



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

TÍTULO DE ARTÍCULO CIENTÍFICO

FACTORES NUTRICIONALES Y SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A RESULTADOS DE SALUD Y NUTRICIÓN DE FAMILIAS PERTENECIENTES A ESCUELAS FISCALES Y FISCOMISIONALES EN LAS SEIS CIUDADES CAPITALES DE LAS PROVINCIAS AMAZÓNICAS DEL ECUADOR, DURANTE LOS MESES DE NOVIEMBRE DEL 2022 A MARZO DEL 2023.

Subtema:

" Asociación entre la doble carga de malnutrición en niños de edad escolar, la depresión de los cuidadores y la integralidad de la atención en servicios de salud, en familias pertenecientes a escuelas fiscales y fiscomisionales en las ciudades capitales de las provincias amazónicas del Ecuador, durante los meses de noviembre del 2022 a marzo del 2023."

AUTORES

Marcell Alejandro Delgado Fonseca

Diana Carolina Santamaría Zurita

DIRECTOR

José Luis Vivanco Narváez

TUTOR METODOLÓGICO

José Andrés Ocaña Navas

Quito, 31 de octubre del 2023

AGRADECIMIENTO

Agradecemos en gran medida a José Luis Vivanco y José Andrés Ocaña por la guía que nos supieron brindar a lo largo de todo este trabajo. Y, de igual manera, a Hugo Pereira por su apoyo como coordinador de la maestría.

Tabla de contenido

| | |
|---|-----------|
| 1. ABREVIATURAS..... | 5 |
| 2. RESUMEN..... | 6 |
| 3. ABSTRACT | 7 |
| 4. INTRODUCCIÓN..... | 8 |
| 5. OBJETIVOS..... | 10 |
| 5.1. OBJETIVO GENERAL | 10 |
| 5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 10 |
| 6. METODOLOGÍA | 11 |
| 6.1. SITIO DE ESTUDIO Y POBLACIÓN | 11 |
| 6.2. DISEÑO DE ESTUDIO..... | 11 |
| 6.3. FUENTES DE INFORMACIÓN..... | 11 |
| 6.4. ANÁLISIS DE DATOS | 12 |
| 6.5. CONSIDERACIONES BIOÉTICAS..... | 14 |
| 7. RESULTADOS..... | 14 |
| 8. DISCUSIÓN..... | 28 |
| 9. CONCLUSIÓN..... | 32 |
| 10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 33 |
| 11. PLAN DE PUBLICACIÓN | 38 |

LISTA DE TABLAS

TABLA 1: DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA FINAL SEGÚN LAS VARIABLES DE ESTUDIO: DEPENDIENTES, INDEPENDIENTE, SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SERVICIOS DE SALUD, EN FAMILIAS DE LA AMAZONÍA, 2023.

TABLA 2: DEPRESIÓN EN CUIDADORES, VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SERVICIOS DE SALUD DE NIÑOS DE 5 A 11 AÑOS CON BAJA TALLA PARA LA EDAD, EN FAMILIAS DE LA AMAZONÍA, 2023.

TABLA 3: DEPRESIÓN EN CUIDADORES, VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SERVICIOS DE SALUD DE NIÑOS DE 5 A 11 AÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD, EN FAMILIAS DE LA AMAZONÍA, 2023.

TABLA 4: DEPRESIÓN EN CUIDADORES, VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SERVICIOS DE SALUD DE NIÑOS DE 5 A 11 AÑOS CON DOBLE CARGA DE MALNUTRICIÓN INDIVIDUAL, EN FAMILIAS DE LA AMAZONÍA, 2023.

TABLA 5: DEPRESIÓN EN CUIDADORES, VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SERVICIOS DE SALUD DE NIÑOS DE 5 A 11 AÑOS CON DOBLE CARGA DE MALNUTRICIÓN EN EL HOGAR, EN FAMILIAS DE LA AMAZONÍA, 2023.

TABLA 6: DETERMINANTES A NIVEL SOCIODEMOGRÁFICO Y DE DEPRESIÓN EN CUIDADORES DEL SOBREPESO Y OBESIDAD EN NIÑOS Y NIÑAS DE EDAD ESCOLAR (N=892), EN FAMILIAS DE LA AMAZONÍA, 2023.

1. ABREVIATURAS

- Doble carga de malnutrición a nivel individual (DCMI)
- Doble carga de malnutrición a nivel del hogar (DCMH)
- Baja talla para la edad (BTE)
- Sobrepeso y Obesidad (SP/OB)

2. RESUMEN

Antecedente: La malnutrición y su espectro de doble carga en el Ecuador es un problema de salud pública que está presente en la población escolar; sin embargo, no ha sido investigado a profundidad, menos aún en las provincias amazónicas. Además, existe evidencia que la depresión de adultos cuidadores está asociada a sobrepeso y obesidad infantil de sus hijos, sin embargo, tampoco se tienen información sobre este tema en territorio amazónico.

Objetivo: El objetivo de este artículo fue evaluar asociación entre la doble carga de malnutrición a nivel individual y familiar, en niños escolares, la depresión de los cuidadores y la integralidad de la atención recibida en los servicios de salud, en familias pertenecientes a escuelas fiscales y fiscomisionales en las ciudades capitales de las provincias amazónicas del Ecuador.

Metodología: Se realizó una investigación observacional de corte transversal en 1042 familias. La población y variables de interés fueron descritas con medidas de resumen según el tipo de variables cualitativas y cuantitativas. Para la evaluación de las asociaciones entre la doble carga de malnutrición, la depresión de los cuidadores, las variables integralidad de la atención recibida en los servicios de salud y variables sociodemográficas, se realizaron en primera instancia tests paramétricos y no paramétricos, según el comportamiento de las variables. Con las variables que resultaron significativas se evaluó la asociación entre el sobrepeso y obesidad de los niños y la depresión de cuidadores con modelos de regresión logística, ajustando el modelo por variables sociodemográficas, hasta obtener el modelo que mejor se ajustó a los datos.

Resultados: La muestra total fue de 1 042 personas. La población se distribuyó de forma equitativa en las 6 provincias amazónicas; en cuanto a las variables dependientes, se demostró que el 4.59% de los niños escolares tenía baja talla, el 38.68% presentó SP/OB, el 0.22% con DCMI y el 2.14% con DCMH. Además, el 21.5% de los cuidadores presentaban depresión mayor.

Conclusión: El sobrepeso y obesidad en niños en edad escolar en este estudio prevalece con un 38.68% comparado con otras condiciones de malnutrición. Además, no se encontró asociación entre el sobrepeso y obesidad en niños escolares y la depresión en sus cuidadores.

Palabras clave: Ecuador, doble carga, sobrepeso, obesidad, baja talla, depresión adultos

3. ABSTRACT

Background: Malnutrition and its double burden spectrum in Ecuador represent a public health issue that affects the school-age population. Nevertheless, it has not been thoroughly investigated, particularly in the Amazonian provinces. Additionally, there is evidence that the depression of adult caregivers is associated with overweight and obesity in their children. However, there is limited information available on this topic in the Amazonian region.

Aim: The aim of this article was to assess the association between the double burden of malnutrition at both the individual and family levels in school-age children, caregiver depression, and the comprehensiveness of healthcare services in families from public and semi-public schools in the capital cities of the Amazonian provinces of Ecuador.

Methodology: A cross-sectional observational study was conducted on 1,042 families. The population and variables of interest were described using summary statistics based on the type of qualitative and quantitative variables. To assess the associations between the double burden of malnutrition, caregiver depression, comprehensiveness of healthcare services, and sociodemographic variables, both parametric and non-parametric tests were initially performed, depending on the behavior of the variables. Among the variables that showed significance, the association between children's overweight and obesity and caregiver depression was evaluated using logistic regression models, adjusting the model for sociodemographic variables until the model that best fit the data was obtained.

Results: The total sample consisted of 1,042 individuals. The population was evenly distributed across the 6 Amazonian provinces. Regarding the dependent variables, it was demonstrated that 4.59% of school-age children were stunted, 38.68% exhibited overweight/obesity, 0.22% had DCMI, and 2.14% had DCMH. Additionally, 21.5% of caregivers presented major depression.

Conclusion: Overweight and obesity in school-age children in this study prevails at a rate of 38.68% compared to other malnutrition conditions. Additionally, no association was found between overweight and obesity in school-age children and depression in their caregivers.

Keywords: Ecuador, double burden, overweight, obesity, stunting, adult depression

4. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial la malnutrición en cualquiera de sus extremos sigue siendo un grave problema de salud. Mientras existe una población que padece malnutrición por déficit otra parte sufre de sobrepeso y obesidad. En todo el planeta 155 millones de niños tienen retraso para la talla, 52 millones peso bajo para la talla (World Health Organization, 2016) y más de 340 millones de niños y adolescentes tienen obesidad (World Health Organization, 2021). Con el cambio de los ambientes alimentarios cada vez es más común encontrar poblaciones, hogares y personas que padecen doble carga de malnutrición, especialmente en países de bajos y medianos ingresos. La doble carga de malnutrición es la coexistencia de la desnutrición junto con el sobrepeso, la obesidad o las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, dentro de las personas y los hogares (World Health Organization, 2016).

Por otro lado, la depresión es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo; las estimaciones de este organismo indican que 300 millones de personas viven con depresión en el planeta, esta es aproximadamente un 50% más frecuente entre las mujeres que entre los hombres. Alrededor del 3,8% de la población experimenta depresión, incluido el 5% de los adultos: 4% entre los hombres y el 6% entre las mujeres (Organización Mundial de la Salud, 2023).

Según la OPS en la región de las Américas dentro del grupo de 5 a 19 años, el 33,6% de los niños, niñas y adolescentes están afectados por sobrepeso u obesidad (Organización Panamericana de la Salud, n.d.). De manera particular el sobrepeso y obesidad en etapa escolar alcanza 5% en Perú, 35% en México y 17% en Colombia (CEPAL, 2018). A nivel nacional, según el ENSANUT 2018 (Serrano et al., 2018), el retraso de talla para la edad en etapa escolar alcanza un 14,2% (14,1% hombre y 14,3% mujer) y en zona urbana 11,9%. Por otro lado, el sobrepeso alcanza un 20,6% (20,3% hombre y 20,8% mujer); zona urbana 21,0%; y la Obesidad 14,8% (17,5% hombre y 12,0% mujer), zona urbana 15,8% (Serrano et al., 2018). Con respecto a la depresión, para el año 2015 cerca de 50 millones de personas en la región de las Américas viven con depresión, casi un 17% más que en 2005. En un reporte realizado sobre depresión y otros trastornos mentales comunes, la OMS señala que más

del 80% de la depresión en el mundo se encuentra en países de ingresos bajos y medios. Para América Latina y el Caribe la depresión mayor se estima en más de 21 millones de personas (Ministerio de Salud Pública, 2023a). A nivel nacional, la depresión representa el 42% de la carga de enfermedad de las personas a partir de los 20 años de edad y esta se mantiene estable durante la juventud y edad adulta. Esta afecta en mayor medida a las mujeres. De las atenciones ambulatorias que registra el Ministerio de Salud Pública, el número de casos de ellas triplica a los de los hombres. Los datos más recientes que se tienen corresponden a 2015. En ese año, hubo 50.379 personas con diagnóstico presuntivo y definitivo por depresión; 36.631 corresponden a mujeres y 13.748 a hombres (Ministerio de Salud Pública, 2023a). De acuerdo con las cifras de egresos hospitalarios del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) de 2015, en Ecuador ese año existieron 3.406 hospitalizaciones relacionadas con casos de depresión (Ministerio de Salud Pública, 2023a) En cuanto a los resultados en salud mental 4 de cada 10 personas tuvieron depresión durante la pandemia (Mautong et al., 2021; NAMCELA et al., 2022).

Este estudio buscó evaluar cómo la malnutrición de los niños en edad escolar está asociada a la depresión presente en las madres o cuidadores, para esto se tomó en 4 variables dependientes de la malnutrición: baja talla para la edad (BTE), sobre peso y obesidad (SP/OB), doble carga de malnutrición a nivel individual (DCMI) y doble carga de malnutrición a nivel del hogar (DCMH). Como variables de control, para determinar otros factores que pudieran estar influyendo, se tuvo variables sociodemográficas (a nivel individual y de hogar) y de integralidad de atención de la salud; estas últimas para buscar asociación entre ciertos factores de la atención recibida en instituciones de salud públicas y privadas. Se recolectó los datos de 1,042 familias de las 6 capitales de las provincias amazónicas.

Los últimos datos en la encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT 2018) evidencian que, a nivel nacional las prevalencias de retraso de talla, SP/OB van en constante aumento, sin contar con políticas públicas fuertes que mitiguen este crecimiento; además, existe una creciente doble carga de malnutrición a nivel individual en población escolar en comparación a los datos registrados en el 2012. Si bien existen datos descriptivos de estos dos fenómenos no existen análisis más profundos ni exhaustivos, peor aún a nivel amazónico. En cuanto a la doble carga a nivel de hogar tanto en el país

como en la región existe escasa o nula evidencia (Freire et al., 2014). Por este motivo se vio la necesidad de recolectar la información para indagar en las posibles causas que están afectando a los niños de edad escolar de esta región; definiendo por lo tanto el objetivo de evaluar asociación entre la doble carga de malnutrición a nivel individual, y familiar, en niños escolares, la depresión de los cuidadores y la integralidad de la atención recibida en los servicios de salud, en familias pertenecientes a escuelas fiscales y fiscomisionales en las ciudades capitales de las provincias amazónicas del Ecuador, durante los meses de febrero a abril del 2023.

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo General

- Evaluar asociación entre la doble carga de malnutrición a nivel individual, y familiar, en niños escolares, la depresión de los cuidadores y la integralidad de la atención recibida en los servicios de salud, en familias pertenecientes a escuelas fiscales y fiscomisionales en las ciudades capitales de las provincias amazónicas del Ecuador, durante los meses de febrero a abril del 2023.

5.2. Objetivos Específicos

- Describir las prevalencias de la doble carga de malnutrición en niños escolares a nivel individual y familiar, la depresión del cuidador, las características de la integralidad de la atención recibida en los servicios de salud, en población de estudio.
- Evaluar la asociación no ajustada entre la doble carga de malnutrición en niños escolares (a nivel individual y familiar), la depresión de los cuidadores, las variables integralidad de la atención recibida en los servicios de salud y variables sociodemográficas.
- Evaluar la asociación entre la doble carga de malnutrición en niños escolares (a nivel individual y familiar), la depresión de los cuidadores, ajustando por las variables de integralidad de la atención recibida en los servicios de salud y variables sociodemográficas.

6. METODOLOGÍA

6.1. Sitio de estudio y población

El presente estudio se realizó en las 6 capitales de las provincias de la Amazonía ecuatoriana. Se incluyeron niños entre 5 y 11 años de familias pertenecientes a escuelas fiscales y fiscomisionales de educación ordinaria, matutinas, que trabajen en modalidad presencial, de cualquier origen étnico y nacionalidad. Estos fueron seleccionados de manera aleatorizada en el estudio general (n=1042).

6.2. Diseño de estudio

Este estudio corresponde a una investigación observacional de corte transversal. Para describir la población y variables de interés se utilizaron medidas de resumen según el tipo de variables cualitativas y cuantitativas. Para la evaluación de las asociaciones entre la doble carga de malnutrición, la depresión de los cuidadores, las variables de integralidad de la atención recibida en los servicios de salud y variables sociodemográficas se realizó en primera instancia tests paramétricos y no paramétricos, según el comportamiento de las variables. Con las variables que resultaron significativas se evaluó la asociación entre las variables principales con modelos de regresión logística (tomando en cuenta la doble carga a nivel individual y familiar), ajustando el modelo por variables de depresión en cuidadores, integralidad de la atención recibida en los servicios de salud y variables sociodemográficas, hasta que se obtuvo el modelo que mejor se ajustó a los datos.

6.3. Fuentes de información

Los datos fueron recolectados de manera presencial en las instalaciones de cada una de las escuelas seleccionadas, habiendo gestionado con las autoridades respectivas un espacio adecuado, privado y seguro para el proceso de encuestas y la toma de medidas antropométricas en los tres grupos de edad (niños de edad escolar y madres, cuidadoras y/ representantes legales).

La información de las encuestas fue recolectada por el equipo de investigación de campo previamente capacitado y estandarizado, a través de tablets con un formato electrónico de

encuesta y aparatos de medida antropométrica. Las encuestas fueron respondidas por el adulto responsable del niño.

Para la toma de medidas antropométricas se siguieron las recomendaciones de la OMS y de una guía de antropometría certificada (Cashin & Oot, 2018; WHO, 2019). En cuanto a las variables sociodemográficas se tomó en cuenta las expuestas por el INEC (INEC, n.d.), y para las preguntas de la integralidad de atención en la salud se tomó como referencia la encuesta de salud del País Vasco, España (Departamento de Salud Gobierno Vasco, 2018).

6.4. Análisis de datos

Los análisis estadísticos se realizaron mediante el Programa estadístico STATA 15.0. Se tomaron como valor de significancia estadística un $p < 0,05$. Los resultados se describieron como frecuencia y porcentajes para todas las variables cualitativas categóricas y medias y medianas para las variables cuantitativas según correspondió.

A continuación, se mencionan cada uno de los niveles de análisis planteados:

- *Descripción de las prevalencias de la doble carga de malnutrición en niños escolares y de depresión del cuidador y las características de la integralidad de la atención recibida en los servicios de salud y variables sociodemográficas por parte de la población de estudio:* Se realizó un análisis descriptivo univariado cuantitativo de las variables doble carga de malnutrición en niños escolares y la depresión en cuidadores; de igual manera de las variables de integralidad de la atención (centro de atención, necesidades de salud cubiertas, tiempo de arribo a establecimiento de salud, tiempo de espera para la atención) y variables sociodemográficas
- *Evaluación de la asociación no ajustada entre la depresión de los cuidadores y la doble carga de malnutrición en niños escolares, variables de integralidad de la atención recibida en los servicios de salud y variables sociodemográficas:* Para el análisis bivariado entre la doble carga de malnutrición en niños escolares en todos sus niveles como variables cualitativas dicotómicas y la depresión de cuidadores; doble carga de malnutrición en niños

escolares; variables de integralidad de la atención recibida en los servicios de salud y variables sociodemográficas; se realizó pruebas de chi-cuadrado.

- *Evaluación de la asociación entre la doble carga de malnutrición en niños escolares y la depresión de los cuidadores, ajustando por las variables de integralidad de la atención recibida en los servicios de salud y variables sociodemográficas:* Para las asociaciones entre las variables de resultados de doble carga de malnutrición en niños escolares y depresión mayor en cuidadores ajustadas por variables sociodemográficas y de integralidad de la atención, se estudiaron modelos multivariados (regresión logística) y se mantuvieron para los modelos siguientes aquellas variables que tuvieron un valor $p < 0.1$. Se calcularon los OR y sus correspondientes intervalos de confianza de 95% como indicadores de la magnitud de asociación, verificando los supuestos del modelo. Solo se realizó un modelo multivariado con el sobrepeso y obesidad como variable dependiente dado a que el número de muestras de las otras variables era insuficiente.

Figura 1

Modelo final utilizado para análisis multivariado

| | |
|-------------------------------|---|
| Variable Dependiente | Sobrepeso y Obesidad en niños escolares |
| Variable independiente | Nivel de depresión |
| Variables de ajuste | Edad niños y niñas escolares |
| | Sobre peso y Obesidad cuidador |
| | Ubicación Geográfica |
| | Pobreza por ingresos económicos |

Fuente: La figura fue elaborada por el equipo de investigación.

6.5. Consideraciones bioéticas

El estudio general, dentro del cual se encuentra el presente, fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Antes de comenzar el estudio, se explicaron los objetivos, metodología y resultados del mismo a cada uno de los participantes y se obtuvo su autorización mediante la firma del consentimiento y asentimiento informado. Si alguno de los participantes consideró que alguna de las preguntas era demasiado privada y no desea compartir sus respuestas, estuvo en su derecho de no responder y pasar a la siguiente pregunta. Los datos recolectados fueron anonimizados previo al análisis estadístico de estos.

Todos los instrumentos del estudio general permanecerán guardados en un archivo del Instituto de Salud Pública de la PUCE durante un período de 7 años. Para esta investigación en específico solo se usaron los datos necesarios de cada variable para realizar el estudio expuesto.

En este estudio no se tomaron de ninguna manera muestras biológicas a sujetos humanos.

Los autores declararon no tener conflictos de interés de ninguna naturaleza, sobre todo con industrias alimentarias o farmacéuticas.

7. RESULTADOS

La muestra total fue de 1,042 personas. En cuanto a las variables evaluadas, como se observa en la Tabla 1, se obtuvo que la población escolar se distribuyó de forma equitativa entre mujeres y hombres (50.21% y 49.79%); en relación con la edad, la dispersión de datos con respecto al valor promedio (8 años) fue de 2.06 años para niños y niñas. Por otro lado, en cuanto a los/as cuidadores/as, el 84.45% de la población fueron mujeres, el 42.99% oscilaba entre 30 y 40 años, el 78.85% culminó sus estudios secundarios, el 80.5% se identificaba como mestizos y el 78.03% residía en zonas urbanas. Se evidenció una distribución equitativa en las 6 capitales de las provincias de la Amazonía. El 81.29% mencionaba no sufrir violencia en el hogar y el 51.78% contaba con empleo remunerado. En

cuanto a las variables dependientes, se demostró que el 4.59% de los niños escolares tenía baja talla, el 38.68% presentó SP/OB, el 0.22% con DCMI y el 2.14% con DCMH. Respecto a los cuidadores/as, se evidenció que el 21.5% presentaba depresión mayor. Referente a la integralidad de la atención en servicios de salud, la población adulta (80.21%) y sus hijos (79.27%) preferían acudir al servicio público para atención en salud, a pesar de que en ambos casos la percepción de la atención recibida fue que no cubría sus necesidades (53.77% y 50.87%).

Tabla 1

Descripción de la muestra final según las variables de estudio: dependientes, independiente, sociodemográficas y de integralidad de la atención en servicios de salud, en familias de la Amazonía, 2023.

| Variable | n (%) |
|--|-------------|
| Total (n=1042) | |
| VARIABLES DEPENDIENTES | |
| Baja talla para la edad en niños escolares (n=894) | |
| Sí | 41 (4.59) |
| No | 853 (95.41) |
| Sobrepeso y obesidad para la edad en niños escolares (n=892) | |
| Sí | 345 (38.68) |
| No | 547 (61.32) |
| Doble carga individual en niños escolares (n= 891) | |
| Sí | 2 (0.22) |
| No | 889 (99.78) |
| Doble carga familiar en niños escolares y cuidadores | |
| Sí | 19 (2.14) |
| No | 868 (97.86) |
| DEPRESIÓN EN CUIDADORES (VARIABLE INDEPENDIENTE) | |
| Depresión mayor. Puntaje PHQ mayor a 7 (n=1,042) | |
| Sin depresión mayor | 818 (78.5) |
| Depresión mayor | 224 (21.5) |
| INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SERVICIOS DE SALUD | |
| Centro de atención cuidador (n=1031) | |
| Servicio Público | 827 (80.21) |
| Servicio Privado | 204 (19.79) |
| Centro de atención niño/a (n=1018) | |
| Servicio Público | 807 (79.27) |
| Servicio Privado | 211 (20.73) |
| Percepción necesidades de salud cubiertas cuidador (n=1,034) | |
| Estoy satisfecho/a cubre todas mis necesidades | 258 (24.95) |
| Cubre bastante bien mis necesidades, pero creo que deberían incluirse algunas otras atenciones | 220 (21.28) |
| No cubre mis necesidades de salud | 556 (53.77) |
| Percepción necesidades de salud cubiertas niño (n=1,032) | |

| | |
|--|-------------|
| Estoy satisfecho/a cubre todas mis necesidades | 274 (26.55) |
| Cubre bastante bien mis necesidades, pero creo que deberían incluirse algunas otras atenciones | 233 (22.58) |
| No cubre mis necesidades de salud | 525 (50.87) |
| Tiempo de traslado a establecimiento de salud (n=1,035) | |
| Menor a 30 minutos | 956 (92.37) |
| De 30 a 60 minutos | 60 (5.80) |
| Mayor a 60 minutos | 19 (1.84) |
| Tiempo de espera para recibir atención (n=1,015) | |
| Menor a 30 minutos | 538 (53.00) |
| De 30 a 60 minutos | 260 (25.62) |
| Mayor a 60 minutos | 217 (21.38) |

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

| | |
|--|---------------|
| Sexo niños y niñas etapa escolar (n=936) | |
| Hombre | 470 (50.21) |
| Mujeres | 466 (49.79) |
| Edad niños y niñas etapa escolar | |
| Hombre | 470 |
| Mujer | 466 |
| Edad niños y niñas escolares media (DS) | 8.53 (2.07) |
| Género del cuidador (n=1,042) | |
| Masculino | 161 |
| Femenino | 880 |
| GLBTIQ+ | 1 |
| Edad Cuidadores media (DS) | |
| Edad cuidadores masculino | 39.24 (10.04) |
| Edad cuidadores femenino | 36.04 (8.79) |
| Etnia del cuidador (n=1,041) | |
| Indígena | 182 (17.48) |
| Afrodescendiente | 12 (1.15) |
| Mestizo | 838 (80.5) |
| Blanco | 9 (0.86) |
| Nivel de escolaridad del cuidador (n=1,040) | |
| Secundaria completa | 820 (78.85) |
| Secundaria incompleta | 220 (21.15) |
| Empleo cuidador (n=1,039) | |
| Empleo remunerado | 538 (51.78) |
| Sin empleo remunerado | 501 (48.22) |
| Bajo peso cuidador (n=1,034) | |
| No | 1029 (99.52) |
| Sí | 5 (0.48) |
| Peso normal cuidador (n=1,034) | |
| No | 748 (72.34) |
| Sí | 286 (27.66) |
| Sobrepeso y obesidad cuidador (n=1,034) | |
| No | 291 (28.14) |
| Si | 743 (71.86) |
| Ubicación geográfica* (n=1,042) | |
| Amazonía Norte | 321 (30.81) |
| Amazonía Centro | 346 (33.21) |
| Amazonía Sur | 375 (35.99) |
| Tipo de Escuela (n=1,042) | |
| Fiscal | 503 (48.27) |
| Fiscomisional | 539 (51.73) |
| Tipo de Vivienda (n=1,038) | |
| Urbano | 810 (78.03) |
| Periurbano | 95 (9.15) |

| | |
|--|-------------|
| Rural | 133 (12.81) |
| Pobreza por ingresos económicos (n=1,015) | |
| Sin pobreza | 832 (81.97) |
| En situación de pobreza | 183 (18.03) |
| Violencia en el hogar (n=1,042) | |
| No | 847 (81.29) |
| Sí | 195 (18.71) |

Fuente: La tabla fue elaborada por el equipo de investigación.

Nota.

*La amazonía fue clasificado en Norte: Sucumbíos y Orellana; por ser extractivistas petroleras. Centro: Napo y Pastaza; provincias turísticas. Sur: Morona Santiago y Zamora Chinchipe; por ser provincias mineras.

En la Tabla 2 se describen las frecuencias relativas y absolutas de Depresión en cuidadores, variables sociodemográficas y de integralidad de la atención en servicios de salud de niños de 5 a 11 años con Baja talla para la edad, en familias de la Amazonía, 2023.

Los niños con BTE fueron aquellos con cuidadores en su tenían depresión mayor. Además, fueron niños de escuelas fiscales, en situación de pobreza, con cuidadores sin empleo remunerado y nivel educativo de secundaria incompleta, con violencia en el hogar. Los niños con baja talla se ven afectados por igual por el estado nutricional de padre y el tiempo que tardan en llegar al servicio de salud.

Tabla 2

Depresión en cuidadores, variables sociodemográficas y de integralidad de la atención en servicios de salud de niños de 5 a 11 años con Baja talla para la edad, en familias de la Amazonía, 2023.

| | Baja talla para la edad ¹ | | p-value |
|--|--------------------------------------|-------------|---------------------------|
| | Sí n (%) | No n (%) | |
| Total (n=894) | 41 (4.59) | 853 (95.41) | |
| DEPRESIÓN EN CUIDADORES (VARIABLE INDEPENDIENTE) | | | |
| Depresión mayor PHQ mayor a 7 (n=894) | | | |
| Sin depresión mayor | 25 (60.98) | 678 (79.48) | 0.005 ³ |
| Depresión mayor | 16 (39.02) | 175 (20.52) | |
| INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SERVICIOS DE SALUD | | | |
| Centro de atención cuidador (n=883) | | | |
| Servicio Público | 36 (87.80) | 664 (78.86) | 0.115 ² |
| Servicio Privado | 5 (12.20) | 178 (21.14) | |
| Centro de atención niño/a (n=873) | | | |
| Servicio Público | 36 (87.80) | 645 (77.52) | 0.082 ² |
| Servicio Privado | 5 (12.20) | 187 (22.48) | |
| Percepción necesidades de salud cubiertas cuidador (n=886) | | | |
| Estoy satisfecho/a cubre todas mis necesidades | 7 (17.07) | 212 (25.09) | 0.267 ³ |
| Cubre bastante bien mis necesidades, pero creo que deberían incluirse algunas otras atenciones | 7 (17.07) | 185 (21.89) | |
| No cubre mis necesidades de salud | 27 (65.85) | 448 (53.02) | |

| | | | |
|--|--|--|---------------------------|
| Percepción necesidades de salud cubiertas niño (n=884) | | | |
| Estoy satisfecho/a cubre todas mis necesidades | 9 (21.95) | 223 (26.45) | 0.210 ³ |
| Cubre bastante bien mis necesidades, pero creo que deberían incluirse algunas otras atenciones | 6 (14.63) | 200 (23.72) | |
| No cubre mis necesidades de salud | 26 (63.41) | 420 (49.82) | |
| Tiempo de traslado a establecimiento de salud (n=887) | | | |
| Menor a 30 minutos | 34 (82.93) | 782 (92.43) | 0.028 ² |
| De 30 a 60 minutos | 4 (9.76) | 50 (5.91) | |
| Mayor a 60 minutos | 3 (7.32) | 14 (1.65) | |
| Tiempo de espera para recibir atención (n=869) | | | |
| Menor a 30 minutos | 17 (41.46) | 437 (52.78) | 0.120 ³ |
| De 30 a 60 minutos | 16 (39.02) | 205 (24.76) | |
| Mayor a 60 minutos | 8 (19.51) | 186 (22.46) | |
| VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS | | | |
| Sexo niños y niñas etapa escolar (n=894) | | | |
| Hombre | 17 (41.46) | 433 (50.76) | 0.245 ³ |
| Mujer | 24 (58.54) | 420 (49.24) | |
| Edad niños y niñas escolares (n=894) | | | |
| | 8.34 ⁴ (6.77-10.52) ⁵ | 8.41 ⁴ (6.78-10.29) ⁵ | 0.900 ⁶ |
| Edad niños escolares (n=450) | | | |
| | 7.92 ⁴ (6.58-9.32) ⁵ | 8.38 ⁴ (6.82-10.23) ⁵ | 0.502 ⁶ |
| Edad niñas escolares (n=444) | | | |
| | 8.41 ⁴ (7.61-10.38) ⁵ | 8.45 ⁴ (6.78-10.38) ⁵ | 0.490 ⁶ |
| Género del cuidador (n=894) | | | |
| Masculino | 8 (19.51) | 129 (15.12) | 0.526 ² |
| Femenino | 33 (80.49) | 723 (84.76) | |
| GLBTIQ+ | 0 (0.00) | 1 (0.12) | |
| Edad Cuidadores (n=) | | | |
| | 33.00 ⁴ (28.03-39.87) ⁵ | 35.59 ⁴ (30.10-42.26) ⁵ | 0.136 ⁶ |
| Etnia (n=893) | | | |
| Indígena | 10 (24.39) | 134 (15.73) | 0.483 ² |
| Afrodescendiente | 0 (0.00) | 11 (1.29) | |
| Mestizo | 31 (75.61) | 699 (82.04) | |
| Blanco | 0 (0.00) | 8 (0.94) | |
| Nivel de escolaridad del cuidador (n=892) | | | |
| Secundaria completa | 24 (58.54) | 682 (80.14) | 0.001 ³ |
| Secundaria incompleta | 17 (41.46) | 169 (19.86) | |
| Empleo cuidador (n=891) | | | |
| Empleo remunerado | 15 (36.59) | 459 (54.00) | 0.029 ³ |
| Sin empleo remunerado | 26 (63.41) | 391 (46.00) | |
| Bajo peso cuidador (n=887) | | | |
| Sí | 41 (100) | 842 (99.53) | 0.827 ² |
| No | 0 (0.00) | 4 (0.47) | |
| Peso normal cuidador (n=887) | | | |
| Sí | 19 (46.34) | 617 (72.93) | 0.000 ³ |
| No | 22 (53.66) | 229 (27.07) | |
| Sobrepeso y obesidad cuidador (n=887) | | | |
| Sí | 22 (53.66) | 233 (27.54) | 0.000 ³ |
| No | 41 (46.34) | 613 (72.46) | |
| Ubicación geográfica* (n=894) | | | |
| Amazonía Norte | 7 (17.07) | 274 (32.12) | 0.127 ³ |
| Amazonía Centro | 17 (41.46) | 283 (33.18) | |
| Amazonía Sur | 17 (41.46) | 296 (34.70) | |
| Tipo de Escuela (n=894) | | | |

| | | | |
|--|------------|-------------|---------------------------|
| Fiscal | 28 (68.29) | 393 (46.07) | 0.005 ³ |
| Fiscomisional | 13 (31.71) | 460 (53.93) | |
| Tipo de Vivienda (n=891) | | | |
| Urbano | 27 (67.50) | 668 (78.5) | 0.156 ² |
| Periurbano | 4 (10.00) | 73 (8.58) | |
| Rural | 9 (22.50) | 110 (12.93) | |
| Pobreza por ingresos económicos (n=870) | | | |
| Sin pobreza | 26 (65.00) | 703 (84.70) | 0.001 ³ |
| En situación de Pobreza | 8 (20.00) | 88 (10.60) | |
| Violencia en el hogar (n=894) | | | |
| No | 26 (63.41) | 706 (82.77) | 0.002 ² |
| Sí | 15 (36.59) | 147 (17.23) | |

Fuente: La tabla fue elaborada por el equipo de investigación.

Nota.

*La amazonía fue clasificado en Norte: Sucumbíos y Orellana; por ser extractivistas petroleras. Centro: Napo y Pastaza; provincias turísticas. Sur: Morona Santiago y Zamora Chinchipe; por ser provincias mineras.

¹Baja talla para la edad: bajo dos desviaciones estándar de las curvas de crecimiento.

²Test exacto de Fisher.

³ Prueba de Chi2.

⁴ Valor de la Mediana.

⁵ Rango entre Percentil 25 y Percentil 75.

⁶ Test de Wilcoxon Mann Whitney.

En la Tabla 3 se describen las frecuencias relativas y absolutas Depresión en cuidadores, variables sociodemográficas y de integralidad de la atención en servicios de salud de niños de 5 a 11 años con Sobrepeso y Obesidad, en familias de la Amazonía, 2023.

Los niños con SP/OB fueron niños con cuidadores con depresión mayor, con una mediana de edad de los cuidadores de 36.74 años, principalmente de la amazonía norte y sur. Además, fueron niños de escuelas fiscales y fiscomisionales, de etnia mestiza, en situación de pobreza. Los niños con SP/OB están relacionados en su mayoría a un estado nutricional del cuidador de peso normal ($p < 0.05$).

Tabla 3

Depresión en cuidadores, variables sociodemográficas y de integralidad de la atención en servicios de salud de niños de 5 a 11 años con Sobrepeso y Obesidad, en familias de la Amazonía, 2023.

| | Sobrepeso y Obesidad ¹ | | p-value |
|--|-----------------------------------|--------------|---------------------------|
| | Sí n (%) | No n (%) | |
| Total (n=892) | 345 (38.68) | 547 (61.362) | |
| DEPRESIÓN EN CUIDADORES (VARIABLE INDEPENDIENTE) | | | |
| Depresión mayor PHQ mayor a 7 (n=892) | | | |
| Sin depresión mayor | 285 (82.61) | 417 (76.23) | 0.024 ³ |
| Depresión mayor | 60 (17.39) | 130 (23.77) | |
| INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SERVICIOS DE SALUD | | | |
| Centro de atención cuidador (n=881) | | | |
| Servicio Público | 265 (78.40) | 432 (79.56) | 0.682 ³ |
| Servicio Privado | 73 (21.60) | 111 (20.44) | |

| | | | |
|--|--|--|---------------------------|
| Centro de atención niño/a (n=871) | | | |
| Servicio Público | 255 (76.58) | 424 (78.81) | 0.440 ³ |
| Servicio Privado | 78 (23.42) | 114 (21.19) | |
| Percepción necesidades de salud cubiertas cuidador (n=884) | | | |
| Estoy satisfecho/a cubre todas mis necesidades | 81 (23.75) | 138 (25.41) | 0.788 ³ |
| Cubre bastante bien mis necesidades, pero creo que deberían incluirse algunas otras atenciones | 77 (22.58) | 114 (20.99) | |
| No cubre mis necesidades de salud | 183 (53.67) | 291 (53.59) | |
| Percepción necesidades de salud cubiertas niño (n=882) | | | |
| Estoy satisfecho/a cubre todas mis necesidades | 88 (25.81) | 144 (26.62) | 0.740 ³ |
| Cubre bastante bien mis necesidades, pero creo que deberían incluirse algunas otras atenciones | 84 (24.63) | 121 (22.37) | |
| No cubre mis necesidades de salud | 169 (49.56) | 276 (51.02) | |
| Tiempo de traslado a establecimiento de salud (n=885) | | | |
| Menor a 30 minutos | 322 (94.15) | 493 (90.79) | 0.205 ² |
| De 30 a 60 minutos | 16 (4.68) | 38 (7.00) | |
| Mayor a 60 minutos | 4 (1.17) | 12 (2.21) | |
| Tiempo de espera para recibir atención (n=867) | | | |
| Menor a 30 minutos | 171 (51.04) | 282 (53.01) | 0.817 ³ |
| De 30 a 60 minutos | 89 (26.57) | 132 (24.81) | |
| Mayor a 60 minutos | 75 (22.39) | 118 (22.18) | |
| VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS | | | |
| Sexo niños y niñas etapa escolar (n=892) | | | |
| Hombre | 184 (53.33) | 263 (48.08) | 0.126 ³ |
| Mujer | 161 (46.67) | 284 (51.92) | |
| Edad niños y niñas escolares (n=892) | | | |
| | 8.82 ⁴ (7.06-10.59) ⁵ | 8.16 ⁴ (6.57-10.14) ⁵ | 0.000 ⁶ |
| Edad niños escolares (n=447) | | | |
| | 8.67 ⁴ (7.14-10.33) ⁵ | 8.19 ⁴ (6.69-10.03) ⁵ | 0.076 ⁶ |
| Edad niñas escolares (n=445) | | | |
| | 8.94 ⁴ (7.03-10.61) ⁵ | 8.13 ⁴ (6.52-10.19) ⁵ | 0.002 ⁶ |
| Género del cuidador (n=892) | | | |
| Masculino | 57 (16.52) | 80 (14.63) | 0.305 ² |
| Femenino | 287 (83.19) | 467 (85.37) | |
| GLBTIQ+ | 1 (0.29) | 0 (0.00) | |
| Edad Cuidadores (n=892) | | | |
| | 36.74 ⁴ (31.28-43.19) ⁵ | 34.71 ⁴ (29.13-41.54) ⁵ | 0.004 ⁶ |
| Etnia (n=891) | | | |
| Indígena | 40 (11.59) | 104 (19.05) | 0.007 ² |
| Afrodescendiente | 5 (1.45) | 299 (86.67) | |
| Mestizo | 299 (86.67) | 429 (78.57) | |
| Blanco | 1 (0.29) | 7 (1.28) | |
| Nivel de escolaridad del cuidador (n=889) | | | |
| Secundaria completa | 282 (81.98) | 422 (77.29) | 0.094 ² |
| Secundaria incompleta | 62 (18.02) | 124 (22.71) | |
| Empleo cuidador (n=889) | | | |
| Empleo remunerado | 194 (56.40) | 281 (51.56) | 0.159 ³ |
| Sin empleo remunerado | 150 (43.60) | 264 (48.44) | |
| Bajo peso cuidador (n=885) | | | |
| Sí | 342 (100.00) | 539 (99.26) | 0.141 ² |
| No | 0 (0.00) | 4 (0.74) | |
| Peso normal cuidador (n=885) | | | |
| Sí | 280 (81.87) | 355 (65.38) | 0.000 ³ |
| No | 62 (18.13) | 188 (34.62) | |

| | | | |
|--|-------------|-------------|---------------------------|
| Sobrepeso y obesidad cuidador (n=885) | | | |
| Sí | 62 (18.13) | 192 (35.36) | 0.000 ³ |
| No | 280 (81.87) | 351 (64.64) | |
| Ubicación geográfica* (n=892) | | | |
| Amazonía Norte | 126 (36.52) | 154 (28.15) | 0.007 ³ |
| Amazonía Centro | 97 (28.12) | 203 (37.11) | |
| Amazonía Sur | 122 (35.36) | 190 (34.73) | |
| Tipo de Escuela (n=892) | | | |
| Fiscal | 147 (42.61) | 272(49.73) | 0.038 ³ |
| Fiscomisional | 198 (57.39) | 275 (50.27) | |
| Tipo de Vivienda (n=889) | | | |
| Urbano | 268 (78.07) | 426 (78.31) | 0.544 ² |
| Periurbano | 34 (9.86) | 43 (7.90) | |
| Rural | 43 (12.46) | 75 (13.79) | |
| Pobreza por ingresos económicos (n=868) | | | |
| Sin pobreza | 296 (88.10) | 431 (81.02) | 0.006 ³ |
| En situación de Pobreza | 40 (11.90) | 101 (18.98) | |
| Violencia en el hogar (n=892) | | | |
| No | 290 (84.06) | 440 (80.44) | 0.172 ³ |
| Sí | 55 (15.94) | 107 (19.56) | |

Fuente: La tabla fue elaborada por el equipo de investigación.

Nota.

*La amazonía fue clasificado en Norte: Sucumbíos y Orellana; por ser extractivistas petroleras. Centro: Napo y Pastaza; provincias turísticas. Sur: Morona Santiago y Zamora Chinchipe; por ser provincias mineras.

¹ Desviaciones en las curvas de crecimiento entre + 2 y + 3 = Sobrepeso, por mayor a 3 = Obesidad.

² Test exacto de Fisher.

³ Prueba de Chi².

⁴ Valor de la Mediana.

⁵ Rango entre Percentil 25 y Percentil 75.

⁶ Test de Wilcoxon Mann Whitney.

En la Tabla 4 se describen las frecuencias relativas y absolutas de Depresión en cuidadores, variables sociodemográficas y de integralidad de la atención en servicios de salud de niños de 5 a 11 años con Doble carga de malnutrición individual, en familias de la Amazonía, 2023.

Los niños con DDMI fueron niños que viven en zona Periurbana y Rural, sin pobreza, con cuidadores de nivel escolar de secundaria incompleta ($p < 0.05$).

Tabla 4

Depresión en cuidadores, variables sociodemográficas y de integralidad de la atención en servicios de salud de niños de 5 a 11 años con Doble carga de malnutrición individual, en familias de la Amazonía, 2023.

| | Doble carga de malnutrición individual¹ | | <i>p-value</i> |
|---|---|-----------------|--------------------|
| | <i>Sí n (%)</i> | <i>No n (%)</i> | |
| Total (n=891) | 2 (0.22) | 889 (99.78) | |
| DEPRESIÓN EN CUIDADORES (VARIABLE INDEPENDIENTE) | | | |
| Depresión mayor PHQ mayor a 7 (n=891) | | | |
| Sin depresión mayor | 1 (50.00) | 700 (78.74) | 0.381 ² |
| Depresión mayor | 1 (50.00) | 189 (21.26) | |

| INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SERVICIOS DE SALUD | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|--|--------------------------|
| Centro de atención cuidador (n=880) | | | | |
| Servicio Público | 2 (100.00) | 695 (79.16) | | 0.627 ² |
| Servicio Privado | 0 (0.00) | 183 (20.84) | | |
| Centro de atención niño/a (n=870) | | | | |
| Servicio Público | 2 (100.00) | 677 (78.00) | | 0.609 ² |
| Servicio Privado | 0 (0.00) | 191 (22.00) | | |
| Percepción necesidades de salud cubiertas cuidador (n=883) | | | | |
| Estoy satisfecho/a cubre todas mis necesidades | 0 (0.00) | 218 (24.74) | | 1.000 ² |
| Cubre bastante bien mis necesidades, pero creo que deberían incluirse algunas otras atenciones | 0 (0.00) | 191 (21.68) | | |
| No cubre mis necesidades de salud | 2 (100.00) | 472 (53.58) | | |
| Percepción necesidades de salud cubiertas niño (n=881) | | | | |
| Estoy satisfecho/a cubre todas mis necesidades | 0 (0.00) | 231 (26.28) | | 0.735 ² |
| Cubre bastante bien mis necesidades, pero creo que deberían incluirse algunas otras atenciones | 0 (0.00) | 205 (23.32) | | |
| No cubre mis necesidades de salud | 2 (100.00) | 443 (50.40) | | |
| Tiempo de traslado a establecimiento de salud (n=884) | | | | |
| Menor a 30 minutos | 2 (100.00) | 812 (92.06) | | 1.000 ² |
| De 30 a 60 minutos | 0 (0.00) | 54 (6.12) | | |
| Mayor a 60 minutos | 0 (0.00) | 16 (1.81) | | |
| Tiempo de espera para recibir atención (n=866) | | | | |
| Menor a 30 minutos | 1 (50.00) | 451 (52.20) | | 0.461 ² |
| De 30 a 60 minutos | 0 (0.00) | 221 (25.58) | | |
| Mayor a 60 minutos | 1 (50.00) | 192 (22.22) | | |
| VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS | | | | |
| Sexo niños y niñas etapa escolar (n=891) | | | | |
| Hombre | 1 (50.00) | 446 (50.17) | | 0.749 ² |
| Mujer | 1 (50.00) | 443 (49.83) | | |
| Edad niños y niñas escolares (n=891) | | | | |
| | 8.73 ⁴ | 8.40 ⁴ | | 0.899 ⁶ |
| | (5.87-11.60) ⁵ | (6.78-10.29) ⁵ | | |
| Edad niños escolares (n=447) | | | | |
| | 5.87 ⁴ | 8.35 ⁴ | | 0.1825 ⁶ |
| | (5.87-5.87) ⁵ | (6.81-10.23) ⁵ | | |
| Edad niñas escolares (n=444) | | | | |
| | 11.60 ⁴ | 8.44 ⁴ | | 0.1331 ⁶ |
| | (11.60-11.60) ⁵ | (6.78-10.39) ⁵ | | |
| Género del cuidador (n=891) | | | | |
| Masculino | 0 (0.00) | 137 (15.41) | | 1.000 ² |
| Femenino | 2 (100.00) | 751 (84.48) | | |
| GLBTIQ+ | 0 (0.00) | 1 (0.11) | | |
| Edad Cuidador (n=891) | | | | |
| | 30.31 ⁴ | 35.57 ⁴ | | 0.239 ⁶ |
| | (29.65-30.97) ⁵ | (30.08-42.24) ⁵ | | |
| Etnia cuidador (n=890) | | | | |
| Indígena | 1 (50.00) | 143 (16.10) | | 0.333 ² |
| Afrodescendiente | 0 (0.00) | 11 (1.24) | | |
| Mestizo | 1 (50.00) | 726 (81.76) | | |
| Blanco | 0 (0.00) | 8 (0.90) | | |
| Nivel de escolaridad del cuidador (n=889) | | | | |
| Secundaria completa | 0 (0.00) | 703 (79.26) | | 0.044² |
| Secundaria incompleta | 2 (100.00) | 184 (20.74) | | |
| Empleo cuidador (n=888) | | | | |
| Empleo remunerado | 0 (0.00) | 474 (53.50) | | 0.217 ² |
| Sin empleo remunerado | 2 (100.00) | 412 (46.50) | | |
| Bajo peso cuidador (n=884) | | | | |

| | | | |
|--|------------|-------------|--------------------------|
| Sí | 2 (100.00) | 878 (99.55) | 0.991 ² |
| No | 0 (0.00) | 4 (0.45) | |
| Peso normal cuidador (n=884) | | | |
| Sí | 1 (50.00) | 633 (71.77) | 0.486 ² |
| No | 1 (50.00) | 249 (28.23) | |
| Sobrepeso y obesidad cuidador (n=884) | | | |
| Sí | 1 (50.00) | 253 (28.68) | 0.492 ² |
| No | 1 (50.00) | 629 (71.32) | |
| Ubicación geográfica* (n=891) | | | |
| Amazonía Norte | 1 (50.00) | 278 (31.27) | 0.598 ² |
| Amazonía Centro | 0 (0.00) | 300 (33.75) | |
| Amazonía Sur | 1 (50.00) | 311 (34.98) | |
| Tipo de Escuela (n=891) | | | |
| Fiscal | 2 (100.00) | 417 (46.91) | 0.221 ² |
| Fiscomisional | 0 (0.00) | 472 (53.09) | |
| Tipo de Vivienda (n=888) | | | |
| Urbano | 0 (0.00) | 693 (78.22) | 0.048² |
| Periurbano | 1 (50.00) | 76 (8.58) | |
| Rural | 1 (50.00) | 117 (13.21) | |
| Pobreza por ingresos económicos (n=867) | | | |
| Sin pobreza | 2 (10.00) | 724 (83.70) | 0.006³ |
| En situación de Pobreza | 0 (0.00) | 141 (16.30) | |
| Violencia en el hogar (n=891) | | | |
| No | 1 (50.00) | 728 (81.89) | 0.331 ² |
| Sí | 1 (50.00) | 161 (18.11) | |

Fuente: La tabla fue elaborada por el equipo de investigación.

Nota.

*La amazonía fue clasificado en Norte: Sucumbíos y Orellana; por ser extractivistas petroleras. Centro: Napo y Pastaza; provincias turísticas. Sur: Morona Santiago y Zamora Chinchipe; por ser provincias mineras.

¹ Niños de 5 a 11 años que presentan baja talla para la edad y además sobrepeso u obesidad.

² Test exacto de Fisher.

³ Prueba de Chi².

⁴ Valor de la Mediana.

⁵ Rango entre Percentil 25 y Percentil 75.

⁶ Test de Wilcoxon Mann Whitney.

En la Tabla 5 se describen las frecuencias relativas y absolutas de Depresión en cuidadores, variables sociodemográficas y de integralidad de la atención en servicios de salud de niños de 5 a 11 años con Doble carga de malnutrición en el hogar, en familias de la Amazonía, 2023.

Las familias con doble carga de malnutrición en el hogar son aquellas en las que los ingresos económicos los colocan en situación de pobreza, el cuidador/a no posee un empleo remunerado y presenta SP/OB ($p < 0.05$).

Tabla 5

Depresión en cuidadores, variables sociodemográficas y de integralidad de la atención en servicios de salud de niños de 5 a 11 años con Doble carga de malnutrición en el hogar, en familias de la Amazonía, 2023.

| | Doble carga de malnutrición a nivel familiar ¹ | | p-value |
|--|---|----------|---------|
| | Sí n (%) | No n (%) | |

| | | | |
|--|--|--|--------------------|
| Total (n=887) | 19 (2.14) | 868 (97.86) | |
| DEPRESIÓN EN CUIDADORES (VARIABLE INDEPENDIENTE) | | | |
| Depresión mayor PHQ mayor a 7 (n=887) | | | |
| Sin depresión mayor | 13 (68.42) | 683 (78.69) | 0.282 ³ |
| Depresión mayor | 6 (31.58) | 185 (21.31) | |
| INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SERVICIOS DE SALUD | | | |
| Centro de atención cuidador (n=876) | | | |
| Servicio Público | 18 (94.74) | 678 (79.11) | 0.073 ² |
| Servicio Privado | 1 (5.26) | 179 (20.89) | |
| Centro de atención niño/a (n=866) | | | |
| Servicio Público | 18 (94.74) | 659 (77.80) | 0.057 ² |
| Servicio Privado | 1 (5.26) | 188 (22.20) | |
| Percepción necesidades de salud cubiertas cuidador (n=879) | | | |
| Estoy satisfecho/a cubre todas mis necesidades | 2 (10.53) | 213 (24.77) | 0.197 ³ |
| Cubre bastante bien mis necesidades, pero creo que deberían incluirse algunas otras atenciones | 3 (15.79) | 187 (21.74) | |
| No cubre mis necesidades de salud | 14 (73.68) | 460 (53.49) | |
| Percepción necesidades de salud cubiertas niño (n=877) | | | |
| Estoy satisfecho/a cubre todas mis necesidades | 4 (21.05) | 225 (26.22) | 0.284 ² |
| Cubre bastante bien mis necesidades, pero creo que deberían incluirse algunas otras atenciones | 2 (10.53) | 202 (23.54) | |
| No cubre mis necesidades de salud | 13 (68.42) | 431 (50.23) | |
| Tiempo de traslado a establecimiento de salud (n=880) | | | |
| Menor a 30 minutos | 15 (78.95) | 795 (92.33) | 0.007 ² |
| De 30 a 60 minutos | 1 (5.26) | 52 (6.04) | |
| Mayor a 60 minutos | 3 (15.79) | 14 (1.63) | |
| Tiempo de espera para recibir atención (n=862) | | | |
| Menor a 30 minutos | 7 (36.84) | 442 (52.43) | 0.391 ³ |
| De 30 a 60 minutos | 6 (31.58) | 214 (25.39) | |
| Mayor a 60 minutos | 6 (31.58) | 187 (22.18) | |
| VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS | | | |
| Sexo niños y niñas etapa escolar (n=887) | | | |
| Hombre | 10 (52.63) | 438 (50.46) | 0.851 ³ |
| Mujer | 9 (47.37) | 430 (49.54) | |
| Edad niños y niñas escolares (n=887) | | | |
| | 8.73 ⁴ (5.87-11.60) ⁵ | 8.40 ⁴ (6.78-10.29) ⁵ | 0.899 ⁶ |
| Edad niños escolares (n=448) | | | |
| | 6.96 ⁴ (5.92-10.41) ⁵ | 8.35 ⁴ (6.82-10.23) ⁵ | 0.452 ⁶ |
| Edad niñas escolares (n=439) | | | |
| | 8.31 ⁴ (7.52-11.08) ⁵ | 8.45 ⁴ (6.79-10.38) ⁵ | 0.827 ⁶ |
| Género del cuidador (n=887) | | | |
| Masculino | 6 (31.58) | 130 (14.98) | 0.077 ² |
| Femenino | 13 (68.42) | 737 (84.91) | |
| GLBTIQ+ | 0 (0.00) | 1 (0.12) | |
| Edad Cuidador (n=887) | | | |
| | 38.51 ⁴ (32.57-40.93) ⁵ | 35.19 ⁴ (29.99-42.20) ⁵ | 0.513 ⁶ |
| Etnia cuidador (n=886) | | | |
| Indígena | 0 (0.00) | 143 (16.49) | 0.180 ² |
| Afrodescendiente | 0 (0.00) | 11 (1.27) | |
| Mestizo | 19 (100.00) | 706 (81.43) | |
| Blanco | 0 (0.00) | 7 (0.81) | |
| Nivel de escolaridad del cuidador (n=885) | | | |

| | | | |
|--|-------------|-------------|--------------------------|
| Secundaria completa | 12 (63.16) | 691 (79.79) | 0.076 ² |
| Secundaria incompleta | 7 (39.84) | 175 (20.21) | |
| Empleo cuidador (n=884) | | | |
| Empleo remunerado | 5 (26.32) | 468 (54.10) | 0.016³ |
| Sin empleo remunerado | 14 (73.68) | 397 (45.90) | |
| Bajo peso cuidador (n=887) | | | |
| Sí | 0 (0.00) | 4 (0.46) | 0.917 ² |
| No | 19 (100.00) | 864 (99.54) | |
| Peso normal cuidador (n=887) | | | |
| Sí | 0 (0.00) | 251 (28.92) | 0.002² |
| No | 19 (100.00) | 617 (71.08) | |
| Sobrepeso y obesidad cuidador (n=887) | | | |
| Sí | 19 (100.00) | 613 (70.62) | 0.003² |
| No | 0 (0.00) | 255 (29.38) | |
| Ubicación geográfica* (n=887) | | | |
| Amazonía Norte | 4 (21.05) | 277 (31.91) | 0.257 ² |
| Amazonía Centro | 5 (26.32) | 291 (33.53) | |
| Amazonía Sur | 10 (52.63) | 300 (34.56) | |
| Tipo de Escuela (n=887) | | | |
| Fiscal | 13 (68.42) | 405 (46.66) | 0.060 ³ |
| Fiscomisional | 6 (31.58) | 463 (53.34) | |
| Tipo de Vivienda (n=884) | | | |
| Urbano | 12 (66.67) | 676 (78.06) | 0.384 ² |
| Periurbano | 2 (11.11) | 75 (8.66) | |
| Rural | 4 (22.50) | 115 (13.28) | |
| Pobreza por ingresos económicos (n=864) | | | |
| Sin pobreza | 12 (66.67) | 714 (84.40) | 0.042³ |
| En situación de Pobreza | 6 (33.33) | 132 (15.60) | |
| Violencia en el hogar (n=887) | | | |
| No | 14 (73.68) | 712 (82.03) | 0.351 ³ |
| Sí | 5 (26.32) | 156 (17.97) | |

Fuente: La tabla fue elaborada por el equipo de investigación.

Nota.

*La amazonía fue clasificado en Norte: Sucumbíos y Orellana; por ser extractivistas petroleras. Centro: Napo y Pastaza; provincias turísticas. Sur: Morona Santiago y Zamora Chinchipe; por ser provincias mineras.

¹Presencia de un miembro de la familia con algún tipo de desnutrición y otro miembro con sobrepeso u obesidad.

²Test exacto de Fisher.

³Prueba de Chi2.

⁴Valor de la Mediana.

⁵Rango entre Percentil 25 y Percentil 75.

⁶Test de Wilcoxon Mann Whitney.

Por último, para la realización de los análisis multivariados se utilizaron las asociaciones entre el sobrepeso y obesidad en niños escolares – depresión en cuidadores/as y de las variables de ajuste (Tabla 6) solo se tomaron las sociodemográficas, las de calidad de la atención no ingresaron a este nivel. Observamos en la regresión logística simple (modelo 1) la depresión mayor se asocia de manera negativa al sobrepeso y obesidad infantil. Es decir, los niños tienen menos sobrepeso y obesidad cuando sus cuidadores presentan depresión. Además, existe una asociación entre el sobrepeso y obesidad y la edad niños y niñas escolares, edad cuidadores, etnia, sobrepeso y obesidad cuidador, ubicación geográfica, tipo de escuela y pobreza por ingresos económicos se asociaron

significativamente a la presencia de sobrepeso y obesidad en niños escolares ($p < 0.1$). Sin embargo, al ajustar por las variables sociodemográficas las únicas variables que mantuvieron su significancia (modelo 2 y 3) fueron las variables de edad niños escolares, sobrepeso y obesidad en cuidadores, ubicación geográfica y pobreza por ingresos económicos. La depresión dejó de estar asociada luego de este ajuste.

Tabla 6

Determinantes a nivel sociodemográfico y de depresión en cuidadores del Sobrepeso y Obesidad en niños y niñas de edad escolar (n=892), en familias de la Amazonía, 2023.

| | MODELO 1 | | | MODELO 2 | | | MODELO 3 | | |
|--|----------|-------------|--------------|----------|-------------|--------------|----------|-------------|--------------|
| | OR | 95% CI | p-value | OR | 95% CI | p-value | OR | 95% CI | p-value |
| Nivel de depresión (n=892) | | | | | | | | | |
| Depresión mayor | 0.68 | (0.48-0.95) | 0.024 | 0.79 | (0.55-1.14) | 0.214 | 0.77 | (0.54-1.11) | 0.167 |
| Sin depresión mayor | 1 | | | 1 | | | 1 | | |
| Edad niños y niñas escolares (n=892) | 1.12 | (1.05-1.20) | 0.001 | 1.11 | (1.02-1.19) | 0.008 | 1.11 | (1.03-1.19) | 0.004 |
| Edad Cuidadores (n=892) | 1.22 | (1.07-1.39) | 0.003 | 1.09 | (0.94-1.28) | 0.259 | | | |
| Etnia (n=891) | | | | | | | | | |
| Indígena | 1 | | | 1 | | | | | |
| No indígena | 1.79 | (1.21-2.66) | 0.002 | 1.21 | (0.77-1.92) | 0.407 | | | |
| Sobrepeso y obesidad cuidador (n=885) | | | | | | | | | |
| Sí | 2.40 | (1.78-3.42) | 0.000 | 2.27 | (1.62-3.19) | 0.000 | 2.34 | (1.68-3.28) | 0.000 |
| No | 1 | | | | | | | | |
| Ubicación geográfica* (n=892) | | | | | | | | | |
| Amazonía Norte | 1.71 | (1.22-2.39) | 0.002 | 1.52 | (1.05-2.20) | 0.026 | 1.54 | (1.08-2.20) | 0.017 |
| Amazonía Centro | 1 | | | 1 | | | 1 | | |
| Amazonía Sur | 1.34 | (0.96-1.87) | 0.081 | 1.28 | (0.89-1.83) | 0.168 | 1.29 | (0.91-1.84) | 0.149 |
| Tipo de Escuela (n=892) | | | | | | | | | |
| Fiscomisional | 1.33 | (1.02-1.75) | 0.038 | 1.17 | (0.87-1.58) | 0.297 | | | |
| Fiscal | 1 | | | 1 | | | | | |
| Pobreza por ingresos económicos (n=868) | | | | | | | | | |
| En situación de Pobreza | 0.58 | (0.39-0.86) | 0.006 | 0.69 | (0.45-1.08) | 0.106 | 0.63 | (0.42-0.97) | 0.034 |
| Sin pobreza | 1 | | | 1 | | | 1 | | |

Fuente: La tabla fue elaborada por el equipo de investigación.

Nota.

¹ Valor de la Mediana.

² Rango entre Percentil 25 y Percentil 75.

*La amazonía fue clasificado en Norte: Sucumbíos y Orellana; por ser extractivistas petroleras. Centro: Napo y Pastaza; provincias turísticas. Sur: Morona Santiago y Zamora Chinchipe; por ser provincias mineras.

Modelo 1: Regresión logística univariada para cada una de las variables de depresión y sociodemográficas individuales

Modelo 2: Regresión logística multivariado con todas las variables depresión y sociodemográficas individuales que en el modelo 1 tuvieron un p<0.1

Modelo 3: Regresión logística multivariado con las variables que en el modelo 2 tuvieron un p<0.1

8. DISCUSIÓN

El análisis de una asociación entre malnutrición - depresión en cuidadores, variables sociodemográficas y de integralidad de la atención permite visualizar la coexistencia de la malnutrición por deficiencia o exceso, que varía de acuerdo con el ajuste de las variables previamente mencionadas. En este estudio se evidenció que el 4.59% de los niños escolares tenía baja talla, el 38.68% presentó SP/OB, el 0.22% con DCMI y el 2.14% con DCMH. Respecto a los cuidadores/as, se evidenció que el 33.68% presentaba depresión mayor. El nivel de escolaridad del cuidador/a y la situación de pobreza del hogar son variables significativas respecto del SB/OB en niños en edad escolar.

La depresión mayor no tuvo asociación con el SP/OB en niños escolares, contrario a la bibliografía relacionada con el tema, donde se reporta que existe una relación entre la malnutrición de niños y niñas y la depresión de sus cuidadores; se toma como referencia que, en una revisión sistemática realizada en 2019 en países de bajos y medianos ingresos, se observó que la relación de padres con enfermedad mental y malnutrición en menores de 18 años presentaba un OR=2.55 (Pierce et al., 2019). En Brasil, los resultados de una revisión sistemática evidencian que los hijos de madres con alta depresión tienen el doble de probabilidades de tener sobrepeso (OR=1,7) y de ser obesos (OR=2,3) (Marco et al., 2020). En el 2016 un estudio de familias latinas en Estados Unidos reveló una prevalencia de 63% de depresión en madres, las cuales se relacionaban con sobrepeso y obesidad en niños de 7 años (OR=2.4) (Audelo et al., 2016). Enfocado en la doble carga de malnutrición infantil y el estado salud mental de las madres, se realizó un estudio en el año 2022 en el Ecuador, en la provincia de galápagos, este estudio demuestra que existe una asociación entre ambas variables, ya que el 15% de madres tuvo síntomas de depresión y estos se relacionan con niños con doble carga de malnutrición individual (OR=2,59) a nivel del hogar (OR=2,59) (Thompson et al., 2022). La depresión mayor ocasiona en muchos de los casos una falta de apetito y cambio en conductas alimentarias (Alonso & Olivos, 2020; Leckman et al., 1984; Mills et al., 2018), lo genera una conducta de alimentación poco responsiva (Goulding et al., 2014; Haycraft et al., 2013; Lindsay

et al., 2017), por consecuencia los niños no van a desarrollar SP/OB. Respecto con la edad de los niños, este estudio evidencia que el estar en edad escolar es un factor de riesgo para el SB/OB OR=1.11 (1.03-1.19) p-value=0.004 contrario a la evidencia encontrada en un estudio realizado en Chile en donde ésta es un factor protector en relación con el SB/OB OR=0,960 (0,928-0,993) (Etchegaray-Armijo et al., 2023). En Portugal, los resultados de un estudio evidencian que las madres con obesidad representan mayor probabilidad de que los niños en etapa escolar presenten SB/OB OR= 1.25 (1.14-1.35) (Padez et al., 2009); esto es similar a los resultados obtenidos en este estudio, si los cuidadores presentan SP/OB también es un factor de Riesgo OR=2.34 (1.68-3.28) p-value=0.000. Por otro lado, residir en la Amazonía Norte es un factor de riesgo para SB/OB en niños escolares OR=1.54 (1.08-2.20) p-value=0.017, comparado con las personas que residen en la Amazonía centro y sur. Además, los factores socioeconómicos influyen en esta condición de malnutrición; encontrarse en situación de pobreza es factor protector del SP/OB infantil OR=0.63 (0.42-0.97) p-value=0.034. En un estudio de Croacia y Montenegro no se encontró asociación entre estas variables (Banjari et al., 2020). En Perú se la menciona como un factor de riesgo (Lima & Del Águila Villar, 2017).

Además, en la investigación realizada, se obtuvo que el porcentaje de niños en edad escolar con SP/OB es de 38.68, este valor es ligeramente mayor a la estadística Nacional de 35.4% (Hombres 37,8%; Mujeres 32,9%) (Serrano et al., 2018). Por otro lado, no existió relación entre los datos obtenidos de BTE que representa un 4.59% a nivel nacional y, según el ENSANUT 2018 (Serrano et al., 2018), el retraso de talla para la edad en etapa escolar alcanza un 14,2% (14,1% hombre y 14,3% mujer). En cuanto a la integralidad de los servicios de salud, los resultados indican que no existe asociación entre esta variable y la malnutrición en niños a pesar de que, la UNICEF menciona que parte de los ambientes saludables es el acceso a servicios de salud para prevenir esta condición (UNICEF, 2013). Por otro parte, más del 50% de la población en estudio manifestó que los servicios de salud no cobren sus necesidades, esto contrarresta la información obtenida en las encuestas de calidad realizadas por el MSP donde el nivel de satisfacción general del usuario externo tiene un porcentaje del 87% enfocado en la calidad de los servicios administrativos y asistenciales (Ministerio de Salud Pública, 2023).

Respecto al tiempo que las personas emplean en trasladarse desde sus hogares hasta el lugar de atención, el 9.76% requiere entre 30 y 60 minutos y el 7.32 más de 60 minutos lo que podría considerarse como una barrera en accesibilidad geográfica debido a las distancias que deben recorrer los usuarios, los medios que utilizan para trasladarse y las condiciones de los caminos, representan una barrera, ponen en riesgo la salud de los mismos ya que limitan la facilidad con que el paciente puede utilizar los servicios de salud en el momento en que lo desee o necesite (Elizabeth, 2015).

En un estudio realizado en Venezuela, se manifiesta que el alfabetismo en la mujer y la prosecución de sus estudios en los niveles del sistema educativo, constituyen un factor clave tanto para la estructuración de ambientes saludables, como para la educación de su familia. Es decir, que a medida que el nivel de escolaridad materna disminuye, es más probable que el niño o niña sufra de desnutrición (de Tejada Lagonell et al., 2005). En el presente estudio, los resultados evidenciaron que el 41.46% de los cuidadores tienen bajo nivel de escolaridad, lo que, en base a la evidencia expuesta, puede estar relacionado con el estado nutricional de los escolares.

El nexo entre pobreza y desnutrición, en términos generales tiene una justificación teórica sólida: los ingresos insuficientes limitan la capacidad de compra de los alimentos, situación que produce deficiencias nutricionales en la población de bajo nivel socioeconómico. Adicionalmente, estas poblaciones por lo general tienen poco acceso a los servicios de salud, problemas de insalubridad y alto índice de morbilidad, lo que compromete el adecuado aprovechamiento biológico de los alimentos, afectando el crecimiento físico, el estado nutricional y la composición corporal (Iraima Acuña & Liseti Solano, 2009). Acorde a los resultados de la investigación respecto a la doble carga de malnutrición familiar, se observa que las familias que se encuentran en situación de pobreza son el 33.33%; esto incurre en la seguridad alimentaria de la población debido a que existe restricción para la adquisición de alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimentarias y preferencias en cuanto alimentos a fin de llevar una vida sana y activa.

Como puntos fuertes se contó con un equipo estable para la recolección de datos en las provincias amazónicas y existió una apertura por parte de las escuelas, permitiendo así una recolección de datos sin mayor dificultad, como resultado se obtuvo una muestra significativa para generar un buen análisis de los datos recolectados. Como puntos débiles de la investigación, en repetidas ocasiones las personas encuestadas no respondían a todas las preguntas. Además, es necesario realizar otro tipo de estudios más adecuados respecto a factores asociados a los otros tipos de malnutrición (baja talla, doble carga de malnutrición individual y en el hogar) que no fueron analizados debido a problemas relacionados con el número de casos positivos.

Se espera que la información generada por esta investigación impulse a la realización de nuevos estudios, para esclarecer el panorama de la malnutrición y la salud mental que viven las familias en la Amazonía y en el resto del territorio ecuatoriano debido a la escasa o nula información respecto de estos temas, como la DCMI o DCMH. Toda esta información es muy necesaria para conocer la realidad que se vive en el país y así poder tener un mejor acercamiento al tratamiento adecuado de estos problemas de salud pública, con estrategias y proyectos que puedan ir solventando las necesidades de la población ecuatoriana.

9. CONCLUSIÓN

El sobrepeso y obesidad en niños en edad escolar en este estudio prevalece con un 38.68% comparado con otras condiciones de malnutrición como: baja talla (4.59%), doble carga de malnutrición individual (0.22%) y en el hogar (2.14%).

Los resultados obtenidos en esta investigación, opuesto a la información recopilada previamente en la bibliografía, determinan que no se encontró asociación entre el sobrepeso y obesidad en niños escolares y la depresión en sus cuidadores.

Además, el análisis de la asociación entre la doble carga de malnutrición en niños de edad escolar, la depresión mayor de los cuidadores y la integralidad de la atención en servicios de salud permite determinar las variables que son significativas.

- En cuanto a la integralidad de la atención, se evidencia la limitación que la población de los sectores estudiados tiene para acceder a servicios de salud, más del 50% de la población refiere que dichos servicios no cubren sus necesidades y aproximadamente el 20% de la población tarda más de 60 minutos hasta llegar al punto de atención más cercano.
- Respecto a variables sociodemográficas, el bajo nivel de escolaridad (21.15%), el sobrepeso y obesidad de los cuidadores (71.86%) son factores de riesgo que interfieren en el estado nutricional de los escolares. La situación económica que coloca a varias familias en situación de pobreza, resultó ser un factor protector del SP/OB.

Por esta razón, es imprescindible que se tomen medidas en referencia a este panorama, propiciar ambientes saludables para la población, mejorar el acceso a los servicios de salud, fomentar la preparación de los habitantes de estas zonas y de esta manera, crear fuentes de empleo que mejoren sus condiciones de vida.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alonso, R., & Olivos, C. (2020). La relación entre la obesidad y estados depresivos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 130–138.
<https://doi.org/10.1016/J.RMCLC.2020.02.004>
- Audelo, J., Kogut, K., Harley, K. G., Rosas, L. G., Stein, L., & Eskenazi, B. (2016). Maternal Depression and Childhood Overweight in the CHAMACOS Study of Mexican-American Children. *Maternal and Child Health Journal*, 20(7), 1405–1414.
<https://doi.org/10.1007/S10995-016-1937-9/METRICS>
- Banjari, I., Martinović, M., Belojević, G., Ašanin, B., Kovačević, N. D., Kenjerić, D., Miškulin, M., Pantović, S., Pušeljić, S., Sokolić, D., Buljan, V., Bilić-Kirin, V., & Jakšić, M. (2020). Poverty and other correlates of obesity and underweight among 7-year-olds from Croatia and Montenegro. *Public Health*, 182, 64–69.
<https://doi.org/10.1016/J.PUHE.2020.01.017>
- Cashin, K., & Oot, L. (2018). *Guide to Anthropometry: A Practical Tool for Program Planners, Managers, and Implementers*.
- CEPAL. (2018). *Malnutrición en niños y niñas en América Latina y el Caribe*.
<https://www.cepal.org/es/enfoques/malnutricion-ninos-ninas-america-latina-caribe>
- de Tejada Lagonell, M., González de Tineo, A., Márquez, Y., & Bastardo, L. (2005). Escolaridad materna y desnutrición del hijo o hija. Centro Clínico Nutricional Menca de Leoni. Caracas. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 18(2), 162–168.
http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522005000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Departamento de Salud Gobierno Vasco. (2018). *Encuesta de Salud de la CAPV (ESCAV)*.
https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/enc_salud_2018_cuestionarios/es_def/adjuntos/Cuestionario%20individual_escav18.pdf
- Elizabeth, B. (2015). GEOGRAPHIC ACCESSIBILITY ANALYSIS IN PRIMARY HEALTH CARE: APPLIED STUDY AT REFERENCE REGIONAL CENTERS IN

GRAN RESISTENCIA (CHACO, ARGENTINA) ANÁLISE DA
ACESSIBILIDADE GEOGRÁFICA EM CUIDADOS PRIMÁRIOS DA SAÚDE:
PESQUISA APLICADA NOS CENTROS REGIONAIS DE REFERÊNCIA DA
GRANDE RESISTENCIA (CHACO, ARGENTINA). In *Revista de Salud Pública*
(Vol. 3).

Etcheagaray-Armijo, K., Fuentealba-Urra, S., Bustos-Arriagada, E., Etcheagaray-Armijo, K.,
Fuentealba-Urra, S., & Bustos-Arriagada, E. (2023). Factores de riesgo asociados al
sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes durante la pandemia por COVID-19 en
Chile. *Revista Chilena de Nutrición*, 50(1), 56–65. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182023000100056>

Freire, W. B., Silva-Jaramillo, K. M., Ramirez-Luzuriaga, M. J., Belmont, P., & Waters,
W. F. (2014). The double burden of undernutrition and excess body weight in
Ecuador. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 100(6), 1636S-1643S.
<https://doi.org/10.3945/AJCN.114.083766>

Goulding, A. N., Rosenblum, K. L., Miller, A. L., Peterson, K. E., Chen, Y. P., Kaciroti,
N., & Lumeng, J. C. (2014). Associations between maternal depressive symptoms
and child feeding practices in a cross-sectional study of low-income mothers and
their young children. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical
Activity*, 11(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-11-75/TABLES/7>

Haycraft, E., Farrow, C., & Blissett, J. (2013). Maternal symptoms of depression are
related to observations of controlling feeding practices in mothers of young children.
Journal of Family Psychology, 27(1), 159–164. <https://doi.org/10.1037/A0031110>
INEC. (n.d.). *ESTADÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS*. Retrieved October 15, 2023,
from <https://anda.inec.gob.ec/anda/index.php/catalog/SOCDEMO>

Iraima Acuña, & Liseti Solano. (2009). *Situación socioeconómica, diagnóstico nutricional
antropométrico y dietario en niños y adolescentes de Valencia, Venezuela*.
https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522009000100002

- Leckman, J. F., Caruso, K. A., Prusoff, B. A., Weissman, M. M., Merikangas, K. R., & Pauls, D. L. (1984). Appetite Disturbance and Excessive Guilt in Major Depression: Use of Family Study Data to Define Depressive Subtypes. *Archives of General Psychiatry*, *41*(9), 839–844.
<https://doi.org/10.1001/ARCHPSYC.1984.01790200021003>
- Lima, F. V., & Del Águila Villar, C. M. (2017). Obesidad en el niño: Factores de riesgo y estrategias para su prevención en Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, *34*(1), 113–118. <https://doi.org/10.17843/RPMESP.2017.341.2773>
- Lindsay, A. C., Mesa, T., Greaney, M. L., Wallington, S. F., & Wright, J. A. (2017). Associations Between Maternal Depressive Symptoms and Nonresponsive Feeding Styles and Practices in Mothers of Young Children: A Systematic Review. *JMIR Public Health Surveill* 2017;3(2):E29 <https://PublicHealth.Jmir.Org/2017/2/E29>, 3(2), e6492. <https://doi.org/10.2196/PUBLICHEALTH.6492>
- Marco, P. L., Valério, I. D., Zanatti, C. L. de M., & Gonçalves, H. (2020). Systematic review: Symptoms of parental depression and anxiety and offspring overweight. *Revista de Saúde Pública*, *54*, 49. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001731>
- Mautong, H., Gallardo-Rumbea, J. A., Alvarado-Villa, G. E., Fernández-Cadena, J. C., Andrade-Molina, D., Orellana-Román, C. E., & Cherrez-Ojeda, I. (2021). Assessment of depression, anxiety and stress levels in the Ecuadorian general population during social isolation due to the COVID-19 outbreak: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, *21*(1). <https://doi.org/10.1186/S12888-021-03214-1>
- Mills, J. G., Thomas, S. J., Larkin, T. A., Pai, N. B., & Deng, C. (2018). Problematic eating behaviours, changes in appetite, and weight gain in Major Depressive Disorder: The role of leptin. *Journal of Affective Disorders*, *240*, 137–145.
<https://doi.org/10.1016/J.JAD.2018.07.069>

- Ministerio de Salud Pública. (2023a, April 7). *Depresión: Hablemos*.
<https://www.salud.gob.ec/este-7-de-abril-se-celebra-el-dia-mundial-de-la-salud-con-el-tema-depresion-hablemos/>
- Ministerio de Salud Pública. (2023, July 28). *MSP mantiene altos estándares de calidad en la atención al usuario externo a escala nacional*. <https://www.salud.gob.ec/msp-mantiene-altos-estandares-de-calidad-en-la-atencion-al-usuario-externo-a-escala-nacional/>
- NAMCELA, S. D. R. P., Chiriboga, J. S. L., López, I. M. F., Serrano, A. C. B., & Sigüenza, A. G. A. (2022). Evaluación de estrés, ansiedad y depresión en Ecuador durante la pandemia de COVID-19. *La Ciencia al Servicio de La Salud y La Nutrición*, 13(1), 13–25. <https://doi.org/10.47244/CSSN.VOL13.ISS1.667>
- Organización Mundial de la Salud. (2023, March 31). *Depresión*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Panamericana de la Salud. (n.d.). *Prevención de la obesidad*. Retrieved August 8, 2023, from <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-obesidad>
- Padez, C., Mourão, I., Moreira, P., & Rosado, V. (2009). Prevalence and risk factors for overweight and obesity in Portuguese children. *Acta Paediatrica*, 94(11), 1550–1557. <https://doi.org/10.1080/08035250510042924>
- Pierce, M., Hope, H. F., Kolade, A., Gellatly, J., Osam, S., Perchard, R., Kosidou, K., Dalman, C., Morgan, V., Prinzie, P. Di, & Abel, K. M. (2019). *Effects of parental mental illness on children's physical health: systematic review and meta-analysis*. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.216>
- Serrano, M., Pozo, M., Medina, D., Viteri, J. J., Lombeida, E., Moreno, L., & Carvajal, S. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018*. www.ecuadorencifras.gob.ec
- Thompson, A. L., Jahnke, J. R., Teran, E., & Bentley, M. E. (2022). Pathways linking maternal mental health and child health in a dual burden context: Evidence from Galapagos, Ecuador. *Social Science & Medicine*, 305, 115043. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2022.115043>

UNICEF. (2013, April). *Mejorar la nutrición infantil. El imperativo para el progreso mundial que es posible lograr*. <https://www.unicef.org/venezuela/informes/mejorar-la-nutrici%C3%B3n-infantil-el-imperativo-para-el-progreso-mundial-que-es-posible-lograr>

WHO. (2019). *Recomendaciones para la obtención de datos, el análisis y la elaboración de informes sobre indicadores antropométricos en niños menores de 5 años*. <https://iris.who.int/handle/10665/330684>

World Health Organization. (2016). *The double burden of malnutrition Policy Brief*.

World Health Organization. (2021). *Obesity and overweight*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

11. Plan de publicación

- a. El presente manuscrito se planea presentarlo, en toda su integridad, para una futura publicación de artículo en las revistas mencionadas a continuación.
- b. Posibles revistas a las cuales aspira enviar el manuscrito:
 1. Revista Chilena de Nutrición
 2. Archivos Latinoamericanos de Nutrición
 3. Perspectivas en Nutrición Humana