

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO DE PEDIATRÍA

RELACIÓN ENTRE VIOLENCIA EJERCIDA A LA MUJER Y LA MALNUTRICIÓN EN SUS HIJOS MENORES DE CINCO AÑOS DE LA POBLACIÓN INDÍGENA DE CINCO CANTONES DE LA PROVINCIA DE CHIMBORAZO: RIOBAMBA, ALAUSÍ, GUAMOTE, GUANO Y COLTA, 2018-2020

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA

AUTORAS: MARÍA FERNANDA BARRERA ANDOCILLA
MARÍA DANIELA NARANJO ARCOS

DIRECTORA: DRA MARIA FERNANDA RIVADENEIRA

ASESOR METODOLÓGICO: ANA LUCÍA MONCAYO, PhD

QUITO, 2020

AGRADECIMIENTO

A Dios por permitirme estar en el lugar y hora exacta para cumplir cada uno de mis sueños.

A mis padres Hugo y Raquel por su amor y ayuda permanente, a mis primos Luis y Edwin por el apoyo y compañía, no solamente durante la realización de este proyecto, sino durante toda la carrera trascurrida gracias por estar siempre presentes.

A María Daniela, amiga y compañera durante esta travesía gracias por su amistad, apoyo incondicional y a su familia por su cálida acogida.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, sus docentes y tutores por haberme dado los conocimientos y formación académica, así como permitirnos formar parte de este macro proyecto de investigación, por último quiero agradecer de manera especial a nuestra directora de tesis la Dra. María Fernanda Rivadeneira por su confianza, tiempo y ayuda, y a la Dra. Ana Lucia Moncayo asesora metodológica por su tiempo y apoyo, quienes facilitaron la realización de este estudio.

María Fernanda

A mis padres, Norma y Alfredo por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a su ejemplo de dedicación, trabajo y honestidad hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que somos.

A mis hermanos María Augusta y Fernando, por estar siempre presentes, acompañándome y por el apoyo moral y las risas en los buenos y malos momentos, y por todo su amor.
A mi esposo, Brian por creer en mí y dejar de lado muchas cosas por permitir que cumpla mis sueños y continuar en este camino juntos.
A mi hija, aunque no he podido estar presente en muchos momentos, es el motor principal que me ha permitido continuar hasta el final.
A mi compañera, María Fernanda por su amistad y paciencia, por siempre haber estado en los momentos más duros y los de mayores risas y logros, este trabajo solamente ha fortalecido nuestra amistad.

A todas las personas de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, por haber compartido sus conocimientos y su valioso tiempo a lo largo de nuestra formación. De manera muy especial a la Dra. María Fernanda Rivadeneira, directora de nuestro proyecto de investigación quien con su infinita paciencia nos ha guiado y ha compartido sus conocimientos con nosotras. A la Dra. Ana Lucía Moncayo, por liderar este macroproyecto del cual tuvimos la oportunidad de formar parte, y que nos supo exigir desde el principio para poder culminar este proyecto.

María Daniela

DEDICATORIA

Dedicado al eje de mi vida mis Padres que han velado cada día de mi existencia, gracias por su amor, comprensión y estar junto a mí en los momentos buenos y no tan buenos por haberme dado todo, valores, principios y perseverancia sin pedir nunca nada a cambio.

A mi abuelo Hugo, porque aunque ya no esté conmigo, sé que me sonríe desde el cielo y este momento hubiese sido tan especial para él como lo es para mí.

Gracias a todos los que formaron parte de este camino.

María Fernanda

El presente trabajo de investigación lo dedico a Dios, por todas las pruebas, por darme la salud, fuerza para poder culminar con el sueño de ser pediatra.

María Daniela

Tabla de Contenidos

LISTA DE CUADROS 7
LISTA DE TABLAS 8
LISTA DE ANEXOS 9
ABREVIATURAS 10
RESUMEN 11
ABSTRACT 13
INTRODUCCIÓN 16
JUSTIFICACIÓN 19
MARCO TEÓRICO 20
Violencia 20
Definición y clasificación. 20
Formas de violencia. 22
Marco legal y regulatorio 23
Epidemiología 24
Ciclo de la violencia. 24
Factores causales. 25
Consecuencias de la violencia física contra la mujer 30
Consecuencias para la mujer. 30
Consecuencias conductuales. 31
Consecuencias fisiológicas. 31
Consecuencias neuroquímicas. 31
Consecuencias Emocionales. 32
Consecuencias sobre la calidad de vida. 32
Consecuencias para los niños y la familia. 33
Consecuencias para la sociedad. 33
Violencia contra la mujer y malnutrición 34
Definición de malnutrición. 34
Desnutrición infantil 35
Exceso de peso 36
Estado nutricional en niños del Ecuador 37
Requerimientos Nutricionales. 39
Modelo multifactorial de malnutrición 41
Relación entre violencia contra la mujer y malnutrición en el niño/a 42
Ciclo de la violencia y malnutrición. 42
Manejo de la malnutrición en el niño considerando en entorno familiar 47
Propuesta de manejo considerando el binomio madre- hijo. 47
Vías bio-fisiopatológicas de la violencia 48

Problema de investigación **48**

OBJETIVOS ***51***

Objetivo general **51**

Objetivos específicos **51**

HIPÓTESIS ***52***

METODOLOGÍA ***52***

Muestra. 54

Tipo de estudio. 55

Análisis de datos. 57

RESULTADOS ***58***

ANÁLISIS CUALITATIVO **77**

CONCLUSIONES ***84***

RECOMENDACIONES ***85***

LISTADO DE ANEXOS **86**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS ***100***

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Tipos de desnutrición infantil
……..……. **32**

Cuadro 2. Causas de la malnutrición infantil
……..…… **39**

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Características demográficas de los niños/as y sus cuidadoras incluidos en la muestra …… **56**

Tabla 2. Características socioeconómicas de los niños/as y sus cuidadoras incluidos en la muestra .…….. **57**

Tabla 3. Control de niño sano, prácticas de alimentación y seguridad alimentaria incluidas en la muestra …….. **58**

Tabla 4. Características del estado nutricional de los niños/as incluidos en la muestra … **59**

Tabla 5. Respuestas al cuestionario de violencia física ítem por ítem y sub escalas ……..… **61**

Tabla 6. Respuestas al cuestionario de violencia no física ítem por ítem y subescalas …… **63**

Tabla 7. Categorización de violencia física y no física ejercida a la mujer ……... **67**

Tabla 8. Asociación entre violencia física y no física con variables demográficas …….. **68**

Tabla 9. Asociación entre violencia física y no física con variables socioeconómicas ……... **70**

Tabla 10. Asociación entre violencia física y no física con antecedentes ……... **72**

Tabla 11. Asociación entre violencia física y no física con estado nutricional …… **73**

Tabla 12. Asociación entre violencia física y no física con anemia…… **74**

Tabla 13. Percepcion de las mujeres violentadas sobre las situación actual en sus nucleos familiares y sociales Chimborazo, 2018- 2020 ……..... **75**

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. Autorización del Ministerio de Salud Pública del Ecuador ……..…… 84
ANEXO 2. Carta de Autorización del Ministerio de Educación …….. 86
ANEXO 3. Carta de Autorización de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador …… 91
ANEXO 4. Consentimento informado 92
ANEXO 5. Instrumento Aplicado 94
ANEXO 6. Encuesta anidada de Violencia 96
ANEXO 7. Encuesta traducida a Kichua 94
ANEXO8. Carta apoyo MIES 96
ANEXO 9. Cálculo de la muestra 97

ABREVIATURAS

ISA: Index of Spouse Abuse

MIES: Ministerio de Inclusión Económica y Social

CNH: Creciendo con Nuestros Hijos

OMS: Organización Mundial de la Salud

CIBV: Centros Infantiles del Buen Vivir CIBV

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

ENVIGMU: Encuesta Nacional Sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género Contra Las Mujeres.

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.

ENSANUT-ECU: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Ecuador.

VMP: Violencia contra la mujer por la pareja.

OR: Odds ratio.

IC: Índice de confianza.

ONU: Organización de las Naciones Unidas.

INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

ECNT: Enfermedades Crónicas No Transmisibles

BPN: Bajo peso al nacer

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales)

AAP: Academia Americana de Pediatría

MSP: Ministerio de Salud Pública

MICS-S: Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados

F: abuso físico

NF: no físico

RESUMEN

Se abordó la malnutrición, desde un contexto multicausal, analizando desde una perspectiva social, la situación nutricional de los menores de cinco años, de la población indígena. Investigamos si existe alguna relación entre la violencia ejercida contra la mujer y la malnutrición en sus hijos.

Objetivos: Identificar la relación entre la violencia ejercida a las mujeres y la malnutrición en sus hijos menores de cinco años de la población indígena de cinco cantones de la provincia Chimborazo.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio mixto cuantitativo- cualitativo, anidado al macroproyecto: "Determinantes de la malnutrición de la población indígena ecuatoriana: estudio con base secundaria a nivel nacional y estudio longitudinal en cinco cantones de la provincia de Chimborazo, 2018- 2020, Wawapak- kausay". La parte cuantitativa corresponde al estudio transversal analítico. La variable dependiente fue violencia ejercida a la mujer, de forma física y no física, mientras que las variables independientes malnutrición con sus determinantes demográficos y económicos, antecedentes de alimentación de la familia. Se aplicó la encuesta, versión española de Cáceres, Index of Spouse Abuse (ISA, por sus siglas en inglés), traducida al kichwa para la violencia. Se realizó análisis bivariado utilizando regresión logística binaria. Se calcularon odds ratio (OR) e intervalos de confianza al 95%.

El análisis cualitativo, se trabajó con cinco grupos focales, con entrevistas sobre las percepciones de las mujeres sobre la violencia familiar, prácticas, conocimientos sobre nutrición. Se realizó análisis del discurso.

Resultados: Se analizaron datos de 317 niños y sus madres. El análisis nutricional mostró el mayor porcentaje 48,9 % (n=155) con desnutrición crónica, 29.3% (n= 93) presentan riesgo de desarrollar sobrepeso, 2,8% (n=9) tienen obesidad. En las madres, 18% (n=57) presentó violencia física (moderado a severo) y no física el 31.5% (n=100). Los hallazgos relevantes fueron, que las mujeres de 13 a 25 años tuvieron menor prevalencia de violencia física que las mujeres mayores de 36 años, quienes fueron la referencia.

Las mujeres que dieron el seno menos de 6 meses tuvieron 1,64 veces más prevalencia de violencia física que aquellas que dieron por 1 año (IC 1,17-16,09), las que tuvieron inseguridad alimentaria presentaron 1,85 veces más prevalencia de violencia no física (IC 95% 1,08-3,16);

los hijos de mujeres con violencia no física tuvieron 2,63 veces la prevalencia de anemia. En el análisis cualitativo las mujeres percibieron que existe menos violencia contra la mujer que en generaciones pasadas, por menor número de hijos, mayor nivel educativo y mayor compromiso del núcleo familiar en el cuidado de los hijos.

Conclusiones: No se encontró asociación entre violencia contra la mujer y desnutrición crónica, aguda o sobrepeso. Se evidenció asociación entre violencia no física contra la mujer y mayor prevalencia de anemia en sus hijos. Las mujeres perciben que la violencia influye en el cuidado y la nutrición de sus hijos.

Palabras clave: Violencia contra la mujer; Trastornos de la nutrición del niño; Desnutrición; Niño

ABSTRACT

The importance of this investigation is that some indicators of chronic malnutrition in the child population in our country have persisted, despite the multiple measures and policies implemented. **Objectives:** To identify the relationship between violence against women and malnutrition in their children under the age of five from the indigenous population of five cantons of the Chimborazo province.

Materials and methods: An analytical cross-sectional study was carried out, nested in the macroproject:

"Determinants of malnutrition in the Ecuadorian indigenous population: a secondary-based study at the national level and a longitudinal study in five cantons of the Chimborazo province, 2018-2020, Wawapak kausay". In addition, a secondary analysis of the National Survey on Family Relations and Gender Violence against Women was carried out, carried out for the first time in the country in 2011.

The dependent variable was violence exerted against women, physically and non-physically, while the independent variables were malnutrition and its demographic and economic determinants, family feeding history. The Spanish version of Cáceres, the Index of Spouse Abuse (ISA) survey, translated into Kichwa, was applied. The qualitative analysis was carried out with five focus groups, interviews on the perceptions of women about family violence, practices, knowledge about nutrition were carried out.

Univariate, multivariate analyzes were performed using binary logistic regression. Odds ratio (OR) and 95% confidence intervals were calculated.

Results: Data from 317 children and their mothers were analyzed. The nutritional analysis showed the highest percentage 48.9% (n = 155) children with chronic malnutrition, 29.3% (n = 93) have risk of developing overweight, 2.8% (n = 9) are obese. In mothers, 18% (n = 57) presented (moderate to severe) physical and non-physical 31.5% (n = 100) violence. The relevant findings were that women between the ages of 13 and 25 had 0.36 times more probability of physical violence, in relation to women older than 36 years, who were the reference.

No direct association was found between violence against women and malnutrition in their children. However, some determinants could be characterized.

Conclusions: Violence against women influence the nutritional status of their children. There is a perception of the fewer the children, higher educational level, and a greater commitment of the family nucleus in the care, monitoring and nutrition of children, show better outcomes. Therefore, early social intervention programs should continue.

Key words: Violence against women; Child nutritional disorders; Child malnutrition

TÍTULO: "Relación entre violencia ejercida a la mujer y la malnutrición en sus hijos menores de cinco años de la población indígena de cinco cantones de la provincia de Chimborazo: Riobamba, Alausí, Guamote, Guano y Colta, 2018-2020".

LUGAR: Unidades educativas de Educación Inicial y Centros de Primera Infancia del Ministerio de Inclusión Económica y Social (Creciendo con Nuestros Hijos (CNH) y Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) de la población indígena de cinco cantones de la provincia de Chimborazo: Riobamba, Alausí, Guamote, Guano y Colta.

AUTORES: María Fernanda Barrera Andocilla- Médico Postgradista de Pediatría- Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

María Daniela Naranjo Arcos- Médico Postgradista de Pediatría- Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

DIRECTORA ACADÉMICO: Dra. Maria Fernanda Rivadeneira.

DIRECTOR METODOLÓGICO: Ana Lucía Moncayo, PhD

LINEA DE INVESTIGACIÓN EN LA QUE SE CIRCUNSCRIBE EL PROYECTO:

Vida digna y salud integral
Sub línea: salud y grupos vulnerables

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020), el término "malnutrición" se refiere a las carencias, los excesos y los desequilibrios de la ingesta calórica y de nutrientes de una persona. Existen varias formas de malnutrición. En el caso de la desnutrición, por ejemplo, los niños presentan una delgadez extrema con relación al peso (emaciación), o su crecimiento se ve frenado de manera permanente (retraso del crecimiento). (World Health Organization, 2020)

Por otro lado, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), señala que la malnutrición es multifactorial. Se debe a una insuficiente cantidad de proteínas, energía y micronutrientes. Por otro lado hace referencia a que las infecciones o enfermedades frecuentes también están incoluvradas. Así como las prácticas deficientes de atención y alimentación, y servicios inadecuados de salud, agua y saneamiento.

Para este estudio partimos de la premisa del enfoque de la UNICEF sobre la nutrición, que es holístico, centrado en la equidad, es decir, que entiende la pobreza, la vulnerabilidad y la marginación como causas y consecuencias de la malnutrición y tiene en cuenta el género, lo que garantiza que las niñas y las mujeres tengan un acceso equitativo a una buena nutrición y reconoce que la malnutrición es más rampante en aquellos entornos donde las mujeres y niñas hacen frente a la violencia y la discriminación. (UNICEF, 2015)

Este enfoque se basa en pruebas empíricas para identificar los problemas y las soluciones. Y finalmente es multisectorial, donde se incluyen otros sectores, incluyendo los de la salud, la educación, la protección de la infancia y el agua y el saneamiento – para lograr el máximo impacto.

Desde hace 33 años, la desnutrición infantil fue declarada como un problema de salud pública. En la actualidad, la cifra se mantiene; es decir que, en todo este tiempo la desnutrición infantil pasó de 40 a 24 por cada 100 niños. (Mendoza Natali, 2018)
Es necesario identificar los determinantes sociales, biológicos y económicos para poder realizar una intervención temprana.

Black M y colaboradores, plantean que los estudios de seguimiento de niños expuestos a la pobreza, de una amplia gama de países, muestran los efectos beneficiosos de las intervenciones en la primera infancia para los ingresos de los adultos. Manifiestan además mejoras en el rendimiento cognitivo y educativo así como los biomarcadores de salud. Existe una reducción de la violencia, de los síntomas depresivos y la inhibición social, y crecimiento (por ejemplo, aumento de peso al nacer y circunferencia de la cabeza) en la generación posterior. (M Black, 2017)

Existe una nueva línea de investigación sobre cómo la violencia ejercida contra la mujer resulta ser un factor de riesgo para la salud infantil. Desde hace dos décadas Mosley y Chen (1984) y Unicef (1990) ya desarrollaron estudios que proporcionaron un marco conceptual para poder identificar variables asociadas a la salud infantil.

En este contexto, se han desarrollado algunas líneas de investigación en las que se han propuesto analizar las relaciones existentes entre la violencia doméstica y variables como la desnutrición, la anemia, las enfermedades gastrointestinales y las enfermedades o infecciones respiratorias (León y otros 2011, Silverman y otros 2009, Ackerson y Subramanian 2008, Subramanian y otros 2007, Osofsky 1999), y han encontrado relaciones positivas y estadísticamente significativas.

Ackerson estudió a 69.072 mujeres indias, encontrando una asociación positiva entre violencia y desnutrición. Por el contario, Ruiz considera que la violencia contra la mujer es una variable para considerar en la problematización de la desnutrición crónica. Aunque no se puede establecer una relación causal entre ambas. (Ackerson & Subramanian, 2008)
En un estudio más reciente, se enfatiza que la violencia ejercida contra la mujer tiene varios efectos no sólo en su familia, sino que ésta puede influir sobre el estado nutricional de sus hijos, y la consiguiente repercusión tanto en el aspecto biológico, conductual, social. (Ruiz-Grosso, 2014).

Martínez et al, realizó un estudio donde encontró una asociación significativa entre el bajo nivel socioeconómico y la elevada percepción de la violencia con una elevada prevalencia de factores

de riesgo y síndrome metabólicos en la adolescencia. (SM Martinez, 2014). Estos resultados apoyan la teoría de que condiciones adversas durante los períodos de desarrollo temprano de la vida, pueden dar lugar a diferencias individuales en la vulnerabilidad a trastornos relacionados al estrés durante toda la vida. (Heim C, 2002)

Del Pino afirma que las personas que sufren de algún tipo de violencia son más propensas a sufrir de algún desorden mental, no reportan un buen estado de salud general lo cual afecta tanto su calidad de vida. Este precedente puede tener un efecto negativo en la crianza de los hijos, así como en su estado nutricional, lo cual se ve reflejado en un impacto negativo sobre el desarrollo de toda la sociedad. (P. Del Pino, 2012)

La violencia aumenta el estrés psicológico de los niños. El estrés psicológico aumenta el estrés oxidativo y los niveles metabólicos, factores de riesgo para anemia y bajo peso. Además, existen varias vías por las que se pueden afectar el crecimiento y desarrollo nutricional desde el útero, hasta los primeros años de vida.

Existe una tendencia a nivel mundial sobre la igualdad de género. Sin embargo, son pocas las intervenciones reales que se dan para mejorar las condiciones de las mujeres en una sociedad patriarcal como la nuestra. Existen pocos estudios a nivel latinoamericano que han explorado la relación entre violencia y malnutrición, y no se han realizado estudios en población indígena ecuatoriana, donde existe una importante prevalencia tanto de malnutrición infantil como de violencia ejercida a la mujer. Al analizar los resultados de los estudios sobre violencia en Ecuador encontramos que: “A lo largo de la vida, 65 de cada 100 mujeres en el Ecuador, han experimentado algún tipo de violencia en alguno de los distintos ámbitos a lo largo de su vida. Según su auto identificación étnica, el 72% de éstas son afroecuatorianas, 64% son indígenas y 65% son mestizas. (Encuesta Nacional Sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género Contra Las Mujeres -ENVIGMU, 2019)

En ese contexto, se realizó la presente investigación con el objetivo de identificar la relación entre violencia ejercida a la mujer y la malnutrición en sus hijos menores de cinco años de la población indígena de cinco cantones de la provincia de Chimborazo.

JUSTIFICACIÓN

La malnutrición infantil continúa siendo un problema de salud altamente prevalente en la población indígena ecuatoriana. Los datos del ENSANUT 2018 nos muestran que el índice de la desnutrición crónica en menores de cinco años, apenas se redujo un punto porcentual en cuatro años, ahora es de veinte y tres por ciento. (Mendoza Natali, 2018)

A pesar de las intervenciones realizadas no se han podido mejorar las condiciones de malnutrición infantil. Todas estas intervenciones han sido fragmentadas, por lo cual es importante proponer un abordaje más holístico.

Ortiz-Andrellucchi et al., 2020 mencionan que un aporte adecuado de nutrientes, como se demuestra en los proyectos de UNICEF, aunado a intervenciones con la familia en su comunidad revierte la desnutrición y la previene en sus futuras generaciones.

Este estudio nos permitirá contar con datos de la población indígena y abordar la malnutrición como una patología social, ya que. no sirve de nada alimentar a un niño o dar suplementos, si luego estos niños siguen creciendo en ambientes desfavorables. Es importante trabajar con la familia y su entorno como base para un crecimiento y desarrollo físico e intelectual saludable.

Por lo tanto, es importante intentar un acercamiento más integral a la problemática que estamos intentando estudiar. Como médicos pediatras, nos encargamos del acompañamiento en la crianza de los niños, es así como una comprensión interdisciplinaria nos ayudará a entender que la crianza requiere de dimensiones culturales, antropológicas, biológicas, genéticas, sociológicas y filosóficas. Existen muchos temas en cuanto a la crianza, que involucran aspectos de entrenamiento, formación, protección, nutrición cuidado y establecimiento de vínculos con los niños por parte de sus padres. Muchos de estos, pueden estar influidos por cuestiones del ámbito cultural, familiar, biológico, evolutivo e incluso antropológico. La violencia ejercida contra la mujer es una problemática que afecta al entorno familiar, y, por tanto, al cuidado, lo cual tiene que ver con la salud, nutrición y desarrollo de los hijos.

Por otro lado, existen pocos estudios en Ecuador sobre violencia ejercida contra la mujer indígena y sus efectos sobre la malnutrición infantil. Es necesario evidenciar los efectos que este tipo de violencia puede tener sobre la salud de los niños, a fin de favorecer estrategias más holísticas que involucren a la familia.

A través de este estudio se pretende disponer de evidencia que permita identificar si existe una relación entre la violencia ejercida contra la mujer y la malnutrición infantil en poblaciones indígenas. Los resultados del estudio pueden auxiliar la toma de decisiones a nivel de políticas públicas y de manejo integral de los casos de malnutrición en población indígena.

MARCO TEÓRICO

Violencia

Definición y clasificación.

Según la OMS, debido a la naturaleza difusa y compleja de la violencia, su definición no puede tener una exactitud científica. Se habla también de que se trata de un fenómeno, el cual es motivo de apreciación, en el cual influyen la cultura, las normas sociales y los valores que son sometidos a una continua revisión y evolucionan una sociedad, ya que ellos determinan cuales son los comportamientos aceptables e inaceptables, o de lo que constituye un daño. (Organización Mundial de la Salud, 2002)

La violencia se considera a menudo un componente ineludible de la condición humana, una realidad ante la que hemos de reaccionar en lugar de prevenirla. Pero estos supuestos están cambiando, gracias al éxito de fórmulas de salud pública aplicadas a otros problemas sanitarios de origen medioambiental o relacionados con el comportamiento. El sector de la salud está especialmente interesado en la prevención de la violencia y tiene un papel clave que desempeñar al respecto.

La OMS define la violencia como el uso premeditado de la fuerza física o el poder. No hace distinción entre ya sea en grado de amenaza, intimidaciones o aún cuando llega a ser efectivo.

Incluye el daño contra uno mismo, otra persona, su familia o la comunidad. La definición es tan amplia que incluye las consecuencias del comportamiento violento como las lesiones, daños psicológicos, trastornos del desarrollo, que comprometen de alguna manera el binestar del individuo, su familia o comunidad. (OMS, 2002)

Uno de los problemas fundamentales en la conceptualización de la violencia, es precisamente este: no se ha llegado a una definición precisa, ya que existe un sinnúmero de formas en la que se presenta y existe una amplia variedad de términos para referise a la misma.

Clasificación de la violencia.

La complejidad, la ubicuidad y la diversidad de los actos violentos suscitan sentimientos de impotencia y apatía. Se requiere un marco analítico o una clasificación que separe los distintos tipos que abarca este término, para esclarecer la naturaleza del problema y las acciones necesarias para afrontarlo.
La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el Informe Mundial contra la Violencia 2002, nos provee una de las clasificaciones más completas, divide a la violencia en tres grandes categorías según el autor del acto violento:
Violencia dirigida contra uno mismo, es decir, la violencia que una persona se inflige a sí misma. Dentro de esta categoría, se incluyen los comportamientos suicidas y las autolesiones.
Violencia colectiva, es el uso instrumental de la violencia por personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo frente a otro grupo o conjunto de individuos, con objeto de lograr objetivos políticos, económicos o sociales. Adopta diversas formas: conflictos armados dentro de los Estados o entre ellos; genocidio, represión y otras violaciones de los derechos humanos; terrorismo; crimen organizado.

1. Violencia interpersonal, infligida por otro individuo o grupo pequeño de individuos. Esta se divide en subcategorías:

- Violencia comunitaria: se produce entre individuos no relacionados entre sí y que pueden conocerse o no; acontece generalmente fuera del hogar. En este grupo se incluyen la violencia juvenil, los actos violentos azarosos, las violaciones y las

agresiones sexuales por parte de extraños, y la violencia en establecimientos como escuelas, lugares de trabajo, prisiones y residencias de ancianos.

- Violencia intrafamiliar o de pareja: en la mayor parte de los casos se produce entre miembros de la familia o compañeros sentimentales, y suele acontecer en el hogar, aunque no exclusivamente. La violencia contra la mujer por la pareja (VMP) se definiría como aquellas agresiones que se producen en el ámbito privado, en el que el agresor, generalmente varón, tiene o ha tenido una relación de pareja con la víctima. Dentro de la bibliografía científica con frecuencia, este término se coteja con los de «violencia doméstica», «violencia del compañero íntimo», «maltrato contra la mujer» o «violencia de género», si bien ésta se produce entre hombre y mujeres, dentro o fuera del hogar, independientemente de su relación de parentesco. (Organización Panamericana de la Salud, 2002)

Formas de violencia.

- *Física.* Comprende el uso intencional de la fuerza física con el fin de causar daño corporal: golpes, bofetadas, quemaduras, agresiones con armas, etc. También incluye impedir satisfacer las necesidades físicas (alimentación o comida) cuando la persona es dependiente.

- *Psicológica.* Actos que atentan contra la dignidad de la persona y su integridad psíquica: humillaciones, desvalorizaciones, vejaciones, lenguaje soez y humillante, insultos, amenazas, culpabilizaciones, destruir objetos queridos, uso de tácticas coercitivas como aislamiento social, privar de la información, no permitir tomar decisiones, chantaje emocional, rechazo, abandono y el acoso en cualquiera de sus formas son algunas de sus expresiones.

- *Sexual.* Actos que atentan contra la libertad sexual de la persona y lesionan su dignidad: obligar a una persona a participar en actos de naturaleza sexual en contra de su voluntad utilizando la fuerza física, la amenaza o la intimidación, o valiéndose de situaciones de incapacidad para comprender o decidir por edad, discapacidad, enfermedad o efecto de drogas; o prevaliéndose de una situación de superioridad manifiesta que coarte la libertad de la víctima.

- *Económica.* Son todas aquellas acciones u omisiones que afectan a la economía y subsistencia de las mujeres, a través de limitaciones encaminadas a controlar sus ingresos, en la restricción, limitación y/o negación injustificada para obtener recursos económicos. Ejemplos de estas conductas son: negarle el dinero para los gastos para la supervivencia familiar, alimentación, salud, vestido; exigirle control desproporcionado de compras básicas; impedirle tener un trabajo remunerado; no pasarle la pensión de manutención para los hijos; adueñarse de sus propiedades, entre otras (Council of Europe, 2011).

La violencia está presente en nuestra sociedad y tiene graves consecuencias sobre la salud de las personas y sobre las comunidades que la sufren. Y no solo nos referimos a las alarmantes cifras de muertes, sino a las lesiones, secuelas, discapacidades y enfermedades físicas y mentales, además del sufrimiento generado en las personas más vulnerables.

Marco legal y regulatorio

Hasta hace muy poco tiempo, la VMP se consideraba un problema privado de la pareja y de la familia, pero en las últimas décadas ha pasado a tratarse como un grave problema social y sanitario. Las organizaciones internacionales y los Gobiernos lo consideran un problema de salud pública de primer orden. La ONU, en 1995, estableció entre sus objetivos estratégicos la lucha contra la violencia hacia las mujeres, y en 1998 la OMS la declaró una prioridad internacional para los servicios de salud. (Julián, 2020)

En nuestro país, en el año 2017, se aprobó la Ley Orgánica para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres, que consta de la implementación de un sistema de protección, que está compuesto por varias entidades que trabajan en conjunto para establecer estrategias en justicia, como la alerta temprana, boletas de auxilio u órdenes de restricción de acercamiento. En salud, garantizando el acceso libre y gratuito de la red, con garantía de confidencialidad y no discriminación. En educación, la implementación de contenidos

relacionados con el enfoque de género, énfasis a los derechos de las mujeres, prevención de acoso y abuso sexual.

Epidemiología

La violencia contra la mujer por parte de su pareja ha sido estudiada a nivel mundial. En un estudio multinacional de la OMS, en el 2013 ya estableció que al menos un tercio de todas las mujeres han experimentado violencia física y/o sexual por su pareja. Posteriormente, un metanálisis realizado por Ackerson, basado en 141 estudios en alrededor de 81 países, concluyó que al menos el 30% de mujeres a nivel mundial ha experimentado algún tipo de violencia por su pareja, en su vida. Se conoce que la violencia tiene efectos perjudiciales tanto en la salud física como en la psicológica, sin embargo, aún hay poca evidencia con respecto a la relación entre violencia doméstica y desnutrición. (Ackerson, 2008).

En Ecuador, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 6 de cada 10 mujeres de 15 años y más han declarado haber vivido una o más formas de violencia de género, física, psicológica, sexual o patrimonial por parte de cualquier persona conocida o extraña, en los distintos ámbitos del quehacer social. (Gloria Camacho, 2014)

En términos generales, la violencia de género contra las mujeres ejercida por la actual o por anteriores parejas es mayor en la Sierra y en la Amazonía. Esta mayor incidencia respondería a dos factores: en ambas regiones se concentra la población indígena que es la que presenta las tasas más altas de este tipo de violencia; y, son regiones, particularmente la Sierra, donde la población masculina consume más alcohol con respecto a la Costa. (Quintana Zurita, 2014)

Ciclo de la violencia.

El ciclo de la violencia refleja el modo en el que agresor y víctima se comportan dentro de cada una de las etapas del proceso violento, planteando la existencia de tres fases distintas, las cuales varían en tiempo e intensidad. Cuervo Pérez 2013. menciona que a comprensión del ciclo de la violencia es muy importante para saber cómo detener o prevenir los incidentes de agresión:

1. Tensión Creciente: las tensiones se construyen

2. Agresión Aguda (Explosión): la violencia estalla
3. Remisión (Luna de Miel): fase de calma o de interludio amoroso.

Según el estudio de Stolen (1987), los distintos tipos de violencia están en relación con el ciclo vital de las mujeres: en la niñez la violencia es ejercida mayoritariamente por el padre y los hermanos varones; alcanza su punto más alto en la vida de pareja, durante el período de fertilidad; y, finalmente, empieza a decaer y a transformarse con la llegada de la menopausia. La investigación de Stolen, quien indica que la violencia contra las mujeres a raíz de los celos alcanza su punto más álgido durante la primera época del matrimonio (1987:131). Esto está directamente vinculado a la etapa de fertilidad de la mujer. En esa medida los abusos físicos y los embarazos reiterados pueden leerse como un mecanismo de control de parte del esposo o compañero.

Por otro lado, Escobedo habla de que el ciclo de la violencia se transmite de generación en generación. Inicia con experiencias de privación psicoafectiva o de violencia y abuso sufridas por el padre y/o la madre durante la infancia. Posterior, se vuelven un factor de riesgo para que exista violencia en la familia, ya que se reproducen las formas de violencia vividas, contra la pareja e incluso contra los hijos. (Escobedo, 2015)

Según el análisis de la encuesta de Violencia en el Ecuador realizada en el 2011, el ciclo de la violencia para las mujeres comienza a declinar entre los 32 y 34 años, aproximadamente. El quiebre de la curva se acentúa una vez que se ha entrado en la menopausia. Así, luego del duro proceso de adaptación, las experiencias de maltrato comenzarían a disminuir, sea porque la mujer ya está amoldada y/o porque ya no habría –para los hombres– el imperativo de controlar el cuerpo y la fertilidad de sus esposas. (Pequeño, 2009)

Factores causales.

La etiología de la violencia es compleja y multifactorial, y sus raíces asientan en las relaciones de poder entre hombres y mujeres en función del género y en la aceptación de la violencia como medio para someter a las personas y resolver los conflictos. Es imprescindible conocer que la

violencia contra la mujer asienta en la propia estructura social y se sustenta en los valores y creencias respecto al papel que la sociedad ha asignado tradicionalmente a hombres y mujeres.

La OMS utiliza un «modelo ecológico» para explicar el conjunto de causas que determinan su aparición y cuyas raíces se encuentran en factores individuales, relacionales, culturales y sociales, y en su interrelación entre ellos. (Foege WH, 1995)

El Informe mundial sobre la violencia y la salud, usado en 1970 describe un "modelo ecológico" para poder comprender la naturaleza de la violencia. Este modelo, usado para estudiar el maltrato a menores, fue aplicado posteriormente en otras áreas de investigación de la violencia, y aún sigue en fase de desarrollo y perfeccionamiento como instrumento conceptual.
La utilidad del modelo establecido ayuda a distinguir entre los innumerables factores que influyen en la violencia, y permiten establecer un punto de partida para poder ver cómo interactúan.
El modelo permite analizar los factores que influyen en el comportamiento (o que aumentan el riesgo de cometer o padecer actos violentos) clasificándolos en cuatro niveles.

- Primer nivel: Se identifican los factores biológicos y de la historia personal que influyen en el comportamiento de los individuos y aumentan sus probabilidades de convertirse en víctimas o perpetradores de actos violentos. Entre los factores que pueden medirse o rastrearse se encuentran las características demográficas (edad, educación, ingresos), los trastornos psíquicos o de personalidad, las toxico manías y los antecedentes de comportamientos agresivos o de haber sufrido maltrato.
- En el segundo nivel se abordan las relaciones más cercanas, como las mantenidas con la familia, los amigos, las parejas y los compañeros, y se investiga cómo aumentan éstas el riesgo de sufrir o perpetrar actos violentos. (Garbarino, 1985.)
- En el tercer nivel se exploran los contextos comunitarios en los que se desarrollan las relaciones sociales, como las escuelas, los lugares de trabajo y el vecindario, y se intenta identificar las características de estos ámbitos que aumentan el riesgo de actos violentos. A este nivel, dicho riesgo puede estar influido por factores como la movilidad de residencia (por ejemplo, el hecho de que las personas de un vecindario tiendan a

permanecer en él durante largo tiempo o se trasladen con frecuencia), la densidad de población, unos niveles altos de desempleo.

- El cuarto nivel se interesa por los factores de carácter general relativos a la estructura de la sociedad que contribuyen a crear un clima en el que se alienta o se inhibe la violencia, como la posibilidad de conseguir armas y las normas sociales y culturales. Entre éstas se incluyen las que conceden prioridad a los derechos de los padres sobre el bienestar de los hijos, consideran el suicidio una opción personal más que un acto de violencia prevenible, reafirman la dominación masculina sobre las mujeres y los niños, respaldan el uso excesivo de la fuerza policial contra los ciudadanos o apoyan los conflictos políticos. En este nivel, otros factores más generales son las políticas sanitarias, económicas, educativas y sociales que contribuyen a mantener las desigualdades económicas o sociales entre los grupos de la sociedad.

La violencia contra la pareja se produce en todos los países, en todas las culturas y en todos los niveles sociales sin excepción, aunque algunas poblaciones (por ejemplo, los grupos de bajos ingresos) corren mayor riesgo que otras. (Gonzales de Olarte E, 1999:35–49.)

Al analizar los estudios previos se encentra que, además de las agresiones físicas, como los golpes o las patadas, este tipo de violencia comprende las relaciones sexuales forzadas y otras formas de coacción sexual, los malos tratos psíquicos, como la intimidación y la humillación, y los comportamientos controladores, como aislar a una persona de su familia y amigos o restringir su acceso a la información y la asistencia. (Ellsberg, 1999). Aunque las mujeres pueden agredir a sus parejas masculinas y también se dan actos violentos en parejas del mismo sexo, la violencia de pareja es soportada en proporción abrumadora por las mujeres e infligida por los hombres.

En todo el mundo, los hechos desencadenantes de la violencia son muy similares en las relaciones en las que existe maltrato. Entre ellos se cuentan la desobediencia o las discusiones con la pareja masculina, preguntarle acerca del dinero o de sus amistades femeninas, no tener la comida preparada a tiempo, no cuidar satisfactoriamente de los niños o de la casa, negarse a mantener relaciones sexuales, y la sospecha del varón de que la mujer le es infiel. Son muchos los factores que se han relacionado con el riesgo de que un hombre agreda físicamente a su

pareja. (Armstrong, 1998.) Entre los factores individuales destacan en muchos estudios los antecedentes de violencia en la familia del varón (sobre todo el hecho de haber visto golpear a su propia madre) y el abuso del alcohol por parte de éste. (Jewkes, 2001)

A nivel interpersonal, los indicadores más constantes de la violencia de pareja son los conflictos o la discordia en la relación y un bajo nivel de ingresos. (Black, 2000).
Hasta el momento, no se sabe con certeza por qué los bajos ingresos elevan el riesgo de violencia. Puede deberse a que los bajos ingresos proporcionan un motivo fácil de discordia conyugal o dificultan a la mujer el abandono de relaciones violentas o insatisfactorias por otras razones. Puede ser también consecuencia de otros factores que acompañan a la pobreza, como el hacinamiento o la desesperanza. Counts (1992) en su análisis de la cultura de la violencia contra la mujer menciona que, las mujeres son particularmente vulnerables al maltrato infligido por la pareja en las sociedades en las que existen importantes desigualdades entre hombres y mujeres, rigidez en los roles de los géneros, normas culturales que respaldan el derecho del hombre a mantener relaciones sexuales con independencia de los sentimientos de la mujer y sanciones blandas para estos comportamientos. (D. Counts, 1992)
Estos factores pueden determinar que para una mujer sea difícil o peligroso abandonar una relación en la que se producen malos tratos. Y ni siquiera cuando lo hace queda garantizada su seguridad, ya que la violencia puede a veces continuar, e incluso agravarse, después de que una mujer ha abandonado a su pareja. (Jacobson, 1996)

El informe mundial sobre la violencia y la salud, en muchos países existe una clara renuencia pública a reconocer la violencia sexual o a emprender acciones contra ella. Incluso allí donde existen leyes para proteger a las personas de la violencia, no siempre se hacen cumplir. En algunos países, entre los perpetradores de actos violentos se cuentan también las fuerzas de seguridad del Estado. La cultura desempeña un papel fundamental, al establecer la frontera entre comportamientos aceptables y abusivos y definir la respuesta a la violencia. Por ejemplo, los procedimientos para mantener la disciplina infantil varían enormemente de unos países a otros. (Organización Panamericana de la Salud, 2002)

De la misma forma, Jerez en su estudio encontró que, la cosmovisión indígena en el pueblo Salasaca se basa en la complementariedad entre hombres y mujeres y en la armonía de nosotros como seres humanos y la naturaleza como fuente de vida; sin embargo, "las prácticas de complementariedad no están exentas de tensiones y de violencia (…) la idea de igualdad que subyace en la complementariedad no es necesariamente practicada y entendida por los pueblos indígenas" (Prieto, Cuminao, Flores, Maldonado, & Pequeño, 2004, pág. 161)
En ese sentido, varias mujeres de la comunidad entienden a la complementariedad como la cooperación del hombre y mujer, pero con roles claramente definidos. Por ejemplo, la crianza de los hijos (rol femenino), la toma de decisiones (rol masculino) y la enseñanza de costumbres y tradiciones (rol femenino), tales como hilar la lana de borrego para que luego los hombres puedan manejar los telares y hacer las vestimentas típicas y artesanías. (Jerez P, 2019)

Además, Jerez en su tesis explica que la cifra de violencia contra la mujer indígena que podría ser mayor ya que "el sistema judicial indígena no lleva registros escritos y rara vez reconoce a estos delitos como tales." (Franco & Gonzáles, 2009, pág. 19).
Recalca que la violencia contra la mujer es alta, sin embargo, debido a los problemas en el reconocimiento de la problemática, no es posible obtener las estadísticas con facilidad.
Lo que pudo recabar su estudio fue que, el 95% de los casos de violencia contra la mujer ocurre en casa. Siendo perpetradas el 58% de agresiones por parte del cónyuge; un 23% por el conviviente y un 4% por algún familiar. Según el Informe de ONU Mujeres en un año existen 12712 denuncias de violencia intrafamiliar, es decir 1060 mensuales y alrededor de 35 denuncias diarias. Siendo el 97% de las personas que presentan las denuncias: mujeres. Sin embargo, los servicios de atención a mujeres violentadas señalan que sólo el 8% de las denuncias corresponden a mujeres indígenas (ONU Mujeres, 2012). Queda en evidencia el factor de silencio que demuestran las mujeres indígenas ecuatorianas con respecto a la violencia intrafamiliar. Situación que concuerda con el estudio de campo realizado.

Es importante reconocer la conformación patriarcal de la familia en el pueblo indígena de la sierra ecuatoriana. El padre es el jefe de familia. Esto se mantiene y fortalece por costumbres que coadyuvan a legitimar su autoridad. Así, por ejemplo, el hombre representa a la familia en las diferentes actividades comunales y en las asambleas, además este es quien tiene voz en las

sesiones, mientras que la mujer tiene su dominio en las actividades domésticas y no fuera del hogar, su participación en las sesiones es pasiva a pesar de conformar el 40% de asistencia a las mismas (Choque, 1992).

En la comunidad es muy importante la familia unida. En algunos casos, la mujer puede ser mal vista por separarse o iniciar un divorcio y ese miedo al qué dirán, dificulta la acción estatal frente a este grave problema social, al mismo tiempo que impide que la víctima se dé cuenta de su problema, asuma su realidad y busque ayuda. Por otra parte, es necesario destacar que "existe una clara tendencia en las comunidades indígenas de revertir la culpa o la responsabilidad, es decir, culpar a las mismas mujeres por la violencia que están sufriendo "Algo habrás hecho" o a justificar estos hechos "estaba borracho pues" (Franco & Gonzáles, 2009, pág. 28). Por todo esto, Jerez Pilla 2019, concluye que no resulta sencillo que deseen exteriorizar su condición de mujeres violentadas.

Para las Mujeres Indígenas, la violencia de género es definida, no solo por la discriminación de género dentro de los contextos indígenas y no-indígenas; sino también por un contexto de continua colonización y militarismo, racismo y exclusión social, políticas económicas y de "desarrollo" que aumentan la pobreza. Estos fenómenos son interactivos y mutuamente influyentes, al igual que los distintos aspectos de identidad que definen las experiencias de violencia de las mujeres y sus estrategias de resistencia.

Consecuencias de la violencia física contra la mujer

Consecuencias para la mujer.

Existen algunos estudios sobre los efectos de la violencia sobre la mujer.

A continuación, siguiendo la definición de Sánchez Llorente, quien define a la violencia, como un estrés psicosocial, ya que el término hace referencia a un proceso mediante el cual la persona percibe y evalúa un acontecimiento o situación ocurrida en su contexto social como una amenaza para su bienestar físico y /o psicológico, provocando una reacción en el organismo dirigida a afrontar dicha situación y mantener así un equilibrio o homeostasis interna.

(Sánchez Llorente, 2009.)

En general, la exposición al estrés psicosocial conlleva diferentes alteraciones, que han sido documentadas en modelos animales y en humanos. Dentro de algunos se encuentran:

Consecuencias conductuales.

Shively y cols 1998, describen alteraciones tales como: disminución en la conducta agresiva y aumento de las reacciones defensivas y sumisas, aislamiento social, disminución de la conducta sexual, comportamiento depresivo. Por su parte, Rapkin y cols (1995) describen irritabilidad, inhibición motora, déficit en aprendizaje espacial y memoria, aumento de los niveles de ansiedad, aumento en la autoadministración de cocaína y de consumo de alcohol.

Consecuencias fisiológicas.

Stefanski y cols 2003 reportan que la violencia contra la mujer se ha visto asociada con algunas consecuencias fisiológicas, como pérdida de peso, aumento de la presión sanguínea y de la tasa cardiaca; alteraciones neuroendocrinas. Tamashiro y cols., 2005, encontraron otras alteraciones entre las que destacan el aumento en la activación del eje hipotálamo hipofisario adrenal y Shively y cols ya han descrito desde hace más de dos décadas la relación entre violencia y la disminución de la activación del eje hipotálamo hipofisario gonadal.

Consecuencias neuroquímicas.

Las alteraciones en los sistemas neurotransmisores dopaminérgicos y serotonérgicos, entre otros cambios morfológicos en diversas regiones cerebrales y alteraciones inmunológicas.

Con relación al sistema inmune, el impacto del estrés psicosocial se ha encontrado mediado por las estrategias de afrontamiento desarrolladas por el modelo de estrés utilizado en la investigación de Fano y cols., 2001.

En el caso del estrés psicosocial agudo, la experiencia de derrota puede producir una inhibición del sistema inmune. En este sentido, en roedores subordinados se ha encontrado una

disminución de la actividad de las células Natural Killer, dando lugar a un mayor desarrollo de metástasis tumoral. (Bartolomucci, 2007)

Consecuencias Emocionales.

En numerosos estudios se ha puesto de manifiesto una elevada incidencia del trastorno de estrés postraumático en víctimas de violencia.
Las consecuencias emocionales y conductuales de la violencia doméstica pueden incluir varias respuestas generales al trauma, tales como negligencia o minimalismo de abuso, evitación emocional, impulsividad, agresividad, impotencia, ira y ansiedad, problemas para dormir y problemas alimenticios, el uso de alcohol u otras sustancias psicoactivs y comportamiento suicida. Las víctimas usan algunas de estas como mecanismos de defensa, que representan una barrera para aceptar ayuda y abandonar una relación violenta. (Avdibegovic E., 2017)

Consecuencias sobre la calidad de vida.

Diversas investigaciones han puesto de manifiesto que la violencia de pareja del hombre contra la mujer tiene un impacto negativo en el estado general de salud, en la salud física y en la salud mental de las mujeres víctimas teniendo como resultado final, una disminuida calidad de vida. (Vung y cols., 2009). Varios estudios subrayan que estas consecuencias persisten a lo largo del tiempo, incluso cuando la violencia ha cesado (Ruiz-Pérez y cols., 2007), observándose una recuperación de la salud de forma gradual y no inmediata (Matud-Aznar, 2004).

En cuanto a las consecuencias en la salud física, se ha encontrado una elevada incidencia de alteraciones psicosomáticas (Björkqvist, 2001) y de enfermedades físicas, principalmente de los sistemas circulatorio, digestivo, muscular, respiratorio y reproductor (Hooper y cols., 2008) así como un mayor riesgo de sufrir enfermedades autoinmunes, especialmente artritis reumatoide, psoriasis e hipertiroidismo (Boscarino, 2004).

Colateralmente, las mujeres víctimas hacen un uso más frecuente de los servicios de salud que las mujeres en cuya relación de pareja no existe violencia, consumen más medicamentos y

pasan más días en cama (Raya-Ortega y cols., 2004; Ruiz-Pérez y cols., 2007) situación que se mantiene durante un largo periodo de tiempo incluso una vez finalizada la exposición a la violencia (Hooper y cols., 2008).

Consecuencias para los niños y la familia.

Se ha encontrado una asociación entre la violencia contra la mujer y el retraso del crecimiento en sus hijos. Esta relación es relativamente fuerte, para las mujeres independientemente de su estatus económico o su nivel educativo. Se encontró además que en los hogares más pobres, los efectos de la violencia contra la mujer en el crecimiento infantil pueden estar enmascarados por mayores impactos de la seguridad alimentaria, deficiencia de micronutrientes y acceso limitado a servicios de salud. (Chai et al., 2016)

Yount KM, DiGirolamo AM, Ramakrishnan U, han estudiado el impacto de la violencia doméstica en el crecimiento y nutrición de los niños:

"La exposición de los niños a la violencia doméstica predice una peor salud y desarrollo, pero sus efectos sobre la nutrición y el crecimiento están poco estudiados. Proponemos un marco conceptual para explicar las vías por las cuales la violencia doméstica contra las madres puede afectar el crecimiento y la nutrición infantil, prenatalmente y durante los primeros treinta y seis meses de vida".

En su estudio, han realizado una revisión extensa de la literatura de múltiples disciplinas y han realizado una revisión crítica de la evidencia que existe para cada vía. Dada la carga mundial de la desnutrición infantil y sus efectos a largo plazo en la formación del capital humano, mejorar el crecimiento y la nutrición infantil puede ser otra razón para prevenir la violencia doméstica y sus efectos secundarios en cascada. (Yount KM, 2011)

Consecuencias para la sociedad.

El desarrollo de la primera infancia tiene consecuencias duraderas para el éxito de los adultos. Los paneles a largo plazo que han seguido a los niños desde edades tempranas hasta la edad adulta muestran que los niños con niveles pobres de nutrición, desarrollo cognitivo inadecuado y bajos niveles de desarrollo socioemocional tienden a tener problemas en la escuela, tienen

mayores niveles de desempleo y ganan salarios más bajos (incluso controlando el logro de la escolaridad), tienen una mayor incidencia de embarazo adolescente, tienen más probabilidades de consumir drogas, tienen más probabilidades de estar involucrados en actividades delictivas y tienen niños con un peor estado nutricional. (Schady N, 2014)

La evidencia sobre el grado en que hay carencias y gradientes socioeconómicos en el desarrollo cognitivo entre los niños pequeños en los países en desarrollo es muy escasa. En un estudio realizado con datos de cinco países de América Latina se pudo mostrar que existen diferencias importantes en el desarrollo temprano del lenguaje entre los niños de familias más ricas y pobres. América Latina es generalmente considerada como la región más desigual del mundo.

Violencia contra la mujer y malnutrición

Definición de malnutrición.

La malnutrición infantil es un problema grave en América Latina y en los países en vías de desarrollo, que viola el derecho a la vida y constituye un estado patológico multicausal con efectos negativos en el desarrollo de los niños. Dentro de su causalidad, se pueden describir algunos procesos biológicos socialmente determinados, por lo que se puede inferir que está relacionado con las condiciones sociales y ambientales en las que se encuentran los niños.

El término malnutrición infantil abarca tres condiciones fisiopatológicas que se presentan por un desequilibrio en el estado nutricional, y puede deberse a un déficit en la ingesta de nutrientes, sobre nutrición o a una alteración entre el aporte de nutrientes y los requerimientos del organismo. Según Perdomo, estas condiciones son:

1) desnutrición aguda y crónica (emaciación, retraso del crecimiento e insuficiencia ponderal)
2) exceso de peso (sobre peso, obesidad)
3) Desequilibrio de micronutrientes. (Perdomo, 2019)

Las consecuencias de la deficiencia o exceso de nutrientes dependen del tiempo durante el cual el infante las padezca. Mientras menor tiempo se presente una de las condiciones antes mencionadas, menores efectos tendrá sobre la salud del niño. (Montalvo, 2006)

La malnutrición incrementa la prevalencia de mortalidad y morbilidad en la población, afectando varios aspectos como la capacidad productiva, calidad de vida y por ende refleja elevados costos sociales. (M.Vallejo, 2018)

Desnutrición infantil

Se define como un cuadro clínico producido por insuficiente aporte de calorías y/o proteínas, necesario para satisfacer las necesidades fisiológicas del organismo, acompañada de cuidado inadecuado y aparición de enfermedades infecciosas. (Wisbaum, 2011)

Existen cuatro clasificaciones de la desnutrición infantil,
1) según etiología
2) gravedad
3) evolución
4) tipo de carencia.

En el cuadro 1 se describe cada uno de los tipos de desnutrición infantil (Mahan K, 2013)

Cuadro 1. Tipos de desnutrición infantil

DESNUTRICIÓN INFANTIL	**CLASIFICACIÓN**	**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS**
Etiología	Primaria	Carencia exógena de nutrientes
	Secundaria	Resultado de enfermedad. Interferencia con ingestión, digestión, absorción, utilización de nutrientes
	Mixta	Observación de los dos fenómenos al mismo tiempo
Gravedad	Leve (Primer grado)	Diagnóstico basado en parámetros clínicos, bioquímicos y antropométricos. Indica el déficit pondo estatural *(P/E, P/T, T/E),
	Moderada (Segundo grado)	

	Severa (Tercer grado)	velocidad con la que se produce la pérdida de peso, los signos y los síntomas.
Evolución	Aguda	Bajo peso para la talla o niño emaciado sin adaptación a la carencia de nutrientes
	Crónica	Baja talla para la edad con adaptación a la deficiencia de nutrientes
Tipo de Carencia	Marasmo	Deficiencia calórico- proteica
	Kwashiorkor	Deficiencia proteico- calórica
	Marasmo-Kwashiorkor	Se presentan las dos entidades simultáneamente

Fuente: (Mahan, Escott-Stump, & Raymond, 2013). *(P/E: peso para edad, P/T: peso para talla, T/E: talla para la edad)

Para el presente estudio, se tomarán en cuenta las clasificaciones de la desnutrición por evolución.

La OMS categoriza a la desnutrición infantil según su evolución utilizando el criterio de Waterlow y presenta dos clasificaciones, 1) desnutrición aguda y 2) desnutrición crónica (OMS, Alimentación sana, 2015).

La desnutrición según evolución también se clasifica de acuerdo a la fisiopatología. En la desnutrición aguda, no hay mecanismos de adaptación del organismo a la carencia de nutrientes, mientras que en la desnutrición crónica si existen mecanismos de adaptación a la falta de nutrientes. Se desarrollan: detención de la talla, disminución del metabolismo basal, disminución de la masa grasa, muscular y proteínas viscerales. (Mahan K, 2013)

Exceso de peso

El sobrepeso y la obesidad infantil se definen como la acumulación excesiva de grasa en el cuerpo y esta puede ser perjudicial para la salud. La OMS indica que los niños y niñas que presentan exceso de peso tienen más probabilidad de desarrollar Enfermedades Crónicas No

Transmisibles (ECNT) durante su vida adulta, entre ellas están: cardiopatías, resistencia a la insulina, artrosis, enfermedades articulares degenerativas discapacitantes y algunos tipos de cáncer (OMS, 2016). El sobrepeso y la obesidad se pueden presentar por dos causas principales:
1) alteración endócrina o genética y
2) factores ambientales.

El desarrollo del exceso de peso por alteraciones genéticas no representa más del 3-5% de los casos. Los factores ambientales causan entre 90-95% de los casos. La persistencia de la obesidad en la vida adulta está directamente relacionada con los años durante los cuales el infante ha padecido esta patología. Cuando el niño o la niña presentan obesidad a los 6 años de edad la probabilidad de padecer esta enfermedad en la vida adulta es del 50%. Durante la adolescencia el riesgo aumenta a 70- 80% (Mahan K, 2013).

Estado nutricional en niños del Ecuador

Según información reciente de la OMS nos presentan datos sobre los dos lados de un espectro: 52 millones de niños menores de 5 años presentan emaciación, 17 millones emaciación grave y 155 millones retraso del crecimiento, mientras que 41 millones presentan sobrepeso u obesidad. (Organización Mundial de la Salud, 2020)

En Ecuador, la malnutrición difiere significativamente entre los grupos sociodemográficos, afectando desproporcionadamente a los que se encuentran en terciles de pobreza y las minorías étnicas. Las tasas de retraso en el crecimiento siguen siendo altas en comparación con otros países de la región con un desarrollo económico similar. Se requiere con urgencia la implementación efectiva de acciones de doble deber con el potencial de impactar a ambos lados de la doble carga. (Ramírez-Luzuriaga, 2019)

Ecuador registra índices de desnutrición en uno de cada cuatro niños menores de cinco años, mientras que las cifras de obesidad en seis de cada diez adultos, lo que demuestra que la calidad de la dieta que consumen no es la adecuada, según informes del Ministerio de Salud Pública.

El informe destaca, además, una de las causas principales de la malnutrición es la falta de acceso a una dieta adecuada, por lo que, luego de un encuentro denominado "Cerrando Brecha de Nutrientes" se reveló que en Ecuador una dieta nutritiva tendría un coste promedio de casi nueve dólares al día para un hogar de cinco miembros.

La malnutrición incluye el 23,9 por ciento de desnutrición crónica en menores de cinco años en zonas rurales, mientras que el sobrepeso y la obesidad se registran en tres de cada diez niños. Las deficiencias en nutrientes y el sobrepeso coexisten en un mismo hogar y en la misma persona en diferentes etapas de la vida, demostrando que la calidad de la dieta que consumen no es la adecuada. Asimismo, el Ministerio de Salud señaló que la dieta en Ecuador es poco nutritiva y que "por ello es necesario promover condiciones adecuadas para que las familias accedan a una correcta alimentación".
El Gobierno ecuatoriano pretende intervenir con estrategias sociales para la mejora del acceso o disponibilidad de dietas nutritivas a la población, así como para reducir la doble carga de mal nutrición. (Agencia EFE, 2018)

Actualmente la desnutrición infantil es un problema a nivel mundial difícil de erradicar, las cifras son alarmantes, en Ecuador al menos 1 de cada 5 niños menores de cinco años tiene baja talla para la edad es decir desnutrición crónica representando estadísticamente un 25.2% y en desnutrición aguda un 2.3% (Freire et al., 2014).

Existe más prevalencia en zonas rurales e indígenas, uno de los ejemplos es en la provincia de Chimborazo en donde se acentúa una gran parte de la población indígena, la desnutrición alcanza un 44% a comparación con el promedio nacional que es del 19% (Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia, 2011).

Según Freire et al (2014), la desnutrición infantil muestra una fuerte tendencia a aumentar el riesgo cuando menor es el nivel económico, al igual que en el caso del nivel de instrucción de la madre en donde se determinó que a mayor nivel de instrucción de la madre más baja es la prevalencia de desnutrición crónica con un 15.4% frente a lo contrario con un 38.8% en las madres con ningún nivel de escolaridad. (Alvarez, 2018)

Requerimientos Nutricionales.

La ingesta apropiada de las necesidades energéticas y nutrientes en el preescolar es fundamental ya que garantiza la utilización de macro y micronutrientes adecuados para los procesos metabólicos y mantenimiento de las funciones orgánicas del niño para un crecimiento y desarrollo adecuado, esto se logra mediante la ingesta de una alimentación saludable, adecuada en cantidad y calidad, caso contrario los problemas de malnutrición como desnutrición por déficit y la obesidad por exceso, pueden ocasionar enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares (Organización Mundial de la Salud, 2010).

Las recomendaciones energéticas en la edad preescolar oscilan entre las 1800 kcal/ día que es 90 kcal/kg/ día, en cuanto a los macronutrientes el consumo de hidratos de carbono es del 50 a 55% del consumo de calorías totales en donde el 90% constituirán el consumo de carbohidratos complejos (cereales, tubérculos, legumbres) y el 10% el consumo de azucares (Brown, 2014).

El consumo de alimentos proteicos es indispensable para el crecimiento y reparación de tejidos del niño, por lo que se recomienda la ingesta del 10 al 15 % de las calorías totales consumidas al día que en promedio representan un 0.95 g/kg/día. (Mahan K, 2013)

Los requerimientos de micronutrientes (minerales y vitaminas) aumentan en esta etapa, debido a que una parte de los infantes presentan déficit de vitaminas A, C y E y minerales como el hierro, calcio y zinc que podrían interferir en el desarrollo y crecimiento del niño, esta carencia se relaciona a la falta de apetito, bajo consumo de frutas y verduras en los niños (Thompson, Manore, y Vaughan, 2013). Estos 28 requerimientos energéticos deben fraccionarse entre 4 a 5 comidas al día, en donde el desayuno aportará el 25 % incluyendo la media mañana, el almuerzo un 30%, media tarde un 15% y la merienda un 30% (Polanco, 2005).

Los estragos que provoca la desnutrición que se padece en la infancia son los más lamentados por una sociedad, ya que en esta etapa el mayor impacto lo sufre el cerebro del niño, en el que se producirían alteraciones metabólicas y estructurales irreversibles.

La desnutrición en los primeros años de vida puede afectar el crecimiento del individuo. Aunque es posible lograr posteriormente una mejoría en la adecuación de la talla, a través de una buena alimentación, ya que el niño continúa creciendo hasta los 18 años, estos individuos nunca alcanzan una talla normal. (Leiva Plaza B, 2001)

Stoch y Smythe, fueron los primeros en formular la hipótesis relativa a que la desnutrición durante los primeros dos años de vida, podrían inhibir el crecimiento del cerebro y esto produciría una reducción permanente de su tamaño y un bajo desarrollo intelectual (Stoch MB, 1976); los primeros dos años de vida no sólo corresponden al período de máximo crecimiento del cerebro, sino que al final del primer año de vida, se alcanza el 70% del peso del cerebro adulto, constituyendo también, casi el período total de crecimiento de este órgano.

El niño con desnutrición grave presenta un menor diámetro del cráneo, pero también se ha podido comprobar que no sólo se detiene el crecimiento cerebral, sino que además hay una atrofia del cerebro, formándose un espacio que es ocupado por líquido cefalorraquídeo, como consecuencia de ello, la transiluminación es intensa. Con ello se pone en evidencia la atrofia del cerebro en el desnutrido.

También el desarrollo del sistema nervioso central está determinado en los primeros 18 meses de vida del niño. Si durante este tiempo el niño no recibe una adecuada ingesta de nutrientes y estimulación sensorial, se produce una atrofia el desarrollo neuronal, incluso se pueden apreciar las diferencias de forma y tamaño de las neuronas y sus ramificaciones dendríticas entre un niño normal y uno desnutrido.

La deprivación social, afecta al desarrollo cerebral del niño, reflejándose en una disminución de la capacidad intelectual que afectará negativamente en el proceso de aprendizaje. La pobreza va casi siempre acompañada de una deprivación psico-afectiva. La familia por lo general está distorsionada, no cumpliéndose los roles parentales normales. Durante esta época de gran

aprendizaje, en que el niño comienza la exploración del mundo que lo rodea, se encuentra con un medio familiar que no estimula su imaginación ni exacerba su curiosidad, propiciando una deficiencia muy importante, que es la carencia de estimulación verbal, per se el vocabulario de los padres muy restringido.

El niño nace y se desarrolla en un ambiente de inseguridad y carente de estímulo psíquico y afectivo. Este daño no sólo afecta al individuo sino a la sociedad entera, ya que la principal riqueza de un país reside en su capital humano. Por ello, las actuaciones sobre la desnutrición infantil deben realizarse en los dos primeros años de vida, mediante intervenciones destinadas a prevenir el daño neuronal y a prevenir la desnutrición. Tras este período, la recuperación del niño se toma más difícil, ya que en el niño quedan secuelas permanentes, que dificultan perceptiblemente el proceso de aprendizaje en la edad escolar.

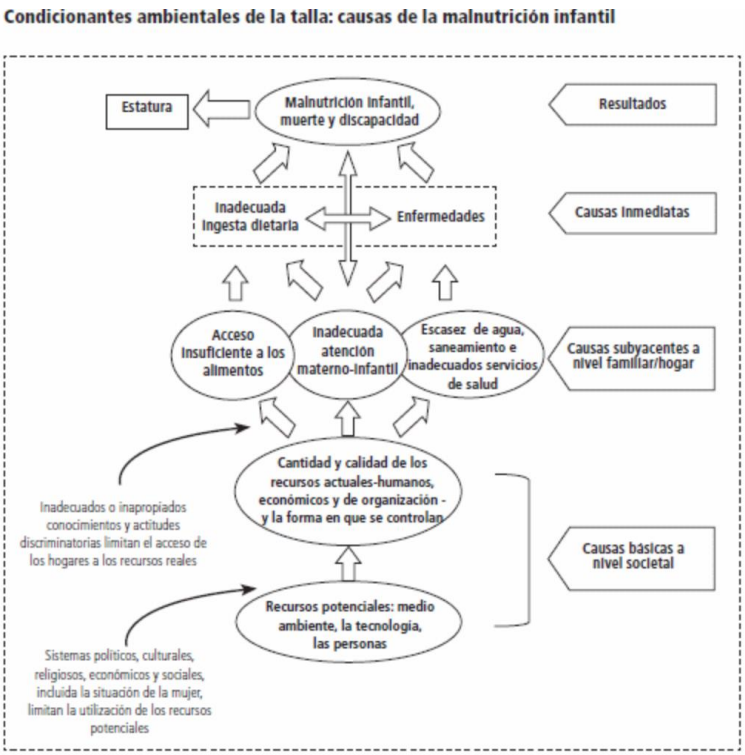
Podemos considerar entonces a la desnutrición como resultado final del subdesarrollo, donde el niño sufre el mayor impacto, por depender de terceros para su cuidado y crecimiento. Por esto la desnutrición infantil no es sólo un problema de falta de alimentos, es un conflicto social más profundo, que debe ser tenido en cuenta a la hora de brindar soluciones.

Modelo multifactorial de malnutrición

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) propuso el esquema conceptual del «complejo multifactorial» explicado en el Cuadro 2. Este esquema fue propuesto para explicar los múltiples factores que causan la malnutrición, incluyendo tres clases de causas subyacentes a nivel del hogar y la familia.

Estas causas fueron: *alimentos* (ej. insuficiente acceso a los alimentos), *salud* (ej. pobre saneamiento y servicio de agua potable) y *cuidados* (ej. inadecuadas prácticas de cuidado materno-infantil). Estas, en conjunto, determinan la deficiente ingesta de nutrientes, las infecciones y las enfermedades, las cuales son las causas inmediatas de la malnutrición infantil (UNICEF, 1998).

Cuadro 2. Causas de la malnutrición infantil



Fuente: (UNICEF, 2015)

Relación entre violencia contra la mujer y malnutrición en el niño/a

Ciclo de la violencia y malnutrición.

La malnutrición y sus efectos se pueden manifestar de distintas maneras a lo largo de todo el ciclo vital. Así, la malnutrición puede empezar en cualquier momento del ciclo de vida y sus efectos manifestarse en las siguientes etapas. Más aun, el impacto de la malnutrición tiene consecuencias intergeneracionales que es clave comprender para tener una perspectiva adecuada de la complejidad del problema al que se ven enfrentados los países.

En cada etapa del desarrollo predominan una serie de manifestaciones, existiendo diferencias significativas en función de la edad del niño.

Graham-Bermann y Perkins afirman que el 64% de los menores son expuestos a situaciones de violencia durante la etapa prenatal (0 a 2 años).

Período prenatal.- El estado nutricional de la madre a menudo determina el peso de nacimiento, la salud y el pronóstico vital del recién nacido. La desnutrición está asociada a una inadecuada dieta materna, baja ganancia de peso durante el embarazo y cuidado prenatal deficiente. En el caso de las mujeres desnutridas, su reproductividad también se ve afectada por la estatura: una mujer de baja talla tiene mayor probabilidad de dar a luz un niño con bajo peso al nacer, creándose así el ciclo intergeneracional de la desnutrición crónica.

En vinculación con lo indicado, recientemente se confirmó, una vez más, la necesidad de centrarse en el período crucial del niño, esto es, desde la concepción hasta el segundo año de vida, los 1 000 días, en que se produce la ventana de oportunidad para cambiar o atenuar este proceso, con una nutrición adecuada y un crecimiento saludable cuyos beneficios duran a través de la vida (Lancet, 2013).

Por ello, el ciclo se inicia dentro del vientre materno e incluso se asocia a la situación de la madre antes del embarazo (Lancet, 2013). Uno de los principales determinantes del retraso de crecimiento intrauterino es la estatura de la madre, (reflejo, a su vez, de su estatus nutricional durante su niñez), su condición nutricional previa a la concepción y su ganancia o no de peso durante el embarazo. Por tal motivo, los cuidados nutricionales a la mujer en edad fértil son claves para la vida del recién nacido, cuyo riesgo de mortalidad es significativamente superior al resto del período infantil.

De los cerca de 6,3 millones de muertes de niños y niñas menores de 5 años que ocurren a nivel global, 2,7 millones ocurren en los primeros 28 días de vida, esto es, en el período neonatal.

La consecuencia más común del retraso de crecimiento intrauterino es el bajo peso al nacer (BPN = peso < 2,5 Kg.), el que, a su vez es uno de los índices predictivos más importantes de mortalidad infantil. Esta es 14 veces mayor en los niños con antecedentes de BPN respecto a los recién nacidos de término con peso adecuado.

Pedreira Massa en su teoría del "Círculo interactivo de la violencia familiar" explica que cuando una mujer está expuesta a la violencia de género sufre una situación de estrés que afecta a las relaciones que establece con su hijo. Estos altos niveles de estrés pueden producir un incremento de síntomas psicológicos y físicos en la mujer, y puede actuar como un factor que impida satisfacer correctamente las necesidades de sus hijos. Esta situación de estrés en la madre, a su vez genera una situación de estrés en sus hijos que pueden conducir a un aumento de alteraciones emocionales y conductuales en el menor.

Todo comienza cuando la mujer sufre violencia por parte de su pareja durante el embarazo, lo que genera altos niveles de estrés, que se ven reflejados durante el primer año de vida del bebe. Las consecuencias en este son derivadas del alto grado de angustia de la mujer durante la gestación. Tras el parto se ve afectado tanto el cuidado del bebe, como el desarrollo de patrones de apego de este hacia la madre. Estos problemas prolongan las dificultades durante los primeros cuidados, así como en el desarrollo durante la infancia. (Dinu, 2015;75: 37-68)

La academia Americana de Psicología hace referencia al grave peligro que supone para los niños más pequeños estar expuestos a situaciones de violencia, dado que existe la posibilidad de que se dé un alto grado de compromiso en el desarrollo a nivel cerebral y del sistema nervioso central. (Mohamed Mohand. L, Impacto de la violencia de género en el estado de salud física y psicoemocional de los hijos., 2014)

En un estudio llevado a cabo por Hibel, Granger, Blair, y Cox, se examinó el funcionamiento de las glándulas suprarrenales de los lactantes, analizando los niveles de cortisol producidos, y obteniendo como resultado una irregularidad en la producción de este en aquellos menores expuestos de forma grave o crónica a violencia de género, asociándose a un problema crónico de desadaptación a situaciones de estrés.

Según Lundy & Grossman, un 38% de los niños expuestos a violencia de pareja durante los 2 primeros años de vida presentan uno o más problemas emocionales, dos tercios trataban de separar a los padres durante el acto de violencia y un 42% lloraban con frecuencia. También presentaban un temperamento difícil, caracterizado por conductas de irritabilidad, comportamientos anormales como llamadas de atención y desobediencia, sumándole a esto un alto nivel de problemas de adaptación.

Por otro lado, existen diferencias significativas en la presencia de problemas de carácter externalizante en niños que presencian de forma directa el acto de violencia, siendo 3 veces mayor entre los 3 primeros años de vida, mientras que en los problemas internalizantes la variabilidad por edad no es tan significativa.

La etapa en el que surgen el mayor número de problemas como consecuencia de la exposición a violencia de pareja es la etapa preescolar (3 a 6 años). Basándonos en el DSM-5, un 50% de los menores expuestos a violencia durante la etapa prenatal presentan en la etapa preescolar síndrome de estrés postraumático. Este se asocia a un mal desarrollo del sistema nervioso simpático y parasimpático, lo que da pie a alteraciones a nivel cognitivo y psicológico, como alteraciones de memoria, conductas regresivas o alteraciones a nivel psicomotor o del desarrollo de lenguaje.

A su vez, está relacionado con un mayor riesgo de obesidad, sobrepeso, asma y problemas gastrointestinales en la infancia (Tortosa, 2018)

Los problemas fisiológicos y de la salud física del niño fueron analizados por ElSheikh and Harger en un estudio donde se midió la frecuencia cardíaca, la presión arterial sistólica y diastólica, y la conductancia de la piel en 89 niños. Este consistía en la escucha de una historia narrada por un adulto víctima de violencia por parte de su pareja y observar las reacciones que les producía. Los resultados mostraron sentimientos de culpa y amenaza ante la situación, así como una gran reactividad fisiológica, confirmando así, la vulnerabilidad del menor frente a este tipo de situaciones. (Dinu, 2015;75: 37-68)

La esfera social y académica se ve alterada en todas las edades, además de verse influenciada por los problemas previamente tratados en las diferentes etapas del desarrollo.

Por un lado, la esfera física se puede ver afectada con problemas relacionados con el sueño o la alimentación, retraso en el crecimiento, aumento de la actividad cardiaca y de la presión sanguínea, problemas de desarrollo psicomotor o de lenguaje y, por último, alteraciones derivadas de conductas regresivas. (Mohamed Mohand. L, Impacto de la violencia de género en el estado de salud física y psicoemocional de los hijos., 2014)

Los problemas relacionados con la alimentación también son predominantes en todas las etapas del desarrollo, asociados al estrés al que están sometidos. En un estudio llevado a cabo en Estado Unidos se obtuvieron los siguientes resultados relacionados con la obesidad y el sobrepeso en función de la edad y el sexo. Los varones expuestos a violencia de pareja entre los 0 y 5 años eran más propensos a tener sobrepeso hasta la adolescencia al igual que las niñas, mientras que los niños expuestos en la infancia media, es decir, de 6 a 11 años eran más propensos a sufrir obesidad.

En relación con estos cuadros, la American Academy of Pediatrics (2008) afirma que los hijos testigos de violencia familiar pueden llegar a padecer, a largo plazo, patologías importantes que pueden, incluso, causarles una muerte prematura, como ictus cerebrales, cáncer y cardiopatías.

Todas ellas producto del estrés y la hiperactivación fisiológica prolongada en el tiempo (Wilson et al., 2012). En los últimos años, han surgido nuevas líneas de investigación que evidencian otros efectos del estrés infantil relacionados con el desarrollo psico-biológico. Así, Shalev et al., (2013) señalan la fuerte influencia que pueden tener las experiencias traumáticas vividas a lo largo de la infancia (como bien puede ser en esta caso, la exposición a violencia doméstica) sobre la configuración del ADN. De acuerdo con estos autores, la exposición a violencia en la infancia se asocia con un tamaño menor de los telómeros; lo que, a su vez, acelera el envejecimiento celular y puede llegar a acorta la esperanza de vida unos 15 años de media. El estudio de Kim-Cohen et al. (2006) obtuvo, con una muestra de menores víctimas de malos tratos, el funcionamiento alterado de las enzimas.

Manejo de la malnutrición en el niño considerando en entorno familiar

Propuesta de manejo considerando el binomio madre- hijo.

La respuesta puede enfocarse e integrarse desde las tres distintas facetas de la salud, en tanto objeto, concepto y campo de acción. Sintetizando así: la epidemiología crítica es el conjunto de condiciones, ideas y prácticas/organizaciones que conforman un movimiento, social e históricamente determinado, que llevan a efecto los seres humanos, sea como grupos cohesionados alrededor de los intereses estratégicos de su inserción estructural, filiación cultural y de género, o sea en su condición individual junto con su núcleo familiar, para desentrañar las raíces socio-ambientales de los problemas de salud que genera y reproduce la acumulación, para pensar sobre éstas con un sentido crítico y para actuar en una línea de emancipación respecto a los procesos malsanos que provoca en los órdenes general, particular y singular, en líneas de acción que signifiquen al mismo tiempo una ruptura hacia una sociedad sustentable, soberana, solidaria y saludable/biosegura en todos sus espacios, que hagan posible la preeminencia de procesos protectores y soportes, colectivos, familiares e individuales, que posibiliten el predominio de formas fisiológicas y psíquicas que sustenten una buena calidad de vida biológica y psíquica, posibilitando una mayor longevidad, capacidad de asimilación de noxas, potencialidad para la plena actividad física en todas las edades, disfrute del placer y la espiritualidad.

En los primeros meses de vida, la madre y el niño funcionan como una unidad, y es en ese período cuando se forma la urdimbre afectiva, merced a la cual las potencialidades del niño son modeladas definitivamente en características incipientes que se irán desarrollando de manera paulatina hasta su total maduración. No se trata únicamente de la satisfacción por parte de la madre de las necesidades básicas de su niño, sino del afecto con que satisface tales necesidades. Por ello, la familia, como el entorno primario del niño responsable de su protección y sano desarrollo, desempeña un rol crucial en la prevención y la restauración del niño que experimenta violencia a temprana edad.

Para que cumpla este rol, necesitamos propiciar las condiciones para el desarrollo de familias sanas y con valores que puedan constituir el entorno propicio de afecto y cuidados para asegurar el sano desarrollo de sus hijos en todos sus aspectos (físico, mental, emocional, espiritual y social). Del entorno en estas etapas de la vida depende el desarrollo de una sociedad sana, justa y solidaria.

Vías bio-fisiopatológicas de la violencia

Adaptación biológica se refiere a cambios funcionales y estructurales en los sistemas neurobiológicos aumentan a probabilidad de supervivencia de un organismo dentro de un entorno particular de adaptación. Tales adaptaciones probablemente sirvan para cambios de comportamiento asociados con la exposición a la violencia observada encima.

Al menos dos características fundamentales de la biología proporcionan flexibilidad en el desarrollo adaptativo.

Primero, muchas influencias genéticas tienen efectos probabilísticos en el comportamiento que son contextuales dependiente. Sin embargo, muchas predisposiciones genéticas no ejercen tales efectos en contextos no violentos.

Segundo, la plasticidad neural y la poda, que producen cambios en las conexiones estructurales y funcionales dentro del cerebro en respuesta a las circunstancias y experiencias ambientales, permite el ajuste individual a los entornos de adaptación.

Problema de investigación

La desnutrición es un problema que afecta a la población más vulnerable de nuestro país, los niños. Luego de treinta y un años de batallar contra la desnutrición crónica infantil, el Ecuador no ha logrado erradicarla.

Diego Bravo (2018) en su estudio refiere:

> El Ecuador asumió la eliminación de la desnutrición crónica desde hace tres décadas y aún no logra resultados satisfactorios. Las provincias más afectadas y que registran una cifra superior al promedio nacional siguen siendo: Bolívar, Santa Elena y Chimborazo. En estas localidades, principalmente, en sus zonas rurales se evidencia que hay al menos tres factores

asociados a este padecimiento que no permiten avanzar en su reducción: pobreza, mala calidad del agua e inadecuada alimentación.
Sin embargo, esta problemática no tiene sólo que ver con la pobreza debido a que, según las cifras oficiales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, la pobreza extrema cayó del 16,5% a 7,9% en diez años. (INEC, 2018).

La última encuesta de referencia nacional del Ecuador: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012-2014) del el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC) y el Ministerio de Salud Pública (MSP), estableció que veinte y cuatro de cada cien niños menores de cinco años presentan retraso en su talla.

En Chimborazo, la tasa de desnutrición crónica se ubica en 48,8 por cada cien niños, lo que ubica a la provincia en el primer lugar de la lista a escala nacional.

Las autoridades sanitarias han reconocido algunos problemas en cuanto a las políticas manejadas: se: se han implementado siete programas desde la década de los noventa, pero a ninguno se lo dejó madurar lo suficiente para ver si funcionó o no.

En esto coincide Wilma Freire, catedrática universitaria y experta en nutrición. "No hay evaluación de programas. Cambian de ministro y viene otro, lo mismo con los directores". En consecuencia, no se cumplió uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que era bajar al 5% este indicador.

Dada la carga mundial de la desnutrición infantil y sus efectos a largo plazo en la formación del capital humano, mejorar el crecimiento y la nutrición infantil puede ser otra razón para prevenir la violencia doméstica y sus efectos secundarios en cascada. (Yount, 2011)

El problema de la violencia contra las mujeres es de tal complejidad que su solución requiere políticas y acciones coordinadas estratégicas e intersectorialmente con la participación tanto del Estado como de la sociedad civil. En este contexto son de fundamental importancia los sectores salud, normativo (judicial-legal-policial), educativo y no gubernamental.

Por un lado, tenemos el impacto de la pobreza en el desarrollo cognitivo y la adquisición de aprendizajes, que puede ser modulado no sólo por la acumulación de factores de riesgo presentes en los ambientes de crianza, sino también por las oportunidades de estimulación. Asimismo, esto varía según la susceptibilidad de cada niño al ambiente; de manera que un tipo de reactividad emocional (por ejemplo, temperamento) no implica necesariamente que se desarrollará una dificultad en algún aspecto del desarrollo autorregulatorio, sino que ello dependerá de la calidad del ambiente de crianza (Lipina S. Evers, 2017)

Después, las asociaciones entre condición socioeconómica y desarrollo cognitivo no involucran sólo el ingreso monetario, los niveles de educación y de ocupación de los padres, y las condiciones de las viviendas como factores determinantes, sino también otros relacionados con la salud, la calidad del ambiente familiar y escolar, la calidad de las interacciones entre adultos y niños, las características de las familias, los barrios y el apoyo de diferentes redes sociales (Bradley, 2002); (A. Gassman- Pines, 2006). Por lo tanto, nuestro estudio tiene pertinencia, ya que no se han estudiado en nuestro país la asociación entre estos factores en la población indígena.

Por último, resulta necesario innovar las agendas de investigación, para continuar identificando mecanismos que median el impacto de la pobreza, momentos sensibles durante el desarrollo en los cuales la exposición a los factores de riesgo o protección ejercen sus principales influencias ((Lipina, 2014); (Obradovic, 2009)

Nuestra investigación se ajusta a las recomendaciones realizadas en el estudio de Tuñón, quien propone: “Establecer una agenda de investigación interdisciplinaria focalizada en el desarrollo infantil y sus determinantes biológicos y sociales implica una conceptualización amplia que permita un acercamiento a las múltiples dimensiones y mecanismos interactivos de complejidad, de un modo sistémico, comprehensivo y coherente.”

Según Freire, es su estudio nos indica que los datos presentados confirman la presencia de una multiplicidad compleja de factores determinantes de la mala nutrición.

La ENSANUT-ECU revela que la evolución de la desnutrición crónica (retardo en talla) ha tenido una reducción muy modesta en los últimos años. No así los problemas de sobrepeso y obesidad, síndrome metabólico, diabetes e hipertensión, que van hacia un incremento acelerado y que están directamente vinculados con los estilos de vida de la población, en particular con el crecimiento en la proporción de ecuatorianos con dietas poco saludables, altos niveles de sedentarismo y el consumo de tabaco y alcohol.

Esta transición epidemiológica y nutricional amerita la construcción urgente de una estrategia nacional que se sustente en la evidencia científica y que contemple un componente de evaluación, que permita no solo alimentar el conocimiento sino sobre todo detectar las formas más eficientes de modificar los factores de riesgo y, de esta manera, reducir las altas tasas de los problemas detectados.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la asociación entre violencia contra la mujer y malnutrición en sus hijos menores de cinco años de la población indígena de cinco cantones de la provincia de Chimborazo: Riobamba, Alausí, Guamote, Guano y Colta, 2018- 2020.

Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia de malnutrición en los niños menores de 5 años de la poblacionpoblación indigenaindígena de cinco cantones de la provincia de Chimborazo.
- Caracterizar el tipo de violencia al que se encuentran expuestos las madres de los niños malnutridos, menores de 5 años del grupo de estudio
- Caracterizar los determinantes sociodemográficos de las indígenas violentadas con niños menores de 5 años. del grupo de estudio.
- Identificar la apreciación directa del concepto de violencia, que tienen las mujeres violentadas con hijos menores de 5 años del grupo de estudio.

- Obtener información del conocimiento que tienen las mujeres que viven violencia familiar sobre sus derechos y la disponibilidad de los servicios de intervención, y el efecto adverso que tiene sobre sus hijos.

HIPÓTESIS

Existe asociación entre la malnutrición en los niños indígenas menores de cinco años de la provincia de Chimborazo y la violencia ejercida a las madres por su pareja.

METODOLOGÍA

Variable dependiente: Malnutrición

Variable independiente: Violencia ejercida a la mujer

Operacionalización de variables del estudio.

Biológicas y demográficas

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA	TIPO	FUENTE
Edad del niño	Años cumplidos hasta la encuesta	Frecuencia de años cumplidos	años	Cuantitativa	Encuesta estudio N 5
Sexo del niño	Característica sexual y física	% masculino / femenino	N/A	Cualitativa	Encuesta estudio N 5
Edad de la madre	Años cumplidos hasta la encuesta	Frecuencia de años cumplidos	años	Cuantitativa	Encuesta estudio MU2

Estado nutricional

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA	TIPO	FUENTE
ESTADO NUTRICIONAL	Estado de salud de una persona en relación con los nutrientes de su régimen de alimentación.	Obesidad	Proporción de menores de 5 años con obesidad	Kg/m2	Cuantitativa	Encuesta Estudio AM1 AM2 AN17 AN18
		Sobrepeso	Proporción de menores de 5 años con sobrepeso	Kg/m2	Cuantitativa	
		Desnutrición aguda	Proporción de menores de 5 años con relación peso/talla	Desviaciones estándar	Cuantitativa	

			menos 2 desviaciones estándar			
		Desnutrición crónica	Proporción de menores de 5 años con relación talla/edad menos 3 desviaciones estándar	Desviaciones estándar	Cuantitativa	
		Normo peso	Proporción de menores de 5 años con normo peso	Desviaciones estándar	Cuantitativa	
ANEMIA	Síndrome que se caracteriza por la disminución anormal del número o tamaño de los glóbulos rojos que contiene la sangre o de su nivel de hemoglobina.	Tiene anemia	Tiene anemia	Media	Cuantitativa	Encuesta del estudio

Determinantes socioeconómicas

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA	TIPO	FUENTE
Escolaridad de la madre	Período de tiempo durante el que se asiste a un centro de enseñanza de cualquier grado para realizar estudios.	% nivel educativo	N/A	Cuantitativa	Encuesta estudio MU4
Condición laboral de la madre	Estado o situación que se realiza una actividad productiva por la que se recibe un salario	% ocupación laboral	N/A	Cualitativa	Encuesta estudio F3
Condición laboral del padre	Estado o situación que se realiza una actividad productiva por la que se recibe un salario	% ocupación laboral	N/A	Cualitativa	Encuesta estudio F3
Número de hijos	Hijos que tiene una generación, habitualmente referido a la mujer a lo largo de su vida reproductiva	Media	N/A	Cuantitativa	Encuesta estudio MU9
Ingresos del hogar	Se establece de acuerdo con los ingresos reportados, según el salario básico (400 dólares)	Media, DS	N/A	Cuantitativa	Encuesta estudio SE26.

Antecedentes y alimentación

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA	TIPO	FUENTE
Control del niño sano	Conjunto de actividades programadas destinadas al control, detección, tratamiento oportuno de patologías y/o enfermedades	% de veces que acudido al control	numérica	Cuantitativa	Encuesta estudio EH7

Lactancia exclusiva	Alimentación del lactante mediante leche materna sin ningún otro suplemento sólido o líquido, incluyendo el agua,	% de mujeres que realizaron lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses	n/A	Cualitativa	Encuesta estudio LIA2
Ablactación	Proceso gradual que posibilita la inclusión de otros alimentos más allá de la leche materna en la dieta de un niño.	Mes de inicio de la ablactación	mes	Cuantitativa	Encuesta estudio LIA3
Seguridad alimentaria	Conjunto de cualidades que hacen aceptables los alimentos a los consumidores. tanto en cantidad como en su cualidad nutricional	% de familias con seguridad alimentaria	N/A	Cualitativa	Encuesta estudio SA12

Violencia

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA	TIPO	FUENTE
Violencia	La violencia es el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte.	Fisica	Proporción de mujeres expuestas a violencia fisica con hijos menores de 5 años	Porcentaje	Cuantitativa	Encuesta del estudio de Violencia
		No fisica	Proporción de mujeres expuestas a violencia no fisica con hijos menores de 5 años	Porcentaje	Cuantitativa	

Muestra.

El presente estudio se encuentra anidado al macro proyecto "Determinantes de la malnutrición de la población indígena ecuatoriana: estudio con base secundaria a nivel nacional y estudio longitudinal en cinco cantones de la provincia de Chimborazo, 2018- 2020, Wawapak- kausay". La muestra para este estudio fue de 1148 niños/as menores de 5 años, calculada considerando el tamaño poblacional (14054 niños indígenas de áreas rurales de los

cuatro cantones según el Censo Nacional 2010), para un porcentaje esperado de desnutrición crónica infantil en indígenas de 42.34 % (ENSANUT 2012) (Freire W.B., 2012), con un nivel de confianza de 95 % y error del 3 %. Para el estudio de violencia, se utilizó una sub muestra del macro proyecto, calculada en base a una prevalencia de violencia del 20% de acuerdo con un estudio realizado en Perú, resultando en una muestra de 243 niños/as, con una precisión de 4% y un nivel de confianza del 95%. (Anexo 9)

Tipo de estudio.

Estudio mixto cuantitativo – cualitativo, el mismo que se realizó en dos momentos distintos la fase cuantitativa a través de la recolección de datos con encuesta previamente validada para caracterizar el tipo de violencia al cual están expuestas las mujeres en física y no física. La parte cualitativa se la realizo a través de recolección de información con grupos focales que profundizar percepciones sobre temas específicos y subjetivos, percibidos por las mujeres como es la violencia familiar, nutrición, formas de alimentación enniños menores a 5 años.

Procedimientos de recolección de información.

Para obtener la información de este estudio, se presentó la investigación a los padres/tutores de los menores de 5 años, y se les explicó el consentimiento informado (anexo 4), solicitando la firma de aceptación de participación.

Se incluyeron niños/as indígenas menores de 5 años, residentes de los cantones Riobamba, Alausí, Guamote, Guano y Chambo de la provincia de Chimborazo, que al momento del estudio se encontraban aparentemente sanos. Se excluyeron los niños que al momento del estudio presentaban enfermedades agudas, crónicas y/o con discapacidad que afecten su crecimiento y desarrollo. El reclutamiento se realizó mediante convocatoria a través de unidades educativas de Educación Inicial y Centros de Primera Infancia del MIESS (CNH, CIBV).

Encuestadores previamente entrenados, y después de contar con el consentimiento informado, aplicaron encuestas a las madres y/o cuidadoras de los niños.

Se aplicó la encuesta de salud y nutrición de los niños/as adaptado del cuestionario MICS-S de UNICEF y ENSANUT del MSP-INEC para niños menores de 5 años (anexo 5). De esta última se recolectó la información de las variables biológicas, socioeconómicas, acceso a servicios de salud, lactancia y alimentación complementaria y seguridad alimentaria. Las medidas antropométricas como peso, talla y perímetro cefálico fueron tomadas por nutricionistas o médicos, mediante el uso de balanzas y tallímetro calibrados en dos tomas en cada niño/a y su madre, y una tercera toma adicional si los valores difieren en 0,5 puntos.

El retraso en el crecimiento o desnutrición crónica se definió comparando las mediciones del peso y la altura de un niño con las de un estándar de referencia de la población. Los estándares de crecimiento de la población fueron desarrollados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2006, estos describen el crecimiento normal del niño desde el nacimiento hasta los cinco años de una variedad de poblaciones, en condiciones ambientales óptimas. El peso para la altura del individuo y la altura para la edad en relación con la media poblacional se expresan como puntajes Z.

En el presente estudio se definirá a la desnutrición crónica como:

- Moderada: cuando la altura o longitud para la edad se ubica en Z score -2 a -3.

- Severa: cuando la altura o longitud para la edad, se ubica en Z score <-3. (OMS. 2006)

De igual manera durante esta fase de la investigación, se procedió, conjuntamente con el personal de apoyo Kichwa - hablante perteneciente a las comunidades indígenas de Chimborazo, a aplicar la encuesta sobre violencia ejercida por la pareja (Anexo 6 y 7) hacia la madre del niño/niña, de acuerdo a la versión española del Index of Spouse Abuse (ISA) (Mcintosh, 1981).

El ISA es un instrumento de autor reporte de 30 ítems que mide la severidad y frecuencia del abuso físico (F) y no físico (NF) utilizando elementos ponderados Esta es una escala que tiene una sensibilidad de 64.5% y especificidad de 80.3%. (Weiss, 2003)

Incluye evaluación de abuso emocional, amenazas psicológicas y tácticas cohercivas, así como abuso físico y sexual, y tiene puntos de corte establecidos.

Se calculan dos puntajes de gravedad (que van de 0 a 100) a través del uso un cuestionario que valora la violencia a la cual están expuestas las madres y-o cuidadoras de los niños participantes en el estudio está compuesta por treinta preguntas, basadas en Index of Spouse Abuse (ISA; Hudson & McIntosh, 1981). Que se responden en una escala tipo Likert de cero (nunca) a cinco (muy frecuentemente) y una opción de abstinencia para no responder. Dicha encuesta evalúa la violencia ejercida hacia la mujer por su pareja y la frecuencia con la que está expuesta a actos violentos, psicológicos y físicos. Previa a la aplicación de la encuesta se realizó una capacitación a las personas que aplicaron la encuesta para así evitar el sesgo de información.

Ponderación de los ítems.

Para la interpretación de los datos obtenidos con las escalas de violencia se obtuvieron valores ponderales de acuerdo con la versión española de la escala, llevado a cabo la asignación de los pesos para cada pregunta, basándose en las consecuencias: daño emocional y daño físico, de cada tipo de violencia. A pesar de que el punto de corte para ISA- F pueda ser muy alto, esto puede al menos predecir con un alto grado de confianza, que aquellas mujeres que cumplen este criterio están siendo seriamente abusadas. (Weiss, 2003), ISA fue escogido como la mejor alternativa, para determinar situaciones de violencia continua.

Además se trabajó con grupos focales, es decir se uso la discusión grupal como forma de generar datos sobre el impacto de la violencia y la nutrición de los niños en donde se tomó en cuenta a las madres violentadas de los niños identificados con malnutrición. Y se profundizo percepciones sobre temas específicos y subjetivos, percibidos por las mujeres de grupos violentados.

Análisis de datos.

Los datos del proyecto “Determinantes de la malnutrición en menores de 5 años de la población indígena ecuatoriana: estudio con base secundaria a nivel nacional y estudio

longitudinal en cinco cantones de la provincia de Chimborazo, 2018-2020, Wawapak-kausay" fueron ingresados en el software estadístico STATA v.15 y analizados en el Statistical Package for the Social Sciences por su siglas en inglés, SPSS v.25.

Para el cálculo de los indicadores antropométricos se usó los macros para STATA del programa OMS Anthro versión 3.2.2. El análisis descriptivo se realizó mediante frecuencias, media y porcentajes. Para el cálculo de diferencias significativas entre variables, se aplicó el modelo de regresión lineal, asumiendo como nivel de significancia $p<0.05$. Por último, se realizó un análisis de regresión logística binaria para determinar la asociación entre la presencia de violencia física, no física (variable independiente,V) y malnutrición (variable dependiente VD), obteniéndose como medida de efecto el Odds Ratio (OR) y su intervalo de confianza al 95%.

Para el análisis cualitativo del grupo en estudio, se realizó a través de la técnica de grupos focales para la recolección de datos, los mismos que fueron proporcionados por mujeres indígenas (madres y/o cuidadoras de los niños) de los cantones Riobamba, Alausí y Colta participantes en el estudio con previo consentimiento informado.

En los grupos focales procedieron a realización de preguntas cortas y sencillas que permitieron profundizar percepciones sobre temas específicos y subjetivos, percibidos por las mujeres de grupos violentados abordándose temas sobre: violencia familiar, nutrición, formas de alimentación entre niños menores a 5 años.

RESULTADOS

Análisis Uni varial

Análisis cuantitativo.

Características demográficas de los niños y madres de la muestra estudiada

Se estudiaron 317 niños/as, de los cuales 51.1% fueron niñas y 48,9% niños. El 54.9% de los niños tenían edades entre los 49 a 59 meses, seguidos por los niños de 37 a 48 meses con el 19.2%, el 10,7% niños de 25 a 36 meses de edad y el 15,1 % correspondiente a menores de 24 meses. En cuanto a las características de las madres, la edad de mayor predominancia fue de 26 a 35 años con un 41.3%, seguidas de un porcentaje considerable de madres jóvenes, 33,4% entre los 13 a 25 años. (Tabla 1)

Tabla 1. Características demográficas de los niños/as y sus cuidadoras incluidos en la muestra. Chimborazo, 2018-2020 (n= 317).

	Total muestra n= 317	**Porcentaje (%)**
Sexo del niño		
Masculino	155	48,9
Femenino	162	51,1
Edad del niño		
0 a 12 meses	19	6,0
13 a 24 meses	29	9,1
25 a 36 meses	34	10,7
37 a 48 meses	61	19,2
49 a 59 meses	174	54,9
Edad de la madre		
13 a 25 años	106	33,4
26 a 35 años	131	41,3
Más de 36 años	71	22,4

No responde	9	2.8

Elaborado por: MD. Barrera/ MD. Naranjo
Fuente: Estudio "Determinantes de la malnutrición de la población indígena ecuatoriana: estudio con base secundaria a nivel nacional y estudio longitudinal en cinco cantones de la provincia de Chimborazo, 2018- 2020, Wawapak- kausay".

Características socioeconómicas de la muestra estudiada

El nivel de instrucción con mayor porcentaje para los padres y madres fue educación básica con 46,4 % y 57,7 % respectivamente. En segundo lugar, el bachillerato representado por los padres con un 37,2 % y las madres 31,2%. En cuanto a la condición laboral del grupo estudiado, el 69,9% de los padres y 31,9% de las madres tenían empleo, el 71,6% percibe un salario menor al salario básico nacional. El 56,5% de hogares tienen de 1 a 2 hijos. Tabla 2.

Tabla 2. Características socioeconómicas de los niños/as y sus cuidadoras incluidos en la muestra. Chimborazo, 2018-2020 (n= 317).

	Total muestra n	**Porcentaje (%)**
Escolaridad de la madre		
Superior	16	5,0
Bachillerato	99	31,2
Básica	183	57,7
Inicial	18	5,7
No responde	1	0,3
Escolaridad del padre		
Superior	24	7,6
Bachillerato	118	37,2
Básica	147	46,4
Preparatoria/Ninguno	19	6,0
No responde	9	2,8
Condición laboral de la madre		
Si	101	31,9
No	216	68,1
Condición laboral del padre		
Si	212	66,9
No	105	33,1

Número de hijos		
1 a 2	179	56,5
3 a 4	94	29,7
Más de 5	44	13,9
Ingreso mensual		
Mayor/Igual Salario Básico	72	22,7
Menor Salario Básico	227	71,6
No responde	18	5,7

Elaborado por: MD. Barrera/ MD. Naranjo
Fuente: Estudio "Determinantes de la malnutrición de la población indígena ecuatoriana: estudio con base secundaria a nivel nacional y estudio longitudinal en cinco cantones de la provincia de Chimborazo, 2018- 2020, Wawapak- kausay".

Control de niño sano, prácticas de alimentación y seguridad alimentaria

La Tabla 3 muestra las características de los antecedentes y alimentación
El porcentaje de asistencia al control al control del niño sano durante los últimos 6 meses es del 43,2 % lo que equivale haber acudido a dos o más veces. Por el contrario, el 38,2% nunca han acudido. Dentro de las practicas alimentarias el 87,7% recibieron lactancia materna más allá del año de edad y la ablactación fue posterior a los 6 meses de vida con un porcentaje del en un 88,3%. Por otro lado, se pudo evidenciar que un 77,4 % de la población en estudio alguna vez en los últimos 3 meses no tuvo acceso a la alimentación completa por falta de recursos económicos

Tabla 3. Control de niño sano, prácticas de alimentación y seguridad alimentaria incluidas en la muestra. Chimborazo, 2018-2020 (n= 317).

	Total, muestra N	**Porcentaje (%)**
Control del niño sano		
Dos veces o mas	137	43.2
Una vez	59	18.6
Ninguna	121	38.2
Hasta que edad recibió lactancia		
Más de un año de edad	278	87.7
De 6 meses a un año	35	11.0
Menos de 6 meses	4	1,3
Ablactación		
Antes de los seis meses	35	11.1

6 meses o mas	280	88.3
No responde	2	0.6
Seguridad alimentaria		
No	245	77.4
Si	72	22.6

Elaborado por: MD. Barrera/ MD. Naranjo
Fuente: Estudio "Determinantes de la malnutrición de la población indígena ecuatoriana: estudio con base secundaria a nivel nacional y estudio longitudinal en cinco cantones de la provincia de Chimborazo, 2018- 2020, Wawapak- kausay".

Estado nutricional de los niños/ niñas de la muestra estudiada

Del total de 317 niños/as, el 29.3% (n= 93) presentan riesgo de desarrollar sobrepeso y un 2,8% (n=9) son catalogados dentro del grupo de obesidad. Asimismo, en cuanto a datos de desnutrición se aprecia que el 0,6% (n=2) de los niños presentan desnutrición aguda y 48,9 % (n=155) desnutrición crónica. Además, se identificó anemia en el 9,5% (n=30) de los niños estudiados (Tabla 4.)

Tabla 4. Características del estado nutricional de los niños/as incluidos en la muestra. Chimborazo, 2018-2020 (n= 317).

	Total muestra n	**Porcentaje (%)**
Sobrepeso / Obesidad		
No sobrepeso (-5DE a +1DE)	215	67,8
Riesgo de sobrepeso (+1DE a +2DE)	93	29,3
Sobrepeso (+2DE a +3DE)	9	2,8
Desnutrición Aguda		
No	315	99,4
Si	2	0,6
Desnutrición crónica		
No	162	51,1
Si	155	48,9
Anemia		
No	152	47,9
Si	30	9,5

No responde	135	42,6

Elaborado por: MD. Barrera/ MD. Naranjo
Fuente: Estudio "Determinantes de la malnutrición de la población indígena ecuatoriana: estudio con base secundaria a nivel nacional y estudio longitudinal en cinco cantones de la provincia de Chimborazo, 2018- 2020, Wawapak- kausay".

Violencia ejercida a la mujer por la pareja

La violencia ejercida a la mujer se clasificó en dos categorías mujeres violentadas físicamente y violentadas no físicamente donde se observó:

De las mujeres violentadas físicamente, un 97,2% (n = 308) refierieron percibir que su pareja actúa como si quisiera matarla. Del mismo modo, el 1,9% (n=6) refiere haber sido amenazada con un objeto o arma algunas veces. Además, el 9,5% (n= 30) menciona que algunas veces, han recibido agresión física como puñetazos. También el 4,4% (n= 14) ha recibido golpes en cara y cabeza algunas veces y reportan en al menos un 2,2% (n = 7) les han pegado tan fuerte que deben buscar ayuda médica. Por otro lado, un 7,6% (n=24) argumenta que cuando su pareja ingiere alcohol, algunas veces se torna agresiva.

De igual importancia, en cuanto a la esfera sexual el 1,9% (n=6) refiere que su pareja le exige frecuentemente tener relaciones sexuales sin tener en cuenta si quiere o no. Consecuentemente, el 1,6% (n= 5) refiere que su pareja algunas veces, le hace realizar actos sexuales que no le gustan o con los cuales no disfruta (Tabla 5).

Tabla 5. Respuestas al cuestionario de violencia física ítem por ítem y sub escalas. Chimborazo, 2018-20 (n= 317).

	Total muestra n	**Porcentaje (%)**
Su pareja le hace realizar actos sexuales que no le gustan o con los cuales no disfruta.		

No desea responder	1	0,3
Nunca	303	95,6
Rara vez	5	1,6
Algunas veces	5	1,6
Frecuentemente	2	0,6
Muy frecuentemente	1	0,3
Su pareja le da puñetazos.		
Nunca	266	83,9
Rara vez	16	5,0
Algunas veces	30	9,5
Frecuentemente	4	1,3
Muy frecuentemente	1	0,3
Su pareja me amenaza con un objeto o arma (por ejemplo, un cuchillo).		
Nunca	308	97,2
Rara vez	1	0,3
Algunas veces	6	1,9
Frecuentemente	1	0,3
Su pareja le pega tan fuerte que debe buscar ayuda médica.		
Nunca	294	92,7
Rara vez	12	3,8
Algunas veces	7	2,2
Frecuentemente	3	0,9
Muy frecuentemente	1	0,3
Su pareja exige tener relaciones sexuales sin tener en cuenta si yo quiero o no.		
No desea responder	3	0,9
Nunca	297	93,7
Rara vez	4	1,3
Algunas veces	6	1,9
Frecuentemente	6	1,9
Muy frecuentemente	1	0,3
Su pareja le da golpes en la cara y la cabeza.		
Nunca	286	90,2
Rara vez	13	4,1
Algunas veces	14	4,4
Frecuentemente	2	0,6
Muy frecuentemente	2	0,6

Su pareja se pone agresiva con usted cuando toma trago.		
Nunca	278	87,7
Rara vez	5	1,6
Algunas veces	24	7,6
Frecuentemente	5	1,6
Muy frecuentemente	4	1,3
Su pareja actúa como si quisiera matarle.		
Nunca	1	0,3
Rara vez	308	97,2
Algunas veces	4	1,3
Frecuentemente	3	0,9
Muy frecuentemente	1	0,3

Elaborado por: MD. Barrera/ MD. Naranjo
Fuente: Estudio "Determinantes de la malnutrición de la población indígena ecuatoriana: estudio con base secundaria a nivel nacional y estudio longitudinal en cinco cantones de la provincia de Chimborazo, 2018- 2020, Wawapak- kausay".

A continuación, las mujeres que son violentadas no físicamente un 31,2% (n= 99) reportaron que su pareja se enfada frecuentemente si no está de acuerdo con él. De igual manera, un 30,3% (n=96) mencionaron que algunas veces, su pareja le exige obediencia ante sus caprichos.

Así también, un 24% (n=76) indicaron que su pareja muy frecuentemente les exige quedarse en casa al cuidado de los niños. Además, el 20,5% (n=65) refiere que su pareja se molesta algunas veces si la cena y las tareas del hogar no están resueltas para cuando él piensa que deberían estarlo. En consecuencia, un 18,3% (n= 58) refiere que algunas veces le tienen miedo a su pareja. Es así como, un 17,4% (n=55) de las mujeres su pareja les dice algunas veces que no podrían vivir sin él. Tabla 6.

Tabla 6. Respuestas al cuestionario de violencia no física ítem por ítem y sub escalas. Chimborazo, 2018-20 (n= 317).

	Total muestra n	**Porcentaje (%)**
Su pareja le hace sentirme inferior (por ejemplo, me dice que no valgo para nada o que no hago nada bien).		
No desea responder	1	0,3

Nunca	258	81,4
Rara vez	20	6,3
Algunas veces	34	10,7
Frecuentemente	3	0,9
Muy frecuentemente	1	0,3
Su pareja le exige obediencia ante sus caprichos.		
Nunca	183	57,7
Rara vez	24	7,6
Algunas veces	96	30,3
Frecuentemente	12	3,8
Muy frecuentemente	2	0,6
Su pareja se enfada o pone mal genio cuando le dicen que está tomando demasiado		
No desea responder	1	0,3
Nunca	236	74,4
Rara vez	38	12,0
Algunas veces	34	10,7
Frecuentemente	4	1,3
Muy frecuentemente	4	1,3
A su pareja le molesta mucho que la cena, las tareas de la casa o la colada no están hechas para cuando el piensa que deberían estarlo.		
No desea responder	1	0,3
Nunca	218	68,8
Rara vez	21	6,6
Algunas veces	65	20,5
Frecuentemente	9	2,8
Muy frecuentemente	3	0,9
Su pareja tiene celos y sospechas de mis amigos u otras personas cercanas (por ejemplo, vecinos o compañeros de trabajo).		
No desea responder	1	0,3
Nunca	275	86,8
Rara vez	8	2,5
Algunas veces	23	7,3
Frecuentemente	8	2,5
Muy frecuentemente	2	0,6
Su pareja le dice que es fea y poco atractiva.		
Nunca	295	93,1

Rara vez	5	1,6
Algunas veces	13	4,1
Frecuentemente	4	1,3
Su pareja le dice que no podría vivir sin él.		
Nunca	239	75,4
Rara vez	15	4,7
Algunas veces	55	17,4
Frecuentemente	7	2,2
Muy frecuentemente	1	0,3
Su pareja actúa como si usted fuera su criada personal.		
Nunca	285	89,9
Rara vez	3	0,9
Algunas veces	18	5,7
Frecuentemente	10	3,2
Muy frecuentemente	1	0,3
Su pareja le insulta o le avergüenza delante de los demás.		
Nunca	278	87,7
Rara vez	11	3,5
Algunas veces	23	7,3
Frecuentemente	4	1,3
Muy frecuentemente	1	0,3
Su pareja se enfada mucho si no está de acuerdo con él.		
Nunca	1	0,3
Rara vez	187	59,0
Algunas veces	16	5,0
Frecuentemente	99	31,2
Muy frecuentemente	14	4,4
Su pareja es tacaña a la hora de darme dinero para los asuntos de la casa.		
No desea responder	2	0,6
Nunca	280	88,3
Rara vez	13	4,1
Algunas veces	10	3,2
Frecuentemente	6	1,9
Muy frecuentemente	6	1,9

Su pareja controla lo que gasta y a menudo se queja de que gasto demasiado (por ejemplo, en ropa, teléfono, etc.)		
No desea responder	1	0,3
Nunca	272	85,8
Rara vez	12	3,8
Algunas veces	18	5,7
Frecuentemente	10	3,2
Muy frecuentemente	4	1,3
Su pareja no le valora intelectualmente (por ejemplo, me dice que no sé nada, que me calle, que es tonta, etc.).		
Nunca	263	83,0
Rara vez	8	2,5
Algunas veces	32	10,1
Frecuentemente	10	3,2
Muy frecuentemente	4	1,3
Su pareja exige que se quede en casa cuidando de los niños.		
Nunca	110	34,7
Rara vez	27	8,5
Algunas veces	42	13,2
Frecuentemente	62	19,6
Muy frecuentemente	76	24,0
Su pareja cree que no debería estudiar o trabajar.		
No desea responder	1	0,3
Nunca	243	76,7
Rara vez	17	5,4
Algunas veces	22	6,9
Frecuentemente	22	6,9
Muy frecuentemente	12	3,8
Su pareja no es una persona amable.		
No desea responder	3	0,9
Nunca	262	82,6
Rara vez	21	6,6
Algunas veces	7	2,2
Frecuentemente	11	3,5
Muy frecuentemente	13	4,1
Su pareja le impide que se lleven con otros (por ejemplo, mi familia, vecinas/os o compañeras/os de trabajo).		

No desea responder	2	0,6
Nunca	263	83,0
Rara vez	11	3,5
Algunas veces	15	4,7
Frecuentemente	19	6,0
Muy frecuentemente	6	1,9
Su pareja le grita por cualquier motivo.		
Nunca	255	80,4
Rara vez	11	3,5
Algunas veces	39	12,3
Frecuentemente	9	2,8
Muy frecuentemente	3	0,9
Su pareja es un mandón y me da órdenes todo el tiempo.		
Nunca	246	77,6
Rara vez	23	7,3
Algunas veces	32	10,1
Frecuentemente	13	4,1
Muy frecuentemente	3	0,9
Su pareja no respeta sus sentimientos, decisiones y opiniones.		
Nunca	258	81,4
Rara vez	18	5,7
Algunas veces	15	4,7
Frecuentemente	14	4,4
Muy frecuentemente	12	3,8
Tiene miedo a su pareja.		
No desea responder	6	1,9
Nunca	169	53,3
Rara vez	22	6,9
Algunas veces	58	18,3
Frecuentemente	36	11,4
Muy frecuentemente	26	8,2
Su pareja le trata como si fuera tonta.		
No desea responder	1	0,3
Nunca	286	90,2
Rara vez	10	3,2
Algunas veces	9	2,8

Frecuentemente	7	2,2
Muy frecuentemente	4	1,3

Elaborado por: MD. Barrera/ MD. Naranjo
Fuente: Estudio "Determinantes de la malnutrición de la población indígena ecuatoriana: estudio con base secundaria a nivel nacional y estudio longitudinal en cinco cantones de la provincia de Chimborazo, 2018- 2020, Wawapak- kausay".

Violencia física y no física ejercida a la mujer

El 31,5 % (n= 100) de las mujeres estuvieron expuestas a violencia no física, y el 18% (n= 57) a violencia física (Tabla 7).

Tabla 7. Categorización de violencia física y no física ejercida a la mujer. Chimborazo, 2018-2020 (n= 317).

Violencia ejercida hacia la mujer por su pareja	N	(%)
Violencia Física		
No maltratada	260	82,0
Maltrato Moderada/severamente	57	18,0
Violencia No Física		
No maltratada	217	68,5
Maltratada	100	31,5

Elaborado por: MD. Barrera/ MD. Naranjo
Fuente: Estudio "Determinantes de la malnutrición de la población indígena ecuatoriana: estudio con base secundaria a nivel nacional y estudio longitudinal en cinco cantones de la provincia de Chimborazo, 2018- 2020, Wawapak- kausay".

Asociación entre violencia física y no física y determinantes demográficas.

La Tabla 8 muestra la asociación entre violencia física y no física con las determinantes demográficas. De las mujeres que presentaron violencia física moderada a severa el 52,6% (n=30) eran madres de hijos varones y el 59,6 % tenían hijos comprendidos entre los 49 a 59 meses.

Por otro lado, de las mujeres que reportaron haber sufrido violencia no física el 51% (n= 51) eran madres de niñas, así como son más maltratadas las madres de niños entre 49 a 59 meses de edad tanto con violencia física y no física en un 59,6 % (n=34) y 52% (n=52) respectivamente, evidenciándose que las mujeres de 13 a 25 años tuvieron 64% menor prevalencia de violencia física que las mayores de 36 años quienes son la referencia (IC 95% 0,16 - 0,78), lo cual fue estadísticamente significativo.

Las otras variables como género, edad del niño no se asociaron significativamente con ningún tipo de violencia.

Tabla 8. Asociación entre violencia física y no física con variables demográficas.

	VIOLENCIA FISICA			VIOLENCIA NO FISICA		
	NO MALTRATADA	**MODERADA/SEVERA MALTRATADA**	**OR (IC 95%)**	**NO MALTRATADA**	**MALTRATADA**	**OR (IC 95%)**
	n (%)	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**
Sexo del niño						
Masculino	125 (48,1)	30 (52,6)	Referencia	104 (47,9)	51 (51)	Referencia
Femenino	135 (51,9)	27 (47,4)	0,83 (0,46 - 1,48)	113 (52,1)	49 (49)	0,844 (0,55 -1,42)
Edad del niño						
0 - 12 meses	16 (6,2)	3 (5,3)	0,77 (0,21 - 2,80)	16 (7,4)	3(3)	Referencia
13 a 24 meses	23(8,8)	6 (10,5)	1,07 (0,41 - 2,84	18 (8,3)	11 (11)	3,25 (0,77 - 13,80)
25 a 36 meses	29 (11,2)	5 (8,8)	0,71 (0,26 -1,97)	21 (9,7)	13 (13)	3,3 (0,803 - 0,803)
37 a 48 meses	52 (20)	9 (15,8)	0,71 (0,32 - 1,59)	40 (18,4)	21 (21)	2,8 (0,73 -10,71
49 a 59 meses	140 (53,8)	34 (59,6)	Referencia	122 (56,2)	52 (52)	2,27 (0,63- 0,63)
Edad de la madre						
13 a 25 años	99 (38,2)	13 (23,6)	0,36 (0,16 - 0,78)*	82 (37,8)	30 (30,9)	Referencia

26 a 35 años	108 (41,7)	23 (41,8)	0,58 (0,29 - 1,16)	94 (43,3)	37 (38,1)	1,07 (0,61-1,89)
Más de 36 años	52 (20,1)	19 (34,5)	Referencia	41 (18,9)	30 (30,9)	2,00 (1,06 - 3,75)

Elaborado por: MD. Barrera/ MD. Naranjo
Fuente: Estudio "Determinantes de la malnutrición de la población indígena ecuatoriana: estudio con base secundaria a nivel nacional y estudio longitudinal en cinco cantones de la provincia de Chimborazo, 2018- 2020, Wawapak- kausay".
(*) Estadísticamente significativo

Asociación entre violencia física y no física con variables socioeconómicas.

La Tabla 9. muestra la asociación entre violencia física y no física con las determinantes socio económicas: se determina que las mujeres con violencia física 63,2 % (n= 36) y violencia no física 60,6% (n= 60), su nivel de instrucción es la educación básica al igual que sus parejas. Las mujeres con educación básica tuvieron 36% menos prevalencia de violencia física (IC 95% 0,21 - 1,90) y 7,32 veces la prevalencia de violencia no física (IC 95% 0,94 - 56,70) sin ser en los estadísticamente significativo. Se observa que a un mayor nivel de instrucción de los progenitores disminuye la exposición al maltrato.

En cuanto a la condición laboral de las mujeres, aquellas que poseen un trabajo son significativamente menos violentadas que las que no disponen de trabajo, es así que las mujeres con violencia no física 66% (n= 66) y que no están empleadas tuvieron 13% menos prevalencia de violencia no fisica, mientras que las mujeres expuestas a violencia física desempleadas 64,9% (n=37) tienen 16% menor prevalencia de reporte de violencia fisica aque las que si disponen de trabajo que son referencia (IC 95% 0,52 - 1,43) lo cual no es estadísticamente significativo.

Por otra parte las mujeres con 4 a 5 hijos tuvieron 1,54 veces la probabilidad de ser violentadas no físicamente en comparación con las mujeres que tienen 1 a 2 hijos (IC 95% 0,77- 3,06) ,aunque no fue estadísticamente significativo. Observándose además que aquellas familias en donde el ingreso económico es menor al salario básico las madres presentan 33% menor probabilidad sufrir violencia física en comparación con las que perciben un salario mayor o igual al básico que son la referencia (IC 95% 0,35 - 1,28), sin ser estadísticamente significativo.

Tabla 9. Asociación entre violencia física y no física con variables socioeconómicas.

	VIOLENCIA FISICA			VIOLENCIA NO FISICA		
	NO MALTRATADA	MODERADA/ SEVERA MALTRATADA	OR (IC 95%)	NO MALTRATADA	MALTRATADA	OR (IC 95%)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Escolaridad de la madre						
Superior	16 (6,2)	0 (0)	…	15 (6,9)	1 (1)	Referencia
Bachillerato	83 (32)	16 (28,1)	0,50 (0,16 - 1,60)	69 (31,8)	30 (30,3)	6,52 (0,82 - 51,64)
Básica	147 (56,8)	36 (63,2)	0,64 (0,21 - 1,90)	123 (56,7)	60 (60,6)	7,32 (0,94 - 56,70)
Preparatoria/ Ninguno	13 (5)	5 (8,8)	Referencia	10 (4,6)	8 (8,1)	12,00 (1,29 - 111,32)
Escolaridad del padre						
Superior	20 (7,9)	4 (7,1)	Referencia	18 (8,5)	6 (6,3)	Referencia
Bachillerato	103 (40,9)	15 (26,8)	0,73 (0,22 - 2,42)	88 (41,5)	30 (31,3)	1,02 (0,37 -2,81)
Básica	113 (44,8)	34 (60,7)	1,50 (0,48 - 4,70)	95 (44,8)	52 (54,2)	1,64 (0,61 - 4,39)
Preparatoria/ Ninguno	16 (6,3)	3 (5,4)	0,94 (0,18 - 4,81)	11 (5,2)	8 (8,3)	2,18 (0,59 - 7,98)
Condición laboral de la madre						
Si	81 (31,2)	20 (35,1)	Referencia	67 (30,9)	34 (34)	Referencia
No	179 (68,8)	37 (64,9)	0,84 (0,46 - 1,53)	150 (69,1)	66 (66)	0,87 (0,52 - 1,43)
Condición laboral del padre						
Si	170 (65,4)	42 (73,7)	Referencia	147 (67,7)	65 (65)	Referencia
No	90 (34,6)	15 (26,3)	0,67 (0,35 - 1,28)	70 (32,3)	35 (35)	1,13 (0,68 - 1,86)
Número de hijos						

1 a 2	152 (58,5)	27 (47,4)	0,47 (0,22 - 1,03)	127 (58,5)	52 (52)	Referencia
3 a 4	76 (29,2)	18 (31,6)	0,63 (0,27 - 1,46)	63 (29)	31 (31)	1,20 (0,70 - 2,06)
4 a 5	32 (12,3)	12 (21,1)	Referencia	27 (12,4)	17 (17)	1,54 (0,77 - 3,06)
Ingresos del hogar						
Menor al salario básico	188 (77,4)	29 (69,6)	0,67 (0,35 - 1,28)	175 (74,5)	7,2 (79,1)	1,3 (0,71 - 2,35)
Mayor o igual salario básico	55 (22,6)	17 (30,4)	Referencia	53 (25,5)	19 (20,9)	Referencia

Elaborado por: MD. Barrera/ MD. Naranjo
Fuente: Estudio "Determinantes de la malnutrición de la población indígena ecuatoriana: estudio con base secundaria a nivel nacional y estudio longitudinal en cinco cantones de la provincia de Chimborazo, 2018- 2020, Wawapak- kausay".

Asociación entre violencia física y no física con los antecedentes de la población en estudio

La Tabla 10 muestra la relación entre violencia física y no física con los antecedentes de la población en estudio: Los hijos del 40,4% (n=23) de las madres violentadas físicamente no tuvieron ningún control del niño sano. No tener controles del niño sano se asoció con un 1,46 veces la probabilidad de ser mujeres violentada físicamente, comparadas con los niños que tuvieron 2 controles o más de niños sano que son la referencia (IC 95% 0,75 - 2,83) sin ser estadísticamente significativo.

En cuanto al tiempo que duró la lactancia materna para los niños del estudio no se evidencio gran diferencia ya que los hijos de las mujeres no violentadas 88.9% (n= 193) prolongaron la lactancia más del año de edad así como las mujeres expuestas a violencia física 82,5% (n= 47) y no física 85% (n=85).

Por otra parte la introducción de alimentos (ablactación) mayor a los 6 meses de edad en hijos del 83,9% (n= 47) de mujeres, presentan 42% menos probabilidad de ser mujeres violentadas físicamente en relación con las iniciaron ablactación tempranamente (antes de los 6 meses), (IC 95% 0,26- 1,32) sin ser estadísticamente significativo. Sin embargo los niños que comieron

menos o dejaron de comer alguna vez en los últimos tres meses por falta de recursos son hijos del 21,1% (n= 12) de las mujeres presentaron 18% menor probabilidad de ser violentas físicamente en relación a las no violentadas físicamente que son la referencia (IC 95% 0,41 a 1,64).

Tabla 10. Asociación entre violencia física y no física con antecedentes. Chimborazo, 2018-2020 (n= 317).

	VIOLENCIA FISICA			VIOLENCIA NO FISICA		
	NO MALTRATADA	MODERADA/SEVERA MALTRATADA	OR (IC 95%)	NO MALTRATADA	MALTRATADA	OR (IC 95%)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Control niño sano						
Dos veces o mas	118 (45,4)	19 (33,3)	Referencia	98 (45,2)	39 (39)	Referencia
Una vez	44 (16,9)	15 (26,3)	2,12 (0,99 -4,53)	37 (17,1)	22 (22)	1,49 (0,78 - 2,83)
Ninguna	98 (37,7)	23 (40,4)	1,46 (0,75 - 2,83)	82 (37,8)	39 (39)	1,19 (0,70 - 2,03)
Hasta que edad le dio el seno lactancia						
Más de un año de edad	231 (88,8)	47 (82,5)	Referencia	193 (88,9)	85 (85)	Referencia
De 6 meses a un año	26 (10)	9 (15,8)	1,70 (0,75 - 3,86)	22 (10,1)	13 (13)	1,34 (0,65 - 2,79)
Menos de 6 meses	3 (1,2)	1 (1,8)	1,64 (1,17 - 16,09)	2 (0,9)	2 (2)	2,27 (0,31 -16,39)
Ablactación						
Antes de los seis meses	26 (10)	9 (16,1)	Referencia	23 (10,6)	12 (12,1)	Referencia
6 meses o mas	233 (90)	47 (83,9)	0,58 (0,26-1,32)	193 (89,4)	87 (87,9)	0,86 (0,41 - 1,81)
Seguridad alimentaria						
No	196 (75,4)	45 (78,9)	Referencia	173 (79,7)	68 (68)	Referencia
Si	64 (24,6)	12 (21,1)	0,82 (0,41 - 1,64)	44 (20,3)	32 (32)	1,85 (1,08 - 3,16)

Elaborado por: MD. Barrera/ MD. Naranjo
Fuente: Estudio "Determinantes de la malnutrición de la población indígena ecuatoriana: estudio con base secundaria a nivel nacional y estudio longitudinal en cinco cantones de la provincia de Chimborazo, 2018- 2020, Wawapak- kausay".

Asociación entre violencia física y no física con estado nutricional

Dentro de las mujeres con violencia física el 50,9% (n=29) de ellas tuvieron niños con desnutrición crónica comparadas con el 48,5% (n=126) que no tuvieron desnutrición crónica. Las mujeres con violencia física tuvieron 1,10 veces la prevalencia de niños con desnutrición crónica comparadas con las mujeres que no tuvieron violencia física (IC 95% 0,6 -1,95) no estadísticamente significativo.

En cuanto al sobrepeso y obesidad el 38,6% (n= 22) de la mujeres expuestas a violencia física sus hijos presentaron riesgo de sobre peso u obesidad comparado con las de los hijos de madres que no tuvieron violencia física (30,8%, n= 80), presentando 1,41 veces la prevalencia de riesgo de sobre peso u obesidad (0,78- 2,56) sin ser estadísticamente significativo. Tabla 11

Tabla 11. Asociación entre violencia física y no física con estado nutricional. Chimborazo, 2018-2020 (n= 317).

	OBESIDAD &SOBREPESO			DESNUTRICION AGUDA			DESNUTRICION CRONICA		
	NO	RIESGO / SOBREPESO	OR (IC 95%)	NO	SI	OR (IC 95%)	NO	SI	OR (IC 95%)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
VIOLENCIA FISICA									
NO	180 (69,2)	80 (30,8)	Referencia	258 (99,2)	2 (0,8)	…	134 (51,5)	28 (49,1)	Referencia
SI	35 (61,4)	22 (38,6)	1,41 (0,78-2,56)	57 (100)	0 (0,0)	…	126 (48,5)	29 (50,9)	1,10 (0,62-1,95)
VIOLENCIA NO FISICA									
NO	147 (67,7)	70 (32,3)	Referencia	215 (99,1)	2 (0,9)	….	113 (52,1)	104 (47,9)	Referencia
SI	68 (68)	32 (32)	0.99 (0,60-1,64)	100 (100)	0 (0,0)	…	49 (49)	51 (51)	1,01 (0,61-1,68)

Elaborado por: MD. Barrera/ MD. Naranjo
Fuente: Estudio "Determinantes de la malnutrición de la población indígena ecuatoriana: estudio con base secundaria a nivel nacional y estudio longitudinal en cinco cantones de la provincia de Chimborazo, 2018- 2020, Wawapak- kausay".

Asociación entre violencia física y no física con anemia.

De las mujeres que presentan violencia física 50,9% (n= 29) tuvieron hijos con anemia comparada con el 48,5 % (n =126) que no presentaron anemia; las mujeres con violencia física presentaron 1,10 veces mayor prevalencia de hijos con anemia en relación con las mujeres que no tuvieron violencia física (IC 95% 0,62- 1,95) sin ser estadísticamente representativo. De las mujeres expuestas a violencia no física 26,9% (n= 14) sus hijos presentaron anemia en comparación con los hijos de las mujeres que no presentaron violencia no física; encontrándose 2,63 veces prevalencia de sus hijos presentar anemia (IC 95% 1,17- 5,88) lo cual es estadísticamente significativo. Tabla 12.

Tabla 12. Asociación entre violencia física y no física con anemia. Chimborazo, 2018-2020 (n= 317).

	ANEMIA		
	NO	**SI**	**OR (IC 95%)**
	n (%)	**n (%)**	**n (%)**
VIOLENCIA FISICA			
NO	134 (51,5)	28 (49,1)	Referencia
SI	126 (48,5)	29 (50,9)	1,10 (0,62- 1,95)
VIOLENCIA NO FISICA			
NO	114 (87,7)	16 (12,3)	Referencia
SI	38 (73,1)	14 (26,9)	2,63 (1,17- 5,88) *

Elaborado por: MD. Barrera/ MD. Naranjo

Fuente: Estudio "Determinantes de la malnutrición de la población indígena ecuatoriana: estudio con base secundaria a nivel nacional y estudio longitudinal en cinco cantones de la provincia de Chimborazo, 2018- 2020, Wawapak- kausay".

(*) Estadísticamente significativo

ANÁLISIS CUALITATIVO

La Tabla 13 presenta las observaciones realizadas por los investigadores sobre la percepción que tienen las mujeres ante la violencia ejercida hacia la mujer el cambio que ha presentado a lo largo de los años disminuyendo la tasa de violencia, así como la influencia de la creencias religiosas y el mejor y mayor acceso a la educación para poder afrontar esta problemática ya que las hace conocedoras de sus derechos.

En cuanto a la percepción del cuidado de los niños en el hogar, se percibe un mayor compromiso y responsabilidades compartidas para el cuidado. La percepción de la violencia y la desnutrición no ha cambiado, ya que las prácticas nutricionales que van de generación en generación influyen de manera significativa para que los niños dispongan de un régimen alimenticio balanceado. Las personas encuestadas refieren que los productos ricos en proteínas son vendidos o intercambiados por carbohidratos, lo cual se relaciona fuertemente con las tasas de malnutrición.

Tabla 13. Percepcion de las mujeres violentadas sobre las situación actual en sus nucleos familiares y sociales Chimborazo, 2018-2020.

	Observaciones	**Expresiones**
Rol de la mujer en la familia y cuidado niños	Las mujeres de mayor edad (40 años) tendían a aceptar la violencia familiar, y el maltrato físico hacia ellas y sus hijos. Las mujeres mayores tenían un rol más pasivo, los matrimonios eran impuestos. A menor edad de las madres, mayor nivel escolar y menor número de hijos con mayores oportunidades y tiempo para el cuidado. Mayor migración hacia la ciudades padres madres se quedan al cuidado de los menores. Menor número de hijos en nuevas generaciones mujeres (20- 35 años). Familias de grupos nucleares de tres o cuatro personas	"Ahora se conoce derechos" "Yo no me dejo pegar" “Tener menos hijos da oportunidades de mejor futuro tanto en lo económico como en la educación y trabajo” “ La educación en la escuela ha mejorado”

Percepción relación de violencia y pareja	Nueva percepción religiosa (evangélica) disminuye el número de actividades lúdicas (fiestas), consumo de alcohol por ende menor agresividad física, sexual y verbal de sus parejas. Matrimonios arreglados y no por amor presentan mayor prevalencia de violencia. Protección a la mujer por los miembros familiares. Reconocen que hay más diálogo y que los tiempos han cambiado y ya no hay tanta violencia por que ya no toman como antes.	"Ya no son tan pobres no hay como gastar plata en trago se alcolizan ya no pegan a sus mujeres." "No había como defender" " No hay tanta fiesta" "Por eso también les pegaban, les pateaban, les ponía tristes y con miedo de todo" "No había como defender, todo callábamos, era el destino de la vida hacerse de compromiso" "Ahora se conoce de derechos" "Las mujeres, por ejemplo, ya juegan futbol y voley"
Influencia de violencia con cuidado hijos y alimentación	Protección a la mujer por los miembros familiares mayor nivel de instrucción en relación a generaciones previas, acceso al dialogo. La iglesia cumple un papel regulador y moralizador de la comunidad. Los roles familiares son más compartidos. Cada vez más el padre también se involucra en el cuidado de los niños. Numero de comidas promedio por día de 2 a 3 veces al día alta en carbohidratos baja en proteínas.	"Hijos enfrentan a los padres" "Ahora los hijos ya defienden y se enfrentan al papá y le dicen por que le quiere pegar a mi mamita papito, eso no se hace" "Yo no me dejo pegar"
Factores, elementos relacionan con violencia y desnutrición crónica	El trabajo agrícola en el campo continua siendo la principal relación simbólica y práctica en la cultura kichwa. Fuente de ingresos y alimentación se basa en la agricultura y ganadería de especies menores. Minifundio. menos espacio de cultivo y reproducción Venta de productos agrícolas (proteínas), mayor consumo de carbohidratos. Consumos de agua no potable.	" Venta de productos en el mercado" "Busca de ganar más dinero" "Ya no es un tiempo de tanta pobreza como antes" "La educación en la escuela ha mejorado"

Elaborado por: MD. Barrera/ MD. Naranjo

Fuente: Estudio “Determinantes de la malnutrición de la población indígena ecuatoriana: estudio con base secundaria a nivel nacional y estudio longitudinal en cinco cantones de la provincia de Chimborazo, 2018- 2020, Wawapak- kausay”.

DISCUSIÓN

La violencia contra la mujer ejercida por la pareja es un problema que impacta en la salud de la mujer, en el entorno familiar, y por tanto, en la nutrición de los hijos. El estudio y la concepción de la violencia es complejo, dados los múltiples factores que inciden sobre el mismo, y más cuando se trata de investigar lo que sucede en la población indígena debido al contexto sociocultural en el cual se desenvuelven. La violencia ejercida contra la mujer es un problema global. A nivel mundial, del 11 al 71% de las mujeres han reportado previamente violencia doméstica.

En el presente trabajo de investigación, los resultados revelaron, que la violencia física ejercida hacia la mujer aún persiste en las comunidades indígenas de la provincia de Chimborazo, observándose que el 31,5% de las mujeres se encuentran expuestas a violencia no física y un 18% a violencia física. De éstas, el mayor porcentaje de mujeres violentadas tienen de 26 a 35 años, evidenciándose que las mujeres de 13 a 25 años tuvieron 64% menor prevalencia de violencia física que las mayores de 36 años quienes fueron su referencia. De igual forma, las mujeres con un menor nivel de instrucción y que no se encuentran empleadas presentan mayor frecuencia de exposición a la violencia.

Al asociar violencia ejercida a la mujer y su repercusión con el estado nutricional de sus hijos menores de 5 años, se observó que 50,9% de las mujeres violentadas físicamente tuvieron 1,10 veces mayor prevalencia de niños con desnutrición crónica. De igual modo, las mujeres expuestas a violencia no física tuvieron 1,41 veces mayor probabilidad de que sus hijos presenten de sobre peso u obesidad. Sin embargo, esas asociaciones no fueron estadísticamente significativas.

Por otro lado, los hijos de mujeres violentadas no físicamente, tienen 2,63 veces (IC 95% 1,17 – 5,88) mayor prevalencia de presentar anemia, lo cual fue estadísticamente significativo.Este resultado es comparable con los resultados obtenidos por Ackerson y Subramanian, quienes encontraron una asociación entre la violencia ejercida a la mujer y anemia en sus hijos (IC 95%

1.08, 1.48). (Ackerson, 2008) La razón fisiológica del por qué el estrés psicológico puede estar asociado con anemia, es debido a que el estrés psicológico es un factor de riesgo para el estrés oxidativo, un término descrito para explicar el número de reacciones químicas que producen radicales libres y otras moléculas orgánicas capaces de dañar cualquier tejido vivo. (Halliwell, 1994) Este estrés oxidativo puede destruir los glóbulos rojos prematuramente, actuando como una posible causa de anemia hemolítica. (F. Lang, 2006) (Sivilotti, 2004)

El estrés crónico, produce reacciones de reducción a largo plazo, esto traduce a que el estrés interfiere con la síntesis de proteínas necesaria para la creación de nuevos glóbulos rojos. A su vez, el estrés psicológico también podría estar relacionado con la insuficiencia ponderal.
(K. Mischeler, 2005). Aunque en nuestro estudio no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre desnutrición crónica y violencia, se confirma una elevada prevalencia de desnutrición crónica en la población investigada en la provincia de Chimborazo, del 48,9%, que se corrabora con los datos ENSANUT 2018 (Mendoza Natali, 2018)

Según el ENSANUT 2018 en la provincia de Chimborazo un 51,9% de la población general de mujeres mayores de 15 años han experimentado por lo menos un hecho de violencia a lo largo de su vida, de estas el 64% son mujeres que se autoidentifican como indígenas, con una prevalencía de violencia en los últimos 12 meses del 26,1%, de estas decimos que la violencia hacia las mujeres indígenas por parte de su pareja representa el 47,1%, (Mendoza Natali, 2018) datos que son comparables con los encontrados en nuestro estudio, donde se identificó un 49,5 % de violencia ejercida hacia la mujer.

De acuerdo a Yount, la exposición de violencia a la mujer en el contexto familiar, durante el período prenatal o en la infancia de sus hijos, son factores estresores y potencialmente irreversibles, que afectan directamente el funcionamiento intelectual, de comportamiento, de salud y desarrollo de sus niños. Los hijos de estas madres tienden a presentar mayor riesgo de mortalidad (Rico et al. 2010), no tienen cuidados preventivos adecuados, en eso se incluye menos inmunizaciones, mayor prevalencia de enfermedades o infecciones. Así como, las prácticas de lactancia y de crianza en los hijos de las madres que han experimentado violencia

ejercida por su pareja van desde deficientes hasta lo que algunos autores llaman compensatorio. (Yount, 2011)

Por otra parte, en el análisis cualitativo la percepción de la violencia por parte de las mujeres con hijos menores de cinco años, participantes en el estudio, fue que existe menos violencia contra la mujer que en generaciones pasadas. Los factores identificados que debilitan esta exposición fueron el menor número de hijos, un mayor nivel educativo de las mujeres y mayor compromiso del núcleo familiar en el cuidado de los hijos.

La alta prevalencia de violencia física y no física, con rangos del 22 hasta el 60%, tienen un impacto en la salud y nutrición de los niños, lo que hace que sea crítico el poder entender su impacto en la nutrición infantil. (Kavita Sethuraman, 2006). Es por ello por lo que, el empoderamiento de la mujer, que se refiere al acceso y al control de los recursos, que se extiende a su capacidad de tomar decisiones del hogar, empleo, bienes, gastos, fertilidad, sexualidad, que es un indicador del empoderamiento femenino, lo que ha contribuido a la reducción de más del 50% de la prevalencia de la emaciación. (L. Smith, 1999). Así como, el nivel de instrucción secundario en la mujer contribuye a un mayor beneficio, aunque esto se ve potencializado cuando la mujer también tiene acceso moderado a recursos y riqueza. (B. Reed, 1996) (A. Malhotra, 2003)

Nuestro estudio no mostró una asociación entre violencia ejercida a la mujer y la desnutrición crónica, sobrepeso y obesidad en sus hijos, probablemente debido a que se trata de un problema multifactorial, donde otros factores, como los socioeconómicos y los relacionados con el cuidado, estarían mejor correlacionados. Lo que es comparable con los hallazgos de Ackerson, quien indica en su estudio que no encontraron asociación con desnutrición crónica en aquellos hijos de madres con violencia emocional, física leve o sexual. (Ackerson, 2008)

Varias han sido las políticas gubernamentales instauradas para disminuir los niveles de malnutrición, tales como el incremento de la cobertura, accesibilidad de servicios de desarrollo infantil, consumo de micronutrientes, alimentos saludables y la mejora en los servicios básicos. Aunque es importante enfatizar que, a pesar de las varias políticas y estrategias implementadas

para contrarrestar el problema nutricional de los menores de cinco años, no han sido totalmente efectivas debido a que ha no hay una visión general del entorno y factores sociales involucrados en el desarrollo físico y nutricional de los niños, sectorizando únicamente el abordaje del ámbito alimenticio de los menores.

Probablemente, esto es atribuible a la falta de procesos de seguimiento crítico y evaluación de las políticas instauradas, ya que estas han estado atestadas de trámites burocráticos y no han tomado en cuenta la participación de la comunidad. Las causas directas de la malnutrición incluyen las prácticas inadecuadas de cuidado por parte de las madres hacia los niños, así como el deficiente toma de medidas preventivas y acceso a cuidados de salud de sus hijos.

Dentro de las limitaciones encontradas en nuestro estudio, se encuentran que la mayoría de las mujeres indígenas no tiene la costumbre de hablar acerca de su vida familiar, y si existe violencia tienden a no reportarla, por miedo, vergüenza, o la idea de que estos patrones socioculturales no tienen solución, por lo que la prevalencia de ésta podría ser más alta.
Las ventajas de nuestro estudio, a más de realizar un estudio de tipo cuantitativo, fue la realización de la metodología cualitativa, con la cual se pudo entender la dinámica familiar, sociocultural en la cual se desenvuelven las mujeres indígenas de Chimborazo. A su vez, otra ventaja fue el contar con mujeres nativas quienes fueron un nexo cultural y lingüístico con la comunidad.

CONCLUSIONES

Concluimos que nuestro estudio encontró una mayor prevalencia de violencia no física, 31,5%, con relación a la violencia física 18%. El perfil de la mujer que sufre mayor prevalencia de violencia en nuestro estudio fue la mujer de un nivel educativo básico, que posee de uno a dos hijos, mayoritariamente madres de varones.

Se encontró en las mujeres con violencia física un 50,9 % tuvieron hijos con desnutrición crónica, un 38,6% con riesgo de sobrepeso u obesidad; así como las mujeres con violencia no física un 51% con niños con desnutrición crónica, 32% con riesgo de sobrepeso u obesidad. No se encontró asociación significativa entre violencia física o no física contra la mujer y desnutrición crónica, aguda o sobrepeso u obesidad.

Se observó que las mujeres con violencia física tuvieron 50,9% niños con anemia y las mujeres con violencia no física tuvieron 26,9% de niños con anemia. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre violencia no física contra la mujer y anemia en los niños (OR 2,63 IC 95% 1,17 - 5.88). Esto es importante dado que, existen estudios que relacionan la violencia hacia la mujer con un menor cuidado a sus hijos, y por ende un detrimento en la nutrición de sus hijos.

A su vez, se evidenció que la percepción de las mujeres en cuanto a la violencia en generaciones pasadas ha disminuido y a la vez ha mejorado el cuidado y atención hacia los hijos. La implementación de mejores servicios básicos, salud, el acceso a un mejor nivel educativo, menor número de hijos e incluso la influencia religiosa (evangélica) que poseen las mujeres, han contribuido positivamente a este empoderamiento de la mujer, lo que ha favorecido a un mejor cuidado a sus hijos.

Quizás la dificultad más relevante es el hecho de que se ha normalizado la violencia en nuestra sociedad, que a veces resulta difícil reconocerla, hecho que se refleja en el escaso número de investigaciones que incluyen mujeres indígenas argumentando que tienen sus propias leyes o

formas de vida y negando la posibilidad de establecer acceso a la defensa, y conocimientos sobre las consecuencias que estas pueden tener sobre su salud y la de sus hijo.

RECOMENDACIONES

Para finalizar creemos importante realizar algunas recomendaciones basadas en los resultados y conclusiones del estudio tanto para los diferentes sectores de la sociedad para poder tener una respuesta efectiva ante la problemática:

Para el Ministerio de Salud Pública y las autoridades locales

- Promover los programas de inclusión social, y dar seguimiento a la pluriculturalidad
- Garantizar que se respeten los derechos universales de los ciudadanos, independientemente de los dogmas culturales.
- Proveer a los prestadores de salud de herramientas y capacitaciones adecuadas para el abordaje de los temas de violencia y sus consecuencias

Para el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES):

- Realizar seguimientos continuos de las familias en riesgo
- Enfatizar el empoderamiento de la mujer y sus ventajas comunitarias

Para los pediatras

- Promover la adquisición de conductas asertivas en las madres para el cuidado y alimentación de sus hijos
- Profundizar más en el estudio de los efectos de la violencia en las distintas etapas de desarrollo de los niños, incluidas el período perinatal.

Para futuras investigaciones

- Realizar un seguimiento global a los programas de desarrollo y nutrición infantil, sin dejar de lado el binomio madre hijo, que es fundamental en los primeros años de vida.
- Continuar con más estudios longitudinales que abarquen el período prenatal para poder establecer esta causalidad.
- Integrar más estudios cualitativos ya que los resultados obtenidos se ajustan más a la realidad de la población estudiada.
- Realizar seguimiento a largo plazo del estado nutricional y afectivo de los niños hijos de las madres violentadas.

LISTADO DE ANEXOS

ANEXO 1. Autorización del Ministerio de Salud Pública del Ecuador

ANEXO 2. Carta de Autorización del Ministerio de Educación

ANEXO 3. Carta de Autorización de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

ANEXO 4. Consentimento informado

ANEXO 5. Instrumento Aplicado

ANEXO 6. Encuesta anidada de Violencia

ANEXO 7. Encuesta traducida a Kichua

ANEXO 8. Carta apoyo MIES

ANEXO 9. Cálculo de la muestra

ANEXO 1. AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud
Dirección Nacional de Inteligencia de la Salud

Oficio Nro. MSP-DIS-2018-0197-O

Quito, D.M., 11 de octubre de 2018

Asunto: Respuesta a la solicitud de evaluación del protocolo MSPCURI000272-3: "Determinantes de la malnutrición en menores de 5 años de la población indígena ecuatoriana..."

Señora
María Fernanda Rivadeneira Guerrero
En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al oficio No. MSP-DNGA-SG-10-2018-13193-E de fecha 24 de septiembre de 2018, en el que la investigadora principal, Dra. María Fernanda Rivadeneira, remite el protocolo del estudio observacional denominado: ***"Determinantes de la malnutrición en menores de 5 años de la población indígena ecuatoriana: estudio con base secundaria a nivel nacional y longitudinal en cinco cantones de la provincia de Chimborazo, 2018-2020, Wawapak-kausay"***, codificado por la Dirección Nacional de Inteligencia de la Salud (DIS) como MSPCURI000272-3, una vez subsanadas las observaciones emitidas mediante informe técnico No. MSP-DIS-2018-0173-O de fecha 05 de septiembre de 2018, cumplidos los requisitos mínimos para la evaluación del mismo y contando con el criterio favorable de la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control y la Dirección Nacional de Promoción de la Salud, se **APRUEBA** la versión adjunta del protocolo.

Cabe recalcar que la versión aprobada del ***Formulario para la Presentación de Protocolos de Investigaciones Observacionales en Salud con Muestras Biológicas Humanas*** que se presentó a esta Dirección mediante oficio No. MSP-DNGA-SG-10-2018-13193-E, no se encuentra en el formato establecido a partir del 11 de junio del presente, a pesar de que la anterior presentación de este estudio sí contaba con este nuevo formato. Sin embargo, dado que la Dirección Nacional de Inteligencia de la Salud busca promover el desarrollo de las investigaciones en salud sin retrasar el inicio de las mismas, se ha decidido dar una respuesta favorable para su ejecución. Ante lo cual, se sugiere tener que en cuenta que para futuras solicitudes de aprobación de estudios observacionales, el formato del formulario deberá ser el que consta en la página web institucional del Ministerio de Salud Pública (https://www.salud.gob.ec/autorizacion-de-investigaciones-en-salud/).

Le recordamos que una vez finalizada la investigación, es responsabilidad del investigador principal enviar a esta Dirección, a la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control y a la Dirección Nacional de Promoción de la Salud los resultados de la misma; así como, las publicaciones que se realicen como producto de este estudio.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud
Dirección Nacional de Inteligencia de la Salud

Oficio Nro. MSP-DIS-2018-0197-O

Quito, D.M., 11 de octubre de 2018

La Dirección Nacional de Inteligencia de la Salud, aprueba los protocolos de los estudios observacionales en el ámbito de sus competencias, en base a una revisión de la calidad metodológica y ética de los estudios. Sin embargo, el contenido, la autoría y la responsabilidad sobre los resultados del estudio corresponden al Patrocinador y al Investigador Principal, exonerando al Ministerio de Salud Pública de cualquier acción legal que se derive por esta causa.

Cabe mencionar que si bien los resultados podrían contribuir a la salud pública, estos no son de carácter vinculante para esta Cartera de Estado.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Med. Adriana Elizabeth Granizo Martínez.
DIRECTORA NACIONAL DE INTELIGENCIA DE LA SALUD

Referencias:
- MSP-DNGA-SG-10-2018-13193-E

Anexos:
- 13193..pdf
- protocolo_mspcuri000272_1034647300153918987 7.pdf
- protocolo_mspcuri000272_2074340500153918987 7.pdf
- protocolo_mspcuri000272_3009688500153918987 8.pdf
- protocolo_mspcuri000272_4048260100153918987 8.pdf
- mspcuri000272-3.pdf

Copia:
Doctora
Laura Arcos Terán
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR-PUCE

Señora Magíster
Ana Lucía Bucheli Betancourt
Directora Nacional de Promoción de la Salud

Señor Especialista
Ronald Roberty Cedeño Vega
Director Nacional de Estrategias de Prevención y Control

Señorita Doctora
Cristina Magdalena Paez Aviles
Especialista de Investigacion y Analisis 1

ANEXO 2. CARTA DE AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Memorando Nro. MINEDUC-DNIE-2019-00023-M

Quito, D.M., 01 de marzo de 2019

PARA: Sr. Antrop. Patricio Fabian Rivera Tapia
Coordinador Zonal de Educación, Zona 3 (e)

Sr. Mgs. Paul Rafael Mayorga Vallejo
Director Distrital de Educación 06D02-Chunchi - Alausi (E)

Mauro Ivan Soque Duchi
Director Distrital de Educación 06D04- Colta - Guamote (e)

Cesar Arturo Coello Vilema
Director Distrital de Educación 06D05 - Guano - Penipe

Sra. Maria Fernanda Rivadeneira Guerrero

ASUNTO: Aprobación de la propuesta de investigación "Determinantes de la malnutrición en menores de 5 años de la población indígena ecuatoriana: estudio con base secundaria a nivel nacional y longitudinal en cinco cantones de la provincia de chimborazo.../

De mi consideración:

Me permito comunicar que la propuesta de investigación titulada **"Determinantes de la malnutrición en menores de 5 años de la población indígena ecuatoriana: estudio con base secundaria a nivel nacional y longitudinal en cinco cantones de la provincia de Chimborazo, 2018-2020, "Wawapak-kausay"**, presentada 19 de noviembre de 2018 por Maria Fernanda Rivadeneira Guerrero, con cédula de identidad número 1711111185, docente investigadora de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador de Quito, y aprobada por la Dirección Nacional de Investigación Educativa el 01 de marzo de 2019, en los términos y según la información que se remite como adjunto.

Revisada la documentación presentada, pongo en su conocimiento que la investigadora ha cumplido con el protocolo definido. Entre los aspectos considerados se destacan:

1.- Diseño de la investigación y metodología: tiene la aprobación técnica por parte de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador de Quito, el Ministerio de Salud Publica y la Dirección Nacional de investigación Educativa.
2.- Descripción de las instituciones educativas: la investigadora ha seleccionado veinte y tres instituciones educativas, correspondiente a la zona 3 y que a continuación se detalla.

Memorando Nro. MINEDUC-DNIE-2019-00023-M

Quito, D.M., 01 de marzo de 2019

NÓMINA DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS

Codigo de la Zona	Codigo del Distrito	Codigo AMIE	Nómina de Instituciones Educativas
03	06D02	06B00137	Unidad Educativa Fiscal "Totoras"
03	06D02	06B00166	Unidad Educativa "Quislag"
03	06D02	06B00176	"Juan Francisco Yerovi"
03	06D02	06B00185	"Angel Erminio Silva Olivo"
03	06D02	06H00527	Unidad Educativa "San Francisco de Sales"
03	06D02	06H00536	Colegio "Federico Gonzalez Suarez"
03	06D02	06H00537	Unidad Educativa "Ciudad de Alausi"
03	06D02	06H00660	"Juan Francisco Yerovi "
03	06D04	06B00298	"Cecibeb Pacifico Chiriboga"
03	06D04	06H00701	Escuela de Educación Basica Dr. "Amable Rosero
03	06D04	06B00361	Unidad Educativa Comunitaria Intercultural Bilingüe "Atahualpa"
03	06D04	06B00371	Cegbib "Manuel del Pino"
03	06D04	06H00968	Colegio Nacional "Velasco Ibarra"
03	06D04	06H01764	Centro Educativa "Inti Sisa"
03	06D05	06H01032	Unidad Educativa Dr. "Alfredo Pérez Guerrero"
03	06D05	06H01044	Unidad Educativa Dr. "Gabriel Garcia Moreno"
03	06D05	06H01046	Unidad Educativa del "Milenio Guano"
03	06D05	06H01088	Unidad Educativa "San Andres"
03	06D05	06H01090	Unidad Educativa "Tuntatacto"
03	06D05	06H01094	Unidad Educativa "Batzacon"
03	06D05	06H01158	Unidad Educativa "San Gerardo"
03	06D05	06H01172	Unidad Educativa san isidro
03	06D05	06H01175	Unidad Educativa Rumiñahui"

3.- Participantes: la investigadora ha seleccionado los sujetos de acuerdo con las fases del estudio:

FASE 1: (analisis de datos secundarios): No involucra recolección de datos en sujetos puesto que se basa en datos secundarios de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), realizada en el año 2012.

Memorando Nro. MINEDUC-DNIE-2019-00023-M

Quito, D.M., 01 de marzo de 2019

FASE 2: (Línea base del estudio): Se incluirán niños/as de 0 a 4 años 11 meses y 29 días de edad identificados por sus madres como indígenas, residentes de los cantones: Riobamba, Alausí, Guamote, Guano y Colta, de la provincia de Chimborazo, que acepten participar del estudio y hayan firmado el consentimiento informado. La muestra será 1148 niños/as calculada en base al tamaño poblacional…//

Fase 3: Seguimiento a una sub-muestra de las comunidades de Chimborazo, para verificar las asociaciones identificadas en las fases previas, mediante un estudio longitudinal, que incluirá a 200 niños, los cuales tendrán un seguimiento por un período de un año, con visitas domiciliarias cada 3 meses. Se seleccionaron niños entre 0 a 2 años para el seguimiento ya que es la ventana crítica en el desarrollo del niño. La nutrición en los primeros 1000 días de vida es la clave esencial para una futura vida sana…//

4.- Instrumentos a ser empleados: son pertinentes y están enmarcados en el tema de investigación, sin embargos sería oportuno que las autoridades de la institución educativa realicen observaciones permanentes sobre la aplicación de los instrumentos y las actividades a realizarse con las niñas y niños de la institución educativa. Además el procedimiento de toma de muestras antropométricas, sangre y heces se deben efectuar acorde a los protocolos aprobados por el Ministerio de Salud, Comité de Ética en muestras humanas.

La investigadora ha entregado los documentos que le acreditan como docente investigadora de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador de Quito.

Autorizar el ingreso a las Instituciones educativas de las personas claves de la investigación, los mismos que deben llevar sus documentos de identificación personal y el de la institución a la que representa, de acuerdo a la nómina que a continuación se detalla.

NÓMINA DE INVESTIGADORES AUTORIZADOS

Apellidos y nombres	Nro. de Cédula de identidad	Correo electrónico	Nro. de telefónico	Función que desempeña	Ingresa a la I.E
Rivadeneira Guerrero María Fernanda	1711111185	mfrivadeneirag@puce.edu.ec	299700 ext 1858	Investigadora principal	Sí
Ana Lucia Moncayo Benalcázar	1711447993	amoncayo708@puce.edu.ec	299700 ext 2967	Investigador 1	Sí
Betzabe Magdalena Tello Ponce	1712244467	bmtello@puce.edu.ec	299700 ext 2881	Investigador 2	Sí
Gladys Jannett Buitrón Sánchez	1706833645	gbuitron860@puce.edu.ec	299700 ext 2967	Investigador 3	Sí
Ricardo Fabricio Astudillo Silva	1716769300	rfastudillo@puce.edu.ec	299700 ext 1858	Investigador 4	Sí
Andrea Carolina Estrella Proaño	1711952802	acestrella@puce.edu.ec	299700 ext 2842	Investigador 5	Sí
Ana Lucia Torres Castillo	1706916358	Torres331@puce.edu.ec	299700 ext 1994	Investigador 6	Sí

Mencionados los incisos anteriores, la Dirección Nacional Investigación Educativa autoriza la investigación propuesta por la señorita María Fernanda Rivadeneira Guerrero, con las siguientes condiciones:

- Presentar a los/as rectores/as o directores/as del establecimiento educativo y a las autoridades del distritos la presente autorización, así como la documentación aprobada por la DNIE, para el desarrollo del estudio.
- Iniciar la aplicación de los instrumentos en las fechas programadas, según el horario establecido y con autorización de las autoridades de las instituciones educativas, de acuerdo a la documentación aprobada por el Ministerio de Salud Pública, la investigación inició desde el 12 de noviembre de 2018 y culminará el 28 de febrero

Memorando Nro. MINEDUC-DNIE-2019-00023-M

Quito, D.M., 01 de marzo de 2019

de 2020 con la entrega de los resultados de la investigación, a las instituciones educativas, Dirección Nacional de Investigación Educativa del Ministerio de Educación, según el cronograma de actividades presentado.

- Utilizar la información exclusivamente para el objetivo de la investigación.
- Informar oportunamente a las instituciones educativas, distritos y a la Dirección Nacional de Investigación Educativa, sobre cambios que fueran necesarios para el desarrollo del trabajo de investigación.
- Proporcionar un informe referente a todos los resultados estadísticos de la investigación, el mismo que formará parte del repositorio de investigaciones educativas y serán publicadas en el catalogo pertinente. El informe hará referencia a los principales resultados estadísticos, recomendaciones y conclusiones de la investigación.
- Finalizado el estudio y una vez aceptado / aprobado el documento final (por el tutor o la entidad auspiciante), la investigadora deberá entregar todos los productos que se hubieren generado a la Dirección Nacional de Investigación Educativa (DNIE) del Ministerio de Educación, en formato digital (PDF) y en el plazo máximo de 20 días laborables. Los productos esperados son:

1. Instrumentos de recolección de información firmados.
2. Bases de datos.
3. Informe final con todos los resultados estadísticos, conclusiones y recomendaciones de la investigación realizada.
4. Carta de aprobación del informe final, aprobada por el tutor / entidad auspiciante.
5. Otros documentos que se generen en el marco de la presente investigación, y,
6. Asentimientos y consentimientos informados, firmados por los participantes y autoridades de la institución educativa.

Por lo expuesto, solicito se ponga en conocimiento de las autoridades de los Distritos y de las instituciones educativas correspondientes, sobre la aprobación de la propuesta de investigación con la finalidad de que se realice el seguimiento y monitoreo que viabilice el cumplimiento de las actividades de la investigadora en los términos, condiciones y fechas establecidas en el formulario de presentación de propuestas de investigación que se encuentra en adjunto.

Importante: El Director/a, Rector/a de las instituciones educativas están en la obligación de informar a los Distritos, Zonas y a la Dirección Nacional de Investigación Educativa de cualquier anomalía que se encuentre en el momento en que se realice la investigación.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

ANEXO 3. CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos

PUCE

Quito, 17 de septiembre de 2018
Oficio-CEISH-602-2018

Señora Doctora
María Fernanda Rivadeneira
Facultad de Medicina de la PUCE
Presente.

Estimada Dra. Rivadeneira:

El Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos, en sesión del 13.09.2018, estudió el proyecto: **Determinantes de la malnutrición en menores de 5 años de la población indígena ecuatoriana: estudio con base secundaria a nivel nacional y estudio longitudinal en cinco cantones de la provincia de Chimborazo, 2018 - 2020, "Wawapak-kausay"**. Código 2018-12-MB.

Este proyecto fue aprobado inicialmente por el CEISH-PUCE en la sesión del 12.04.2018, oficio CEISH-498-2018. El Ministerio de Salud Pública solicitó que el CEISH-PUCE aprobara la corrección de ciertas observaciones, por lo tanto, el 26.07.2018 nuevamente se aprobó el proyecto, oficio CEISH-585-2018.

El MSP solicitó de nuevo la aprobación de los cambios realizados en el estudio; por esta razón, el Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos de la PUCE **APRUEBA DEFINITIVAMENTE** el proyecto en la sesión del 13.09.2018, por el tiempo estimado de duración que es de 2 años.

Igualmente, con el fin de dar seguimiento, se solicita:

- Presentar la carta de aprobación de la Dirección Nacional de Inteligencia de la Salud.
- Comunicar por escrito al CEISH-PUCE el momento del inicio de la investigación.
- Entregar informe parcial y final cuando sea solicitado por el CEISH-PUCE.

Con nuestra consideración y estima,

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS-PUCE
Quito

Dra. Laura Arcos Terán
Presidente

Av. 12 de octubre 1076 y Ramón Roca
Apartado postal 17-01-2184
Telf.: (593) 2 299 17 00 ext. 2940
Quito – Ecuador

ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos

PUCE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Determinantes de la malnutrición en menores de 5 años de la población indígena ecuatoriana: estudio con base secundaria a nivel nacional y longitudinal en cinco cantones de la provincia de Chimborazo, 2018-2020, "Wawapak-kausay".

Estimado Padre/Madre/Tutor del niño/a: _____

Introducción

Soy _____ (nombre del encuestador/a), encuestador/a de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en Quito. Le invito a participar de la investigación titulada ""**Determinantes de la malnutrición en menores de 5 años de la población indígena ecuatoriana: estudio con base secundaria a nivel nacional y longitudinal en cinco cantones de la provincia de Chimborazo, 2018-2020, "Wawapak-kausay"**, propuesta por: María Fernanda Rivadeneira Guerrero, Ana Lucía Torres, Betzabé Tello, Ana Lucía Moncayo, Janett Buitrón, Fabricio Astudillo y Andrea Estrella, profesores de la mencionada Universidad.

Explicación del estudio

Cuando los niños/as tienen bajo peso, mucho peso, o una estatura corta para su edad, su desarrollo y calidad de vida se ven afectados. Se estima que más de la mitad de las muertes infantiles están relacionadas con el bajo peso y la baja estatura para la edad; de igual manera, sobrepeso y obesidad han demostrado ser factores de riesgo para otras enfermedades como las de corazón o la diabetes.

En el Ecuador, estas situaciones de malnutrición ocurren con más frecuencia en la población indígena, por ello, esta investigación quiere analizar si las condiciones de los hogares y las comunidades, influyen en la aparición de desnutrición, sobrepeso y obesidad en los niños/as menores de 5 años.

Para decidir si está interesado o no en participar, es necesario que comprenda de qué se trata este proyecto, así como los posibles riesgos y beneficios que conlleva. Este proceso es conocido como consentimiento informado. Usted podrá decidir libre y voluntariamente si desea participar en esta investigación. En tal caso, se le pedirá que firme este documento en el que da su consentimiento para participar en esta investigación.

Descripción del proceso

En este estudio incluiremos a 1148 niños/as indígenas residentes de la provincia de Chimborazo. Para ser incluidos en este estudio, los niños/as no deberán estar enfermos o tener algún problema de salud crónico (como enfermedades renales, cardíacas o discapacidad) que afecten su crecimiento y desarrollo.

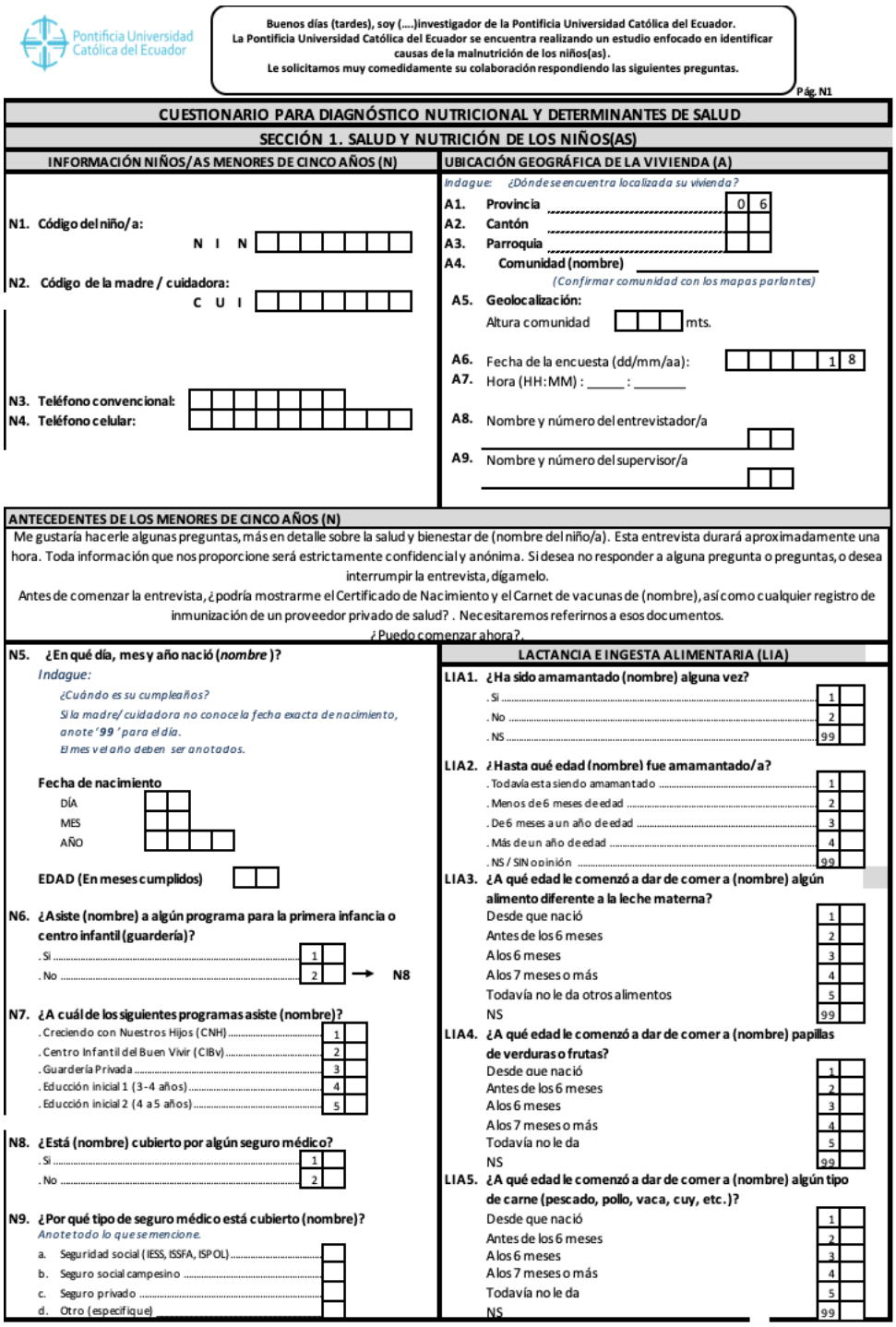
Durante la investigación vamos a: 1) Presentar el estudio a los padres/tutores de los menores de 5 años, 2) Explicar el consentimiento informado y solicitar la firma de aceptación de participación, 3) Realizar encuestas a los padres/tutores de los menores que durarán aproximadamente 45 minutos, luego vamos a, 4) Medir el peso y la talla de los menores dos veces (y una tercera vez si hay una diferencia mayor de 0,5 kg o 0,5 cm), 5) Extraer una pequeña cantidad de sangre de la vena de la mano o brazo del menor, usando una aguja adecuada, y, 6) Recolectar una muestra de heces del menor para determinar la existencia de parásitos.

Análisis de muestras

La cantidad de sangre que extraeremos será 2-3 ml (una media cucharadita) por una sola ocasión. En esta muestra de sangre vamos a determinar si el niño/a tiene anemia o baja cantidad de proteínas. Las muestras de sangre y de heces serán recolectadas en espacios acondicionados por DISERLAB, en los Centros de Cuidado Infantil del MIES o del proyecto social Cáritas, bajo normas de bioseguridad. La extracción de sangre será realizada por personal de DISERLAB, y el padre/madre/tutor del menor deberá estar presente; en el caso de niños/as mayores de 2 años, se proporcionará una silla adecuada para la extracción de sangre, mientras que, para los menores de 2 años, la extracción se realizará con el niño/a recostado sobre una colchoneta acondicionada para tal efecto.

Para la recolección de la muestra de heces se entregará a los padres una caja o funda recolectora de heces. Los padres deberán recoger la primera muestra de heces del niño/a en la mañana y entregarla al personal de laboratorio.

ANEXO 5. INSTRUMENTO APLICADO



Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Buenos días (tardes), soy (….)investigador de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
La Pontificia Universidad Católica del Ecuador se encuentra realizando un estudio enfocado en identificar causas de la malnutrición de los niños(as).
Le solicitamos muy comedidamente su colaboración respondiendo las siguientes preguntas.

Pág. N1

CUESTIONARIO PARA DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL Y DETERMINANTES DE SALUD

SECCIÓN 1. SALUD Y NUTRICIÓN DE LOS NIÑOS(AS)

INFORMACIÓN NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS (N)

N1. Código del niño/a:
N I N

N2. Código de la madre / cuidadora:
C U I

N3. Teléfono convencional:
N4. Teléfono celular:

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA VIVIENDA (A)

Indague: ¿Dónde se encuentra localizada su vivienda?

A1. Provincia 0 6
A2. Cantón .....
A3. Parroquia .....
A4. Comunidad (nombre) _____
(Confirmar comunidad con los mapas parlantes)

A5. Geolocalización:
Altura comunidad ___ mts.

A6. Fecha de la encuesta (dd/mm/aa): 1 8
A7. Hora (HH:MM) : _____ : _____

A8. Nombre y número del entrevistador/a
_____

A9. Nombre y número del supervisor/a
_____

ANTECEDENTES DE LOS MENORES DE CINCO AÑOS (N)

Me gustaría hacerle algunas preguntas, más en detalle sobre la salud y bienestar de (nombre del niño/a). Esta entrevista durará aproximadamente una hora. Toda información que nos proporcione será estrictamente confidencial y anónima. Si desea no responder a alguna pregunta o preguntas, o desea interrumpir la entrevista, dígamelo.

Antes de comenzar la entrevista, ¿podría mostrarme el Certificado de Nacimiento y el Carnet de vacunas de (nombre), así como cualquier registro de inmunización de un proveedor privado de salud? . Necesitaremos referirnos a esos documentos.

¿Puedo comenzar ahora?.

N5. ¿En qué día, mes y año nació (*nombre*)?

Indague:
¿Cuándo es su cumpleaños?
Si la madre/cuidadora no conoce la fecha exacta de nacimiento, anote '99' para el día.
El mes y el año deben ser anotados.

Fecha de nacimiento
DÍA
MES
AÑO

EDAD (En meses cumplidos)

N6. ¿Asiste (nombre) a algún programa para la primera infancia o centro infantil (guardería)?
. Si ..... 1 →
. No ..... 2 → N8

N7. ¿A cuál de los siguientes programas asiste (nombre)?
. Creciendo con Nuestros Hijos (CNH) 1
. Centro Infantil del Buen Vivir (CIBv) 2
. Guardería Privada 3
. Educación inicial 1 (3-4 años) 4
. Educación inicial 2 (4 a 5 años) 5

N8. ¿Está (nombre) cubierto por algún seguro médico?
. Si 1
. No 2

N9. ¿Por qué tipo de seguro médico está cubierto (nombre)?
Anote todo lo que se mencione.
a. Seguridad social (IESS, ISSFA, ISPOL) .....
b. Seguro social campesino .....
c. Seguro privado .....
d. Otro (especifique) _____

LACTANCIA E INGESTA ALIMENTARIA (LIA)

LIA1. ¿Ha sido amamantado (nombre) alguna vez?
. Si 1
. No 2
. NS 99

LIA2. ¿Hasta qué edad (nombre) fue amamantado/a?
. Todavía está siendo amamantado 1
. Menos de 6 meses de edad 2
. De 6 meses a un año de edad 3
. Más de un año de edad 4
. NS / SIN opinión 99

LIA3. ¿A qué edad le comenzó a dar de comer a (nombre) algún alimento diferente a la leche materna?
Desde que nació 1
Antes de los 6 meses 2
A los 6 meses 3
A los 7 meses o más 4
Todavía no le da otros alimentos 5
NS 99

LIA4. ¿A qué edad le comenzó a dar de comer a (nombre) papillas de verduras o frutas?
Desde que nació 1
Antes de los 6 meses 2
A los 6 meses 3
A los 7 meses o más 4
Todavía no le da 5
NS 99

LIA5. ¿A qué edad le comenzó a dar de comer a (nombre) algún tipo de carne (pescado, pollo, vaca, cuy, etc.)?
Desde que nació 1
Antes de los 6 meses 2
A los 6 meses 3
A los 7 meses o más 4
Todavía no le da 5
NS 99

ANEXO 6. ENCUESTA ANIDADA DE VIOLENCIA

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Buenos días (tardes), soy (….)investigador de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
La Pontificia Universidad Católica del Ecuador se encuentra realizando un estudio enfocado en identificar causas de la malnutrición de los niños(as).
Le solicitamos muy comedidamente su colaboración respondiendo las siguientes preguntas.

La violencia contra las mujeres es un problema muy extendido en nuestra sociedad. En muchas ocasiones, esa violencia es producida por la propia pareja o esposo de la mujer y, a menudo, ni siquiera ella es consciente de que está sufriendo malos tratos. Este cuestionario está diseñado para conocer si usted ha experimentado maltrato en su relación de pareja en el último año y la frecuencia de ese maltrato.

No es un examen, por lo que no hay respuestas buenas o malas. Conteste a cada una de las preguntas lo más cuidadosa y correctamente que pueda, marcando con una cruz la respuesta que considere más adecuada para usted. Si usted no convive con su pareja, deje las preguntas 5 y 14 en blanco. Igualmente, si no tiene hijos, deje la pregunta 17 en blanco.

En el último año….	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente
1. Su pareja le pareja le hace sentirse inferior (por ejemplo le dice que no vale para nada o que no hace nada bien)	1	2	3	4	5
2. Su pareja me exige obediencia ante sus caprichos.	1	2	3	4	5
3. Su pareja se enfada y se pone malgenio cuando le dice que está tomando demasiado.	1	2	3	4	5
4. A su pareja le molesta mucho que la cena, las tareas de la casa o la colada no estén hechas para cuando él piensa que deberían estarlo.	1	2	3	4	5
5. Su pareja tiene celos y sospechas de mis amigos u otras personas cercanas (por ejemplo vecinos o compañeros de trabajo).	1	2	3	4	5
6. Su pareja le da puñetazos.	1	2	3	4	5
7. Su pareja le dice que es fea y poco atractiva.	1	2	3	4	5
8. Su pareja le dice que no podría vivir sin él.	1	2	3	4	5
9. Su pareja actúa como si yo fuera su criada personal.	1	2	3	4	5
10. Su pareja le insulta o le avergüenza delante de los demás.	1	2	3	4	5
11. Su pareja se enfada mucho si no está de acuerdo con él.	1	2	3	4	5
12. Su pareja le amenaza con un objeto o arma (por ejemplo un cuchillo).	1	2	3	4	5
13. Su pareja es tacaña a la hora de darle dinero para los asuntos de la casa.	1	2	3	4	5
14. Su pareja controla lo que gasta y a menudo se queja de que gasto demasiado (por ejemplo en ropa, teléfono, etc).	1	2	3	4	5
15. Su pareja no le valora (por ejemplo le dice que no sé nada, que se calle, que es tonta, etc).	1	2	3	4	5
16. Su pareja exige que se quede en casa cuidando de los niños.	1	2	3	4	5
17. Su pareja le pega tan fuerte que debe buscar ayuda médica.	1	2	3	4	5
18. Su pareja cree que no debería trabajar o estudiar.	1	2	3	4	5
19. Su pareja no es una persona amable.	1	2	3	4	5
20. Su pareja impide que se lleve con otros (por ejemplo mi familia, vecinas/os o compañeras/os de trabajo).	1	2	3	4	5
21. Su pareja le grita por cualquier motivo.	1	2	3	4	5
22. Su pareja le da golpes en la cara y la cabeza.	1	2	3	4	5
23. Su pareja se pone agresiva con usted cuandotoma trago	1	2	3	4	5
24. Su pareja es mandón y le da órdenes ctodo el tiempo	1	2	3	4	5
25. Su pareja no respeta sus sentimientos, decisiones y opiniones.	1	2	3	4	5
26. Tiene miedo a su pareja	1	2	3	4	5
27. Su pareja le trata como si fuera tonta	1	2	3	4	5
28. Su pareja actúa como si quisiera matarle	1	2	3	4	5
29. Su pareja le hace realizar actos sexuales que no le gustan o con los cuales no disfruta.	1	2	3	4	5
30. Su pareja exige tener relaciones sexuales sin tener en cuenta si usted quiere o no.	1	2	3	4	5

Físico: 4, 7, 13, 18, 22, 24, 25, 30

No Físico: 1-3, 5, 6, 8-12, 14-17, 19-21, 23, 26-29

ANEXO 7. ENCUESTA TRADUCIDA A KICHUA

Kambaj cusa kiquinta imaipaj mana valingi ristipa shap imataj muca casunchu
Kambaj cusa pai finarij pica tucuitachu casuchu mandashca
Kambaj cusa finarinchu paita yallitaj uviangui nishpa nijpica
Kambaj cusa finaripancha can manaraj yunujpi pai munashca pachapi
Kambaj cusa finarinchu o yuyanchu canibaj ayllucunahuan tandaripica paicanahuan juchayangui nishpa
Kambaj cusa maquihuan huajtanchu
Kambaj cusa nishcachu jamicangui mana pi munaipaj
Kambaj cusa pai illajlla mana causay tucungui nishcacha
Kambaj cusa shuj huiñachijca shinatachu charin
Kambaj cusa rimashpa shujtajcunapaj ñaupajpi pingachinchu
Kambaj cusa yallitaj caliranchu quikinhuan mana yuyaita munashpa
Kambaj cusa llaquichisha nishcacha ima cuchilluhuan o sujtahuanpish
Kambaj cusa michanchu cullqui cuna rato imataj huasipuj randingapaj
Kambaj cusa imapi gustajpi yallitaj gustashcungui nishpa finarinchu
Kambaj cusa imapi mana valichispa upalla cay mana valingui nishcachu
Kambaj cusa mandashcacha huasipi wuahuancunahuan causay nishpa
Kambaj cusa macanchu yallitaj kiquin unguringacama
Kambaj cusa yuyanchu ama yachuiman rina cangui o ama llancangui nishpa
Kambaj cusaca mana cuyaj runachu
Kambaj cusaca ama shujtajcunahuan tandarichu ninchu
Kambaj cusa caparirinccha imata rurajpi
Kambaj cusa huajtunchu ñahuipi o umapi
Kambaj cusa millichu tucuun traguhaun machushpaca
Kambaj cusa tacui pachapi madashsolochu causan
Kambja cusa pesteshcachu can cuyashca, can munashca, can yuyashcata
Kinquinca kambaj cusata manchanguichu
Kambaj cusaca cantaca tonta cangui nishcachu
Kambja cusaca ima horas huañuchinatachu yuyashca
Kambaj cusa cumbaj aichaman chayarisha nishcacha can mana munay horashpi maipimi mana cushicuyta chari tucungui
Kambaj cusa cambaj aichaman chayarisha nishcacha canta mana tapushpa can chayarisha nishca horashpi.

ANEXO 8. CARTA APOYO MIES

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL

Oficio Nro. MIES-CZ-3-DDR-2018-0050
Riobamba, 05 de febrero de 2018

MD, PhD
María Fernanda Rivadeneira
Presente.

De mi consideración:

En calidad de Directora del Distrito 06D01 Chambo-Riobamba de la provincia de Chimborazo, me permito hacerle llegar un saludo cordial y el deseo de éxitos en sus funciones.

En el marco de la conversación mantenida con María Fernanda Peralta, sobre el Proyecto de Investigación denominado: "**Determinantes de la Malnutrición en menores de 5 años de la población indígena ecuatoriana**". Cuyo proyecto de investigación (que contempla 3 fases, de las cuales, la fase 2 y 3 serán llevadas a cabo en la provincia de Chimborazo); y en vista que la institución tiene conocimiento sobre las normas bioéticas nacionales e internacionales se compromete con el cumplimento de las mismas durante el desarrollo del proyecto, velando por el bienestar de los niños y niñas" que se encuentran dentro de nuestros servicios de Desarrollo Infantil con las modalidades de CIBV (Centros Infantiles delo Buen Vivir de 12 a 36 meses) o CNH (Creciendo con Nuestros Hijos de 0 a 36 meses) .

Esperamos que esta carta permita generar un proceso de legalización institucional.

Con sentimiento de distinguida consideración

Atentamente,

Lic. Lupe Ruiz Chávez
DIRECTORA DISTRITAL CHAMBO-RIOBAMBA-MIES

Distrito Chambo-Riobamba
Las Palmeras y Junin
T: (593-3) 2307637
Riobamba – Ecuador

ANEXO 9. CÁLCULO DE LA MUESTRA
CÁLCULO DE LA MUESTRA

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(*N*):	1148
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (*p*):	20.18%+/-5
Límites de confianza como % de 100(absoluto +/-%)(*d*):	5%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo-*EDFF*):	1

Tamaño muestral (*n*) para Varios Niveles de Confianza

IntervaloConfianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	204
80%	97
90%	152
97%	241
99%	312
99.9%	435
99.99%	528

Ecuación

Tamaño de la muestra $n = [EDFF*Np(1-p)]/[(d^2/Z^2_{1-\alpha/2}*(N-1)+p*(1-p)]$

Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abiertoSSPropor
Imprimir desde el navegador con ctrl-P
o seleccione el texto a copiar y pegar en otro programa

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(*N*):	1148
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (*p*):	42.34%+/-5
Límites de confianza como % de 100(absoluto +/-%)(*d*):	5%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo-*EDFF*):	1

Tamaño muestral (*n*) para Varios Niveles de Confianza

IntervaloConfianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	283
80%	141
90%	215
97%	329
99%	415
99.9%	551
99.99%	647

Ecuación

Tamaño de la muestra $n = [EDFF*Np(1-p)]/[(d^2/Z^2_{1-\alpha/2}*(N-1)+p*(1-p)]$

Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abiertoSSPropor

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yount KM, DiGirolamo AM, Ramakrishnan U. Impacts of domestic violence on child growth and nutrition: a conceptual review of the pathways of influence. Soc Sci Med. 2011;72(9):1534- 54. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.02.042.
2. Woods SJ, Hall RJ, Campbell JC, Angott DM. Physical health and posttraumatic stress disorder symptoms in women experiencing intimate partner violence. J Midwifery Womens Health. 2008;53(6):538-46. doi: 10.1016/j. jmwh.2008.07.004.
3. Kally Z, Cumella EJ. 100 midlife women with eating disorders: a phenomenological analysis of etiology. J Gen Psychol. 2008;135(4):359-77. doi: 10.3200/ GENP.135.4.359-378
4. Alsaker K, Moen BE, Nortvedt MW, Baste V. Low health-related quality of life among abused women. Qual Life Res. 2006;15(6):959-65.
5. Miranda MP, de Paula CS, Bordin IA. Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família. Rev Panam Salud Publica. 2010;27(4):300-8.
6. Fried LE, Cabral H, Amaro H, Aschengrau A. Lifetime and during pregnancy experience of violence and the risk of low birth weight and preterm birth. J Midwifery Womens Health. 2008;53(6):522-8. doi: 10.1016/j.jmwh.2008.07.018.
7. Neggers Y, Goldenberg R, Cliver S, Hauth J. Effects of domestic violence on preterm birth and low birth weight. Acta Obstet Gynecol Scand. 2004;83(5):455-60.
8. Núñez-Rivas HP, Monge-Rojas R, Gríos Dávila C, Elizondo-Ureña AM, Rojas Chavarría A. La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica. Rev Panam Salud Publica. 2003;14(2):75-83.
9. Sanchez SE, Alva AV, Diez Chang G, Qiu C, Yanez D, Gelaye B, et al. Risk of spontaneous preterm birth in relation to maternal exposure to intimate partner violence during pregnancy in Peru. Matern Child Health J. 2013;17(3):485-92. doi: 10.1007/s10995-012-1012-0.
10. Santos IS, Matijasevich A, Domingues MR, Barros AJ, Victora CG, Barros FC. Late preterm birth is a risk factor for growth faltering in early childhood: a cohort study. BMC Pediatr. 2009; 9:71. doi: 10.1186/1471-2431-9-71.
11. INEC. Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres. Encuesta. Quito: Ministerio del Interior; Consejo Nacional Para la Igualdad de Género, Ministerio del Interior; Consejo Nacional Para la Igualdad de Género; 2011. Report No.: 1.
12. Centeno Quispillo, A., & Gómez Toapanta, M. (2013). El maltrato infantil y su influencia en el desarrollo social de los niños de la escuela “27 de febrero”, cantón Arosemena Tola,

provincia de napo, periodo mayo-octubre 2013. Riobamba: Universidad Nacional De Chimborazo, 2013.

13. Erin C. Dunn. Yan Wang. Sensitive periods for the effect of childhood interpersonal violence on psychiatric disorder onset among adolescents. The British Journal of Psychiatry Nov2017.
14. Figueroa-Duarte, A., & Campbell-Araujo, O. (2014). Determinantes Sociales de la Salud; su Relevancia en el Abordaje de los Problemas de Salud Mental Infantil. El Caso del TDAH. Boletín Clínico del Hospital Infantil Del Estado De Sonora, 31(2), 66-76.
15. Freire, W. (2008). Consecuencias de la desnutrición en menores de cinco años. Hacia la erradicación de la desnutrición infantil en el Ecuador. Quito – Ecuador.
16. Gomez SH, Tse J, Wang Y, et al. Are there sensitive periods when child maltreatment substantially elevates suicide risk? Results from a nationally representative sample of adolescents. Depress Anxiety. 2017;00:1–8.
17. Martínez R, Fernández A. Modelo de Análisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina, 2006.
18. Monnat, S. M., & Chandler, R. F. (2015). Long Term Physical Health Consequences of Adverse Childhood Experiences. The Sociological Quarterly, 56(4), 723–752. http://doi.org/10.1111/tsq.12107
19. Paxson, Christina; Schady, Norbert. 2005. Cognitive Development among Young Children in Ecuador : The Roles of Wealth, Health, and Parenting. Policy Research Working Paper; No. 3605. World Bank, Washington, DC. © World Bank. https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/8929 License: CC BY 3.0 IGO.”

20. UNICEF 2011. Estado del Arte sobre estudios de las pautas de crianza de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe.
21. Walker, S., Wachs, T., Meeks Gardner, J., Lozoff, B., Wasserman, G., Pollitt, E., & Carter, J. (2007). Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. The Lancet, 369(9556), 145-157.
22. J.C. Sierra, V. Ortega, P. Santos y J.R. Gutiérrez. Estructura factorial, consistencia interna e indicadores de validez de la versión española del Index of Spouse Abuse. Boletín de Psicología, No. 91, noviembre 2007, 83-96
23. Encuesta de salud y nutrición de los niños/as. INEC. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/inec-realiza-una-nueva-encuesta-de-salud-y-nutricion/
24. Organización Mundial de la Salud. Patrones de crecimiento infantil. OMS Anthro (versión 3.2.2, enero de 2011) y macros Obtenido de https://www.who.int/childgrowth/software/es/
25. Organización Mundial de la Salud. (2017). Malnutrición nota descriptiva. Obtenido de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/malnutrition/es/
26. Cáceres. (2002): Análisis cuantitativo y cualitativo de la violencia doméstica en la pareja. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, 61, 57- 67
27. Organización Mundial de la Salud. Patrón de crecimiento infantil. Obtenido de https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr21/es/
28. Ruiz-Grosso, Paulo, Loret de Mola, Christian, & Miranda, J. Jaime. (2014). Asociación entre violencia contra la mujer ejercida por la pareja y desnutrición crónica en sus hijos menores de cinco años en Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, *31*(1), 16-23. Recuperado en 20 de enero de 2020, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000100003&lng=es&tlng=es