
	Longitud-talla (cm)	Tablero de longitud (Infantómetro/Tallímetro)
	Estimaciones	Cinta métrica
Adultos mayores de 60 años	Peso (kg)	Balanza Tanita UM-081
	Talla (cm)	Tablero de talla (Tallímetro)
	Estimaciones	Cinta métrica

Cuadro 4. Técnica estándar de medición antropométrica de INCAP⁶

Criterios relevantes de la técnica estándar contenidos en el Manual de Antropometría del INCAP
Equipo apropiado (Equipo en buen estado, en funcionamiento adecuado, calibrado periódicamente y utilizado según las instrucciones del fabricante).
Dar las explicaciones a las madres o sujetos medidos.
Instalaciones adecuadas (ventilación, iluminación, espacio y privacidad).
Trato gentil a las personas que incluye una breve descripción del procedimiento a seguir.
Todos los pasos descritos para la correcta medición de peso, longitud, talla, otras medidas, etc.
Doble registro de mediciones con verificación que las diferencias entre ambas sea el permitido.

⁵ WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for height and body mass index-for-age: methods and development. http://www.who.int/childgrowth/standards/Technical_report.pdf?ua=1

⁶ INCAP. 2012. Guía técnica para la estandarización en procesamiento, análisis e interpretación de indicadores antropométricos según los patrones de crecimiento de OMS para menores de 5 años.

Las antropometristas también fueron capacitadas y estandarizadas en las técnicas de estimación de medidas de acuerdo al sujeto de estudio (adulto o niño/a), cada antropometrista realizó las medidas adecuadas o aceptables de acuerdo a los valores de precisión y exactitud. Posteriormente, las medidas fueron ingresadas a ecuaciones predictoras de peso validadas por la literatura, las cuales se detallan en el Cuadro 5.



Cuadro 5. Medidas antropométricas realizadas para estimación de peso y longitud-talla

Medida Antro	Medidas	Ecuación	Referencia
Niños/as < 10 años			
Peso	Altura de rodilla, circunf. Media del brazo, circunf. Pantorrilla y de muñeca	(-25.03)+0.05 x edad (meses) + 0.36 x AR (cm) + 0.57 x CMB + 0.13 x CP (cm) + 1.20 x CM (cm)	(Stevenson, 1995)(Fang & Bell, 2013)
Longitud-talla	Altura de rodilla	2.69 x AR (cm) + 24.2	(Flores, León, & Bulux, 2006)
Adultos mayores 60 años			
Peso	Circunferencia de brazo Circunferencia de pantorrilla	M (-CMB*2.31)+(CP*1.50)-50.10	(Chumlea WC, Guo S, Roche AF, Steinbaugh ML, 1988) (Orozco, Vizmanos, Hunot, & al, 2010)
		F (-CMB*1.63)+(CP*1.43)-37.46	
Talla	Altura de rodilla	M 71.85 + (1.88*AR)	Chumlea et.al. 1994.
		F 70.25+(1.87*AR)-(0.06*edad)	

3.5

INDICADORES DE MORBILIDAD DEL NIÑO/A

Cuadro 6. Indicadores de Morbilidad

Nombre del Indicador	Definición conceptual
Prevalencia de Síndrome Diarreico Agudo (SDA)	% de niños(as) de 0 a 117 meses de edad con un episodio de enfermedad diarreica en los últimos 15 días
Niños(as) con diarrea que tuvieron tratamiento adecuado (SRO y Cinc)	% de niños(as) de 0 a 117 meses de edad que en los últimos 15 días tuvieron diarrea y recibieron sales de rehidratación oral (SRO)
	% de niños(as) de 0 a 117 meses de edad que en los últimos 15 días tuvieron diarrea y recibieron cinc
	% de niños(as) de 0 a 117 meses de edad que en los últimos 15 días tuvieron diarrea y recibieron SRO y cinc
Prevalencia de Infección Respiratoria aguda (IRA)	% de niños(as) de 0 a 117 meses de edad con un episodio de IRA en los últimos 15 días
Niños(as) con IRA que tuvieron tratamiento adecuado	% de niños(as) de 0 a 117 meses de edad que tuvieron un episodio de IRA en los últimos 15 días que recibieron tratamiento adecuado. - Casos leves sin uso de antibiótico - Casos moderados y severos con uso de antibiótico y Cinc

3.6

INDICADORES DE MORBILIDAD DEL ADULTO MAYOR

Nombre	Indicador
Presencia de la enfermedad	Frecuencia de enfermedades reportadas
	% de adultos mayores con multimorbilidad (≥ 2 enfermedades)
	número de enfermedades reportadas por edad
Tiempo transcurrido desde el diagnóstico	% de adultos a los que le detectaron la enfermedad hace ... <i>en los últimos, 12 meses, entre 1 y 5 años o hace más de 5 años.</i>
Interferencia de la enfermedad en las actividades cotidianas	% de adultos que han dejado de hacer sus actividades normales por más de dos semanas debido a la enfermedad
Tratamiento	% de adultos que están en tratamiento médico debido a la enfermedad

HÁBITOS DE HIGIENE EN EL ADULTO MAYOR

Nombre	INDICADOR
Estación de lavado	% de hogares que cuentan con una estación de lavado de manos
Insumos para el lavado	% de hogares que cuentan con ... (jabón y agua, agua y ceniza, solo agua, jabón, pero no agua, solo ceniza, ni agua ni jabón ni ceniza) para lavarse las manos.
Práctica de lavado de manos	% de adultos con condición de discapacidad que se lava las manos en los momentos clave*
	*Se lava las manos después de ir al baño, se lava las manos antes de comer, se lava las manos después de regresar de la calle y se lava las manos después de tocar animales.
	% de adultos con condición de discapacidad que se lava las manos en los 2 momentos más importantes*
	*Se lava las manos después de ir al baño, se lava las manos antes de comer.
	% de adultos con condición de discapacidad que se lava las manos en los momentos clave y cuenta con los insumos necesarios para lavarse las manos
Independencia en el lavado de manos	% de adultos que para lavarse las manos necesita ayuda*
	*Sí, totalmente, Sí, en algunas necesita ayuda o No necesita ayuda, lo puede hacer solo.
Prácticas de higiene y cuidado personal	% de adultos que realizan las prácticas para la higiene y cuidado personal*
	*Se baña a diario, mantienen las uñas de los pies cortas y limpias Se lava el cabello al menos 2 veces/ semana, se lava los dientes después de cada comida, Mantienen las uñas de las manos cortas y limpias, se limpia los oídos regularmente, mantiene la nariz limpia u otro.
	% de adultos que realizan las dos prácticas de higiene y cuidado personal más importantes
Independencia de la higiene y cuidado personal	% de adultos que para la higiene y cuidado personal necesitan ayuda*
	*Sí, totalmente, Sí, en algunas necesita ayuda o No necesita ayuda, lo puede hacer solo.

INDICADORES DE ATENCIÓN EN SALUD DE NIÑOS(AS)⁷

Cuadro 7. Indicadores de atención en salud del niño(a)

Indicador	Definición conceptual			
Frecuencia del monitoreo del crecimiento	% de niños(as) de 0 a 59 meses con adecuado monitoreo del crecimiento según edad, durante los 12 meses anteriores, de acuerdo con las Normas de Atención del MSPAS ⁷ .			
	<i>Frecuencia de monitoreo del crecimiento en los 12 meses anteriores:</i>	Niños/as <24 meses: frecuencia mensual	Niños/as 24 a 35 meses: frecuencia trimestral	Niños/as >36 meses: frecuencia semestral
Esquema de vacunación	% de niños(as) de 0 a 59 meses con esquema de vacunación completo por edad de acuerdo a edad			
Suplementación con micronutrientes	% de niños(as) de 6 a 59 meses con suplementación adecuada según edad, durante los 12 meses anteriores, de acuerdo con las Normas de Atención del MSPAS.			
	<i>Frecuencia de suplementación con micronutrientes en los 12 meses anteriores:</i>	Niños/as de 6 a 11 meses deben recibir 1 dosis de vitamina A. Niños/as de 12 a 59 meses deben recibir 2 dosis de vitamina A.	Niños/as de 6 a 11 meses deben recibir 2 dosis de hierro. Niños/as de 12 a 59 meses deben recibir 4 dosis de hierro.	Niños/as de 6 a 11 meses deben recibir 2 dosis de ácido fólico. Niños/as de 12 a 59 meses deben recibir 4 dosis de ácido fólico.

⁷ Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala. http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=536-normas-de-atencion-en-salud-integral&-category_slug=sfc-salud-en-la-adolescencia-y-juventud-nacional&Itemid=518

INDICADOR DE SANEAMIENTO EN EL HOGAR

Cuadro 8. Indicador de Saneamiento en el Hogar

Área temática	Indicador
Acceso a vivienda	% de hogares con casa ... <i>propia o alquilada o prestada u otro tipo</i>
	% de hogares con paredes de ... <i>adobe, madera, cemento (block), ladrillo, paja, palma, cartón, plástico u otro.</i>
	% de hogares con piso de ... <i>tierra, cemento (torta), madera, cerámica, ladrillo de cemento (mosaico), ladrillo de barro u otro.</i>
	% de hogares con techo de ... <i>lamina de zinc, cemento, teja, paja, palma, plástico, cartón o similar, duralita u otro.</i>
	Número de dormitorios en la vivienda de la familia nuclear.
	Número de miembros de la familia nuclear.
Capacidad económica	% de hogares cuyo jefe no tiene ningún nivel de instrucción (0 grados ganados)
	% de hogares que cuentan con energía eléctrica
Acceso a servicios básicos y saneamiento	% de hogares con un cuarto o espacio solo para cocinar
	% de hogares que cocinan con ... <i>leña, gas, electricidad u otro</i>
	% de hogares que tienen acceso a agua potable por ... <i>tubería intradomiciliar, tubería en lote o terreno, chorro público, agua de lluvia, pozo protegido, pozo no protegido, pila/tanque público, manantial, río, lago, arroyo, agua comprada de cisterna o carro repartidor, agua embotellada u otro.</i>
	% de hogares con acceso a agua potable por medio de un vecino
	% de hogares con acceso a agua potable mejorada
	% de hogares que tienen algún tipo de servicio sanitario (letrina, inodoro lavable, inodoro conectado a fosa séptica o inodoro conectado a alcantarilla)
	% de hogares con servicios sanitarios mejorados
	% de hogares que comparten servicio sanitario con otra familia
	% de hogares que tienen un servicio sanitario limpio
	% de hogares que utilizan algún método (clorar, hervir, filtrar, sodis) para purificar el agua para consumo
	% de hogares que eliminan las aguas negras por ... <i>alcantarillado, fosa séptica, flor de tierra, otro (tubería que da al río).</i>
	% de hogares que eliminan la basura por ... <i>la tira en un lugar cercano, la queman, la entierran, basurero comunitario, servicio de recolección de basura o la usan para aboneras.</i>

CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS Y HOGARES; ÍNDICE DE NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS

La evidencia demuestran que las personas con discapacidad son más propensas a enfrentar exclusión en los entornos educativos y laborales, en comparación con otras personas sin discapacidad, lo que genera un mayor riesgo de pobreza (ENDIS, 2016). La pobreza es la situación de aquellos hogares que no logran reunir, en forma relativamente estable, los recursos necesarios para satisfacer las necesidades básicas de sus miembros. La pobreza puede ser evaluada mediante dos métodos:

- a) Directo: Este evalúa si los hogares han logrado satisfacer sus necesidades básicas, indagando sobre los bienes y servicios de que disponen. El método directo relaciona el bienestar con el consumo efectivamente realizado.
- b) Indirecto: Este evalúa los recursos del hogar, usualmente sus ingresos y gastos, para estimar si estos son suficientes para que el hogar pueda gozar de un nivel de vida aceptable de acuerdo con los estándares sociales prevalecientes. El método indirecto relaciona el bienestar con la posibilidad de realizar consumo (CEPAL, s.f.).

Para este estudio, se evaluará la pobreza de los hogares de acuerdo al método directo, utilizando una adaptación del Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), que incluye las siguientes dimensiones y variables:

Cuadro 9. Indicadores que componen el NBI

Necesidades básicas	Indicador	Definición operativa
Acceso a vivienda	% de hogares con la calidad de vivienda insatisfecha	Hogares con paredes de adobe, paja, palma, cartón o plástico. y/o Hogares con piso de tierra. y/o Hogares con techo de paja, palma, plástico o cartón.
	% de hogares con hacinamiento	Hogares con ≥ 3 personas por dormitorio
Acceso a servicios sanitarios	% de hogares con acceso a agua potable insatisfecho	Hogares cuya fuente de agua potable NO ES tubería intradomiciliar o en lote y que la obtienen por medio de un vecino.
	% de hogares con sistema de eliminación de excretas insatisfecho	Hogares cuyo servicio sanitario NO ES inodoro conectado a alcantarilla o inodoro conectado a fosa séptica.
Acceso a educación & Capacidad económica	% de hogares con capacidad económica insatisfecha	Hogares que tienen más de 4 personas por miembro ocupado y hogares cuyo jefe no tiene ningún nivel de escolaridad.

Fuente: (CEPAL, s.f.)

PUNTAJE DE CONSUMO DE ALIMENTOS (PCA)

El PCA es un indicador proxy que representa la diversidad dietaria, el valor energético y el contenido de nutrientes de los alimentos que consumen las familias. Se basa en el número de grupos de alimentos que consume un hogar durante siete días, la frecuencia de consumo o el número de días en los cuales se consumen los grupos de alimentos durante ese mismo período de días y la importancia nutricional relativa de los distintos grupos de alimentos⁸ (Cuadro 10).

Cuadro 10. Plantilla para calcular el Puntaje de Consumo de Alimentos (PCA)

Tipos de alimentos (Ejemplos)	Grupos de alimentos	Puntaje (A)
Maíz, arroz, pan, tortilla y otras cereales, yuca, papa, camote, malanga	Cereales y tubérculos	2
Frijoles, arvejas y nueces	Leguminosas	3
Vegetales, verduras y hojas	Vegetales	1
Frutas de toda clase	Frutas	1
Carne de res, aves, cerdo, huevos, conejo, armadillo, pato	Carnes	4
Leche, queso, crema	Lácteos	4
Azúcar, miel, panela	Azúcares	0.5
Aceites, grasas y mantequilla	Grasas	0.5

Cuadro 11. Puntos de corte para el análisis del Puntaje de Consumo de Alimentos (PCA)

Indicación	Puntos de Corte
Se compara el puntaje del hogar con puntos de corte predeterminados indicativos del estado del consumo de alimentos en el hogar. Se aplican los siguientes puntos de corte válidos en la mayoría de situaciones:	- Consumo de alimentos pobre: de 0 a 21; - Consumo de alimentos límite: de 21.5 a 35; - Consumo de alimentos aceptable: > 35.
Cuando el consumo de aceite y azúcar en toda o la gran mayoría de la población sea alto, los puntos de corte se cambian así:	- Consumo de alimentos pobre: de 0 a 28; - Consumo de alimentos límite: de 28.5 a 42; - Consumo de alimentos aceptable: > 42.

8 Manual para la Evaluación de la Seguridad Alimentaria en Emergencias - segunda edición © Enero 2009, Programa Mundial de Alimentos (PMA), Servicio de Análisis de la Seguridad Alimentaria.

ÍNDICE DE ESTRATEGIAS DE SUPERVIVENCIA (IES)

El Índice de estrategias de supervivencia (IES) es un indicador proxy de la seguridad alimentaria; para su construcción se toma en cuenta un listado de 13 estrategias de supervivencia evaluadas en un periodo de 30 días. Para su análisis, cada una de las estrategias tiene un puntaje por severidad y frecuencia (**Cuadro 12**). Posteriormente se clasifican los hogares en bajo, medio o alto nivel de INSAN según el puntaje obtenido (**Cuadro 13**).

Cuadro 12. Estrategias de supervivencia evaluadas para el IES, por severidad y frecuencia

Pregunta	Puntaje de frecuencia				Peso por gravedad
	Siempre	Muy frecuente	Ocasional-mente	Rara vez	
¿Su familia tuvo que comprar alimentos preparados?	7	4.5	1.5	0.5	N.A.
¿Su familia DISMINUYÓ el tamaño de comidas que hacen al día para que pudiera alcanzar la comida?	7	4.5	1.5	0.5	2
¿Su familia DISMINUYÓ el número de comidas que hacen al día para que pudiera alcanzar la comida?	7	4.5	1.5	0.5	2
¿Su familia DISMINUYÓ su consumo de alimentos preferidos o empezó a comer algunos alimentos más baratos para que les pudiera alcanzar para comer?	7	4.5	1.5	0.5	2
¿Su familia pasó algunos DÍAS (ENTEROS) SIN COMER debido a la falta de alimentos?	7	4.5	1.5	0.5	8
¿Su familia comió más seguido alimentos del campo, como frutas, hierbas y raíces?	7	4.5	1.5	0.5	8
¿Tuvo que enviar a algunos miembros del hogar a comer a otra parte?	7	4.5	1.5	0.5	4
¿Los adultos de su familia tuvieron que quedarse sin comer para que los niños pudieran comer?	7	4.5	1.5	0.5	6
¿Los miembros del hogar que no trabajan se tuvieron que quedar sin comer para que los que sí trabajan pudieran comer?	7	4.5	1.5	0.5	4
¿Su familia pidió alimentos prestados o dependió de la ayuda de amigos o familiares?	7	4.5	1.5	0.5	4
¿Su familia pidió alimentos al crédito (fiados)?	7	4.5	1.5	0.5	4
¿Su familia VENDIÓ O COMIÓ semillas que eran para la próxima siembra?	7	4.5	1.5	0.5	6
¿Tuvo que enviar a algunos miembros del hogar a pedir dinero (regalado o en calidad de donación)?	7	4.5	1.5	0.5	8

Cuadro 13. Diagnóstico de INSAN según puntaje de IES

Diagnóstico de IES	Bajo	Medio	Alto
Puntaje	0 a 50	51 a 100	más de 100

A photograph of three children standing against a wooden wall. On the left is a young boy in a pink long-sleeved shirt. In the center is a boy in a white t-shirt with a cartoon character and blue pants. On the right is a girl in a purple t-shirt with a floral pattern and a plaid skirt. A green circular graphic with a white border is overlaid on the left side of the image, containing the Roman numeral IV.

IV

ETAPAS EN LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO

El presente estudio se realizó del 1 de mayo de 2018 (fecha de la firma del contrato) al 31 de agosto (4 meses). La fecha programada para iniciar la fase de campo era el 28 de mayo de 2018. Sin embargo, hubo dificultades en la identificación de sujetos de estudio, por ello la recolección de datos inició el 16 de julio y finalizó el 3 de agosto, luego de haber recibido la información de los sujetos identificados por parte de CONADI.

El estudio concluyó el 30 de septiembre de 2018 y contempló las siguientes etapas:



4.1

FASE DE PLANIFICACIÓN CON EQUIPO TÉCNICO DE ASB

INCAP desarrolló las siguientes actividades:

- a. Reuniones con el equipo técnico de ASB para la planificación del estudio y discusión de la logística de campo para la identificación de los sujetos de estudio, así como facilitar insumos como las bases de datos (BD) de la Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDIS) y de los beneficiarios de las organizaciones involucradas en el estudio (beneficiarios de ACH, GVC, Trócaire), así como otros documentos relacionados al proyecto y corporativos que se consideraron necesarios para el diagnóstico.
- b. Elaboración del protocolo de investigación con la metodología de evaluación y cronograma de implementación.
- c. Desarrollo y validación de la boleta de recolección de la información por sujeto de estudio (niños/as y adultos mayores con condición de discapacidad) la cual responde a los objetivos del diagnóstico.

4.2

FASE DE IDENTIFICACIÓN DE SUJETOS DE ESTUDIO

REVISIÓN BD DE LA ENDIS

Inicialmente en conjunto con ASB/CONADI/ACH se contempló trabajar con una submuestra de participantes de la ENDIS, sin embargo, al analizar la BD proporcionada por CONADI como insumo para la identificación de los sujetos, se determinó que la misma no contaba con todas las variables necesarias para identificar a los sujetos, entre ellas:

- a) La **fecha de nacimiento** de los sujetos para el cálculo de la edad actual, este dato es indispensable para realizar los cálculos de antropometría.
- b) Información detallada de la ubicación de las viviendas donde residen los sujetos con condición de discapacidad (dirección, sector, etc.).
- c) La prevalencia de discapacidad en niños/as a nivel nacional era baja (<10%) en los departamentos y la muestra se reducía en mayor medida al desagregar por municipio (<5 casos).
- d) La dispersión de los conglomerados es alta, lo cual dificultaba cumplir con los tiempos establecidos para la fase de campo.

REVISIÓN BD CONSORCIO HUMANITARIO (ACH/TRÓCAIRE/GVC)

Dado que la Base de Datos (BD) de la ENDIS no era utilizable para la identificación de sujetos, en conjunto con ASB/ACH/GVC y Trócaire se propuso como segundo abordaje trabajar con los sujetos beneficiarios de las tres ONG. Durante la revisión de la BD se identificó que la información se presentaba a **nivel del beneficiario registrado en el programa** y no a *nivel del individuo con condición de discapacidad* como lo requería el estudio; debido a ello se solicitó el apoyo ACH/GVC y Trócaire quienes nos proporcionaron una segunda BD que incluía la información sobre los hogares de los beneficiarios en los que había un/a niño/a menor de 5 años o adulto mayor de 60 años, pero se desconocía si los miembros del hogar que cumplían con el criterio de edad eran quienes presentaban la condición de discapacidad (**Anexo 1**). Con esta BD se determinó que la muestra disponible a partir de esta BD se distribuía de la siguiente manera:

Cuadro 14. Distribución de la muestra en BD Consorcio Humanitario

	CHIQUMULA (ADULTOS)	HUEHUETENANGO (NIÑOS/AS)	QUICHÉ (NIÑOS/AS)
Muestra calculada	41	48	44
BD Consorcio Humanitario	6	6	13
Déficit	- 35	-42	-31

Entre las limitantes para la identificación de los sujetos a partir de esta BD, no se dispuso de la siguiente información:

- Fecha de nacimiento del niño/a y adulto con condición de discapacidad.
- Nombre completo del niño/a y adulto con condición de discapacidad
- Información limitada sobre ubicación como: el sector, una ubicación (ej. Cerca iglesia, parque, etc.), había sujetos que aparecían con la etiqueta “población dispersa” por lo que se desconocía su ubicación.

Al analizar que la muestra era muy reducida y que no se disponía de toda la información necesaria para identificar a los sujetos de estudio, CONADI propuso un nuevo abordaje en el que se nos proporcionó apoyo en la búsqueda de los sujetos con condición de discapacidad en cada uno de los tres departamentos mediante visitas domiciliarias, centros de salud y otras organizaciones por parte del personal local de CONADI.

APOYO DE CONADI EN LA BÚSQUEDA DE NIÑOS/AS Y ADULTOS MAYORES CON CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

Con el apoyo del personal local de CONADI se obtuvo un listado depurado de la muestra de sujetos a entrevistar tanto niños/as como adultos mayores con condición de discapacidad. La información fue recolectada a nivel de hogar por los colaboradores de CONADI, la metodología utilizada en campo por parte de CONADI para la identificación de los sujetos fue consultar con personal de centros de salud y otras organizaciones para identificar los hogares con presencia de adultos o niños con condición

de discapacidad en base a los criterios del Washington Group para determinar quiénes presentaban alguna condición de discapacidad. La revisión, el ingreso y el procesamiento para la generación de los listados de los sujetos a entrevistar fue realizada por INCAP (Anexo 2 y 3).

4.3

RECLUTAMIENTO Y ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO DE CAMPO DE INCAP

El equipo de campo de INCAP estuvo constituido por 1 supervisora, 3 antropometristas/encuestadoras, con amplia experiencia en recolección de datos de investigaciones en temas de Seguridad Alimentaria Nutricional, antropometría convencional y estimación de medidas (perímetros, circunferencias, medidas lineales, etc.) como predictores de peso y talla en adultos y niños/as.

4.4

CAPACITACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN DEL EQUIPO DE CAMPO DE INCAP

Se desarrolló la encuesta hogar para adultos mayores de 60 años (Anexo 4) y para niños/as 0 a 117 meses de edad (Anexo 5) con condición de discapacidad de acuerdo a los temas descritos en el Cuadro 15; asimismo se desarrolló una guía de grupos focales para los adultos mayores (Anexo 6) y una entrevista a profundidad para los niños/as constituida por un set 14 preguntas (Anexo 7) que buscaba explorar componentes cualitativos sobre las dimensiones conceptuales, sociales y culturales de la discapacidad mediante la priorización de las voces y percepciones de las familias. Los temas descritos en el Cuadro 15 fueron los abordados en la capacitación.

Cuadro 15. Áreas temáticas abordadas en la encuesta hogar por sujeto de estudio.

Área temática	Niños/as < 10 años	Adultos > 60 años	Metodología
Estado Nutricional	x	x	Peso y longitud-talla/ estimaciones de medidas antropométricas (CMB, altura rodilla, otros)
Seguridad alimentaria y medios de vida			
Acceso	x	x	Ingresos económicos, Ocupación, etc.
Disponibilidad	x	x	Beneficiarios de programas de asistencia alimentaria
Consumo	x	x	Frecuencia y diversidad alimentaria PCA e IES para las familias
Utilización biológica	x	x	Morbilidad e historial médico
Hábitos alimentarios	x	x	Puntaje de consumo de alimentos (PCA)
Agua y saneamiento			
Acceso a agua	x	x	Acceso de agua para consumo
Acceso a saneamiento	x	x	Tratamiento de agua
Higiene	x	x	Características de la vivienda (disposición de excretas, eliminación de basura, materiales de vivienda). Métodos de purificación de agua.
Infección Respiratoria Aguda (IRA)	x		Morbilidad (prevalencia de IRA/SDA, manejo y tratamiento) Acceso a los servicios de salud (monitoreo del crecimiento, suplementación y vacunación)
Historial médico			
Estado de salud actual y antecedentes		x	Presencia de ECNT: hipertensión, insuficiencia cardíaca/respiratoria, diabetes, colesterol y triglicéridos.
Deficiencias motoras			
Dificultades que afectan o comprometen el estado nutricional		x	Alteración de gusto y olfato, piezas dentales, factores emocionales, etc. En los procesos digestivos y de excreción, modificaciones hormonales, etc.

Todo el equipo de campo fue capacitado y estandarizado en la toma de medidas antropométricas (peso, talla-longitud), en esta actividad cada antropometrista realizó medidas adecuadas o aceptables en precisión y exactitud (**Cuadro 16**).

Cuadro 16. Puntos de corte para evaluar precisión y exactitud en las medidas antropométricas

Medida	Valor de diferencia con el estándar de oro
Longitud/talla	≤ 0.5 cm
Peso	≤ 0.2 kg
Altura de rodilla (AR)	0.5 cm
Circunferencia media del brazo (CMB)	0.5 cm
Circunferencia de pantorrilla (CP)	0.5 cm
Circunferencia de muñeca (CM)	0.5 cm
Extensión de brazo (EB)	0.5 cm

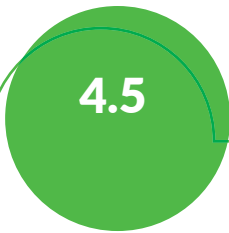
Durante la actividad de capacitación y estandarización antropométrica, se verificó la precisión y exactitud del equipo antropométrico (balanzas y tallímetros) y se tomaron en cuenta las instrucciones del fabricante para el adecuado manejo y almacenamiento del mismo. Todo el personal de cómputo, como parte de su propia capacitación, participó en las actividades de capacitación y estandarización del equipo de campo, para familiarizarse con el instrumento y las normas de registro.

En cuanto a las técnicas cualitativas utilizadas fueron grupos focales para los adultos mayores y niños/as que se describen en el **Cuadro 17**. En ambos casos se consideró como informantes a los cuidadores.

Cuadro 17. Contenido de los instrumentos del componente cualitativo

Área temática	Niños/as < 10 años	Adultos > 60 años
Causas y consecuencias de la discapacidad en la vida familiar	X	
Ingresos de las familias con niños/as con discapacidad. Dependencia de recursos de familiares	X	x
Acceso a la educación	X	
Cuidados familiares: responsable/s, tipos de cuidados, etc.; presencia de enfermedades.	X	x
Factores de discriminación social y familiar	X	x
Percepciones sobre los adultos mayores de 60 años (tercera edad) en la vida familiar y social		x
Acceso a la vida social		x
Modalidad	Entrevista a profundidad*	Grupos focales

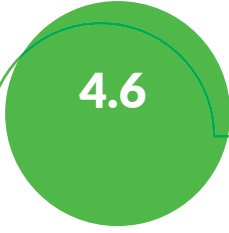
*Nota: En el caso del componente cualitativo de los/as niños/as, aunque se había planteado realizar grupos focales con los cuidadores de los niños/as, debido a que los sujetos de estudio residen en lugares dispersos y esto dificultaba la logística en convocar a las familias para realizarles el grupo focal; se decidió hacer las entrevistas a profundidad con los cuidadores durante la encuesta hogar en vez de grupos focales.

4.5

PRUEBA PILOTO

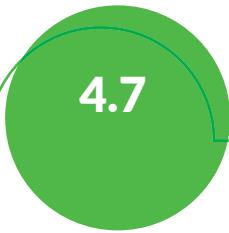
Luego de concluir las actividades de capacitación del equipo de campo, se realizó la prueba piloto primeramente en el Asilo Años Dorados ubicado en el departamento del Progreso.

Posteriormente se realizó la prueba piloto en un centro educativo de la comunidad, ubicado en el municipio de Mixco. Esta comunidad presenta características sociodemográficas (escolaridad y edad de la madre, ruralidad, composición de los hogares e idioma) similares a las comunidades de estudio. En el pilotaje se realizó antropometría convencional y estimación de medidas a niñas menores de 5 años; la supervisora estuvo presente verificando las medidas y la técnica de medición y verificando el llenado del instrumento. Lo anterior permitió identificar inconsistencias en la secuencia y llenado del instrumento. Posteriormente las observaciones sirvieron de base para hacer ajustes necesarios para realizar la entrevista.

4.6

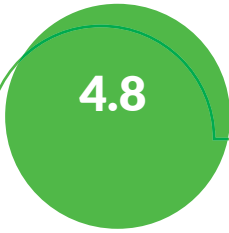
RECOLECCIÓN DE DATOS

Esta fase se describe a detalle en la sección de resultados.

4.7

DIGITACIÓN DE LOS DATOS

Para la digitación de los datos, se utilizó el software ACCESS 2010. Esta etapa se realizó de manera simultánea a la etapa de campo; se ejecutaron los programas de comparación y verificación, para obtener una base datos limpia.

4.8

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se elaboró el plan de análisis de datos, tomando como base la definición de los indicadores establecidos en el protocolo del estudio. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico STATA 15. El nivel de los indicadores se midió usando proporciones y prevalencias (para datos categóricos) y promedios (para datos numéricos).

Los datos relacionados al estado nutricional (talla-longitud/edad; peso/edad y peso/talla-longitud) de los/as niños/as de 0 a 117 meses de edad se analizan de acuerdo con los patrones de crecimiento OMS-2006.



V

**RESULTADOS
ADULTOS**

COBERTURA

La etapa de recolección de datos en el grupo de adultos mayores se realizó del 16 al 20 de julio de 2018. Un reto importante para llevar a cabo la actividad fue el acceso vial en mal estado y/o carente de señalización, así como el hecho de que las casas se encontraban considerablemente dispersas entre sí; sin embargo, la cobertura fue satisfactoria (**Cuadro 18**), a lo cual contribuyeron los siguientes aspectos:

a) El apoyo de profesionales y colaboradores locales de CONADI, quienes identificaron a un total de 69 adultos mayores con condición de discapacidad residentes en Camotán y generaron un listado con información general (nombre y teléfono del sujeto y encargado, dirección y condición de discapacidad).

Este listado facilitó la localización de las viviendas y contribuyó a la eficiencia del trabajo de campo, lo cual permitió realizar más entrevistas de las programadas, abarcando el 72% de sujetos del listado (**Cuadro 18**).

b) La colaboración de autoridades municipales y el acompañamiento de los miembros de Consejos Comunitarios de Desarrollo (COCODE), quienes apoyaron en la localización de las viviendas y fomentaron una actitud participativa en los residentes de las comunidades.

c) Actitud participativa de los sujetos y sus familias.

Cuadro 18. Cobertura de encuesta hogar. Camotán, Chiquimula

Listado CONADI	Programadas*	Realizadas	Cobertura (%)
69	41	50**	122

Nota: Las entrevistas se realizaron en idioma español, sin necesidad de un traductor o intérprete.

* Programadas según cálculo de la muestra **1 adulto mayor beneficiario de Acción Contra el Hambre

Cuadro 19. Entrevistas realizadas de acuerdo al listado de CONADI. Camotán, Chiquimula

Nombre de la Comunidad	Entrevistas	
	Listado CONADI	Realizadas
El Tesoro	29	28
Shalagua	12	9
Nearar	9	7
Cajón del Río	6	4
La Libertad	4	2
Morola*	4	0
Rodeo*	2	0
Brasilar*	1	0
Muyurco*	1	0
Total	69	50

*No fue necesario visitarlas debido a que ya se había obtenido una cobertura satisfactoria.

CARACTERÍSTICAS DEL ADULTO MAYOR CON CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

El grupo de adultos mayores se distribuyen de forma similar por grupo de edad y la muestra es mayor para el grupo femenino; sin embargo, esto no representa una diferencia significativa ($p=0.542$) (Cuadro 20). La distribución de la muestra por sexo es consistente con la distribución de esta característica para el universo de este estudio (Listado de adultos con condición de discapacidad proporcionado por CONADI) (Cuadro 21).

Cuadro 20. Distribución por edad y sexo de los adultos con condición de discapacidad. Camotán, Chiquimula

Edad (años)	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
60 a 65	4	20	4	13	8	16
66 a 70	3	15	7	23	10	20
71 a 75	4	20	4	13	8	16
76 a 80	1	5	6	20	7	14
81 a 85	4	20	5	17	9	18
>85	4	20	4	13	8	16
Total	20	40	30	60	60	100

Cuadro 21. Distribución por edad y sexo de los adultos con condición de discapacidad del LISTADO DE CONADI. Camotán, Chiquimula

Edad (años)	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
60 a 65	7	22	6	16	13	19
66 a 70	5	16	10	27	15	22
71 a 75	7	22	6	16	13	19
76 a 80	3	9	6	16	9	13
81 a 85	2	6	5	14	7	10
>85	8	25	4	11	12	17
Total	32	46	37	54	69	100

Al momento de la entrevista, la mayoría de los adultos con condición de discapacidad eran viudos/as o estaban en una relación (casado/a o unido/a) (Cuadro 22). Un aspecto relevante es que en 62% ($n=50$) de los casos, los familiares consideraban al adulto mayor como el jefe de hogar, debido a que éste era el dueño de la vivienda o terreno.

Cuadro 22. Estado civil de los adultos con condición de discapacidad (n=50). Camotán, Chiquimula

Estado Civil	Casos	%
Viudo/a	25	50
Casado/a	13	26
Unido/a	8	16
Separada/ divorciada	2	4
Soltero/a	2	4

Respecto al nivel de instrucción y ocupación, la mayoría de los adultos mayores carece de educación formal (96%) y no trabajan (84%; similar a lo reportado en la ENDIS⁹) (Cuadro 23). Estos dos aspectos se distribuyen de forma similar por grupo de edad; sin embargo, ambos son mayores en el grupo de mujeres.

En general, el desempleo representa una preocupación en común en el grupo de adultos con condición de discapacidad; la mayoría refirió que no pueden solventar los gastos básicos del hogar y/o los derivados de su enfermedad y desearían poder trabajar.

Otro aspecto importante es el hecho de que ninguno de los adultos mayores goza de una pensión por jubilación o invalidez (Cuadro 23), lo cual probablemente sea el reflejo del desempleo o trabajo informal durante su edad laboral, por lo que no generaron derechos de jubilación.

Cuadro 23. Ocupación de los adultos con condición de discapacidad (n=50). Camotán, Chiquimula

Ocupación	Casos	%
No trabaja	42	84
Sí, trabaja por cuenta propia	5	10
Sí, trabaja por jornal	2	4
Sí, trabaja a cambio de un salario	1	2
Jubilado	0	0

Condición de discapacidad de los adultos mayores

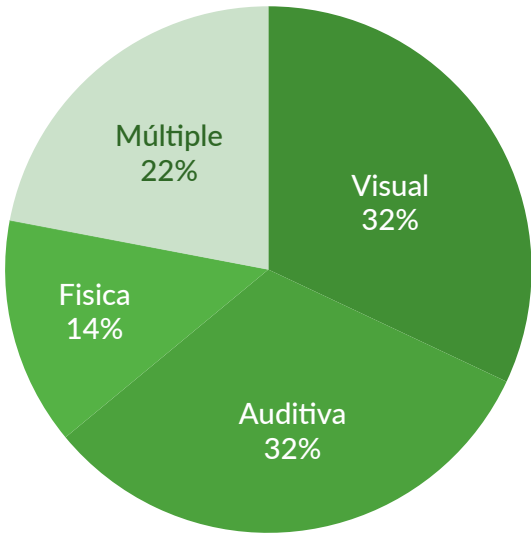
Para este estudio, INCAP en consenso con CONADI estableció 6 dominios de discapacidad; visual, auditiva, física, intelectual, mental y múltiple (≥ 2 condiciones). Para identificar la condición o dominio de discapacidad para cada adulto mayor, CONADI utilizó los criterios del Washington Group (WG).

⁹ Desempleados por edad:
50 a 64 años: 64% ≥ 65 años: 87%

La Figura 3 muestra que la discapacidad visual y auditiva fueron las predominantes en el grupo de adultos mayores, sin presentar diferencias significativas por sexo ($p=0.128$) (Cuadro 24). En los adultos que presentaron discapacidad múltiple, se identificó la coexistencia de 2 y 3 dominios, siendo comunes el visual y auditivo. Los adultos mayores con 3 condiciones de discapacidad corresponden al grupo de mayor edad (>80 años) (Figura 3).

La predominancia de las condiciones de discapacidad visual y auditiva en el grupo de adultos mayores entrevistados es consistente con otros estudios y puede estar relacionada a la degeneración senil de los órganos auditivos y del ojo, causando presbiacusia y presbicia respectivamente (OMS, Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud 2015).

Figura 3. Distribución de los adultos mayores según su condición de discapacidad (n=50). Camotán, Chiquimula.



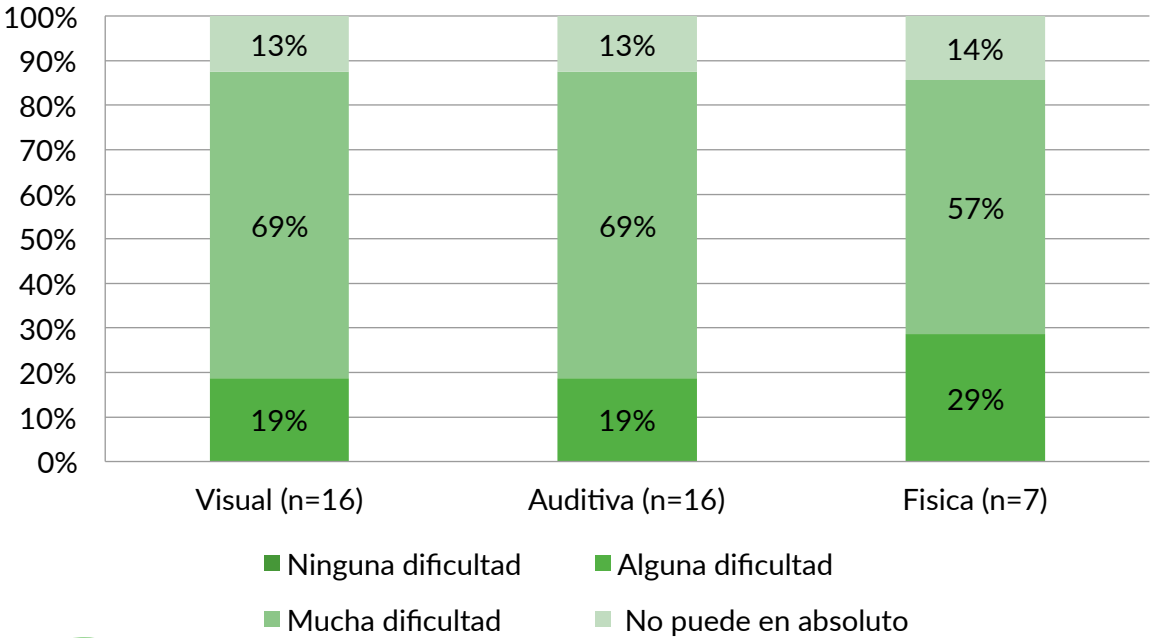
*Múltiple: 2 condiciones de discapacidad = 9 casos
3 condiciones de discapacidad = 2 casos

Cuadro 24. Distribución de los adultos mayores según su condición de discapacidad y sexo. Camotán, Chiquimula.

Condición de discapacidad	Masculino (n=20)		Femenino (n=30)		Total (n=50)	
	casos	%	casos	%	casos	%
Visual	3	15	13	43	16	32
Auditiva	7	35	9	30	16	32
Múltiple	7	35	4	13	11	22
Física	3	15	4	13	7	14

Respecto a las limitaciones funcionales, la mayoría de los adultos mayores refirió mucha dificultad para participar en situaciones cotidianas, independientemente del dominio de discapacidad (Figura 4), lo cual podría representar una alta dependencia de otras personas y por ende afectar su autonomía, autoestima y su estado de salud/nutrición (OMS, Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud 2015).

Figura 4. Distribución de los adultos mayores según su condición de discapacidad y dificultad (n=50). Camotán, Chiquimula.



5.3

CARACTERÍSTICAS DEL RESPONSABLE O CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR CON CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

El 72% (n=50) de los adultos mayores con discapacidad estaba bajo el cuidado de otra persona; siendo principalmente un familiar, solamente se identificó un caso de responsable voluntario (no recibe beneficio económico o en especie) y un caso de responsable contratado.

Respecto a sus características, la mayoría de los responsables eran adultos de entre 40 a 60 años (58%, n=36) y carecían de escolaridad (69%, n=36).

La baja escolaridad observada en los responsables es una limitante para una atención adecuada del adulto mayor con discapacidad. Si bien, con el tiempo el responsable puede adquirir habilidades, el cuidado del adulto mayor que presenta mucha dificultad para realizar actividades cotidianas (como es el caso de los adultos mayores entrevistados), requiere de preparación y adquisición de competencias especiales, que no se obtienen por experiencia.

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA E ÍNDICE DE NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS EN LAS VIVIENDAS DE ADULTOS MAYORES CON CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

La pobreza es la situación de aquellos hogares que no logran reunir, en forma relativamente estable, los recursos necesarios para satisfacer las necesidades básicas de sus miembros.

En este estudio, la pobreza fue evaluada por medio del método directo, utilizando una adaptación del Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) que incluyó las siguientes dimensiones: a) calidad de la vivienda, b) hacinamiento, c) agua potable y d) eliminación de excretas. Los criterios utilizados para construir el NBI se describen en la sección de metodología.

Calidad de la vivienda

Los adultos mayores con discapacidad residen en casas de materiales de construcción sencillos lo cual es consistente con los datos reportados para el municipio¹⁰; predominan las casas con paredes de bahareque o adobe y piso de tierra (**Cuadro 25**). Estas características propician un ambiente de riesgo para el desarrollo de enfermedades principalmente en personas vulnerables como lo son los adultos mayores; las grietas en las paredes de adobe pueden albergar vectores (OMS 2018); además, el piso de tierra no solo dificulta la higiene doméstica, sino que puede albergar microorganismos peligrosos (OMS 1990).

Cuadro 25. Características de construcción de las viviendas en donde residen los adultos mayores con condición de discapacidad (n=50). Camotán, Chiquimula.

Característica	Casos	%
Paredes		
Bahareque	28	56
Adobe	11	22
Paja, palma	6	12
Cemento	4	8
Cartón o plástico	1	2
Piso		
Tierra	44	88
Cemento	6	12
Techo		
Lamina de zinc	44	88
Paja, palma	5	10
Teja	1	2

¹⁰ Plan de Desarrollo Municipal: Camotán, Chiquimula. Guatemala: SEGEPLAN/DPT, 2010.

Hacinamiento

Se determinó que 36% de los adultos mayores viven en condiciones de hacinamiento al considerar el número de personas por cuarto en la vivienda (excluyendo baño, garaje y cocina); esta cifra aumenta a 44% al considerar el número de personas por dormitorio en la vivienda.

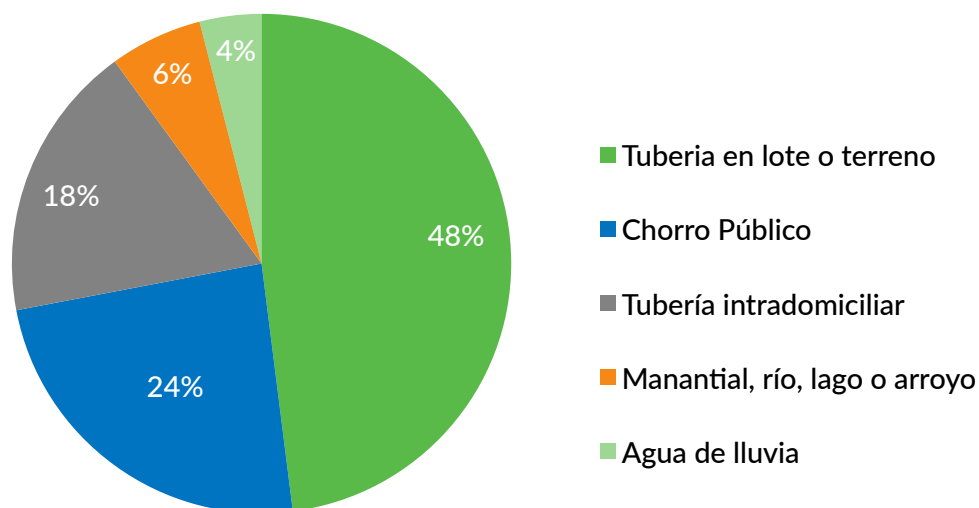
El número de personas por dormitorio en la vivienda refleja de mejor manera el hacinamiento y sus consecuencias; compartir un dormitorio con 3 o más personas puede provocar conflictos por múltiples razones (falta de privacidad, desacuerdos en la convivencia, acumulación, etc.), además de que dificulta la higiene doméstica, aumentando el riesgo de enfermedades.

Acceso a servicios

La totalidad de los hogares de los adultos mayores con discapacidad tienen acceso a agua potable por sus propios medios, siendo la fuente principal la red de tubería pública ya sea intradomiciliar o en el terreno (66%) (Figura 5). Esta es una característica que favorece el acceso a agua suficiente y libre de contaminación hasta su recolección, aspectos que están sujetos a la disponibilidad del agua, tratamiento municipal y estado de las tuberías.

En el grupo de hogares que obtienen el agua de fuentes naturales o chorro público, el acceso a agua potable podría no ser suficiente, además de que se aumenta el riesgo de contaminación debido a dificultades en el proceso de recolección, transporte y almacenamiento.

Figura 5. Fuente de abastecimiento de agua potable de las viviendas en donde residen los adultos mayores con condición de discapacidad (n=50). Camotán, Chiquimula.



Respecto al sistema de eliminación de excretas, se determinó por medio de observación que la mayoría de las viviendas tienen acceso a servicios sanitarios, siendo principalmente del tipo letrina tradicional o pozo ciego (Cuadro 26). Este tipo de servicio sanitario puede propiciar un ambiente insalubre, considerando que generalmente: a) durante su construcción no se toma en cuenta la distancia a fuentes superficiales o subterráneas de agua y la permeabilidad del suelo, b) no se utilizan los materiales adecuados para el aislamiento del ambiente (paredes y tapadera para el pozo) y c) no se le da un mantenimiento constante (MSPAS 2011).

Aunado a lo anterior, en aproximadamente 3 de cada 10 viviendas se observó que la higiene del servicio sanitario no era la adecuada. Compartir el servicio sanitario por 2 o más familias fue un aspecto poco común en la población de estudio.

Cuadro 26. Acceso a servicio sanitario y sus características, en las viviendas en donde residen los adultos mayores con condición de discapacidad (n=50). Camotán, Chiquimula.

Acceso a servicio sanitario y sus características	n	Casos	%
Acceso a algún tipo de sanitario	50	36	72
hogares que tienen un servicio sanitario limpio	36	23	64
Hogares que comparten servicio sanitario con otra familia	36	7	19
<i>Tipo de servicio sanitario</i>			
Letrina tradicional, pozo ciego	36	25	69
Inodoro conectado a fosa séptica		7	19
Letrina o inodoro lavable		2	6
Inodoro conectado a alcantarilla		2	6

Otros servicios

Aproximadamente 4 de cada 10 hogares no tienen acceso a energía eléctrica, lo cual es una limitante para realizar actividades cotidianas y por tanto afecta negativamente en la salud, bienestar y calidad de vida de los adultos mayores con discapacidad y sus familias. En otros estudios, se ha evidenciado que la energía eléctrica y la pobreza se relacionan en doble vía; los hogares más pobres tienen menos posibilidad para acceder a la energía eléctrica y también son más propensos a seguir siendo pobres (Modi, y otros 2006).

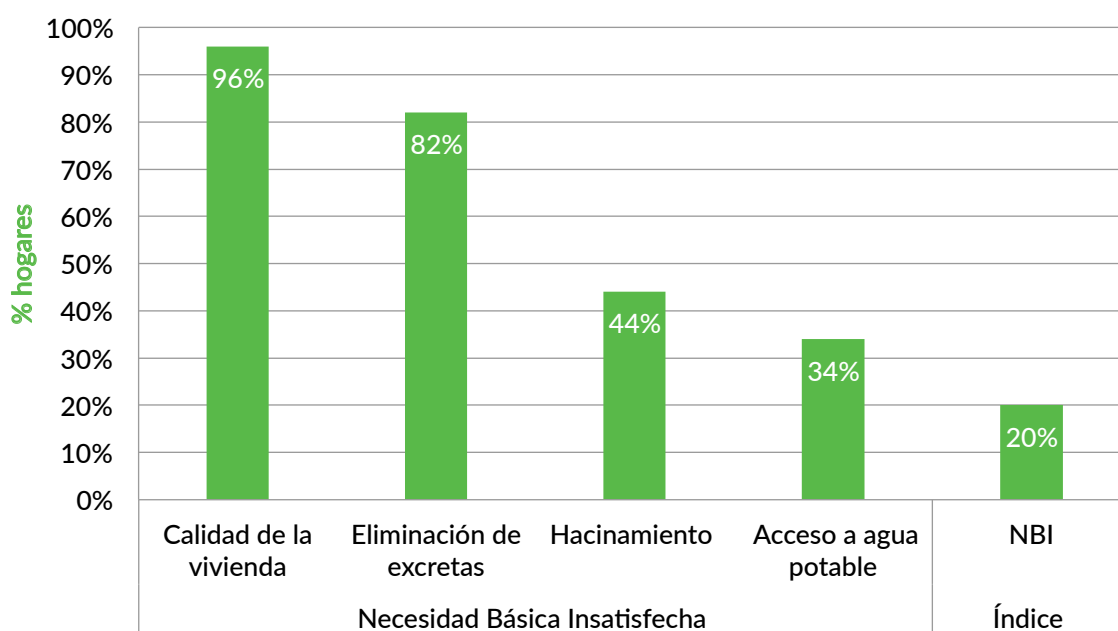
Por otro lado, aproximadamente 9 de cada 10 hogares utilizan la leña o carbón como el principal combustible. La combustión de leña o carbón genera altos niveles de contaminación del aire de los ambientes del hogar; sin embargo, un aspecto positivo en la población de estudio es que la mayoría tiene un espacio o cuarto separado que es solo para cocinar, lo cual disminuye la contaminación de otros ambientes del hogar.

Índice de NBI

La mayoría de los hogares carecen de una vivienda adecuada y un sistema de eliminación de excretas adecuado; 10 de los 50 hogares presentan deficiencias en las 4 necesidades básicas (Figura 6). Estos resultados son similares a los reportados a nivel departamental¹¹ en el informe de caracterización de la República de Guatemala (INE 2015), exceptuando la deficiencia en el sistema de eliminación de excretas ya que, para este estudio, la cifra es dos veces mayor.

En términos generales, las deficiencias en las necesidades básicas, aunadas a las limitantes sociales, analfabetismo y desempleo, evidencian la situación de pobreza y vulnerabilidad en la que se encuentran los adultos mayores con discapacidad y sus familias.

Figura 6. Necesidades básicas insatisfechas e Índice NBI de los hogares con adultos mayores con condición de discapacidad (n=50). Camotán, Chiquimula.

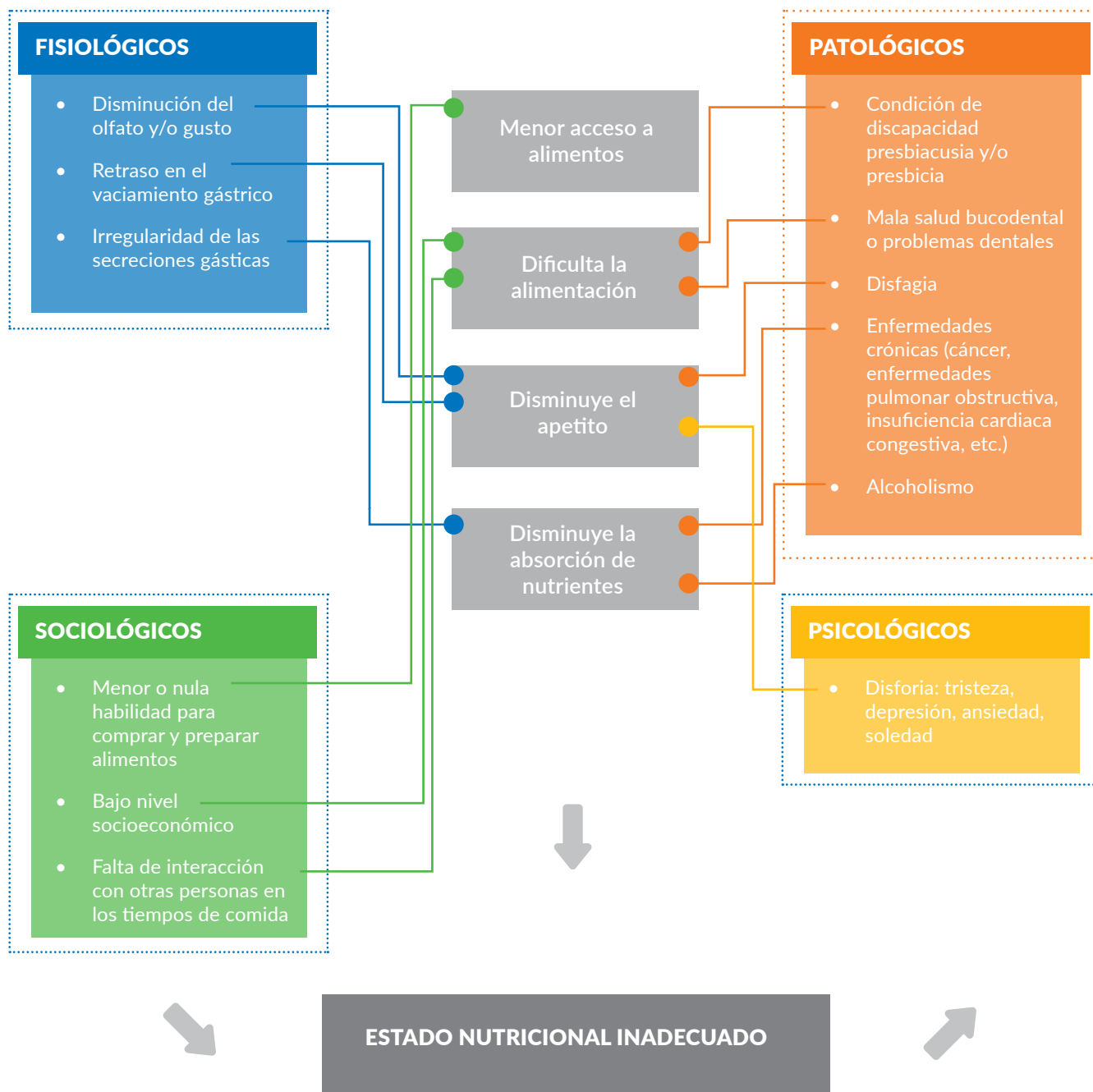


5.5

ESTADO NUTRICIONAL DE ADULTOS MAYORES CON CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

El envejecimiento conlleva cambios fisiológicos, sociológicos, patológicos y psicológicos que pueden afectar el estado nutricional (Figura 7), comportándose como un círculo vicioso, en el que la desnutrición afecta la función cognitiva y física, aumentando por consiguiente la dependencia de la atención de terceros (OMS 2015).

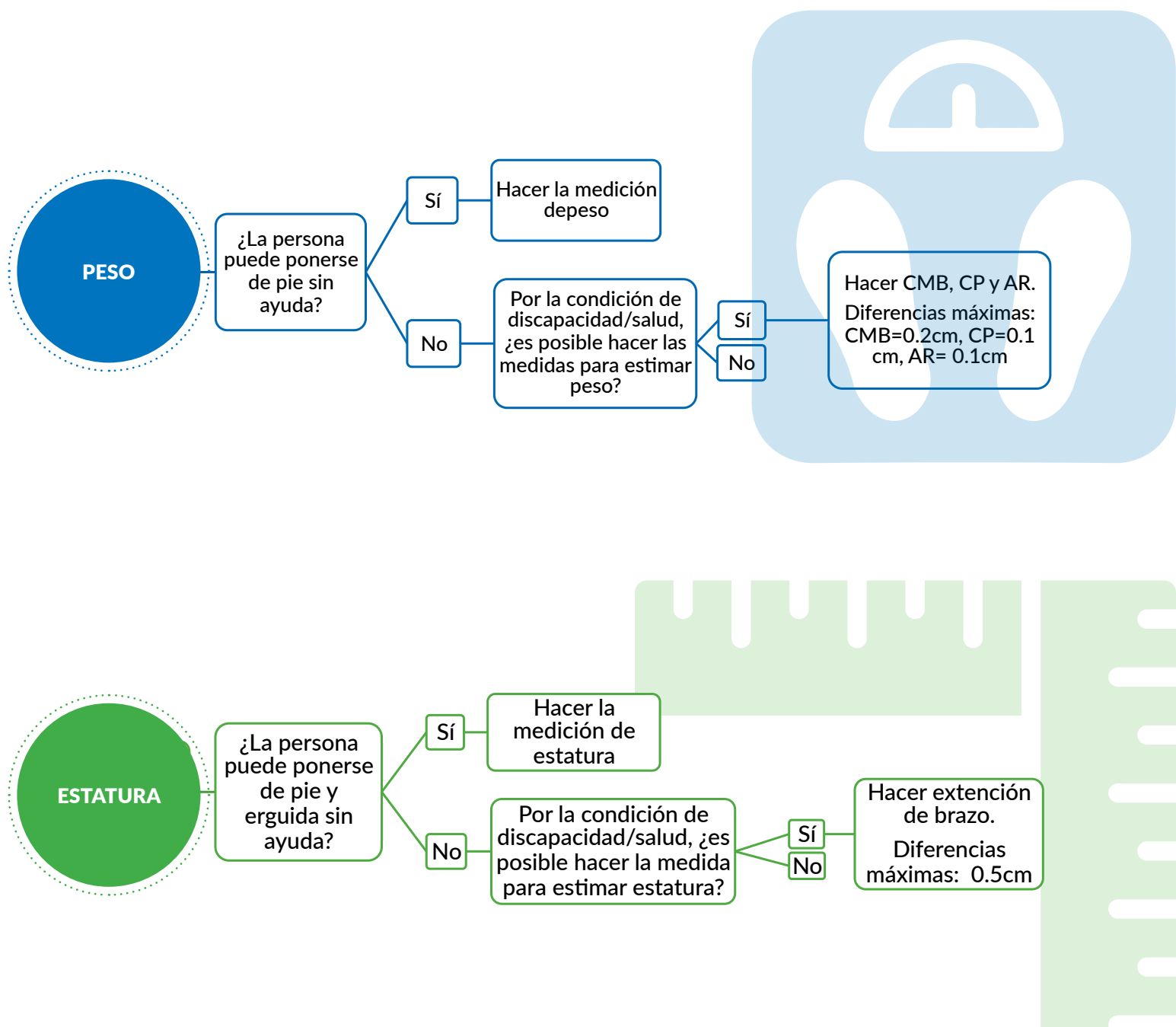
Figura 7. Factores que influyen en el inadecuado estado nutricional del adulto mayor



En este estudio, se determinó el estado nutricional del adulto mayor, por medio del Índice de Masa Corporal (IMC= peso kg/estatura m²); los puntos de corte utilizados son los establecidos por la Organización Panamericana de la Salud para la tercera edad (Lima, y otros 2015) (OPS 2001)¹². El peso y la estatura fueron determinados mediante dos técnicas: a) medición antropométrica y b) estimación; siguiendo el mapa de decisión que se describe en la **Figura 8**.

12 Bajo peso ≤23.9 Normal 24 a 27.9 Sobrepeso 28 a 29.9 Obesidad ≥30

Figura 8. Mapa de decisión para determinar peso y estatura en el adulto mayor



Análisis del estado nutricional de los adultos mayores con discapacidad

Se determinaron el peso y la estatura por medio de antropometría en 45 de los 50 adultos mayores con discapacidad; en los 5 restantes debido su condición de discapacidad y/o salud fue necesario recurrir a la estimación de las medidas. Para el análisis del estado nutricional, se hace distinción entre los dos grupos mencionados.

Estado nutricional a partir de antropometría

La insuficiencia ponderal es el principal problema nutricional en la población de estudio, afectando a 7 de cada 10 adultos mayores con discapacidad. Su distribución por edad, sexo y dominio de discapacidad no presenta diferencias significativas ($p=0.199$, 0.625 y 0.423 , respectivamente) (**Cuadro 27**, **Cuadro 28**); tampoco presenta diferencias significativas por nivel de dificultad para realizar actividades cotidianas ($p=0.493$) ni por aspectos que pudiesen alterar la ingesta de alimentos ($p>0.1$) o enfermedades crónicas ($p=0.220$).

En la tercera edad, los requerimientos calóricos disminuyen; sin embargo, los requerimientos de nutrientes tienen cambios mínimos (OMS 2015), por lo que en la insuficiencia ponderal observada en la población de estudio probablemente también interfieran otros aspectos como la calidad de la dieta, hábitos o costumbres alimentarias inadecuadas, los cuales pueden ser considerados en futuras evaluaciones.

No se dispone de datos oficiales sobre el estado nutricional del adulto mayor a nivel nacional o departamental; sin embargo, la insuficiencia ponderal observada para este estudio es considerablemente superior a lo reportado en la Encuesta Multicéntrica Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) para América Latina y el Caribe.

Cuadro 27. IMC en adultos mayores con discapacidad (n=45). Camotán, Chiquimula

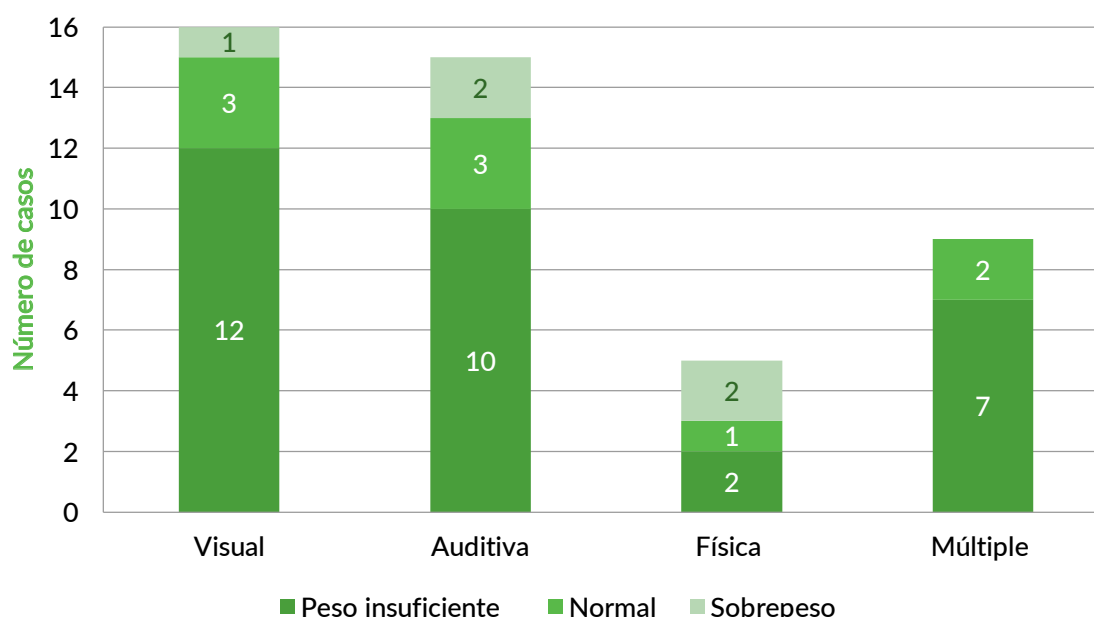
IMC	Masculino n=19		Femenino n=26		Total n=45	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Peso insuficiente (≤ 23.9)	13	68	18	69	31	69
Normal (24 a 27.9)	3	16	6	23	9	20
Sobrepeso (28 a 29.9)	3	16	2	8	5	11

Cuadro 28. IMC por edad en adultos mayores con discapacidad (n=45). Camotán, Chiquimula

Edad	Casos*		
	Peso insuficiente	Normal	Sobrepeso
60 a 64	3	2	3
65 a 69	4	1	1
70 a 74	6	4	1
75 a 79	4	0	0
80 a 84	4	2	0
85 a 89	8	0	0
90 a 94	2	0	0

*Debido al número reducido de casos para cada grupo etario, no se presentan los porcentajes.

Figura 9. IMC por dominio de discapacidad en adultos mayores (n=45). Camotán, Chiquimula



Nota: Debido al número reducido de casos para cada dominio, no se presentan los porcentajes.

Estado nutricional por estimación de peso y estatura

Se realizó una exhaustiva revisión de literatura para determinar las ecuaciones más exactas para estimar peso y estatura; obteniendo un total de 2 ecuaciones para peso y 3 ecuaciones para estatura (**Cuadro 29**).

Para verificar la validez de las estimaciones de las ecuaciones en la población de estudio, en 13 de los 50 adultos mayores con discapacidad se realizó la determinación de peso y estatura mediante las dos técnicas (medición antropométrica y estimación); se comparó el valor obtenido por estimación con el valor real obtenido por antropometría, evidenciando que todas las ecuaciones sobrestimaban o subestimaban considerablemente el peso y la estatura, con cambios en el IMC de hasta 2 kg/m², lo cual afectaba el diagnóstico del estado nutricional (**Cuadro 30**).

Probablemente estas diferencias se deban a que estas ecuaciones fueron desarrolladas para personas sin condición de discapacidad, cuyo crecimiento, desarrollo y composición corporal pueden presentar diferencias.

Finalmente, las sobrestimaciones o subestimaciones más bajas se presentaron en las ecuaciones No. 2 para peso y la No.1 para estatura (**Cuadro 29**), siendo estas las utilizadas para el análisis de los 5 adultos mayores para los que, debido a su condición de discapacidad, no era factible obtener las medidas de forma directa. El Cuadro 31 muestra el diagnóstico según IMC para este grupo reducido de adultos; para su interpretación, se deben considerar las limitantes de las ecuaciones antes mencionadas.

Cuadro 29. Ecuaciones para estimar peso y estatura

Ecuaciones para estimar peso		
1	M: (AR*1.10)+(CMB*3.07)-75.81	Laboratorios Ross
	F: (AR*1.09)+(CMB*2.68)-65.51	
2	M: (CMB*2.31)+(CP*1.50)-50.10	Chumlea WC, Guo S, Roche AF, Steinbaugh ML, 1988) (Orozco, Vizmanos, Hunot, & al, 2010)
	F: (CMB*1.63)+(CP*1.43)-37.46	
Ecuaciones para estimar estatura		
1	M: 82.77+(1.83*Altura de rodilla)-(0.16*edad)	Chumlea et.al. 1998. Ecuaciones por grupo étnico (México americano).
	F: 84.25+(1.82*altura de rodilla)-(0.26*edad)	
2	M: (AR*2.08) + 59.01	Laboratorios Ross
	F: (AR*1.91)-(edad*0.17) +75.00	
3	M: 71.85 + (1.88*AR)	Chumlea et.al. 1994. (Adultos 19 a 59 años).
	70.25+(1.87*AR)-(0.06*edad)	

Cuadro 30. Diferencias entre medidas reales y medidas estimadas

Sujeto	Peso		Estatura		
	Ecuación 1	Ecuación 2	Ecuación 1	Ecuación 2	Ecuación 3
1	-1.5	-3.5	-1.3	-0.1	-1.7
2	0.2	5.4	4.6	8.4	6.2
3	-8.2	5.0	-8.3	-11.6	-7.2
4	1.2	2.1	1.4	3.6	2.0
5	-8.2	-2.3	-4.9	-6.2	-2.3
6	1.3	3.3	3.4	9.3	7.3
7	1.0	-0.7	-3.2	1.9	-0.1
8	-2.4	1.1	3.7	3.2	6.9
9	2.8	7.2	3.4	-0.8	2.7
10	3.6	5.2	8.6	12.0	10.2
11	6.3	2.7	3.7	6.6	4.8
12	-6.5	-1.7	-7.5	-1.2	-3.6
13	-5.7	-1.6	2.5	6.3	4.0

Diferencias para peso		Diferencias para estatura	
	Ecuaciones con diferencia permitida Peso $\pm 0.2\text{kg}$		Ecuaciones con diferencia permitida talla $\pm 0.5\text{cm}$
	Ecuaciones con diferencia Peso $\pm 3\text{ Kg}$		Ecuaciones con diferencia talla $\pm 5\text{ cm}$
	Ecuaciones con diferencia Peso $\pm 4\text{ Kg}$		Ecuaciones con diferencia Peso igual o mayor a ± 7
	Ecuaciones con diferencia Peso igual o mayor a $\pm 5\text{ Kg}$		

Cuadro 31. IMC en adultos mayores con condición de discapacidad, con peso y estatura estimado (n=5). Camotán, Chiquimula

Estado Nutricional por IMC	Casos
Peso insuficiente (≤ 23.9)	3
Normal (24 a 27.9)	1
Sobrepeso (28 a 29.9)	1
Obesidad (≥ 30)	0

5.6

ESTADO DE SALUD/MORBILIDAD DEL ADULTO MAYOR

Las evidencias demuestran que los adultos mayores con discapacidad son más propensos a padecer enfermedades, más posibilidades de enfrentar restricciones en su participación en la sociedad y enfrentar exclusión en los entornos educativos y laborales con el consecuente menor acceso a los sectores de educación y de cuidados médicos, todo lo cual genera un mayor riesgo de pobreza en comparación con otras personas sin discapacidad.

En este estudio se utiliza la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) que fue desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este esquema apunta a abarcar los factores, tanto internos como externos, con la persona a través de la incorporación de condiciones de salud, impedimentos funcionales, limitaciones en actividades y participación, así como el entorno. Específicamente, la CIF define discapacidad como la interacción entre las condiciones de salud y/o impedimentos en la función y estructura corporal, las limitaciones en actividades y las restricciones en la participación

Los sujetos de este estudio proporcionaron información sobre enfermedades diagnosticadas por médico; tiempo de diagnóstico, la limitación producida por más de 2 semanas para realizar actividades cotidianas, así como el tratamiento de las mismas se presenta en el **Cuadro 32**. Se observa que casi 2 tercios de las personas padecen de 1 o más enfermedades, más de la mitad de estas enfermedades fueron diagnosticadas hace más de un año y que la mayoría producen limitación para hacer actividades cotidianas. el hecho más relevante es que solo un tercio de ellos están bajo tratamiento, debido probablemente a la escasa demanda de atención y a la falta o ausencia de facilidades de tratamiento por el desabastecimiento que los servicios de oficiales de salud están experimentando.

Cuadro 32. Patrón de enfermedades en adultos con condición de discapacidad del estudio

No.	Enfermedad	Presencia N = 50		Hace cuánto se lo diagnosticaron		Ha dejado de hacer actividades cotidianas %	Está en tratamiento %
		casos	%	últimos 12 meses %	hace más de 1 año %		
A	Hipertensión	14	28	10	18	16	22
B	Problema respiratorio	5	10	6	4	8	6
C	Hernia	3	6	2	4	2	6
D	Sombra en el pulmón	2	4	0	4	2	4
E	Gastritis	2	4	0	4	0	4
F	Otros *	6	12	6	6	0	2
TOTAL		32	64	22	42	28	52
* Diabetes Mellitus; artritis; insuficiencia cardiaca; próstata; reuma; vesícula							

De acuerdo a lo observado en el Cuadro 32, de los 50 sujetos entrevistados, 12 (24%) reportaron padecer 1 enfermedad y 8 (16%) del total reportaron 2 o más enfermedades. Los sujetos se dividieron en quinquenios de edad desde los 60 años y no se observan diferencias significativas en la distribución del número de enfermedades reportadas ni su distribución por grupos de edad.

Cuadro 33. Número de enfermedades reportadas en el período por edad en adultos con condición de discapacidad del estudio

EDAD	N=50		NÚMERO DE ENFERMEDADES REPORTADAS	
	casos	%	1: N=12 %	2: N= 8 %
60-64	8	16	4	0
65-69	6	12	4	2
70-74	12	24	4	6
75-79	5	10	4	0
80-84	7	14	4	2
85-99	12	24	4	6
Total	50	100	24	16

En la estimación de discapacidad relacionada con la dificultad para realizar actividades relacionadas con la alimentación, como una adaptación del set de preguntas del Washington Group se incluyeron, como se ilustra en el Cuadro 34, a las personas que refirieron “un poco” en cualquier dominio y datos clínicos que indicaron un déficit moderado o clínicamente relevante, “mucho”, “gran dificultad” o incapacidad total “no puede en absoluto” en cualquiera de las actividades incluidas; 70% refirió algún grado de dificultad para masticar los alimentos, y en un caso los familiares reportaron la dificultad completa para esta actividad. Esta dificultad probablemente se debe a la ausencia de piezas dentales. 38% y 28% de los sujetos refirieron dificultad para sentir sabores y olores, respectivamente; uno de cada tres sujetos reportó dificultad para tragar o deglutir y en menor proporción la dificultad motora para agarrar los cubiertos y llevar la comida a la boca, probablemente por secuelas de accidentes cerebrovasculares.

Cuadro 34. Porcentaje de adultos con condición de discapacidad del estudio por grado de dificultad para realizar actividades relacionadas con la alimentación

ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA ALIMENTACIÓN Y DIFICULTAD PARA REALIZARLAS		N= 50		No puede en absoluto %
		Un poco %	Much o %	
Dificultad para	Masticar los alimentos	24	44	2
	Sentir sabores	16	22	0
	Tragar o deglutir	20	12	0
	Sentir los olores	14	10	4
	Agarrar los cubiertos para comer y llevárselos a la boca	6	2	2

Todos los participantes que informaron al menos “mucho dificultad” en cambios en el estado de ánimo, como signos sugestivos de ansiedad/depresión, también fueron sometidos a un interrogatorio a profundidad o fueron invitados a participar en un grupo focal. La prevalencia de limitaciones fue más alta en el dominio de ansiedad/depresión. Las personas que reportaban limitaciones significativas están más afectadas en su calidad de vida. Estos datos son consistentes con lo encontrado en la ENDIS 2016.

De manera interesante, dados los complejos antecedentes étnicos de Guatemala y los vínculos documentados entre grupos étnicos, exclusión social, pobreza y la guerra civil se observó que las personas con discapacidad identificadas en la encuesta tenían más probabilidades de ser personas de mayor edad, de ser más pobres, solteras y con un menor nivel educativo que la población general. Estos resultados respaldan la teoría de que las personas con discapacidad, y los hogares que incluyen a personas con discapacidad, son generalmente más pobres, más vulnerables a impactos y menos resilientes.

La alta prevalencia de cambios en el estado de ánimo (depresión/ansiedad) contrasta enormemente con el actual gasto en salud pública del 1.4% y el 4% de contenido de cursos de licenciatura en medicina, que están asignados a la salud mental en Guatemala. Dado el considerable estigma relacionado a la salud mental, y el hecho de que es una discapacidad predominantemente oculta, son necesarias urgentemente inversiones en soporte para personas que experimentan dificultades relacionadas a su salud mental.

Cuadro 35. Porcentaje de adultos con condición de discapacidad por tipos de dependencia relacionada con la alimentación

N =	50
Tipo de dependencia relacionada con la alimentación	%
Presencia de cambios de ánimo	72
Los cambios de ánimo han afectado el apetito	44
Necesidad de apoyo de alguna otra persona para alimentarse	18
Consumo de medicamentos que afectan el apetito	10

Como se observa en el **Cuadro 35** la mayoría de hogares visitados cuenta con una estación para el lavado de manos; sin embargo, algunos cuentan solo con agua o con agua y materiales diferentes al jabón, como ceniza y hay un porcentaje bajo (4%) que no tiene la práctica de lavado de manos porque no cuentan con agua, ni jabón ni ceniza.

De los 50 adultos entrevistados, solo 8% reporta que realiza 4 prácticas de higiene personal (bañarse a diario, lavarse el cabello al menos 2 veces/ semana, mantener las uñas de las manos cortas y limpias y mantener las uñas de los pies cortas y limpias) y cuenta con los insumos necesarios y todos lo pueden hacer sin ayuda. Todos los sujetos refieren que lo pueden hacer todo solos y que no necesitan ayuda.

De los 50 adultos entrevistados, la mitad de ellos realiza las prácticas en los dos momentos más importantes (bañarse a diario y mantener las uñas de las manos cortas y limpias) y cuenta con los insumos necesarios. 21 de 25 sujetos refieren que lo pueden hacer todo solos y que no necesitan ayuda, mientras que 2 de ellos necesitan una asistencia completa para hacer las actividades descritas.

Cuadro 36. Porcentaje de hogares de adultos con condición de discapacidad con estación de e insumos para lavado de manos

INDICADOR	%
% de hogares que cuentan con una estación de lavado de manos	85
% de hogares que cuentan con ___ para lavado de manos	
Jabón y agua	68
Agua y otro diferente a jabón	2
Solo agua	6
Ni agua, ni jabón, ni ceniza	4

En el **Cuadro 37** se ilustra la necesidad de asistencia que requieren los adultos mayores de 60 años para actividades de higiene y cuidado personal, especialmente el lavado de manos. En esta muestra es relativamente baja la proporción de personas que necesita una asistencia total para realizar estas actividades, lo cual indica que la mayoría son sujetos independientes, capaces de ejecutar actividades de higiene personal por sí solos. Las cifras no son concluyentes dada la muestra tan baja de adultos de 60 a 94 años.

Cuadro 37. Porcentaje de adultos mayores de 60 años que necesitan ayuda para actividades de higiene y cuidado personal

EDAD	N = 50	% de adultos que necesita AYUDA para lavarse las manos			N = 50	% de adultos que necesitan AYUDA para higiene y cuidado personal		
		1 Sí, total	2 Sí, en algunas	3 No necesita ayuda		1 Sí, total	2 Sí, en algunas	3 No necesita ayuda
	Casos	%	%	%		%	%	%
60-64	8	2	2	12	8	2	6	8
65-69	6	2	0	8	6	2	6	4
70-74	12	0	8	16	12	0	12	12
75-79	5	2	4	4	5	2	8	0
80-84	7	4	0	10	7	4	2	8
85-89	9	2	2	14	9	2	8	8
90-94	3	0	2	4	3	2	4	0

5.7

CONSUMO DE ALIMENTOS Y ESTRATEGIAS DE RESILIENCIA DE ADULTOS MAYORES

Consumo de alimentos a nivel familiar

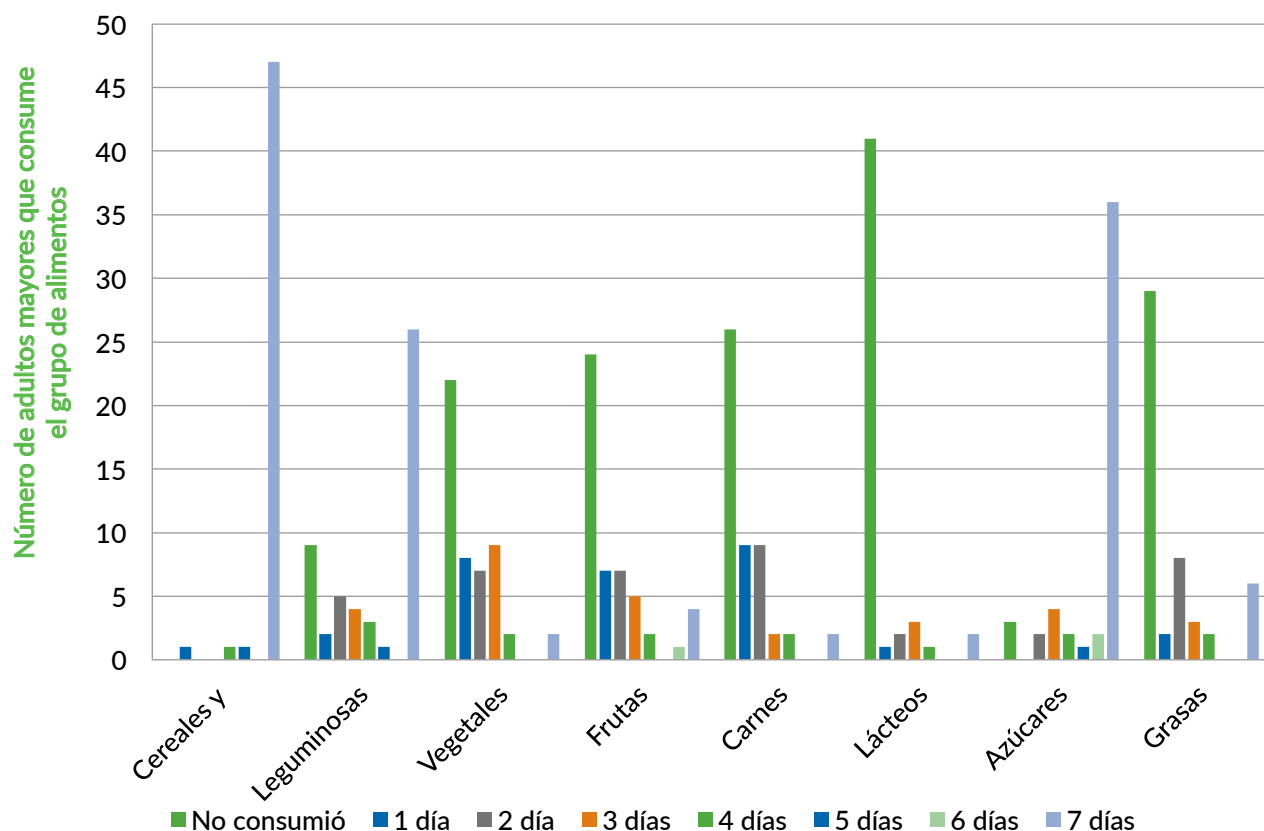
Los indicadores de consumo de alimentos proveen un proxy de la cantidad y/o calidad de la dieta a nivel del hogar; estos se utilizan para determinar la situación de seguridad alimentaria en períodos de riesgo o de alta vulnerabilidad alimentaria para medir los cambios en la dieta cotidiana tal como sucede después de eventos como las sequías, los desastres, etc.

Diversidad dietaria de adultos mayores

La dieta de los adultos mayores con condición de discapacidad se basa principalmente en tres grupos de alimentos: los cereales y tubérculos, las leguminosas y los azúcares. En la **Figura 10** se observa que estos grupos fueron consumidos por la mayoría de adultos mayores todos los días de la semana previa al día de entrevista. Es importante considerar que los cereales y tubérculos incluyen alimentos que

suelen utilizarse como base de muchos platillos y son característicos de la dieta guatemalteca tal como es el caso del maíz que se emplea en diversas preparaciones como la tortilla, los atoles, los tamalitos, etc. Entre los grupos de alimentos de los cuales se tiene un bajo y pobre consumo de entre 1 a 3 días a la semana se encuentran: los lácteos, la carne, las verduras y frutas, lo cual refleja una dieta de baja calidad proteica, monótona y poco diversa (pocas fuentes de micronutrientes).

Figura 10. Grupos de alimentos consumidos durante la última semana previa a la entrevista por adultos mayores con condición de discapacidad. Camotán, Chiquimula.

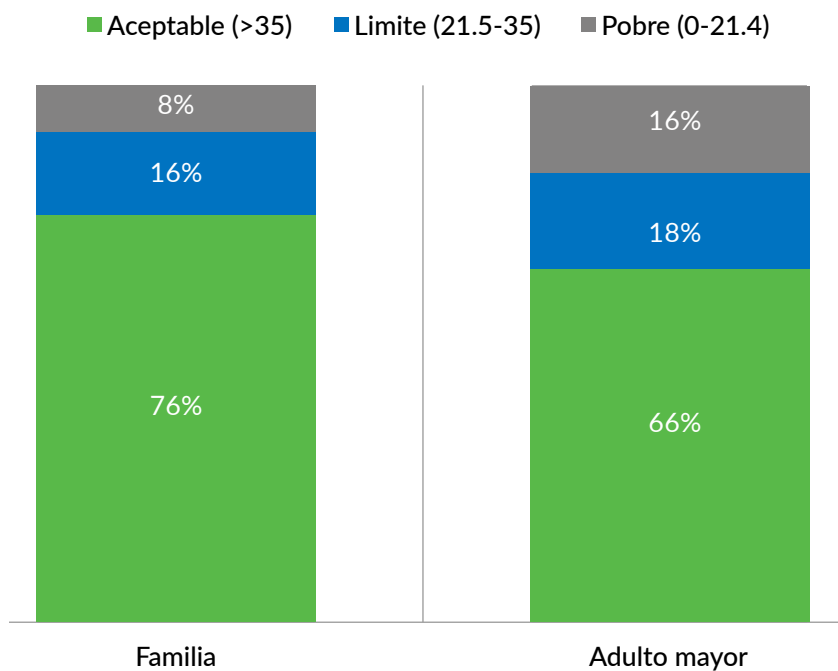


Puntaje de Consumo de Alimentos (PCA)

En este diagnóstico se recolectó información sobre el consumo a nivel del hogar y de los adultos mayores con condición de discapacidad; con esta información se construyó el indicador Puntaje de Consumo de Alimentos (PCA). Este se basa en la diversidad dietaria a nivel del hogar, es decir, en el número de días que se consumieron los grupos de alimentos en la semana previa al día de entrevista (últimos 7 días).

El PCA evidencia que tanto las familias como los adultos mayores con condición de discapacidad no presentan un estado de inseguridad alimentaria. 7 de cada 10 familias donde convive un adulto con condición de discapacidad presentan una alimentación que los clasifica en un estado de SAN “aceptable” (Figura 11); sin embargo, al evaluar el consumo del adulto mayor con condición de discapacidad un 16% (n=8) presenta riesgo de INSAN, debido a lo que se mencionó anteriormente sobre la poca diversidad y consumo menos frecuente de alimentos de alta calidad nutricional, que los clasifica como dieta “pobre”. Dicha calificación no provee información sobre la cantidad y frecuencia diaria de consumo; únicamente es un proxy de la dieta y el puntaje es un reflejo del consumo de grupos de alimentos predominantes de la dieta guatemalteca como es el caso de los cereales y tubérculos.

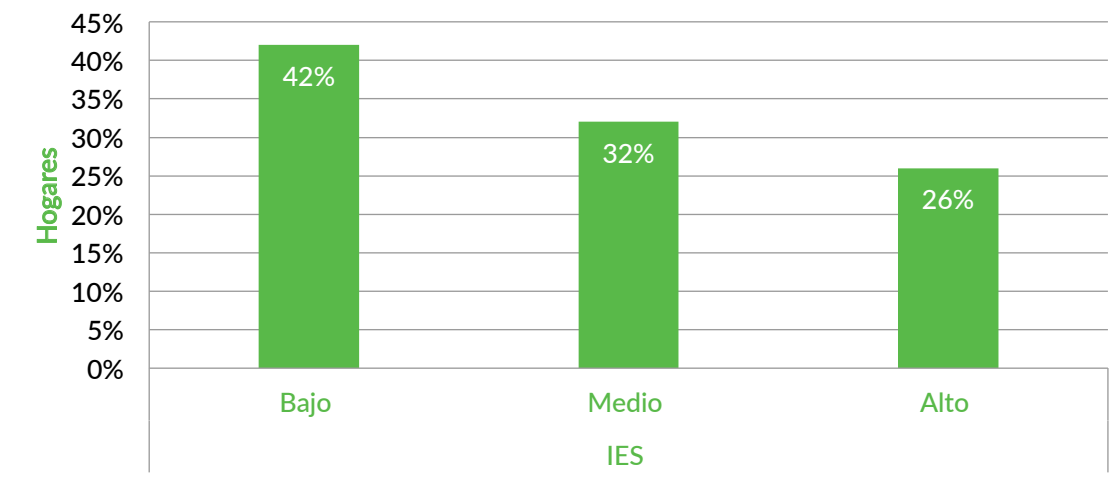
Figura 11. Proporción de familias y adultos mayores en Inseguridad alimentaria y nutricional (INSAN) de acuerdo al PCA. Camotán, Chiquimula.



Índice de estrategias de supervivencia (IES)

Los criterios para elaborar el Índice de Estrategias de Supervivencia se detallan en la metodología. Para este estudio, se determinó que alrededor de 6 de cada 10 hogares con adultos mayores con discapacidad presentan un medio o alto nivel de vulnerabilidad de INSAN debido a las estrategias de supervivencia adoptadas, su severidad y frecuencia (Figura 12).

Figura 12. Índice de Estrategias de Supervivencia en hogares con adultos mayores con condición de discapacidad



Respecto al número y características de las estrategias adoptadas, se determinó que 92% de los hogares de adultos mayores con discapacidad tuvo que adoptar una o más estrategias de supervivencia en los últimos 30 días, adoptando en promedio 4 estrategias (**Cuadro 38**). Las estrategias más utilizadas por los hogares son las relacionadas con la alimentación, reflejando la vulnerabilidad a INSAN: disminución en el consumo no solo de los alimentos preferidos, sino de menor calidad y más baratos, disminución de la cantidad y frecuencia de la alimentación, consumo de alimentos silvestres y la dependencia de amigos y familiares para obtener los alimentos (**Cuadro 39**).

Cuadro 38. Número de estrategias de supervivencia adoptadas por los hogares con adultos mayores con discapacidad (n=50). Camotán, Chiquimula.

No. de estrategias adoptadas	Casos	%
0	4	8
1	3	6
2	3	6
3	7	14
4	4	8
5	13	26
6	7	14
7	5	10
8	2	4
9	2	4
Promedio	4	

Cuadro 39. Tipo de estrategias de supervivencia adoptadas por los hogares con adultos mayores con discapacidad (n=50). Camotán, Chiquimula.

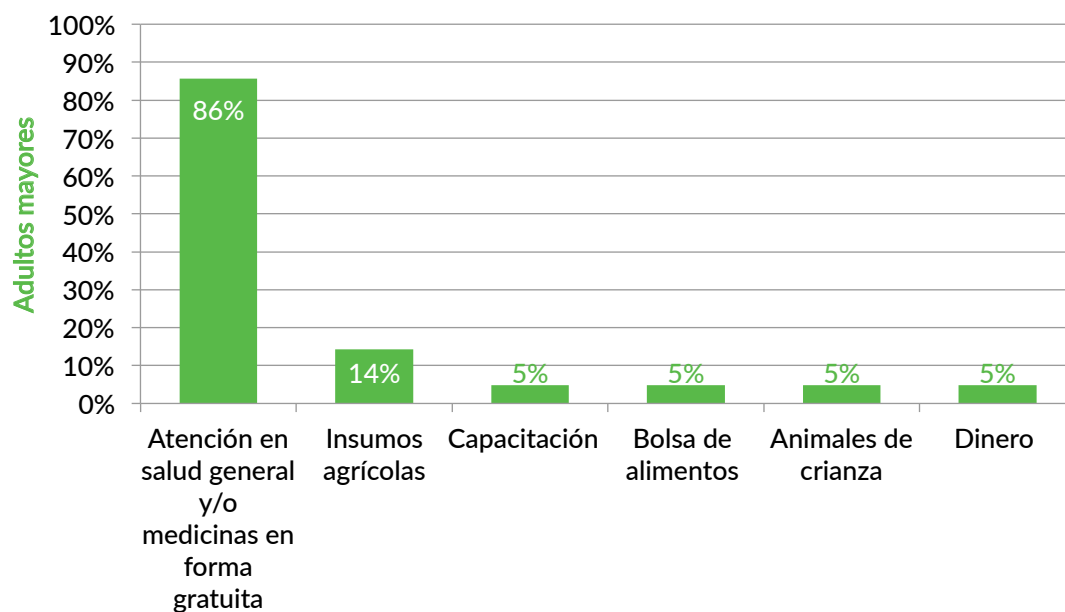
No	Medidas de resiliencia a nivel familiar	Casos	%
1	Disminuyó el consumo de alimentos preferidos o consumió alimentos más baratos	39	78
2	Disminuyó el tamaño de comidas/ día	38	76
3	Disminuyó el número de comidas/ día	31	62
4	Pidió alimentos al crédito	28	56
5	Consumió más seguido alimentos silvestres	24	48
6	Pidió alimentos prestados o dependió de ayudas	21	42
7	Vendió o consumió semillas para la siembra	13	26
8	Compró alimentos preparados	12	24
9	Los adultos se quedaron sin comer para que los niños pudieran comer	9	18
10	Pasó algunos días enteros sin comer	3	6
11	Algunos miembros del hogar fueron a comer a otra parte	3	6
12	Los que no trabajan se quedaron sin comer para que los que sí trabajan pudieran comer	1	2
13	Envío a algunos miembros del hogar a pedir dinero (prestado o regalado)	0	0

ASISTENCIA ALIMENTARIA

Se determinó que 37 de los 50 hogares evaluados reciben algún tipo de asistencia; de estos aproximadamente 6 de cada 10 reciben la asistencia por o para el adulto mayor con discapacidad, siendo principalmente la atención en salud general y/o medicinas en forma gratuita proveniente de servicios de salud del MSPAS. La asistencia dirigida al adulto mayor con discapacidad es recibida en la comunidad de residencia u otra dentro del departamento.

Los adultos mayores con discapacidad carecen de asistencia especializada a su condición, tal como: a) terapias de recuperación de la salud o b) asistencia técnica o insumos ortopédicos (sillas de rueda, bastones, auxiliares auditivos, etc.). Este tipo de asistencia complementaría las ya recibidas y contribuiría en gran medida a mejorar su calidad de vida.

Figura 13. Asistencia dirigida al adulto mayor con discapacidad e institución que la provee (n=21). Camotán, Chiquimula.



Capacitación: En salud, nutrición, higiene o técnicas agropecuarias.

Dinero: Transferencias condicionadas.

GRUPOS FOCALES

Se realizaron dos grupos focales con un total de 9 adultos mayores con discapacidad, predominando en ellos las deficiencias visuales y auditivas. Las principales respuestas a los temas abordados se describen a continuación.

Definición de discapacidad.

Los adultos mayores desconocen lo que significa discapacidad, lo cual atribuyen a su bajo nivel de escolaridad. La idea más frecuente es que la discapacidad es una limitante, principalmente para trabajar.

Ingresos y gastos de las familias.

La mayoría de adultos mayores con discapacidad no trabajan, refiriendo que su edad, su condición y los trabajos disponibles limitan sus oportunidades de generar ingresos; “en la comunidad son pocas las oportunidades de empleo ya que nadie tiene dinero; cuando sí hay, son trabajos pesados que para nosotros ya es difícil realizarlos”.

Los ingresos de la familia de la cual depende el adulto mayor con discapacidad se han visto afectados al igual que el de otras familias del municipio... “No hay trabajo y cuando hay el jornal es de Q 30.00/día, que apenas alcanza para la alimentación”. “Sobrevivimos solamente por el poder de Dios”

Además, los participantes refirieron que su condición de discapacidad les ha generado gastos, principalmente respecto a medicamentos, consultas médicas y transporte, pero no los cubren debido a que no tienen dinero. “Tenemos muchos años de no visitar al doctor por la falta de dinero”.

Percepción sobre los adultos mayores en la vida familiar y social.

La mayoría de participantes refirió vivir acompañado del núcleo familiar de sus hijos. En la vivienda tienen un cuarto o dormitorio solo para ellos, expresando que allí nadie los molesta.

Respecto a la necesidad de apoyo de terceros, la mayoría refirió necesitar ayuda en mover o cargar objetos pesados o cuando tienen que caminar largas distancias, siendo su principal apoyo sus hijos, nueras y nietos. También refirieron que son completamente capaces de realizar las prácticas de higiene personal por sí solos.

Los participantes refirieron que consideran ser percibidos positivamente por sus familias; son un apoyo porque aportan dinero o en especie. Además, sus familiares recurren a ellos por un consejo, ya que por su edad tienen más experiencia en temas como el matrimonio.

Los adultos mayores participan en actividades, principalmente de carácter religioso.

Respecto a la autonomía, la mayoría de adultos mayores con discapacidad refirieron que ellos deciden su vestuario y qué hacer durante el día. Sus familiares solo deciden qué compran y preparan para la alimentación.

Factores de discriminación social y familiar.

Los participantes refirieron que la comunidad los trata con respeto y les apoya; han percibido algunos tratos diferentes, pero consideran que es por ayudarlos. Algunos refirieron que se han sentido rechazados por los jóvenes y las instituciones bancarias; piensan que ya no les toman en serio.

Al indagar acerca de qué harían para apoyar a otros adultos mayores con discapacidad, los participantes refirieron que se debe estar pendiente unos de otros. “Pueden apoyar en oración y solo Dios les puede ayudar”.

Depresión.

Los participantes dijeron que se han sentido tristes, afligidos e impotentes, principalmente por la dependencia de terceros y cuando se enferman.

Acceso a la vida social.

Los participantes están en una relación sentimental; aseguraron que su condición de discapacidad no les ha afectado debido a que han tenido mucha comprensión y comunicación. Los participantes que no tenían pareja refirieron que se sienten solos y necesitan con quien hablar.

Los participantes contaron que sus amigos son personas de edad similar que residen en la comunidad. Respecto a las actividades recreativas (viajes o paseos con familiares o amigos), los participantes relataron que, por su condición de discapacidad, su salud, falta de dinero y distancia, ya no realizan estas actividades. “Ya nos cuesta viajar y porque para eso también se necesita transporte y sale muy caro”.



VI

RESULTADOS NIÑOS/AS

COBERTURA DE NIÑOS/AS < 10 AÑOS CON CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

La etapa de recolección de datos del grupo de niños/as menores de 10 años con condición de discapacidad se realizó del 16 julio al 3 de agosto de 2018; en total se realizaron 87 entrevistas lo cual representa una cobertura del 95%. Esto fue posible por el apoyo que CONADI brindó en la búsqueda e identificación de los sujetos (**Cuadro 40**).

Cuadro 40. Cobertura de Encuesta Hogar de los niños/as menores de 10 años con condición de discapacidad

Departamento	Listado CONADI*	Programadas**	Realizadas	Cobertura (%)
Quiché	43	48	42	88%
Huehuetenango	42	44	45	102%

*Listado CONADI: Tamaño de muestra identificada por personal CONADI en campo.

Programadas: Tamaño de muestra por departamento calculado para el estudio (Cuadro 1**).

Para las visitas en campo se tomaron de base los listados de sujetos identificados por personal de CONADI; sin embargo, fue necesario realizar varios esfuerzos en campo para alcanzar dicha cobertura entre ellos:

1) Realizar búsqueda de niños/as “reemplazo” residentes de la misma comunidad y que cumplieran con los criterios de inclusión (menor de 5 años y presencia de condición de discapacidad). Esto surgió debido a que durante las visitas de campo algunos sujetos incluidos en los listados NO presentaban condición de discapacidad; algunos eran incluso miembros de la misma familia que consideraron que se les estaba invitando a ser beneficiarios de un programa. La muestra estuvo muy dispersa.

2) Se amplió el rango de edad para incluir a los niños/as de 5 a 10 años identificados por CONADI. Esto surgió debido a que, aunque se visitaron todos los hogares de menores de 5 años y buscaron niños/as “reemplazo”, no se logró cubrir la muestra por departamento, por lo que con esta modalidad se rescató a un total de 16 niños/as de 5 a 10 años con condición de discapacidad (2 de Quiché y 14 de Huehuetenango).

En el **Cuadro 41** se presenta la cobertura por municipio, en la que se observa que la mayoría de entrevistas realizadas supera la cantidad programada; esto se pudo lograr debido a lo mencionado anteriormente. En el caso de San Pedro Necta, municipio del departamento de Huehuetenango, no se realizaron las visitas domiciliarias ya que los hogares estaban muy dispersos y se requería invertir más del tiempo estipulado en traslado; sin embargo, se buscó reemplazo de los sujetos. En el caso de Quiché se incluyó un niño del municipio de Canilla debido a que las personas que entrevistaron al papá registraron la dirección de donde trabaja el esposo que era en la cabecera departamental y no en la comunidad donde reside; por lo que se hizo el esfuerzo de ir a visitar al niño a su hogar.

Cuadro 41. Cobertura de entrevistas a niños/as menores 10 años con condición de discapacidad

Departamento	Municipio	Entrevistas	
		Listados CONADI	Realizadas
Quiché	Chichicastenango	13	15
	Sacapulas	21	19
	San Pedro Jocopilas	3	3
	Quiché (cabecera)	5	4
	Canilla	0	1
Huehuetenango	Chiantla	12	9
	Huehuetenango (cabecera)	15	19
	Malacatancito	14	17
	San Pedro Necta	2	0
Total		85	87

Entre los factores que facilitaron la actividad de campo se encuentran:

- a) Se percibió una actitud muy colaboradora y accesible en cuanto a los cuidadores de los sujetos y sus familias. Muchas familias se hicieron disponibles para las entrevistas y estaban abiertas a brindar sus opiniones, lo cual se rescató en su mayoría mediante el componente cualitativo.
- b) El apoyo de profesionales y colaboradores locales de CONADI, quienes identificaron a un total de 85 niños/as menores de 5 años con condición de discapacidad residentes Quiché y Huehuetenango. La información proporcionada fue el nombre, teléfono del sujeto y encargado, y dirección; sin embargo, en algunos casos no se contaba con la información detallada sobre la ubicación de la vivienda (nombre de la comunidad, sector, cercanía de algún lugar, etc.).
- c) La colaboración de los miembros del personal de salud local facilitó la localización de las viviendas y estos promovieron una actitud participativa en los residentes de las comunidades. Esto sucedió principalmente en Sacapulas.

Los factores limitantes en la fase de campo fueron:

- a) Alta dispersión de los hogares (más de 1 sujeto por comunidad), lo cual dificultaba cumplir con los tiempos estipulados.
- b) Acceso vial en mal estado y/o carente de señalización.
- c) La muestra de niños/as identificados por CONADI se redujo debido a que no todos presentaban condición de discapacidad, pero se compensó entrevistando a niños/as mayores de 5 años; aun así, no se logró alcanzar la muestra calculada.

CARACTERÍSTICAS DE NIÑOS/AS CON CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

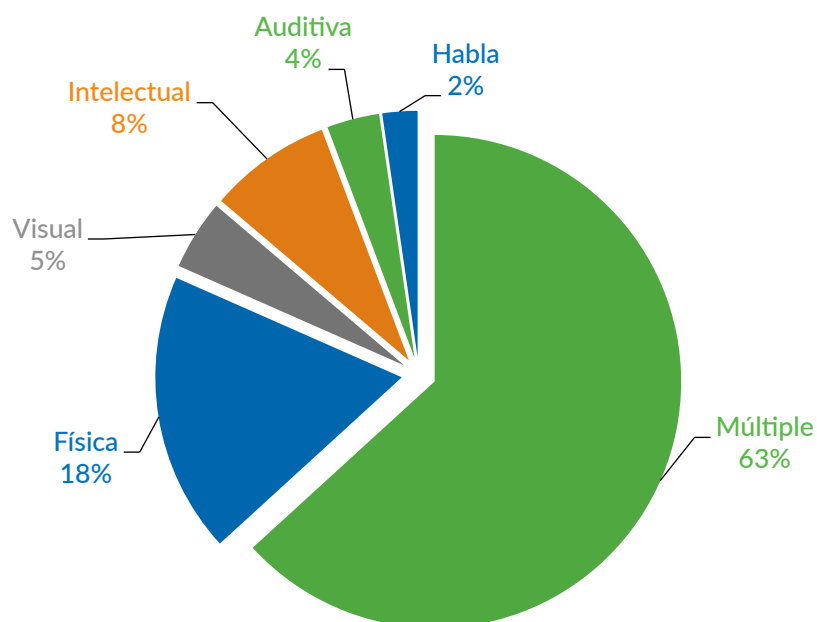
En esta sección se describen las características de los niños/as, su distribución por grupo etario, sexo, condición de discapacidad y nivel de dificultad de la misma. En el **Cuadro 42** se presenta la distribución de los niños/as por grupo etario y sexo, en el que se observa que la muestra del estudio es mayor para el sexo masculino (64%) con respecto al femenino (36%); sin embargo, estas diferencias no son significativas ($p=0.06$). Asimismo, se presentan diferencias por grupo etario, ya que un tercio de la muestra de los niños se concentra en el grupo etario de 48 a 59 meses mientras que para las niñas representa el grupo 36 a 47 meses; estas diferencias no son significativas ($p=0.06$).

Cuadro 42. Distribución de la muestra por grupo etario y sexo.

Edad (meses)	Masculino		Femenino	
	N	%	N	%
0 a 5	3	5%	1	3%
6 a 11	1	2%	2	6%
12 a 23	12	21%	5	16%
24 a 35	11	20%	4	13%
36 a 47	2	4%	9	29%
48 a 59	14	25%	7	23%
60 a 71	5	9%	1	3%
72 a 83	5	9%	1	3%
84 a 95	0	0%	0	0%
96 a 117	3	5%	1	3%
Total	56	100%	31	100%

En cuanto a la condición de discapacidad, con el apoyo de CONADI se clasificó a los niños/as < 10 años de acuerdo a los parámetros del Washington Group. En este estudio se determinó que la principal condición de discapacidad en niños/a fue la “múltiple” (más de 1 condición), seguida de la “física” y en tercer lugar la “visual”, como se ilustra en la **Figura 14**.

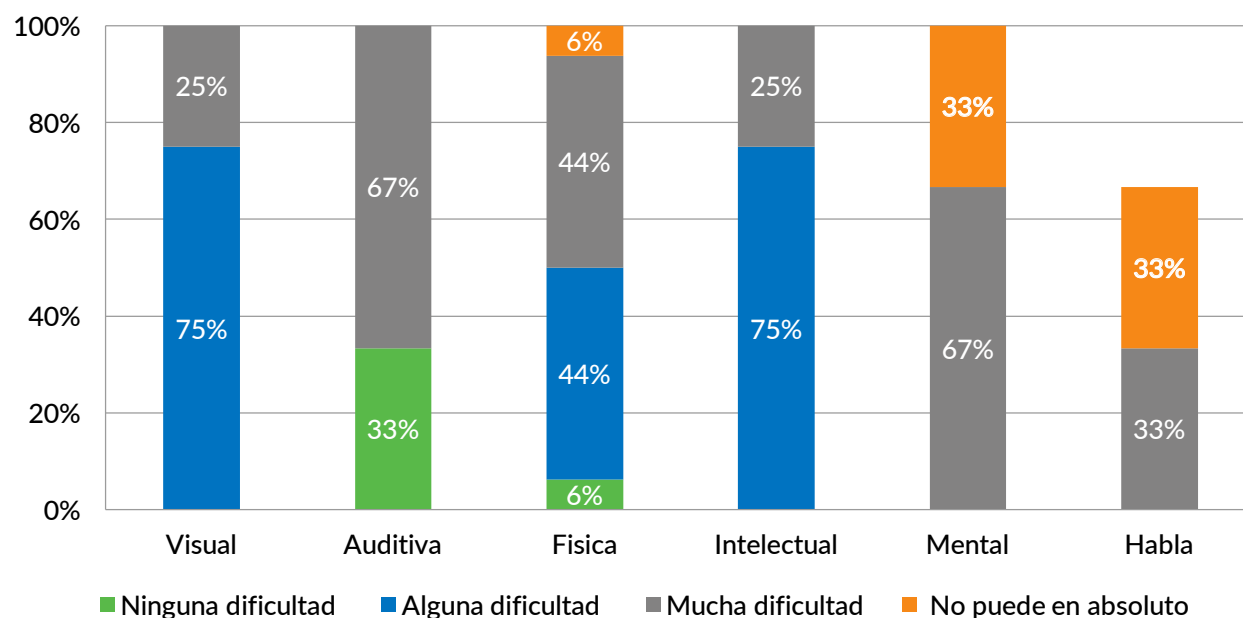
Figura 14. Condición de discapacidad en niños/as <10 años



Entre las causas de la condición de discapacidad referidas por las madres se encuentran: 1) de nacimiento (prematurados, asfixia, etc.), 2) herencia (Síndrome de Down, Síndrome West, Síndrome Marfan), 3) inadecuados cuidados en el embarazo (controles deficientes, alimentación y suplementación), 4) complicaciones durante el embarazo y 5) culturales y/o religiosas. En algunos casos las madres refirieron que la condición de discapacidad en algunos niños/as fue consecuencia de un episodio de desnutrición aguda severa.

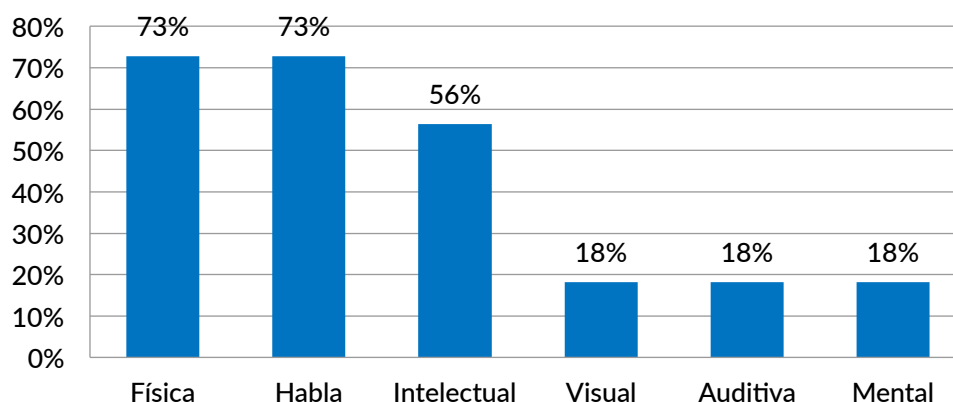
El grado de dificultad de la condición de discapacidad también fue explorado. Este se ilustra en la **Figura 15**. Se observa que los niños más afectados, que no pueden realizar en absoluto sus actividades cotidianas, son quienes presentaron la condición de discapacidad “intelectual” y “habla”; estos son totalmente dependientes del cuidado de los padres o cuidador. Asimismo, llama la atención que en todos los dominios entre 25% a 67% de niños/as presenta mucha dificultad para realizar sus actividades; este grado de dificultad fue más marcado en el dominio “auditivo” (67%), “intelectual” (67%) y “físico” (44%).

Figura 15. Grado de dificultad de la condición de discapacidad en niños/as menores de 10 años.



Como se mencionó anteriormente la principal condición de discapacidad que se presentó en los niños/as menores de 10 años fue la “múltiple”, la cual iba desde 2 hasta 4 dominios. En la [Figura 16](#) se ilustra el desagregado de la categoría “múltiple” y se observa que los tres principales fueron: la física (impedimentos físicos o deficiencias motoras), del habla (sordomudez, retraso en el apareamiento del habla por poca estimulación o por otra condición existente como síndrome de Down) e intelectual (Síndrome de Down, parálisis cerebral, síndrome epiléptico, retraso del desarrollo psicomotor).

Figura 16. Desagregado de la condición de discapacidad “múltiple” en niños/as < 10 años

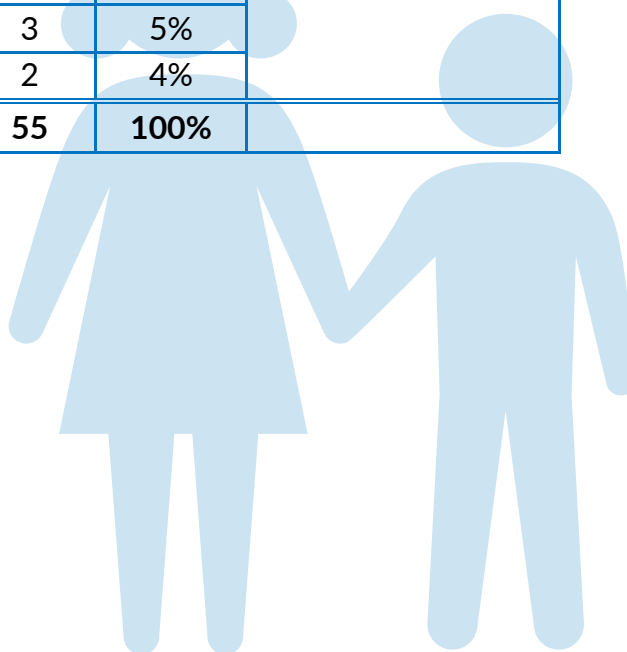


En el [Cuadro 43](#) se presenta el desglose de todas las combinaciones que se presentaron bajo el dominio “múltiple”, en el cual se observa que aproximadamente 6 de cada 10 niños/as convive con dos condiciones de discapacidad, siendo las más frecuentes la física e intelectual (16%), así como la física y del habla (15%). De este cuadro podemos concluir que la condición de discapacidad de base es la

física y a ella se anida una condición secundaria, en menor medida una terciaria. Solo se presentaron 8 casos con más de 4 condiciones de discapacidad; en estos casos está presente una condición que afecta severamente el resto de dominios (ej. Parálisis cerebral, epilepsia, Síndrome de West y Síndrome de Marfan).

Cuadro 43. Desglose de las combinaciones de condición de discapacidad presentes en niños/as menores de 10 años

Condición de discapacidad “múltiple”	Casos	%	Dominios (%)
FISICA, INTELECTUAL	9	16%	2 dominios (58%)
FISICA, HABLA	8	15%	
AUDITIVA, HABLA	6	11%	
INTELECTUAL, HABLA	4	7%	
VISUAL, FISICA	2	4%	
INTELECTUAL, HABLA	1	2%	
FISICA, INTELECTUAL	1	2%	
INTELECTUAL, VISUAL	1	2%	
FISICA, INTELECTUAL, HABLA	7	13%	3 dominios (27%)
FISICA, VISUAL, HABLA	3	5%	
INTELECTUAL, , HABLA	1	2%	
FISICA, INTELECTUAL,	1	2%	
AUDITIVA, HABLA, INTELECTUAL	1	2%	
VISUAL, INTELECTUAL, HABLA	1	2%	
VISUAL, FISICA, INTELECTUAL	1	2%	
FISICA, , INTELECTUAL, HABLA	3	5%	4 dominios (15%)
AUDITIVA, FISICA, INTELECTUAL, HABLA	3	5%	
VISUAL, FISICA, INTELECTUAL, HABLA	2	4%	
TOTAL	55	100%	



CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADOR DE NIÑOS/AS CON CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

En cuanto a las características del cuidador, como se describe en el marco conceptual (Figura 1) se exploró un set de variables sociodemográficas que influyen en los cuidados del niño/a, por ende, en su estado nutricional. Estas variables nos permiten caracterizar a los responsables del cuidado de los niños/as, entre la información recolectada se encuentra quién es el jefe del hogar o responsable del hogar, estado civil, ocupación y escolaridad.

En este diagnóstico se determinó que en la mayoría de familias el jefe del hogar es el padre (79%), su estado civil es casado (61%) y la mayoría tienen una ocupación que le genera ingresos de un trabajo remunerado (53%) o un negocio propio (22%); mientras que el padre es el cabeza del hogar en la generación de ingresos, las madres son las responsables del cuidado de sus hijos/as con discapacidad debido a cuán demandante son estos cuidados y la mayoría de ellas no trabaja (68%), como se muestra en el Cuadro 44. Asimismo, solo se presentaron 11 casos de madres jefes de hogar (21%); en este pequeño grupo son ellas quienes generan ingresos al hogar y dependen de una persona que les asista en los cuidados de sus hijos/as. En estos hogares es donde se presenta mayor riesgo de INSAN no solo debido a las demandas económicas de los cuidados de un/a niño/a con condición de discapacidad sino también del hogar.

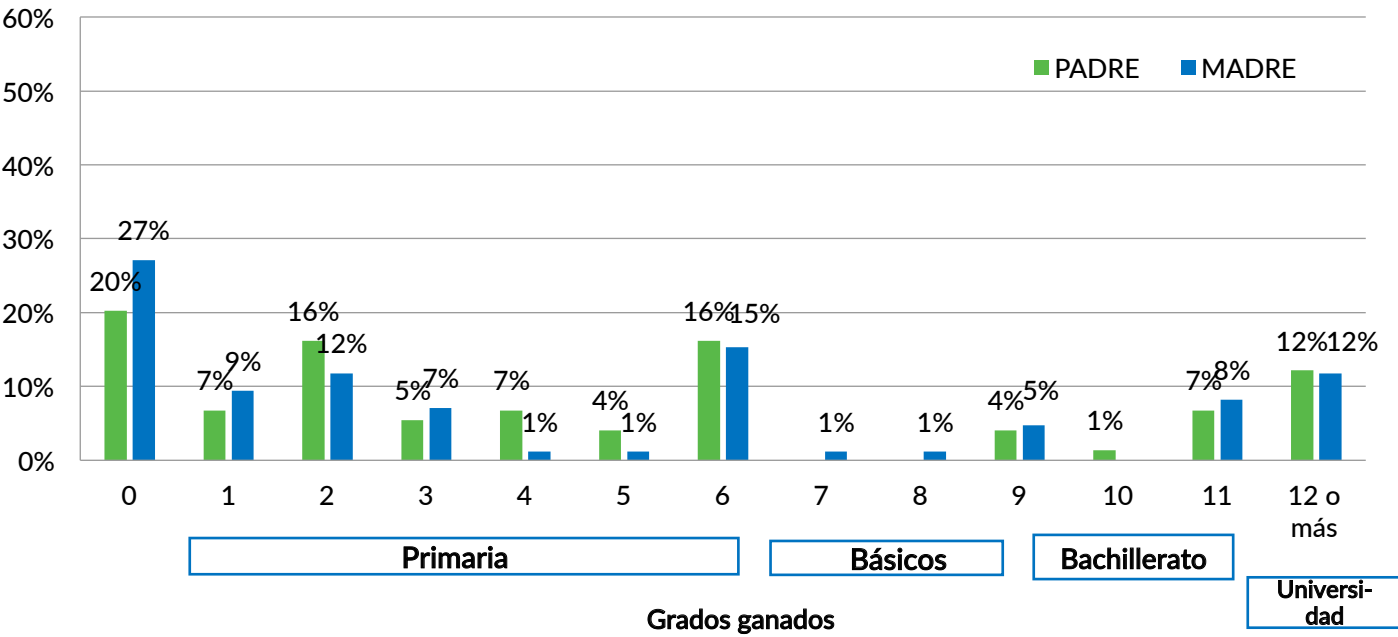
Cuadro 44. Características de los hogares con niños/as de 0 a 117 meses con condición de discapacidad.

	PADRE (n=74)		MADRE (n=85)	
	Casos	%	Casos	%
Estado Civil				
Casado/a	45	61%		
Unido/a	29	39%		
Soltero/a			6	55%
Separada/ divorciada			5	45%
Ocupación				
Sí, trabaja a cambio de un salario	39	53%	7	8%
Sí, trabaja por cuenta propia	16	22%	14	16%
Sí, trabaja por jornal	18	24%	6	7%
No trabaja	1	1%	58	68%
Escolaridad				
Nunca fue a estudiar	15	20%	23	27%
Primaria incompleta	29	39%	26	31%
Primaria completa	12	16%	13	15%
Secundaria incompleta	9	12%	13	15%
Secundaria completa	5	7%	5	6%
Algún grado de universidad	4	5%	5	6%

En cuanto a la escolaridad esta se determinó mediante los grados ganados de los padres del niño con condición de discapacidad, como se muestra en el [Cuadro 44](#). Solo 1 de cada 10 cuidadores cuenta con educación primaria completa (formal), lo cual limita las oportunidades laborales y para cubrir con las demandas económicas de los cuidados de un/a niño/a con condición de discapacidad.

En la [Figura 17](#) se compara la escolaridad del padre y la madre, en la cual se observa que la tasa de analfabetismo es alta en esta población (27% y 20% mujeres y hombres respectivamente); al desagregar la primaria se observa que en ambos sexos el mayor grado alcanzado es segundo y sexto primaria. En lo que se refiere a la educación secundaria y universitaria se observa que menos del 10% cursó los mismos; debe tenerse en cuenta que parte de la muestra son familias que residen en el casco urbano de los departamentos visitados, por lo cual para este estudio, aunque la muestra es pequeña, presenta resultados de diversos estratos sociales y no necesariamente de los hogares más vulnerables (de mayor pobreza, dispersión, etc.).

Figura 17. Grados ganados (escolaridad) de los padres de niños/as de 0 a 117 meses con condición de discapacidad.



De acuerdo a las características socio-demográficas se puede concluir que en los hogares donde hay una figura paterna que vela por los cuidados y bienestar de todos los miembros de la familia, es más probable una mayor estabilidad económica en los hogares con niños/as con condición de discapacidad ya que la mayoría de madres indicó no trabajar debido a que es la principal responsable del hogar. Sin embargo, la calidad de los cuidados puede verse afectada e influenciada por su bajo nivel educativo, este puede ser un factor de riesgo para la SAN de estos hogares y del estado nutricional del niño con condición de discapacidad.

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA E ÍNDICE DE NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS

Para evaluar la situación de pobreza de los hogares de niños/as con condición de discapacidad, se utilizó una adaptación del Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) que incluyó las siguientes dimensiones: a) calidad de la vivienda, b) hacinamiento, c) agua potable y d) eliminación de excretas. Los criterios utilizados para construir el NBI se describen en la sección de metodología.

Calidad de la vivienda

La mayoría de los niños/as con discapacidad reside en casas de materiales de construcción sencillos; predominan las casas con paredes de adobe, torta de cemento o piso de tierra (Cuadro 45). Las paredes de adobe y piso de tierra dificultan la higiene doméstica y pueden albergar vectores y microorganismos que ponen el riesgo la salud, principalmente en los niños/as menores de 5 años (OMS, 2018) (OMS, 1990).

Se observó que algunas viviendas estaban construidas con materiales resistentes y estructuras reforzadas (paredes de cemento, piso de ladrillo o cerámica, techo de cemento), lo cual fue más frecuente en Huehuetenango. Esto es consistente con lo reportado a nivel departamental; según la evidencia, el segundo destino más común de las remesas en Huehuetenango es la vivienda¹³.

Cuadro 45. Características de construcción de viviendas donde residen los niños/as con condición de discapacidad (n=87).

Característica	Casos	%
Paredes		
Adobe	52	60
Cemento	33	38
Lámina	1	1
Madera	1	1
Piso		
Cemento (torta)	32	37
Tierra	28	32
Ladrillos de cemento	14	16
Cerámica	13	15
Techo		
Lamina de zinc	50	57
Teja	23	26
Cemento	14	16

¹³ Plan de Desarrollo Departamental: Huehuetenango. Guatemala: SEGEPLAN/DPT, 2011.

Hacinamiento

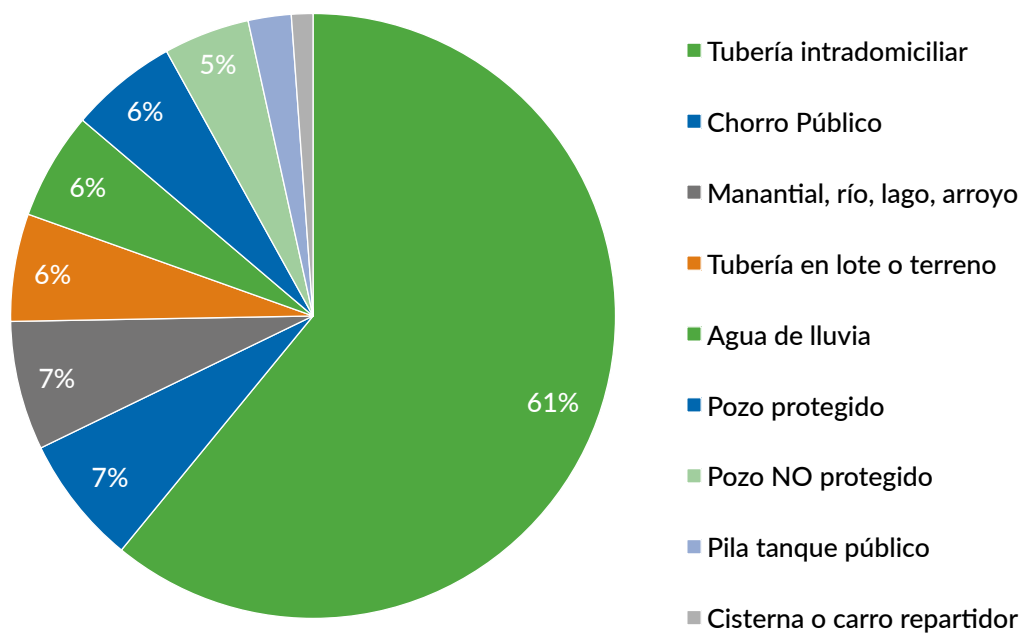
Se determinó que 13% de los hogares con niños/as con discapacidad viven en condiciones de hacinamiento al considerar el número de personas por cuarto en la vivienda (excluyendo baño, garaje y cocina), esta cifra aumenta a 66% al considerar el número de personas por dormitorio en la vivienda. El número de personas por dormitorio en la vivienda refleja de mejor manera el hacinamiento y sus consecuencias; compartir un dormitorio con 3 o más personas puede provocar conflictos por múltiples razones, además de que dificulta la higiene doméstica, aumentando el riesgo de enfermedades.

Acceso a servicios

La mayoría de los hogares tienen acceso a agua potable por sus propios medios, siendo la fuente principal la red de tubería pública intradomiciliar (**Figura 18**). Esta es una característica que favorece el acceso a agua suficiente y libre de contaminación hasta su recolección, aspectos que están sujetos a la disponibilidad del agua, tratamiento municipal y estado de las tuberías.

El resto de los hogares que obtienen el agua potable de fuentes fuera de la vivienda, lote o terreno, podría carecer de agua en suficiente e inocua, debido a dificultades en el proceso de recolección, transporte y almacenamiento.

Figura 18. Fuente de abastecimiento de agua potable de las viviendas en donde residen los niños/as con condición de discapacidad (n=87).



Respecto al sistema de eliminación de excretas, se determinó por medio de observación que la mayoría de las viviendas tienen acceso a servicios sanitarios, siendo principalmente del tipo letrina tradicional o pozo ciego (**Cuadro 46**). Este tipo de servicio sanitario puede propiciar un ambiente insalubre, considerando que generalmente: a) durante su construcción no se toma en cuenta la distancia a fuentes superficiales o subterráneas de agua y la permeabilidad del suelo, b) no se utilizan los materiales adecuados para el aislamiento del ambiente (paredes y tapadera para el pozo) y c) no se le da un mantenimiento constante (MSPAS, 2011).

Aunado a lo anterior, en aproximadamente 6 de cada 10 viviendas se observó que la higiene del servicio sanitario no era la adecuada. Compartir el servicio sanitario por 2 o más familias fue un aspecto poco común en la población de estudio.

Cuadro 46. Acceso a servicio sanitario y sus características, en las viviendas en donde residen niños/as con condición de discapacidad (n=87).

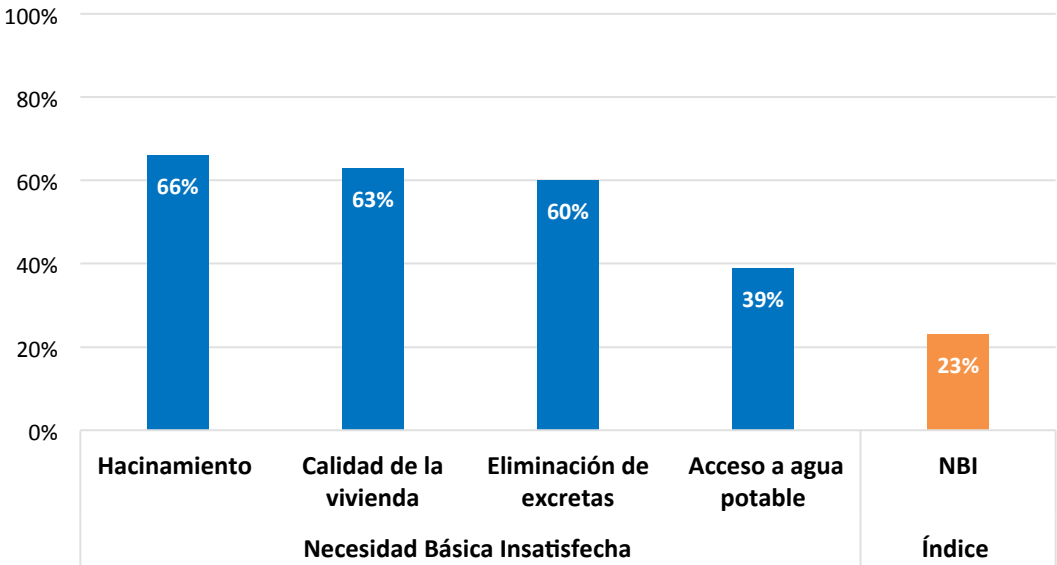
Acceso a servicio sanitario y sus características	n	Casos	%
Acceso a algún tipo de sanitario	87	72	83
hogares que tienen un servicio sanitario limpio	72	24	33
Hogares que comparten servicio sanitario con otra familia	72	12	17
<i>Tipo de servicio sanitario</i>			
Letrina tradicional, pozo ciego	72	34	47
Inodoro conectado a alcantarilla		27	38
Inodoro conectado a fosa séptica		8	11
Letrina o inodoro lavable		3	4

Índice de NBI

Los hogares con niños/as con condición de discapacidad presentan deficiencias principalmente en 3 dimensiones: hacinamiento, infraestructura de la vivienda y sistema de eliminación de excretas. Y 20 de los 87 hogares presentan deficiencias en las 4 necesidades básicas (Figura 19). Estas cifras, aunadas a las limitantes sociales, analfabetismo y desempleo, evidencian la situación de pobreza y vulnerabilidad en la que se encuentran los niños/as con discapacidad y sus familias.

Estos resultados son similares a los reportados a nivel departamental¹⁴ en el informe de caracterización de la República de Guatemala (INE 2015), exceptuando la deficiencia en el sistema de eliminación de excretas ya que, para este estudio, la cifra es superior.

Figura 19. Necesidades básicas insatisfechas e Índice NBI de los hogares con niños/as con condición de discapacidad (n=87).



14 Promedio: Huehuetenango y Quiché.

ANTROPOMETRÍA DE NIÑOS/AS DE 0 A 117 MESES CON CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

Estado nutricional de los NN < 10 años

De un total de 87 hogares visitados, se tomaron medidas antropométricas convencionales (peso, talla-longitud) de 74 niños/as y únicamente fue necesario tomar medidas de estimación de 5 casos para determinar el estado nutricional. Para efectos de comparación del estado nutricional por grupo etario y sexo a continuación se presenta el análisis solo de los niños/as con antropometría convencional porque de este análisis se excluyeron a los niños/as con estimación de medidas debido a lo que se mencionó anteriormente en la metodología; estas medidas sobreestiman el peso y talla en poblaciones con condición de discapacidad así como los casos que de acuerdo a los patrones de referencia de la OMS son considerados valores extremos, fuera de rango o implausibles (puntajes Z de -5 y -6 DE) (Cuadro 47).

Cuadro 47. Muestra total de antropometría de niños/as de 0 a 117 meses de edad

Grupo etario (meses)	N	Excluidos		Muestra de niños/as analizable
		Niños/as con medidas de estimación	Niños/as con valores fuera de rango	
≤ 60m	72	4	7	61
>61m	15	1	1	13
Total	87	5	8	74

Los datos reportados en el Cuadro 48 muestran el comportamiento de los indicadores utilizados en la evaluación nutricional antropométrica: peso para talla, peso para edad y talla para edad. En este estudio se determinó que el principal problema nutricional en los niños/as de 0 a 117 meses con condición de discapacidad es la desnutrición crónica donde 72% de los niños/as presenta dicha condición siendo similar al dato reportado para ambos departamentos (69% para Quiché y 68% para Huehuetenango) de acuerdo a la ENSMI 2014/15 en poblaciones sin condición de discapacidad. La misma no sólo constituye un problema físico, también implica un menor desarrollo intelectual y mayor susceptibilidad a infecciones, lo cual se traduce en menos posibilidades futuras de tener una economía estable, contribuyendo así al círculo de la pobreza.

Cuadro 48. Tipos de Malnutrición (por deficiencia y por exceso) en niños/as de 0 a 117 meses con condición de discapacidad.

Grupo etario	DESNUTRICIÓN CRÓNICA			DESNUTRICIÓN GLOBAL			DESNUTRICIÓN AGUDA			SOBREPESO/ OBESIDAD		
	n	Casos	%	n	Casos	%	n	Casos	%	n	Casos	%
0 a 59 meses	61	45	73.8	68	36	52.9	67	9	13.4	67	4	6.0
60 a 117 meses	13	8	61.5	13	2	15.4	-	-	-	14	3	21.4
Total	74	53	71.6	81	38	46.9	67	9	13.4	81	7	8.6

En cuanto al bajo peso o desnutrición aguda se considera cuando el peso esperado para la talla es menor a menos de 2 desviaciones estándar de la media de acuerdo a los patrones de referencia de la OMS. En el presente estudio se identificaron 9 casos de desnutrición aguda (**Cuadro 48**), de los cuales la mayoría son moderados (n=8) y solo un caso severo. Debido a que la muestra fue seleccionada de manera aleatoria y no es representativa de la comunidad, el municipio o el departamento no podemos concluir que las comunidades estudiadas enfrentan este problema de salud pública; sin embargo, debido a que las condiciones de cada individuo que convive con discapacidad difieren, es necesario confirmar los casos de desnutrición aguda mediante la determinación de otras medidas antropométricas como CMB así como la evaluación de su crecimiento con patrones o tablas desarrolladas para una condición específica (Ej. Síndrome de Down, parálisis cerebral, etc.).

En la interpretación de los resultados debe tenerse esto en consideración como una limitante y el alcance de este diagnóstico; así mismo los resultados de este diagnóstico no son generalizables de la población con condición de discapacidad, ni representativo del grupo etario ni a nivel de departamento sino propia de la pequeña muestra de sujetos evaluados.

Desnutrición crónica en menores de 5 años

En lo que refiere al indicador de desnutrición crónica se define como talla para la edad (T/E) menor de - 2 desviaciones estándar de la media de acuerdo al patrón de referencia de la OMS. La desnutrición crónica es de origen multifactorial derivada de causas biológicas, nutricionales, sanitarias y sociales que tienen una relación directa con la velocidad del crecimiento del niño/a. Como se mencionó anteriormente se determinó la prevalencia de desnutrición crónica por sexo y grupo etario; en el **Cuadro 49** se observa que en ambos sexos los más afectados son los grupos etarios a partir de los 12 meses de vida, en quienes la prevalencia es superior al 50%.

Cuadro 49. Desnutrición crónica (Talla/Edad < -2 DE) desagregada por sexo y grupo etario (0 a 59 meses de edad).

Grupos de edad (meses)	Niños			Niñas		
	N	Casos	%	N	Casos	%
0 a 5	3	1	33%	1	0	0%
6 a 11	1	0	0%	2	2	100%
12 a 23	11	8	73%	5	3	60%
24 a 35	7	7	100%	4	3	75%
36 a 47	2	1	50%	6	5	83%
48 a 59	11	9	82%	8	6	75%
Total	35	26	74%	26	19	73%

Desnutrición global en niños/as menores de 5 años

El indicador de desnutrición global se define como peso esperado para la edad (P/E) menor de -2 desviaciones estándar de la media de acuerdo a los patrones de referencia de la OMS. Se realizaron análisis por grupo etario y se observa que 5 de cada 10 niños/as (n=36) presenta bajo peso para su edad (Cuadro 50).

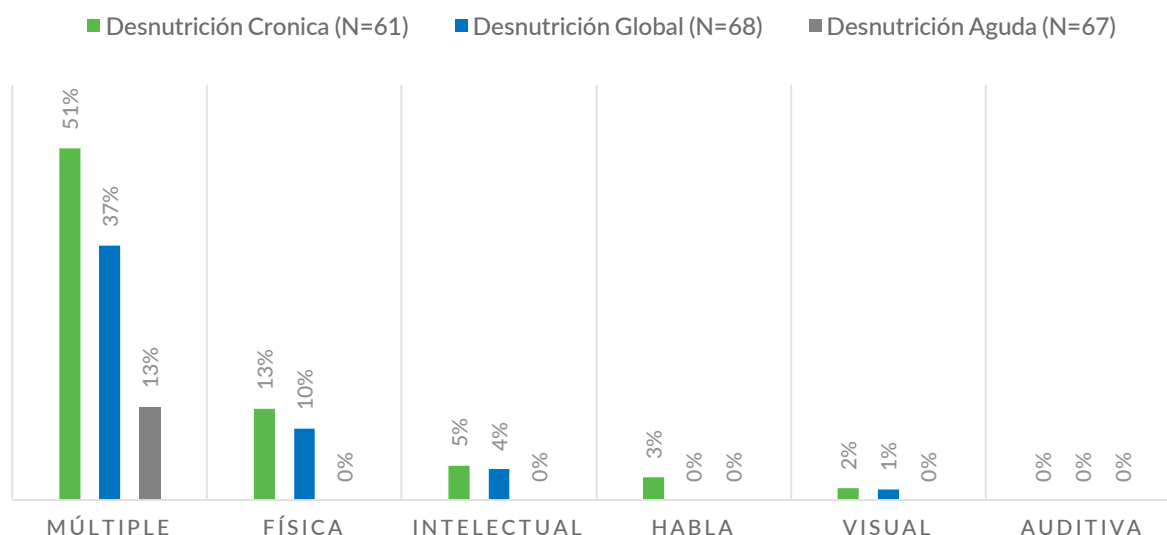
Cuadro 50. Desnutrición global (Peso/Edad < -2 DE) desagregada por sexo y grupo etario.

Grupo de edad (meses)	N	Casos	%
0 a 5	4	0	0%
6 a 11	3	1	33%
12 a 23	17	10	59%
24 a 35	15	9	60%
36 a 47	9	4	44%
48 a 59	20	12	60%
TOTAL	68	36	53%

Relación entre estado nutricional y condición de discapacidad en niños/as menores de 5 años

En lo que refiere a la asociación entre la condición de discapacidad y desnutrición crónica, en la Figura 20 se observa que la mayoría de niños/as que conviven con más de 1 condición de discapacidad también presentan algún tipo de desnutrición, principalmente crónica (51%) y global (37%). Así mismo se observó que la desnutrición aguda estuvo presente solo en los casos de la condición de discapacidad múltiple; como se mencionó anteriormente esto puede estar asociado a los sujetos que presentaron condiciones de alta demanda nutricional como el síndrome de West, parálisis cerebral, otros. El convivir con estas condiciones más la discapacidad pone en riesgo de INSAN a los/as niños/as ya que representa una carga negativa para su estado nutricional.

Figura 20. Desnutrición crónica en niños/as de 0 a 59 meses por condición de discapacidad



En la gráfica se observa que en esta muestra de niños/as la condición de discapacidad intelectual, del habla, visual y auditiva no altera la prevalencia de ningún tipo de desnutrición; en cambio, si la discapacidad a la que enfrenta el niño/a es de tipo múltiple o física sí se aumentan tanto la desnutrición crónica, la global, así como la desnutrición aguda.

6.6

MORBILIDAD EN NIÑOS/AS DE 0 A 117 MESES

En el ciclo de nutrición-infección se observa que los niños desnutridos se enferman más y presentan hasta 4 veces más el riesgo de morir que los niños sin desnutrición (Fishman et al., 2004). Por otro lado, los que sufren enfermedades infecciosas aumentan sus demandas de nutrientes que al no ser satisfechas pueden conducir a desnutrición en grado moderado o severo.

Durante los meses de agosto y septiembre de 2018, en el presente estudio se determinó que la infección respiratoria aguda (IRA) es más frecuente en niños/as de 0 a 117 meses con condición de discapacidad, que presentaron con mayor frecuencia en comparación con el síndrome diarreico agudo (SDA) como se observa en la [Figura 21](#). Entre las posibles causas debe considerarse: área geográfica donde residen niños/as favorece el apareamiento y propagación de estas infecciones, escolaridad y prácticas de higiene de la madre.

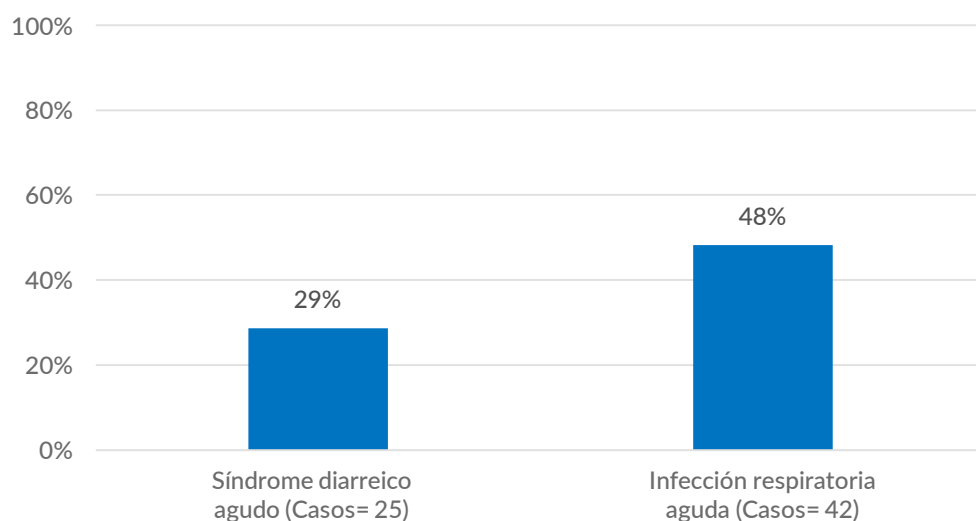
Debe considerarse que ambas condiciones representan un factor de riesgo de INSAN ya que tienen un efecto directo en el estado nutricional del niño/a con condición de discapacidad.

A continuación, se describen las prevalencias de síndrome diarreico agudo (SDA) e infecciones respiratorias agudas (IRA), además de indicadores relacionados con el tratamiento de niños/as de 0 a 117 meses con condición de discapacidad durante los períodos de enfermedad.

Síndrome diarreico agudo (SDA)

En el presente estudio, 28% de los niños/as con condición de discapacidad presentó algún episodio de SDA y 48% de IRA en los últimos 15 días, lo cual significa que menos de la mitad de los niños estuvo sano en los 15 días previos a la entrevista.

Figura 21. Prevalencia de diarrea e IRA en niños/as de 0 a 117 meses de edad con condición de discapacidad



Cuadro 51. Niños/as de 0 a 117 meses con condición de discapacidad del estudio que tuvieron DIARREA en últimos 15 días por duración del episodio

Días	N =71
	%
1 a 3	15.5
4 a 6	7.0
7 a 9	5.6

La diarrea es una de las principales causas de muerte en niños/as. Se calcula que es responsable del 9% de todas las muertes en niños/as menores de 5 años en el año 2015; esta es una de las enfermedades prevalentes en niños con discapacidad (UNICEF, 2016).

En el presente estudio se encontró que 28% de niños con condición de discapacidad estudiados presentó una prevalencia de 28.2 %, lo cual es superior a la encontrada en otros estudios en niños/as sin condición de discapacidad que presentaron al menos un episodio de diarrea en los últimos 15 días previos a la entrevista. Como se ilustra en el Cuadro 22 la duración más común del episodio de diarrea fue de 1 a 3 días, ya que la mitad de los casos se ubica en esta categoría.

Muchos de los/as niños/as que mueren por diarrea pueden ser salvados a través de intervenciones básicas, como mejorar el agua para beber, acceso a sanitario e higiene para la prevención de la diarrea (WASH por sus siglas en inglés), y el uso generalizado de sales de rehidratación oral (SRO) y suplementación con cinc durante la diarrea (UNICEF, 2016). De acuerdo a la ENSMI 2014-15, a nivel

nacional, de los/as niños/as que presentaron diarrea en las últimas dos semanas 42% buscó tratamiento en los servicios de salud o con un profesional de la salud, de estos la mitad (49%) recibió SRO (MSPAS, INE, & ICF, 2015).

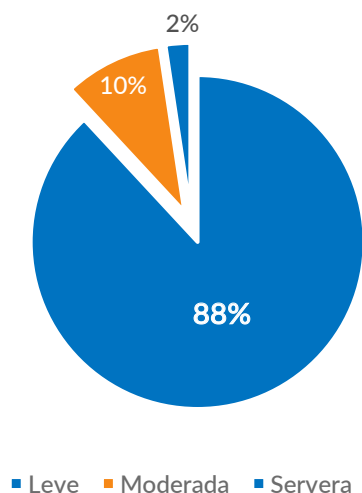
Según las Normas de atención en salud del MSPAS, a todos los niños que presentan un episodio de SDA se les debe proporcionar SRO y cinc, lo que se considera como un tratamiento adecuado. Del total de niños/as de 0 a 59 meses con condición de discapacidad del estudio que presentaron diarrea en los últimos 15 días, 9 (45%) recibieron sales de rehidratación oral (SRO).

En términos generales, la reducción en coberturas de tratamiento que se observan puede deberse a la coyuntura política observada en los últimos 3 años, ya que ha afectado el abastecimiento de medicamentos en los servicios de salud, responsables de distribuir dichos medicamentos a la población.

Infección Respiratoria Aguda (IRA)

Durante los meses de agosto y septiembre de 2018, como parte del presente estudio se midió la prevalencia de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en niños con condición de discapacidad. En cuanto a la severidad de la IRA, esta se dividió en leve, moderada y severa, según la sintomatología presentada, al momento de la entrevista, de acuerdo a los criterios descritos en la metodología.

Figura 22. Severidad de la Infección Respiratoria Aguda (IRA) en niños/as de 0 a 117 meses con condición de discapacidad.



En la **Figura 22** se observa que la mayoría de casos de IRA en niños/as de 0 a 117 meses con condición de discapacidad fue leve. El reconocimiento temprano de síntomas de neumonía por el personal de salud y la búsqueda de tratamiento adecuado, como el tratamiento antibiótico para las neumonías bacterianas, salva vidas. En países en vías de desarrollo, menos de un tercio de los niños con sospecha de neumonía reciben tratamiento antibiótico (UNICEF, 2012).

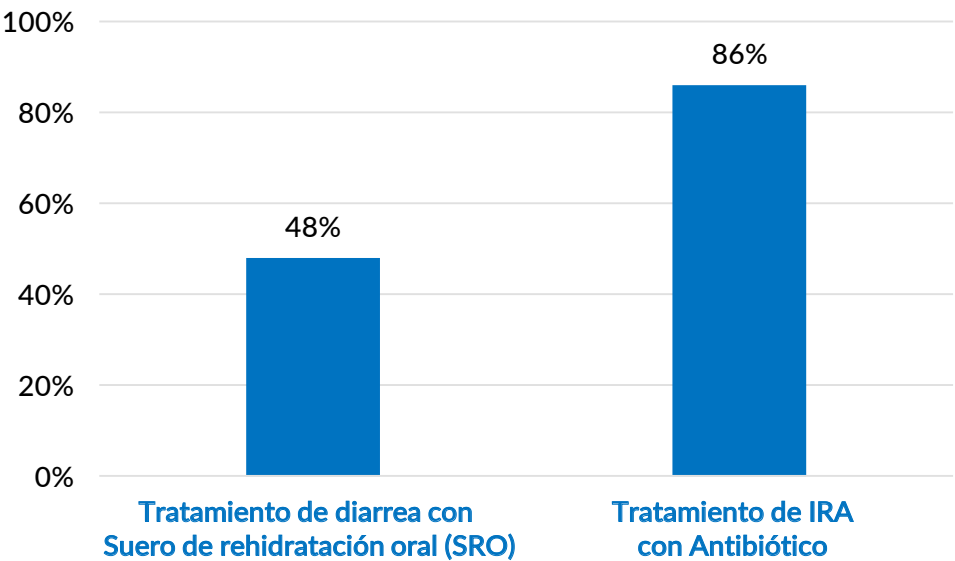
Cuadro 52. Niños/as de 0 a 117 meses con condición de discapacidad del estudio que tuvieron IRA en últimos 15 días por duración del episodio

Días	N=71
	%
1 a 3	27%
4 a 6	13%
7 a 9	6%
10 días o mas	7%

En este estudio, la distribución de la duración de la IRA, como era de esperarse, predominaron los episodios con una duración entre 1 a 3 días (27%), pero en general comparando con la distribución de la diarrea fue un poco más uniforme. El porcentaje de niños/as que presentaron una IRA moderada o severa y recibió tratamiento adecuado fue de 86% (31 de 37), de acuerdo a las normas de manejo del MSPAS.

El tratamiento de ambas condiciones es clave para evitar el deterioro del estado nutricional de los niños/as, por ello en este estudio se determinó que aunque la prevalencia de IRA es mayor así como su duración, la mayoría de madres refirió acudir por tratamiento (antibiótico) para el manejo de la misma (Figura 23). De los casos de diarrea solo la mitad recibió tratamiento adecuado con sales de rehidratación oral (SRO), lo cual pone en riesgo el estado nutricional del niño con condición de discapacidad, entre los factores a considerar: la madre no asiste a los servicios de salud con personal calificado.

Figura 23. Tratamiento adecuado del SDA e IRA en niños/as de 0 a 117 meses de edad con condición de discapacidad



Cuadro 53. Niños/as de 0 a 59 meses de edad con carné con esquema básico de vacunación de acuerdo al esquema nacional de inmunización (INCLUYENDO NEUMOCOCO)

Grupo etario (meses)	N	%
0- 5 meses	4	75%
6-11 meses	2	50%
12-23 meses	16	38%
24-35 meses	14	7%
36-47 meses	10	10%
48- 59 meses	15	27%
TOTAL	61	26%

Es muy notable que la cobertura de vacunación es de nivel aceptable durante el primer año de la vida, pero a partir del segundo año de vida cae a niveles muy bajos; consecuentemente la cobertura total entre niños de 0 a 59 meses solamente llega a alcanzar un cuarto de lo esperado, según se describe en el Cuadro 53. Estas cifras se obtienen tomando en cuenta la vacuna de neumococo PCV que protege contra la infección por neumococo. Se realizó el cálculo de la cobertura omitiendo esta vacuna, ya que esto se pensó que podría explicar la baja cobertura; pero al excluirla, la cobertura sube en 5 puntos porcentuales, lo que indica que la ausencia de esta vacuna no es la determinante de la baja cobertura.

Cuadro 54. Madres de niños/as de 0 a 59 meses de edad con alguna condición de discapacidad que llevan a sus hijos a actividades de atención a la salud y monitoreo de crecimiento.

INDICADOR	N	%
Madres que llevan a sus hijos al servicio de salud para atención médica (0 a 117 meses)	87	93%
Madres que llevan a sus hijos al servicio de salud para atención médica (0-59 meses)	71	97%
% Niños de 0 a 59 meses que cuentan con carné	71	86%
% Niños de 0 a 59 meses que tienen control de crecimiento	70	79%
% Niños de 0 a 59 meses con monitoreo de crecimiento adecuado (PESO)	55	73%
% Niños de 0 a 59 meses con monitoreo de crecimiento adecuado que coincide con el número de puntos anotados en la gráfica de peso/edad (PESO)	40	50%

En este grupo de niños/as del estudio las madres demandan los servicios de salud por problemas de salud; probablemente se hace necesario derivado de la misma condición de discapacidad de los niños, de tal manera que un alto porcentaje de los niños cuenta con carné y más de 93% de las madres los llevan a consultas generales. El porcentaje de las madres que acude para actividades de monitoreo disminuyen, así como también baja la calidad de este servicio ya que solo la mitad de los niños son

atendidos adecuadamente en monitoreo de crecimiento adecuado o sea que coincide con el número de puntos anotados en la gráfica de peso/edad (**Cuadro 54**).

Cuadro 55. Niños/as de 6 a 59 meses con carné que recibieron vitamina A adecuadamente (de acuerdo a esquema) por grupos de edad

Grupo de edad (meses)	N	%
6 a 11	2	100.0%
12 a 23	16	0.0%
24 a 35	14	0.0%
36 a 47	10	10.0%
48 a 59	15	0.0%
Total	57	5.3%

En cuanto a la suplementación con vitamina A, solo en la edad de 6 a 11 meses presentan 100% de cobertura, pero son solo 2 niños de esta edad que tienen carné, a quienes se les anotó este servicio y que efectivamente recibieron la mega dosis de vitamina A. En el resto de grupos de edad, donde hay un número considerablemente más alto de niños potenciales receptores de este suplemento, los porcentajes son casi nulos o muy bajos, llegando a recibir en total de los niños de 6 a 59 meses solo 5% de ellos la vitamina A.

Cuadro 56. Niños/as de 6 a 59 meses con carné que recibieron micronutrientes espolvoreados adecuadamente por grupos de edad

Grupo de edad (meses)	N	%
6 a 11	2	50.0%
12 a 23	16	12.5%
24 a 35	14	7.1%
36 a 47	10	30.0%
48 a 59	15	6.7%
Total	57	14.0%

El abastecimiento de los servicios de salud con este y otros micronutrientes ha sido muy irregular en los últimos años, lo cual explica la baja cobertura y es lamentable que los niños que tienen alguna condición de discapacidad no obtengan el beneficio de estos suplementos (**Cuadro 55 y Cuadro 56**).

CONSUMO DE ALIMENTOS Y ESTRATEGIAS DE RESILIENCIA

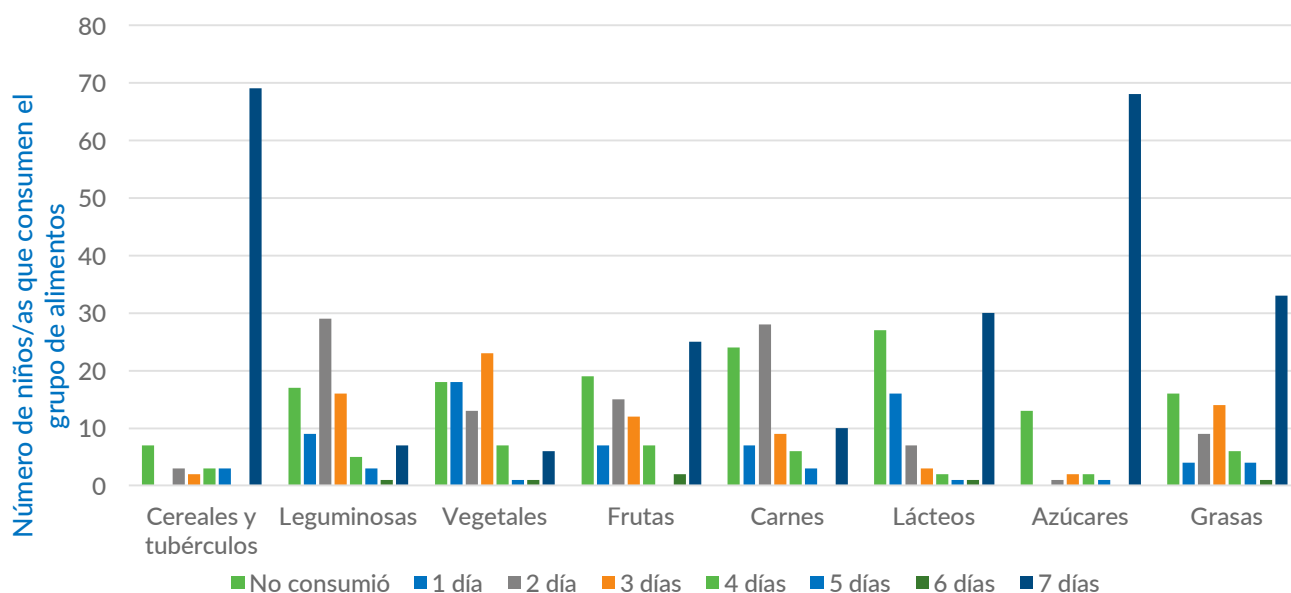
Consumo de alimentos a nivel familiar

Los indicadores de consumo de alimentos proveen un proxy de la cantidad y/o calidad de la dieta a nivel del hogar; estos se utilizan para determinar la situación de seguridad alimentaria en períodos de riesgo o de alta vulnerabilidad alimentaria para medir los cambios en la dieta cotidiana tal como sucede después de eventos como las sequías, los desastres, etc.

Diversidad dietaria de niños/as

La dieta de los niños/as de 0 a 117 meses de edad con condición de discapacidad se basa principalmente en dos grupos de alimentos los cereales-tubérculos y los azúcares. En la [Figura 24](#) se observa que estos grupos fueron consumidos por la mayoría de niños/as todos los días de la semana previa al día de entrevista. Es importante considerar que los cereales y tubérculos incluyen alimentos que suelen utilizarse como base de muchos platillos y son característicos de la dieta guatemalteca tal como es el caso del maíz que se emplea en diversas preparaciones como la tortilla, atoles, tamalitos, etc. Entre los grupos de alimentos de los cuales se tiene un bajo consumo (entre 2 y 3 días) se encuentran: las leguminosas, carnes, las verduras y frutas lo cual refleja una dieta de baja calidad proteica, monótona y poco diversa (pocas fuentes de micronutrientes). Un pequeño grupo de niños/as consume todos los días lácteos, siendo esta una fuente de proteína de alto valor biológico.

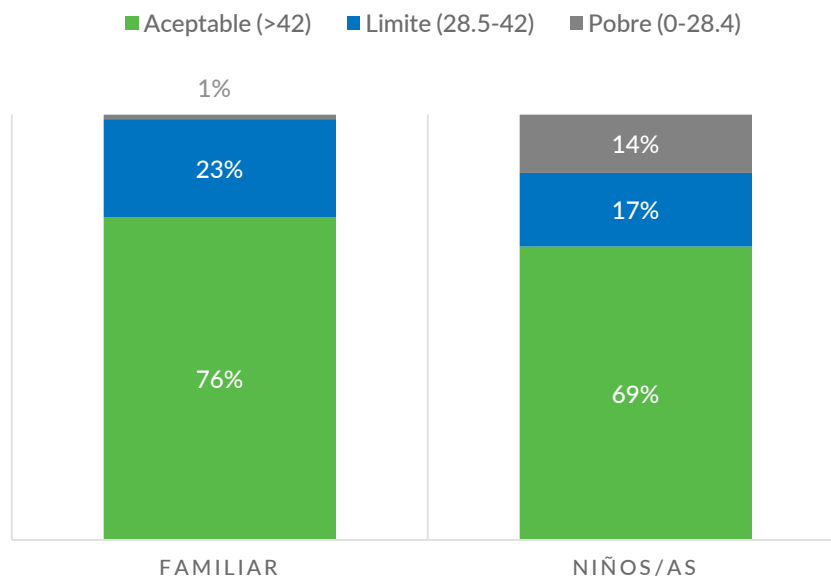
Figura 24. Grupos de alimentos consumidos en la semana previa a la entrevista por niños/as con condición de discapacidad.



Puntaje de Consumo de Alimentos (PCA)

En este diagnóstico se recolectó información sobre el consumo a nivel del hogar y de niños/as con condición de discapacidad; con esta información se construyó el indicador Puntaje de Consumo de Alimentos (PCA). Este se basa en la diversidad dietaria a nivel del hogar, es decir, en el número de días que se consumieron los grupos de alimentos en la semana previa al día de entrevista (últimos 7 días).

Figura 25. Proporción de familias y niños/as en INSAN de acuerdo al PCA.

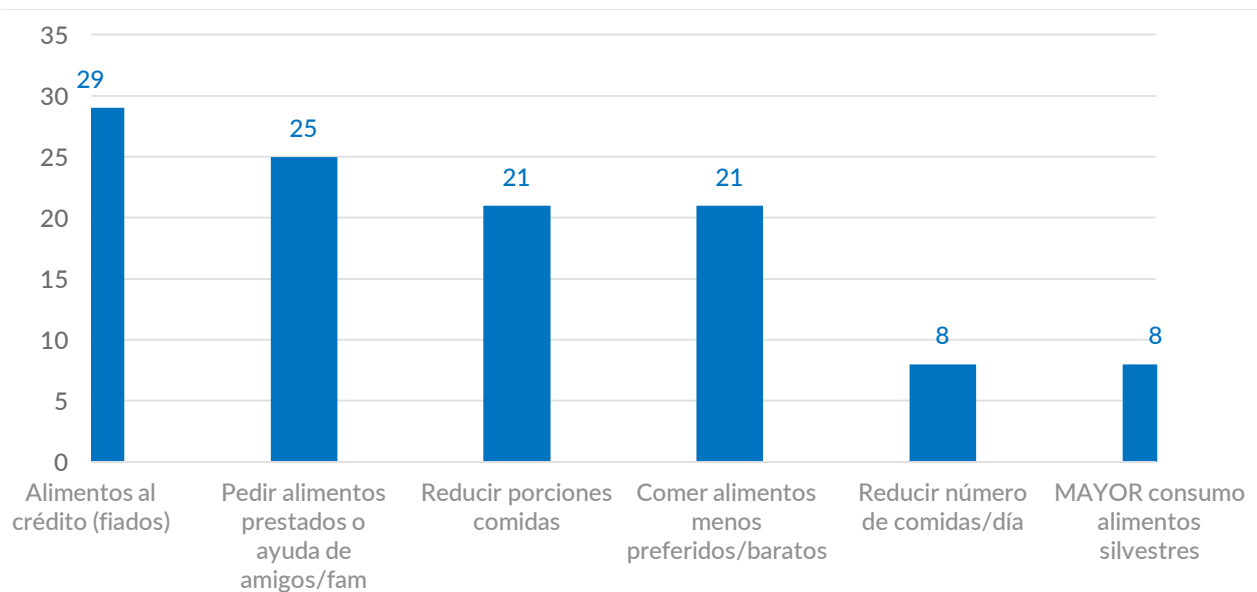


El PCA evidencia que tanto las familias como sus niños/as con condición de discapacidad no presentan un estado de INSAN. 7 de cada 10 familias donde convive un niño/a con condición de discapacidad presentan una alimentación que los clasifica en un estado de SAN “aceptable” (Figura 25); sin embargo, hay 12 casos (14%) de niños/as que presentan riesgo de INSAN, debido a lo que se mencionó anteriormente sobre la poca diversidad y consumo menos frecuente de alimentos de alta calidad nutricional, que los clasifica como dieta “pobre”. Dicha calificación no provee información sobre la cantidad y frecuencia diaria de consumo, únicamente es un proxy de la dieta y el puntaje es un reflejo del consumo de grupos de alimentos predominantes de la dieta guatemalteca como es el caso de los cereales y tubérculos.

Índice de estrategias de supervivencia (IES)

El Índice permite comparar la seguridad alimentaria en distintos contextos, toma en cuenta elementos o estrategias de supervivencia adoptadas por familias ante eventos como las sequías, los desastres, etc. En este diagnóstico se determinó que en los hogares visitados se identificó que las familias adoptan 4 estrategias (Figura 26); entre ellas es evidente que no es estable la alimentación de los niños posiblemente por causas económicas ya que mencionan recurrir a adquirir alimentos al crédito (fiados) y a pedir alimentos prestados a familiares/amigos. Asimismo han reducido el consumo no solo de los alimentos preferidos, sino de menor calidad y más baratos, en menor cantidad y frecuencia. Esta información revela en mayor medida la calidad de la alimentación de las familias, aunque según el PCA la mayoría de familias no presenta riesgo de INSAN; el adoptar estas medidas evidencia que las familias son vulnerables a INSAN ya que han adoptado medidas de reducción en cantidad y frecuencia de alimentos, y reemplazando alimentos por otros de menor calidad.

Figura 26. Estrategias de resiliencia adoptadas por las familias con niños/as con condición de discapacidad.



Al determinar la gravedad o severidad en la adopción de dichas estrategias se determinó que el 90% de los hogares es clasificado como “bajo”, es decir, que al momento no presenta riesgo de INSAN debido a lo poco frecuente que realizan dichas estrategias y a que estas no son consideradas las de mayor severidad.

Cuadro 57. Clasificación de hogares con niños/as de acuerdo a las estrategias de resiliencia adoptadas.

Punteo (frecuencia por peso de gravedad)	Hogares		
	n	casos	%
0 a 50 (bajo)	87	78	90%
51 a 100 (medio)	87	9	10%
más de 100 (alto)	87	0	0%

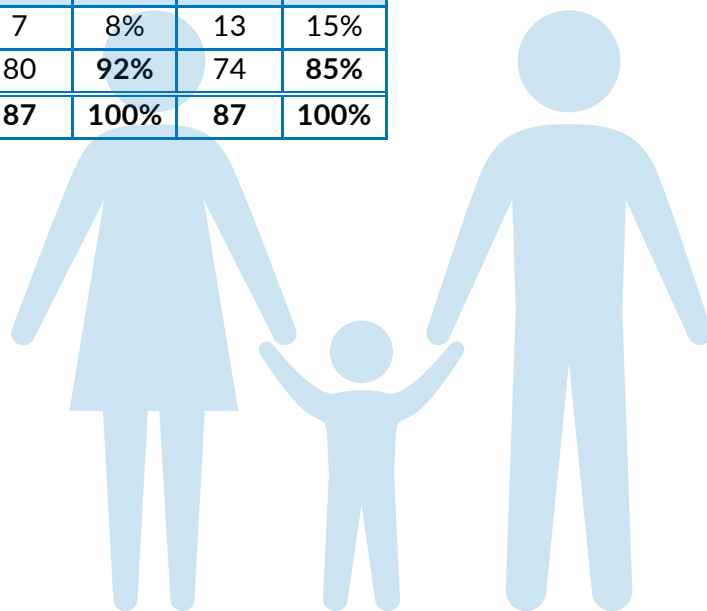
ASISTENCIA DE PROGRAMAS

La asistencia alimentaria consiste en una medida de colaboración de las organizaciones no gubernamentales (ONG), miembros de la sociedad civil y con ayuda exterior (cuando es necesario), para la entrega de alimentos, bienes y servicios para mejorar el bienestar nutricional de los ciudadanos que generalmente no tienen capacidad adquisitiva (personas que viven en pobreza o pobreza extrema), que en caso contrario no tendrían acceso a una alimentación suficiente para llevar una vida sana y activa¹⁵. El fin de la asistencia alimentaria es prevenir y aliviar el hambre crónica principalmente en las poblaciones más vulnerables (embarazadas y niños/as), terminar con el círculo vicioso que la pobreza, que la baja productividad y el hambre mantienen; y además, a través de la entrega de los alimentos en servicios de salud, incentivar el monitoreo de crecimiento, vacunación y la asistencia a los mismos durante la enfermedad.

En este estudio se determinó que 92% de las familias es beneficiaria de algún tipo de asistencia de programas, de los cuales 85% de los beneficiarios son niños/as con condición de discapacidad (Cuadro 58). Entre las principales 5 tipos de ayuda que reciben los niños se encuentran atención (principalmente de los servicios de salud), insumos y acceso a terapias para la condición de discapacidad (ej., terapia del habla, estimulación, de motricidad fina y gruesa, etc.), bolsa de alimentos, y en el caso de los menores de 2 años se reportó el alimento complementario (mi comida, Vitacereal, CSB, etc.) (Figura 27).

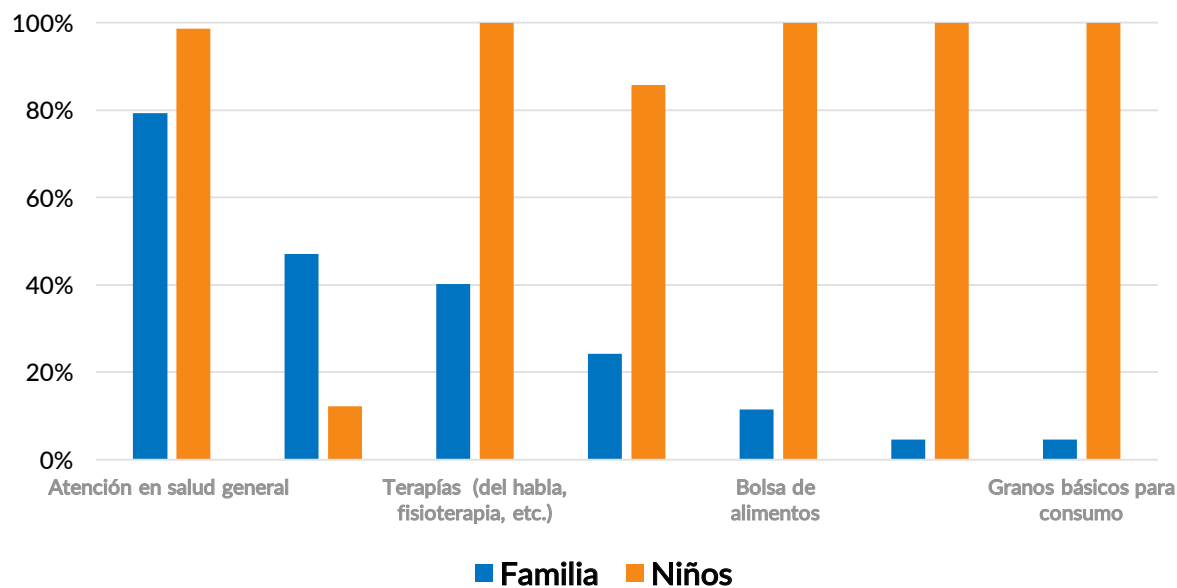
Cuadro 58. Asistencia por familia y niño/a con condición de discapacidad

Recibe algún tipo de asistencia	FAMILIA		NIÑOS/AS	
	Casos	%	Casos	%
No	7	8%	13	15%
Si	80	92%	74	85%
TOTAL	87	100%	87	100%



15 Documentos técnicos de referencia 12-15, volumen 3, FAO 1996. (<http://www.fao.org/docrep/003/w2612s/w2612s13.htm>)

Figura 27. Principales asistencias que reciben las familias y niños/as con condición de discapacidad.



Entre las instituciones que brindan asistencia a niños/as con condición de discapacidad las más frecuentes fueron FUNDABIEN, FUNDAL, ASELSI (Quiché) y ONG senderos de maíz (Sololá). Las ayudas que estas brindan son de diferente índole, las cuales se resumen en el [Cuadro 59](#).

Cuadro 59. Desagregado de las instituciones que brindan ayuda por tipo de asistencia

Tipo de asistencia	Principal institución que brinda cada ayuda o asistencia	
	casos	%
Alimentación escolar (galleta, Incaparina, bienestarina, etc.)	Min. Educación (4) Fund. Corazón Abierto (1)	80% 20%
Atención en salud general y/o medicinas en forma gratuita	Min. Salud (67) ASELSI (1)	99% 1%
Terapias de recuperación de la salud específicas para la condición de discapacidad (del habla, fisioterapia, etc.)	FUNDABIEN (12) ASELSI (8) FUNDAL (4) Min. Salud (4) ONG. Senderos de Maíz (2)	34% 23% 11% 11% 6%
Capacitación en salud, nutrición, higiene y/o técnicas agropecuarias	Min. Salud (6) ASELSI (6) FUNDABIEN (2) ONG. Senderos de maíz (2)	33% 33% 11% 11%

COMPONENTE CUALITATIVO- ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD

Como se mencionó en la metodología se había planificado realizar grupos focales con los padres y/o cuidadores de los niños/as; sin embargo, debido a la dispersión de la muestra y que el convocar a las personas en diferentes comunidades demandaría mayor tiempo del planificado se tomó la decisión de realizar entrevistas a profundidad con las madres entrevistadas durante la encuesta hogar. Durante las entrevistas se logró percibir una actitud muy colaboradora y buena disposición a brindar sus opiniones sobre cómo la condición de discapacidad del niño/a es percibida, efecto positivo y negativo que ha tenido, así como las implicaciones al corto plazo.

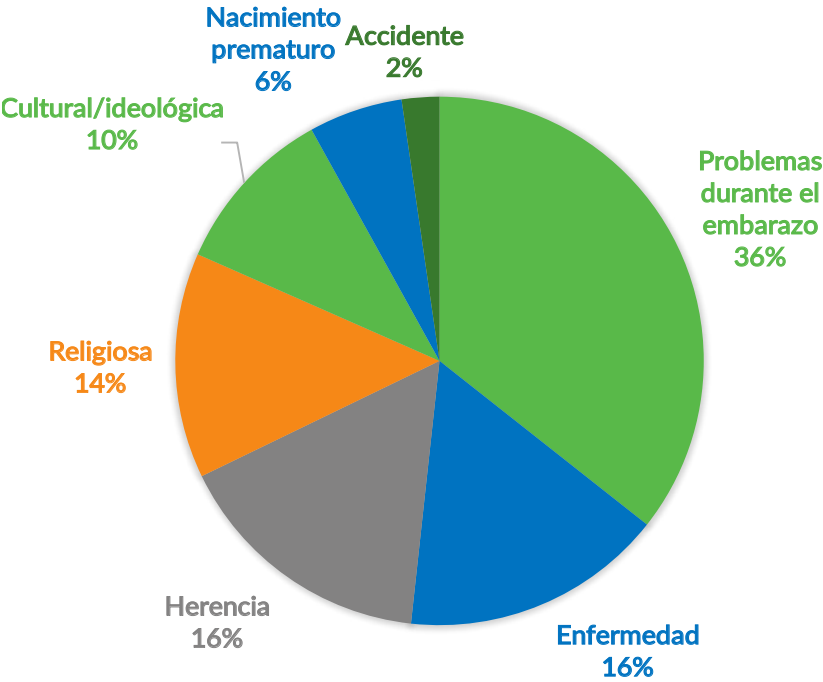
¿Qué es la discapacidad para ustedes? (percepción y concepto)

Con esta pregunta se buscaba explorar qué concepto tenían las madres sobre la condición de discapacidad, a qué la atribuyen y si la perciben de manera positiva o negativa. En la **Figura 28** se ilustran las diversas opiniones y se observa que un tercio de las madres asocia la condición de discapacidad con dificultades que se presentaron principalmente durante el embarazo y hora de parto. Estas van desde ideologías sencillas como exponerse a “enjos/cóleras” innecesarios hasta problemas graves de salud (ej., amenaza de aborto, problemas en placenta, pre eclampsia) así como enfermedades durante el embarazo (ej., neumonía, infecciones por zika/chinkunguña, etc.). En cuanto a las condiciones asociadas por herencia mencionaron síndrome de Down, Marfar, autismo, etc.

La categoría religiosa/ideológica/cultural en conjunto representa 24% de las opiniones de las madres, que relacionaron la condición con aspectos o causas como parte del propósito de Dios (es un castigo, así lo quería, lo mando así), mientras que las de la dimensión “cultural/ideológica” están relacionadas a eventos (efecto eclipse, sustos y consumo de alimentos no aptos durante el embarazo, etc.). Por lo tanto, la mayoría de madres percibe la condición de discapacidad como producto de descuido durante el embarazo y predominan conceptos ideológicos y culturales.



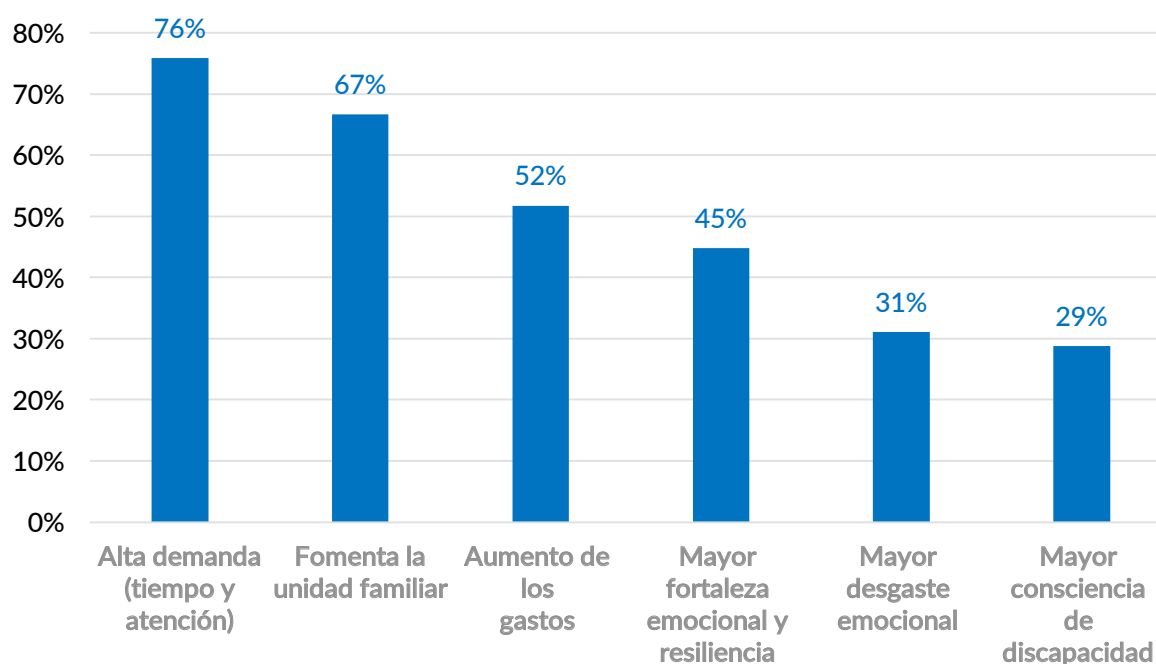
Figura 28. Causas de la condición de discapacidad en niño/as referidas por las madres



¿Qué efectos tiene en la vida familiar el que un miembro del hogar presente discapacidad? (impacto positivo y negativo)

La mayoría de madres refirió que el impacto de tener un niño/a con condición de discapacidad en la vida familiar ha sido en su mayoría “positivo”, ya que, aunque los cuidados de un/a niño/a con condición de discapacidad son demandantes en cuanto a tiempo y atención, sin embargo una manera de contrarrestarlo ha sido que hay mayor unidad familiar y los miembros de la familia se organizan y apoyan en los cuidados que se brindan al niño. Esto a su vez los ha hecho más conscientes de lo que implica la condición de discapacidad. Entre los efectos negativos, como es natural, las madres mencionaron que ha representado mayores gastos, es decir, que ha impactado la economía del hogar y también representa un desgaste emocional (Figura 29).

Figura 29. Efecto que ha tenido la condición de discapacidad del niño/a en la dinámica familiar



¿Qué gastos prioriza en el cuidado de un niño con discapacidad en el hogar? (las necesidades que se cubren)

Con esta pregunta se exploró los gastos que priorizan en el hogar para el cuidado de un niño/a con discapacidad y determinar si estos propician conservar su estado nutricional o lo ponen en riesgo de INSAN. De acuerdo a lo referido por las madres, los principales gastos son los relacionados a los cuidados del niño como la movilización para recibir sus terapias y atención médica, así como el rubro que representa la adquisición de los medicamentos para el manejo y tratamiento de su condición (Cuadro 60). Los gastos para la movilización son principalmente mediante transporte público, pues se trasladan a la cabecera departamental; sin embargo, las madres consideran que se les dificulta mucho transportarse con los/as niños/as debido a que se marean frecuentemente, vomitan y se sienten incómodos en general en el camino.

Cuadro 60. Gastos relacionados a la condición de discapacidad de niños/as

Rubro	n	casos	%
Medicamentos	87	46	53%
Transporte o movilización	87	46	53%
Tratamientos médicos	87	34	39%
Alimentación especializada	87	32	37%
Insumos médicos o ayuda técnica (silla de ruedas, prótesis, etc...)	87	10	11%

¿El ingreso del jefe de familia es suficiente para cubrir las necesidades del hogar?

Esta pregunta busca determinar si se cubren las necesidades básicas del hogar y qué tan vulnerable es la familia y el niño a INSAN. Según el Cuadro 61 se determinó que, debido a que los gastos entre transporte, medicinas y terapias son elevados, los jefes de hogar priorizan dichos gastos a costa de la vivienda (materiales) y no se dispone de dinero para invertir en el hogar, el mantenimiento y las mejoras. Esto guarda relación con las características de la vivienda reportadas; en su mayoría los hogares son de adobe y techo de lámina (casas sencillas y de bajos recursos). Asimismo muchos viven en condiciones de hacinamiento.

Cuadro 61. Efecto de la condición de discapacidad del niño/a en la economía familiar

	n	casos	%
Vivienda (materiales más sencillos o no la ha reparado)	87	22	25%
Hacinamiento (compartir vivienda)	87	15	17%
Capacidad económica (otros miembros de la familia tuvieron que trabajar)	87	13	15%
Alimentación (han reducido el tamaño o número o la calidad)	87	11	13%
Educación (dejaron de estudiar)	87	7	8%
Acceso a servicios (dejaron de pagar agua o luz, etc.)	87	5	6%

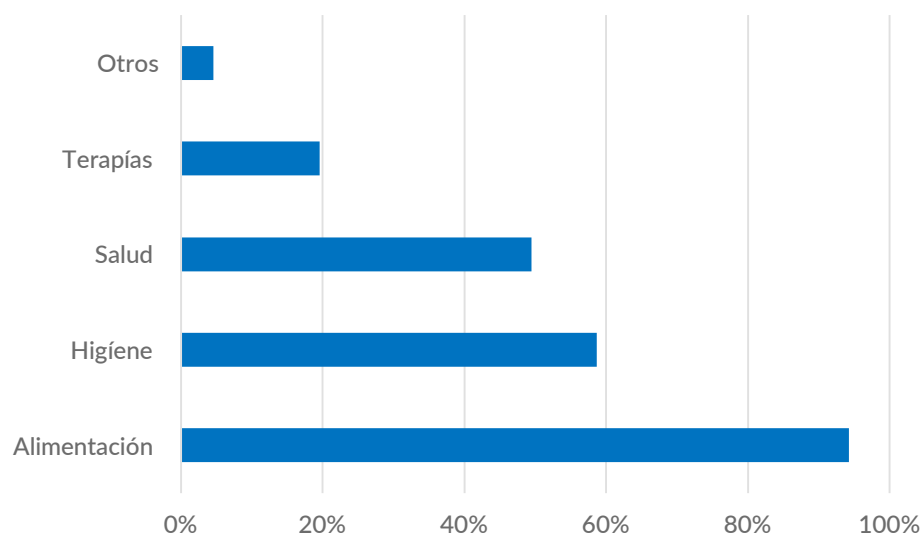
¿Consideran que la educación es un derecho que incluye a los niños con discapacidad en su comunidad?

La mayoría de madres expresa que la educación es incluyente en su comunidad (61%); les dan buen trato, son considerados y respetan su condición. Sin embargo, refieren que no se cuenta con personal capacitado para la condición del niño y que los/as niños/as van al ritmo de sus demás compañeros, lo cual puede perjudicar su rendimiento.

¿Qué cuidados son los más importantes para que un niño con discapacidad no se deteriore o desnutra?

La mayoría de madres identifica que los principales cuidados para evitar el deterioro del estado nutricional del niño son la alimentación y la higiene, como se observa en la **Figura 30**. En los cuidados de la alimentación ven necesario “darle algo más que a los demás niños/as”, es decir, complementar la dieta para que esta sea de mejor calidad. La madre también refiere que en el caso de niños/as con condición de discapacidad la alimentación necesita ser asistida ya que no siempre indican si tienen hambre, si están saciados y en algunos casos requieren que se les alimente e incluso que se les preparen alimentos más blandos; de tal manera que esto requiere mayor atención de parte de la madre. En cuanto a la higiene, también es una actividad que priorizan. Están pendientes de limpiarlos ya que no indican si van al baño por sí solos, por lo que se hace necesario estar constantemente atentos a la higiene y limpiándoles las manos, cara y boca (secreciones).

Figura 30. Cuidados para que el niño con condición de discapacidad no se desnutra





¿Cree usted que su hijo/a con discapacidad socializa con otros niños de su comunidad?

Las madres consideran que sus hijos/as mayores 2 años sí socializan con otros niños (sean vecinos o familiares). Sin embargo, esto solo se observó en 53% de los hogares; esto puede estar relacionado a la condición de discapacidad y su severidad, ya que en algunos casos de niño/as con autismo, que presentan una condición física que les dificulta caminar o condiciones neurológicas, se les hace muy difícil relacionarse con otros niños.

¿Cree usted que debido a la discapacidad de su hijo/a, las personas de su comunidad tratan de manera diferente a su familia?

La mayoría de madres refiere que los tratan igual que al resto de los niños/as de su comunidad (79%). Solo una pequeña proporción refirió que siente que es discriminado por otras personas o miembros de la familia extendida (7%). Las madres expresaron que la condición de discapacidad no solo afecta su vida actual sino futura. Por lo que podemos concluir que, en las comunidades visitadas, las personas tienen un trato respetuoso y digno de los niños con condición de discapacidad y que no es común la discriminación.



VII

CONCLUSIONES

1. Características nutricionales de los niños en condición de discapacidad

El principal problema nutricional en niños/as de 0 a 117 meses con discapacidad es la desnutrición crónica ya que el 72% de los niños presenta dicha condición, de manera similar al dato reportado en poblaciones sin discapacidad de acuerdo a la ENSMI 2014/15. Esto evidencia que en las áreas del estudio la desnutrición crónica es un problema de salud pública, pues esta condición afecta a la mayoría de niños/as con y sin condición de discapacidad que residen en estas áreas prioritarias. La desnutrición aguda no representa un problema de salud pública en las comunidades visitadas. Sin embargo, se requiere monitorear y dar seguimiento a los casos identificados en el presente estudio.

Aproximadamente la mitad de los/as niños/as con discapacidad presenta bajo peso para su edad de acuerdo con los patrones de crecimiento de OMS; sin embargo, se debe considerar que estos patrones se basan en una población sin discapacidad. Para futuros estudios es necesario considerar utilizar patrones de crecimiento específicos para la condición de discapacidad, así como complementar la antropometría convencional con otras medidas indirectas como CMB que brindan mayor información sobre el estado nutricional actual.

Debido a que la muestra del estudio es muy reducida debe considerarse que el alcance de este diagnóstico no permite que los resultados sean generalizables de la población con condición de discapacidad; no son representativos del grupo etario ni a nivel de departamento, sino propios de la muestra de sujetos evaluados.

2. Principales características del cuidador del niño en condición de discapacidad

La mayoría de las familias con niños/as con discapacidad se caracteriza por tener al padre como jefe del hogar (79%), siendo este el responsable de la generación de ingresos (trabajo remunerado o negocio propio). Las madres son las responsables del cuidado de los niños con discapacidad y la mayoría no trabaja porque el hogar depende de los ingresos del jefe del hogar.

La mayoría de los padres y las madres con hijos con discapacidad tienen un bajo nivel de escolaridad. Esto no solo limita el acceso a otras fuentes de trabajo sino que también tiene un efecto negativo en los cuidados del niño; siendo esto un factor de riesgo de inseguridad alimentaria (INSAN) del hogar.

En los casos donde las madres son jefes del hogar (madres solteras) se incrementa aún más el riesgo de INSAN debido a que depende de otra persona que le asista en los cuidados de su hijo/a con condición de discapacidad mientras ella trabaja.

Mediante las entrevistas a profundidad la mayoría refirió que la discapacidad fue producto de un mal cuidado durante el embarazo y parto. Para futuras evaluaciones es recomendable investigar sobre los cuidados de la madre en este periodo crítico tanto a nivel cualitativo como cuantitativo ya que en el presente estudio no fue incluido dicho componente.

3. Morbilidad en niños en condición de discapacidad.

La mitad de los niños/as de este estudio presentó un episodio de infección respiratoria aguda (IRA) en los 15 días previos a la entrevista; no obstante, la mayoría de los casos fueron clasificados como leves (88%) y recibieron tratamiento adecuado. En el caso de la diarrea, aunque fue menos prevalente, la mayoría de los casos también fueron leves y solo la mitad recibió tratamiento con SRO.

En cuanto al esquema de vacunación se determinó que solo el 26% de los niños con discapacidad cuenta con un esquema de vacunación completo de acuerdo con las normas de atención del MSPAS. Las bajas coberturas ponen en riesgo el estado de salud por infecciones que comprometen el estado nutricional del niño con discapacidad.

Aunque la mayoría de las madres asiste a sus controles y dispone de un carné, las bajas coberturas en vacunación, suplementación con micronutrientes, especialmente vitamina A, y monitoreo de crecimiento son factores de riesgo de INSAN para el niño con condición de discapacidad, ya que esta población no se beneficia del paquete de servicios de salud que tendría que disponer a nivel local.

4. Principales características de los hogares con niños en condición de discapacidad

Respecto a las características de los hogares de los/as niños/as con discapacidad, la estructura es de materiales de bajo costo como el adobe y la lámina de zinc. La mayoría vive en hacinamiento en lo relacionado al número de dormitorios por miembro y cuenta con servicio de agua, luz y servicio sanitario. Los hogares visitados presentan deficiencias en tres dimensiones: hacinamiento, infraestructura de la vivienda y sistema de eliminación de excretas, lo cual es un reflejo del bajo ingreso económico de las familias.

Las limitaciones y exclusiones (pobreza, desempleo, bajos ingresos económicos, soledad en el hogar, alta dependencia para los cuidados generales, alta carga de morbilidad, entre otras) a las que está expuesta la población que vive con una condición de discapacidad van a afectar a su seguridad alimentaria y nutricional al dificultar su acceso (geográfico, cultural y económico) a los alimentos. Por otro lado, esta personas tendrán limitada la disponibilidad de alimentos, sumado a un consumo bajo y una utilización biológica pobre, por la misma condición de discapacidad, la alta carga de enfermedad, problemas de psicomotricidad, dificultades sensoriales u otros factores de su entorno, la demanda de atención a la salud no satisfecha y la deficiente oferta de servicios de salud.

Todo fenómeno de salud y nutricional no es unicausal sino producto de la interacción de muchos factores como los mencionados, que se interrelacionan creando un círculo vicioso en que el estado nutricional, que se va deteriorando paulatinamente, puede agravar la condición de discapacidad; y de una manera inversa, esta última puede condicionar o determinar alteraciones negativas profundas del estado nutricional.

5. Características nutricionales y de salud de los adultos mayores

El estado nutricional de los adultos mayores de 60 años en el estudio se evaluó utilizando el método convencional de antropometría en 45 de las 50 personas. En las 5 restantes se recurrió a la estimación de medidas, debido a su condición de discapacidad y/o salud. Se verificó la validez de dichas estimaciones de las ecuaciones para peso o talla cuando no fue posible hacerlo por los métodos convencionales, evidenciando que todas las ecuaciones sobrestiman o subestiman considerablemente las medidas, lo cual afecta el diagnóstico del estado nutricional. Este fenómeno probablemente se deba a que estas ecuaciones fueron desarrolladas para personas sin condición de discapacidad, cuyo crecimiento, desarrollo y composición corporal pueden presentar diferencias. El desarrollo de ecuaciones que brinden estimaciones más precisas de las mediciones es un área de estudio que se debe explorar en el futuro.

La insuficiencia ponderal es el principal problema nutricional en la población de estudio, que afecta a 7 de cada 10 adultos mayores con discapacidad. Su distribución por edad, sexo y dominio de discapacidad no presenta diferencias significativas. En la tercera edad los requerimientos calóricos disminuyen; sin embargo, los requerimientos de nutrientes tienen cambios mínimos, por lo que en la deficiente situación nutricional observada probablemente también interfieran otros aspectos como la calidad de la dieta, los hábitos o las costumbres alimentarias inadecuadas.

La discapacidad en el grupo de adultos mayores fue predominante en los dominios visual y auditivo. En los adultos que presentaron discapacidad múltiple se identificó la coexistencia de 2 y 3 dominios. Los adultos mayores con 3 condiciones de discapacidad corresponden al grupo de mayor edad (>80 años). Este hallazgo es consistente con otros estudios y puede estar relacionado con la degeneración senil de los órganos auditivos y del ojo, causando presbiacusia y presbicia respectivamente.

La mayoría de los adultos mayores refirió mucha dificultad para participar en situaciones cotidianas, independientemente del dominio de discapacidad, lo cual podría representar una alta dependencia de otras personas y por ende afectar su autonomía, su autoestima y su estado de salud o nutrición.

Los sujetos proporcionaron información sobre enfermedades diagnosticadas por un médico. Los hallazgos demuestran que los adultos mayores con discapacidad son más propensos a padecer enfermedades. Además, tienen más posibilidades de enfrentar restricciones en su participación en la sociedad y enfrentar exclusión en los entornos educativos y laborales con el consecuente menor acceso a los sectores de educación y de cuidados médicos, lo cual genera un mayor riesgo de pobreza en comparación con otras personas sin discapacidad.

Casi dos tercios de las personas mayores padecen 1 o más enfermedades, las que en su mayoría limitan sus actividades cotidianas. No se observan diferencias significativas en la distribución del número de enfermedades reportadas ni su distribución por grupos de edad. Lo más relevante es que solo un tercio de ellos está bajo tratamiento, debido probablemente a la escasa demanda de atención y a la falta o ausencia de facilidades de tratamiento por el desabastecimiento de los servicios oficiales de salud.

En cuanto a la discapacidad que dificulta las actividades relacionadas con la alimentación, el 70% refirió algún grado de dificultad para masticar los alimentos, lo que probablemente se debe a la ausencia de piezas dentales y/o dificultad para sentir sabores y olores, dificultad para tragar o deglutir.

Todos los participantes que informaron al menos “muchoa dificultad” en cambios en el estado de ánimo, como signos sugestivos de ansiedad/depresión, también fueron consultados o invitados a participar en un grupo focal. Las personas que reportaban limitaciones significativas están más afectadas en su calidad de vida. Estos datos son consistentes con lo encontrado en la ENDIS 2016.

De manera interesante, se observó que las personas identificadas con discapacidad eran las personas de edad más avanzada, más pobres, solteras y con un menor nivel educativo que la población en general. Estos resultados respaldan la teoría de que las personas con discapacidad, y los hogares que incluyen a personas con discapacidad, son generalmente más pobres, más vulnerables a impactos y menos resilientes.

La alta prevalencia de cambios en el estado de ánimo (depresión/ansiedad) contrasta enormemente con el actual gasto en salud pública del 1.4% y el 4% de contenido de cursos de licenciatura en medicina, que están asignados a la salud mental en Guatemala. Dado el considerable estigma relacionado con la salud mental y el hecho de que es una discapacidad predominantemente oculta, son necesarias inversiones urgentemente en soporte para personas que experimentan dificultades relacionadas a su salud mental.

6. Principales características sociodemográficas y económicas del adulto mayor

Dos terceras partes de estos adultos mayores viven sin pareja por viudez, separación o soltería. En esa misma proporción, los adultos son considerados jefes de hogar, principalmente porque son propietarios de la casa donde habitan y otros familiares viven con él/ella. La mayoría carece de educación formal, está desempleada y no tiene una pensión por jubilación o invalidez, por lo que no pueden solventar los gastos básicos del hogar.

En este estudio la pobreza de los adultos mayores con discapacidad fue evaluada por medio del Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Ellos residen en casas de materiales de construcción sencillos, lo cual es consistente con los datos reportados para el municipio; predominan las casas con paredes de bahareque o adobe y piso de tierra. Estas características propician un ambiente de riesgo para el desarrollo de enfermedades principalmente en este grupo de personas en situación de vulnerabilidad. Casi la mitad de los sujetos vive en condiciones de hacinamiento aumentando los riesgos para la salud individual y familiar.

La totalidad de los hogares de los adultos mayores con discapacidad tiene acceso a agua potable por sus propios medios, siendo la fuente principal la red de tubería pública, ya sea intradomiciliar o en su terreno (66%). Se determinó que la mayoría de las viviendas tiene acceso a servicios sanitarios, siendo principalmente del tipo letrina tradicional o pozo ciego, aunque en un tercio de las viviendas la higiene del servicio sanitario no es la adecuada. Aproximadamente 4 de cada 10 hogares no tienen acceso a energía eléctrica, lo cual afecta negativamente en la salud, el bienestar y la calidad de vida de los adultos mayores con discapacidad y sus familias. En otros estudios se ha evidenciado que la energía eléctrica y la pobreza se relacionan en doble vía: los hogares más pobres tienen menos posibilidad para acceder a la energía eléctrica y también son más propensos a seguir siendo pobres. Casi todos los hogares utilizan la leña o el carbón como el principal combustible. La combustión de leña o carbón genera altos niveles de contaminación del aire en los ambientes del hogar.

La mayoría de los hogares carece de una vivienda adecuada y de un sistema de eliminación de excretas adecuado. 10 de los 50 hogares presentan deficiencias en las 4 necesidades básicas (calidad de la vivienda, hacinamiento, agua potable y eliminación de excretas). Junto a limitantes sociales, analfabetismo y desempleo, estos datos evidencian la situación de pobreza y vulnerabilidad en la que se encuentran los adultos mayores con discapacidad y sus familias.

7. Principales características del cuidador del adulto mayor

La mayoría de los sujetos evaluados está al cuidado de otra persona, siendo principalmente un familiar. Solamente se identificó un caso de responsable voluntario (que no recibe beneficio económico o en especie) y un caso de responsable contratado. Los responsables eran principalmente adultos de entre 40 a 60 años y carecían de escolaridad. Esto último constituye una limitante para una atención adecuada del adulto mayor con discapacidad. Si bien con el tiempo el responsable puede adquirir habilidades, el cuidado del adulto mayor que presenta mucha dificultad para realizar actividades cotidianas requiere de preparación y adquisición de competencias especiales, que no se obtienen por experiencia.





VIII

RECOMENDACIONES

1.

Todo lo que se mide es susceptible de mejorar.

2.

Llenar vacíos de información sobre discapacidad. Los primeros datos de prevalencia de discapacidad en el país se obtuvieron en los censos de los años 1994 y 2002. Se determinó entonces que en el 6.2% de los hogares habitaba una persona con discapacidad. De acuerdo con las recomendaciones internacionales, para documentar el cambio en el tiempo y comparar los hallazgos con otros países de la región, se deben implementar repetidas encuestas nacionales y particulares periódicas sobre discapacidad.

3.

Se debe profundizar en estas y otras encuestas de salud el estudio de los determinantes y condicionantes de la discapacidad para identificar medidas preventivas. Es urgente realizar más investigaciones sobre la epidemiología de las condiciones de discapacidad en la población guatemalteca y evaluar el sistema de salud, con el objetivo de crear un marco basado en la evidencia para la salud dentro del sistema de salud pública guatemalteco. Este estudio no es representativo de la población a la que pertenecen estos grupos, a diferencia de la ENDIS 2016 que tiene representatividad a nivel nacional.

4.

Teniendo en cuenta que el 10,2% de la población nacional y el 31% de todos los hogares en Guatemala incluyen al menos una persona con discapacidad y teniendo en cuenta las múltiples asociaciones entre discapacidad y desventajas (ENDIS 2016), la inclusión de las personas con discapacidad es una prioridad urgente para tomarse en cuenta en las políticas públicas y programas de salud y nutrición, así como en el diseño de un ordenamiento de las prioridades y de un plan estratégico que contribuya a mejorar la inclusión de las personas con discapacidad.

5.

El sistema de salud pública guatemalteco debe crear y promulgar un nuevo plan de inclusión basado en pruebas para los pacientes con discapacidades. Este plan debe abordar el cumplimiento de los derechos de las personas con discapacidad en todos los niveles del sistema de salud pública, la financiación de su atención médica, la provisión de dispositivos de apoyo y la mitigación de gastos médicos en los que ellos y sus familias podrían incurrir. Por otra parte, se necesita esfuerzo para mejorar la formación del personal sanitario para garantizar que las personas con discapacidad que buscan asistencia sanitaria sean tratadas con respeto y dignidad y puedan contar con medidas preventivas.

6.

Los medios de subsistencia de las personas con discapacidad deben desarrollarse a través de iniciativas gubernamentales y del sector privado. Se necesita un enfoque inclusivo para abordar las disparidades urbanas/rurales identificadas y la implementación de programas de emprendimiento y capacitación que incluyan a las personas con discapacidad en la búsqueda de trabajo.

7.

Aunque la mayoría de las madres refirió que la educación en su comunidad es inclusiva para los niños con condición de discapacidad, estas reconocen que el personal no está capacitado para enseñar a la población con esta condición, que no se tienen los recursos necesarios (por ej., para alguien con ceguera) y que los niños van al ritmo de los demás. Si no van a ese paso pierden el grado, lo que genera la duda de la adecuada concepción de la educación inclusiva en la sociedad. Por lo anterior debe aplicarse la educación de los niños con discapacidad a través del sistema de educación pública, desde un real enfoque de educación inclusiva, especialmente en las zonas rurales.

8.

Se debe mejorar la conciencia pública sobre los servicios de rehabilitación y salud disponibles en Guatemala mediante el mejoramiento de los servicios adecuados del sistema de salud pública, concienciando a todos los grupos de la población, propiciando la descentralización de la rehabilitación de los centros especializados en la rehabilitación basada en la comunidad.

9.

Entre las limitantes en la interpretación de los resultados de antropometría debe tenerse en consideración que los patrones de OMS se basan en la población sin una condición de discapacidad. Aunque en este estudio se presentaron pocos casos en los que no se pudo determinar peso o talla con medidas antropométricas indirectas, se hizo necesario estimar a partir de ecuaciones predictoras; sin embargo, se determinó que estas no se adaptan a la población con condición de discapacidad y se dispone de muy pocas ecuaciones para niños/a. Lo anterior no solo representa una limitante sino también un desafío que deberá tomarse en consideración para futuros estudios en los que se busque determinar el estado nutricional de niños/as con condición de discapacidad.

10.

En cuanto al tema de las terapias de niños/as con condición de discapacidad se dispone de muy pocos lugares para ello. Estos no están cerca de su residencia sino que deben trasladarse a otro municipio o departamento. Además, la mayoría no da servicios gratuitos lo cual limita a la población acceder a ellos y poder preservar el estado de salud del niño.

11.

Aunque la población con discapacidad ha sido poco visibilizada en la sociedad, cuando se realicen estudios de esta naturaleza es necesario aplicar metodologías estandarizadas como las preguntas del Grupo de Washington para determinar la condición de discapacidad, su especificidad (múltiple) y su severidad. De esta manera se asegurará contar con una muestra que presenta el evento de interés y que es sujeta a estudio.

12.

La privación, la falta de acceso a las redes de seguridad, los medios de subsistencia limitados, las barreras de infraestructura, el aislamiento profundo, la baja calidad de vida y la baja tenencia de enseres son realidades frecuentes que viven las personas con discapacidad, especialmente en las zonas rurales. Es imperativo proporcionar redes de seguridad y promover la inclusión activa de las personas con discapacidad y sus familias en los programas sociales existentes.

13.

Los tomadores de decisiones y las partes interesadas deben reconocer las diferentes necesidades de las personas con discapacidad y garantizar mecanismos eficaces para hacer efectivos sus derechos humanos. Por ejemplo, los niños con discapacidad necesitan que se garantice su acceso a la educación, las personas mayores con discapacidad necesitan ser incluidas en todos los ámbitos sociales, económicos, culturales y políticos, y las mujeres con discapacidad enfrentan múltiples desventajas adicionales que deben abordarse como una problemática social para propiciar las soluciones y disminuir esas desventajas.

BIBLIOGRAFÍA

CEPAL . El método de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y sus aplicaciones en América Latina . s.f. [https://dds.cepal.org/infancia/guia-para-estimar-la-pobreza-infantil/bibliografia/capitulo-III/Feres%20Juan%20Carlos%20y%20Xavier%20Mancero%20\(2001b\)%20El%20metodo%20de%20las%20necesidades%20basicas%20insatisfechas%20\(NBI\)%20y%20sus%20aplicaciones%20en%20](https://dds.cepal.org/infancia/guia-para-estimar-la-pobreza-infantil/bibliografia/capitulo-III/Feres%20Juan%20Carlos%20y%20Xavier%20Mancero%20(2001b)%20El%20metodo%20de%20las%20necesidades%20basicas%20insatisfechas%20(NBI)%20y%20sus%20aplicaciones%20en%20)

ENDIS. «Informe de la II Encuesta Nacional de Discapacidad en Guatemala 2016. CONADI, CBM, UNICEF, London School of Hygiene and Tropical Medicine.» Guatemala, 2016.

Evans, C. «Malnutrition in the Elderly: A Multifactorial Failure to Thrive.» US National Library of Medicine National Institutes of Health. 2005. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3396084/>.

Kshetrimayum, N., C. Reddy, y S. Siddhana. «Oral health-related quality of life and nutritional status of institutionalized elderly population aged 60 years and above in Mysore City, India.» US National Library of Medicine National Institutes of Health. 2013. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22364560>.

Lima, E., D. Santos, A. Ferreira, y M. García. «Nutritional assessment for the elderly: modern challenges.» 2015. http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v18n3/en_1809-9823-rbagg-18-03-00643.pdf.

Modi, V., S. McDade, D. Lallement, y J. Saghir. Energy and the Millennium Development Goals. New York: United Nations and World Bank, 2006.

MSPAS. Guía de normas para la Disposición Final de Excretas y Aguas Residuales en zonas rurales de Guatemala. . 2011.

MSPAS, INE, y ICF. «Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014-2015. Informe indicadores básicos.» Guatemala, 2015.

OMS. «Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.» 2015.

—. La enfermedad de Chagas (tripanosomiasis americana). 2018. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs340/es/>.

—. Principios de higiene de la vivienda. 1990. <http://www.bvsde.paho.org/eswww/fulltext/vivienda/principi/principi.html>.

OPS. «Encuesta multicentrica de salud, bienestar y envejecimiento en América Latina y el Caribe.» 2001.

UNICEF. Child Health. Noviembre de 2016. <http://data.unicef.org/topic/child-health/diarrhoeal-disease/> (último acceso: 11 de Noviembre de 2016).

—. Pneumonia and Diarrhoea “Tackling the deadliest diseases for the world’s poorest children. 2012.



Financiado por
Unión Europea
Protección Civil y
Ayuda Humanitaria



CONSORCIO DE
ORGANIZACIONES
HUMANITARIAS



Este informe ha sido elaborado gracias al apoyo financiero de la Dirección General de Protección Civil y Operaciones de Ayuda Humanitaria Europeas (ECHO) y la cooperación del Consorcio de Organizaciones Humanitarias. La información compartida en este documento es de exclusiva responsabilidad de las organizaciones que lo conforman.