PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

EFECTOS DE LA DEPRESIÓN POSPARTO DE LAS MADRES SOBRE EL PESO Y TALLA DE LOS NIÑOS MENORES DE 4 MESES, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN, EN EL PERÍODO 2021-2022.

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

MARÍA CRISTINA GARZÓN NEIRA

VALERIA FERNANDA LEÓN RODRIGUEZ

Director

DRA. MARÍA FERNANDA RIVADENEIRA

QUITO, 2022

Agradecimiento

Nuestro agradecimiento hacia la Dra. María Fernanda Rivadeneira que, mediante sus conocimientos, nos guió en cada momento de las etapas de este proyecto para alcanzar los resultados expuestos y por el trabajo en conjunto con nuestros colaboradores que hicieron parte de esta investigación. Y por último a nuestras familias, por apoyarnos aun cuando los ánimos decaen para culminar esta gran etapa en la vida profesional.

Dedicatoria.

Me gustaría dedicar esta Tesis a mi madre, por su comprensión y ayuda en momentos malos y menos malos. Me ha enseñado a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi perseverancia y mi empeño, y todo ello con una gran dosis de amor y sin pedir nunca nada a cambio.

Cristina Garzón

Dedico este proyecto que significa esfuerzo, dedicación y valentía a Dios, a mi esposo y madre que me han apoyado para cumplir este gran sueño, aplicando los valores enseñados con amor, paciencia y respeto desde mi niñez.

Valeria León

CONTENIDO

Resumen	**9**
Abstract	**12**
Capítulo I	**14**
Introducción	**14**
Justificación	**18**
Problema de investigación	**20**
Objetivos	**21**
Hipótesis	**22**
Capitulo II	**23**
Marco teórico	**23**
Capítulo III	**56**
Materiales y métodos	**56**
Operacionalización de las variables	**56**
Tipo y diseño de la investigación	**86**
Población y muestra del estudio	**87**
Criterios de inclusión	**87**
Criterios de exclusión	**88**
Técnicas e instrumentos de recolección de muestra	**88**
Procedimiento de recolección de información	**89**
Aspectos bioéticos	**89**
Plan de análisis de datos	**90**
Capítulo IV	**91**
Resultados	**91**
Características del estudio y factores estudiados de las mujeres posparto	**97**
Características del cuidado y alimentación en el recién nacido	**99**
Incidencia de depresión en mujeres posparto y características asociadas	**100**
Peso y talla de los niños estudiados	**116**
Peso y talla de los hijos de madres con y sin DPP	**121**
Capítulo V	**167**

Discusión **167**

Limitaciones y ventajas **169**

Capítulo VI **170**

Conclusiones **170**

Recomendaciones **171**

Anexos **173**

Referencias bibliográficas **214**

ANEXOS

Anexo 1 Escala de Edimburgo

Anexo 2 Cribado de la tristeza/depresión postparto

Anexo 3 Criterios de depresión mayores y menores

Anexo 4 Características de antidepresivos seleccionados para la depresión postparto

Anexo 5 Encuesta inicial aplicada a la madre

Anexo 6 Encuesta de seguimiento de peso y talla a niños desde el primer a cuarto mes

Anexo 7 Curvas de Crecimiento según la OMS

Anexo 8 Consentimiento informado

LISTA DE GRÁFICOS

Figura 1. Incidencia de mujeres con depresión a los dos meses postparto**.**

Figura 2. Incidencia de mujeres con depresión a los cuatro meses postparto**.**

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres en postparto.

Tabla 2. Características gineco-obstétricas y antecedentes personales de las mujeres en postparto.

Tabla 3. Problemas durante la lactancia materna durante la hospitalización.

Tabla 4. Características sobre la lactancia materna desde el mes hasta los 4 meses de seguimiento en mujeres postparto

Tabla 5. Características de los niños al nacimiento.

Tabla 6. Identificación de enfermedades en los niños desde el nacimiento hasta los 4 meses.

Tabla 7. Características de cuidado y alimentación en hijos de mujeres postparto.

Tabla 8. Características asociadas a la depresión postparto respecto a la madre.

Tabla 9. Características asociadas a la depresión postparto respecto al recién nacido y la lactancia.

Tabla 10. Situaciones de la madre sobre la lactancia, relacionados con la DPP.

Tabla 11. Relación de DPP y lactancia materna exclusiva a los cuatro meses de seguimiento.

Tabla 12. Características de la madre en puerperio en relación con la DPP.

Tabla 13. Peso y talla de los niños estudiados al nacimiento, al mes, dos meses y cuatro meses de seguimiento.

Tabla 14. Percentiles de peso de los niños estudiados al nacimiento, al mes, dos meses y cuatro meses de seguimiento.

Tabla 15. Percentiles de talla de los niños estudiados al nacimiento, al mes, dos meses y cuatro meses de seguimiento.

Tabla 16. Peso y talla de los niños estudiados al nacimiento, al mes, dos meses y cuatro meses de seguimiento en mujeres con y sin DPP a los dos meses de seguimiento.

Tabla 17. Peso y talla de los niños estudiados al nacimiento, al mes, dos meses y cuatro meses de seguimiento en mujeres con y sin DPP a los cuatro meses de seguimiento.

Tabla 18. Variables que determinan el peso de los niños por edades.

Tabla 19. Variables que determinan la talla de los niños por edades.

Tabla 20. El peso y talla al nacimiento y al primer mes determina el peso y talla a los 2 y 4 meses.

LISTA DE ABREVIATURAS

DPP (depresión postparto)

OMS (organización mundial de la salud)

DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales-quinta edición)

CIE10 (clasificación internacional de las enfermedades de la organización mundial de la salud – decima revisión)

PAHO (Organización Panamericana de la Salud)

UCIN (unidad de cuidados intensivos neonatales)

EPDS (escala de presión postparto de Edimburgo)

PHQ (patient healh questionarie)

PPSS (Escala de depresión posparto)

ISRS (inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina)

Resumen

Introducción: La depresión posparto (DPP) en el mundo representa un problema de la salud mental en un 15% la cual puede ejercer efecto sobre la madre y el niño a corto, mediano y largo plazo. El objetivo de este estudio fue determinar los efectos de la depresión postparto sobre el peso y talla de los niños de 0 a 4 meses de edad, hijos de mujeres atendidas en el Hospital General Docente de Calderón, en el período 2021-2022.

Métodos: Se realizó un estudio longitudinal en 204 mujeres y sus hijos. La línea de base del estudio se llevó a cabo en el puerperio inmediato, donde se recolectaron datos sociodemográficos de la madre, información del parto y del recién nacido. Se tomaron datos del peso y talla de los niños al nacimiento. Se investigó la presencia de depresión postparto con el test de Edimburgo y se evaluó el peso y talla de los niños al mes, dos y

cuatro meses de edad. Se calculó la incidencia de DPP, se aplicó un modelo de análisis generalizado para medidas repetidas de peso y talla.

Resultados: Se encontró una incidencia de DPP del 6,4 % y del 8,8 % a los 2 y 4 meses de seguimiento respectivamente. El tener 4 o más embarazos previos se asoció significativamente con una probabilidad 3,85 veces mayor de DPP (IC 1,10-13,49) comparado con las mujeres primigestas. La DPP se asoció con menor peso del lactante al mes de edad, los hijos de mujeres con DPP tuvieron en promedio, 377,41 gramos de peso menos que los hijos de mujeres sin DPP, datos estadísticamente significativos. No se encontraron otras asociaciones significativas entre DPP y el peso y talla de los niños a los 2 y 4 meses de edad durante el seguimiento.

Conclusiones: La incidencia de DPP fue del 8,8% a los 4 meses, la mayor incidencia se presentó en mujeres con 4 o más embarazos. Los hijos de madres con DPP presentaron menor peso al mes comparados con los hijos de madres sin DPP. Es necesario un seguimiento continuo del binomio madre-hijo para identificar problemas en la salud de las madres que podrían afectar en el crecimiento y desarrollo de los niños.

Abstract

Introduction: Postpartum depression (PPD) in the world represents a mental health problem in 15% which can have an effect on the mother and child in the short, medium and long term. The objective of this study was to determine the effects of postpartum depression on the weight and height of children from 0 to 4 months of age, children of women treated at the Calderón General Teaching Hospital, in the period 2021-2022.

Methods: A longitudinal study was carried out in 204 women and their children. The baseline of the study was carried out in the immediate puerperium, where sociodemographic data of the mother, delivery and newborn information were collected. Weight and height data were taken from the children at birth. The presence of postpartum depression was investigated with the Edinburgh test and the weight and height of the children were evaluated at one, two and four months of age. The incidence of PPD was calculated, a generalized analysis model was applied for repeated measures of weight and height.

Results: An incidence of PPD of 6.4% and 8.8% was found at 2 and 4 months of follow-up, respectively. Having 4 or more previous pregnancies was significantly associated with a 3.85 times higher probability of PPD (CI 1.10-13.49) compared to primigravid women. The PPD was associated with lower infant weight at one month of age, the children of women with PPD had, on average, 377.41 grams of weight less than the children of women without PPD, statistically significant. No other significant associations were found between WPD and children's weight and height at 2 and 4 months of age.

Conclusions: The incidence of PPD was 8.8% at 4 months, the highest incidence was in women with 4 or more pregnancies or more. The children of mothers with PPD presented lower weight at one month compared to the children of mothers without PPD.

Continuous monitoring of the mother-child binomial is necessary to identify problems in the health of mothers that could affect the growth and development of children.

Keywords: DPP, weight, height, children from 0 to 4 months, longitudinal study.

Capítulo I

Introducción

Una de los principales grupos poblacionales en Ecuador, con importantes necesidades de atención en salud y sociales, es el materno-infantil. En el Ecuador la tasa de natalidad en el 2018 fue de 19,72 por cada mil habitantes en un año y de fecundidad de 2,43 hijos por mujer (Lanchimba & Medina, 2011). Estos datos nos muestran la magnitud de población materno-infantil en el Ecuador, y nos remiten a pensar en la importancia de la salud de la madre y del niño y, por lo tanto, del cuidado de la salud de la mujer durante el embarazo, parto y postparto. El cuidado de la salud de la mujer y del niño demanda estrategias de prevención e identificación oportuna de enfermedades infectocontagiosas, enfermedades crónicas no transmisibles, salud mental, salud odontológica, etc., y al recién nacido en la prevención de aparecimiento de enfermedades que causen morbi-mortalidad o discapacidad temprana y a largo plazo. Uno de los problemas de salud que enfrentan las madres es la DPP. La incidencia mundial de la depresión postparto es del 15 % y fluctúa entre 10 al 15% durante los primeros 6 meses, siendo ésta considerada un trastorno afectivo y que ocupa el segundo lugar entre las enfermedades mentales a nivel mundial según Latorre, Contreras y Herrán (2005) (Camila, Pavón Rincón María, 2021) (Malpartida, 2020).

Los datos en Sudamérica evidencian una alta prevalencia de mujeres con DPP, ubicando a Brasil en primer lugar con un 5,8 %, seguido por Cuba 5,5%, Paraguay 5,2 %, Chile y Uruguay 5 %, Perú 4,8 %, Argentina, Costa Rica, República Dominicana y Colombia con un 4,7 % y Ecuador en un séptimo lugar con el 4,6%, entre otros, siendo así considerada un problema de salud pública por el que se debe trabajar según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Panamericana de la Salud, 2017).

A pesar que la maternidad es una etapa percibida como positiva, las mujeres experimentan diversos cambios que pueden convertirse en problemas psicosociales durante el periodo de embarazo y posparto (Malpartida, 2020). Al alterarse la salud mental de la madre, se han observado que las mujeres con DPP presentan afectaciones no sólo en su propia salud, sino en la salud del neonato y lactante, provocando problemas durante el cuidado del recién nacido que necesita para poder crecer y prosperar; como dificultades en el contacto visual, menos verbalizaciones, expresiones de afecto distantes y disminuido o nulo contacto físico (*La Depresión Posparto y La Lactancia Materna - HealthyChildren.Org*, 2018). Estas alteraciones se hacen evidentes en el poco apego de la lactancia materna afectando los beneficios de la misma (calidez y cercanía, aporte de nutrientes y calorías necesaria para el desarrollo, prevención de diabetes, obesidad, muerte súbita del lactante, enfermedades infecciosas, etc.) (*La Depresión Posparto y La Lactancia Materna - HealthyChildren.Org*, 2018).

El bajo peso y talla es otro de los efectos que describe la literatura, afectando de esta manera su desarrollo óptimo. Además, hay evidencia poco concluyente de la afectación sobre el desarrollo neuromotor, lenguaje y cognitivo de los niños, debido a que dependerá del tiempo en el que es detectada la enfermedad (Aoyagi & Tsuchiya, 2019). Entre otros de los efectos que se han presentado en los niños con madres diagnosticadas con DPP están la alteración del llanto y sueño (Wilson et al., 2018).

En relación a la alteración del desarrollo en el crecimiento en los niños como efecto de la depresión postparto de la madre, los datos según el “Estado Mundial de la Infancia 2007” de UNICEF, menciona que uno de cada cuatro niños y niñas (146 millones) que representa el 27% de la población de menores de cinco años, tienen peso inferior al normal. La desnutrición implica tener un menor peso para la edad, estatura menor a la edad considerada también como retraso en el crecimiento (BERAUN BERRU, 2019).

Diversos estudios en el mundo han evidenciado una relación entre la depresión posparto materna y la desnutrición infantil (Motlhatlhedi et al., 2017). La desnutrición infantil es un factor de riesgo de mortalidad infantil en un 50% en el mundo. Entre los factores de riesgo identificados para la desnutrición en niños son: madres menores a 18 años, actividad laboral de la madre y encargar a terceros el cuidado del niño; otros factores, como las condiciones socioeconómicas familiares, la pobreza siendo esta la principal causa, la lactancia materna no exclusiva, la presencia de enfermedades como diarrea, infecciones respiratorias agudas, y otras (BERAUN BERRU, 2019) en el lactante.

Así también en el primer año de vida del niño con madres diagnosticadas con DPP se identifican otros trastornos cognitivos, conductuales y de interacción social, y un desarrollo físico deficiente (Camila, Pavón Rincón María, 2021).

Las madres con DPP al no ser identificadas y tratadas oportunamente, existe el riesgo de presentar infanticidio, un episodio psicótico caracterizado por alucinaciones (ordenes de matar al niño) o delirios (el niño está poseído) (Camila, Pavón Rincón María, 2021).

Además, en la madre con DPP, puede provocar alteraciones en las habilidades de cuidado al recién nacido y al padre con una mayor hostilidad, interacción negativa, menor capacidad de respuesta y comunicación, interfiriendo además en las actividades lactancia, sueño, controles de salud, inicio de alimentación complementaria y estimulación temprana. Las mujeres puérperas son altamente vulnerables a presentar trastornos afectivos y por este motivo se promueve que los médicos de atención primaria prioricen una detección y tratamiento oportuno de DPP, en mujeres gestantes y posparto. La ansiedad, una patología que se presenta frecuentemente en la población en general y la ansiedad perinatal puede no ser diagnosticada y suele confundirse con un trastorno depresivo (Jordan & Minikel, 2019). Existiendo una relación muy estrecha entre depresión y fatiga en la mujeres puérperas, por lo que se han presentado varios

debates para diferenciarlos sobre todo en estadios avanzados de la depresión posparto ya que en etapas tempranas son fáciles de diferenciar en la actualidad (Wilson et al., 2018).

A fin de prevenir los efectos de la DPP sobre el peso y talla de los niños, inadecuado apego de la lactancia materna, y otros problemas en la salud del niño y de la madre, es fundamental el diagnóstico oportuno de DPP, mediante el screnning de depresión posparto e identificación temprana de estas madres para su manejo integral (Aoyagi & Tsuchiya, 2019) (Wilson et al., 2018) (Galanti et al., 2009) (Farías-Antúnez et al., 2018). Por lo tanto, este estudio pretendió analizar si la depresión postparto se asocia con alteraciones en el peso y talla de los niños, con el propósito de evidenciar la importancia de realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno de la depresión postparto.

Justificación

La etapa de maternidad es percibida positivamente por la sociedad, sin embargo, ciertas madres pueden pasar por problemas psicosociales durante su gestación y puerperio, provocando alteraciones en el niño, como un inadecuado apego a la lactancia materna siendo este un factor directo que afecta el desarrollo del crecimiento en el peso y talla (Malpartida, 2020).

La depresión postparto afecta las capacidades de cuidado y atención de los padres al niño. En ese sentido, un diagnóstico y tratamiento tardío de la depresión posparto tiene como consecuencia alteraciones en las habilidades de los padres en la interacción con sus hijos, convirtiéndolos en cuidadores inadecuados (Jordan & Minikel, 2019) (Malpartida A, 2020).

Los efectos en la salud de los niños de madres diagnosticadas de depresión posparto incluyen alteraciones en el desarrollo del crecimiento (peso y talla), insomnio, llanto fácil y frecuente, adicionalmente, alteraciones en desarrollo neuromotor, del

lenguaje y cognitivo de los niños, que dependerán del tiempo en el que es detectada la enfermedad en la madre, el tipo de afectación y a qué edad se evidenciará (Aoyagi & Tsuchiya, 2019) (Wilson et al., 2018).

En relación a la alteración del desarrollo del crecimiento en la primera infancia, un estudio de cohorte mencionan que el retraso en el crecimiento es mayor en aquellos niños con madres que presentaron depresión posparto en un 35% versus madres sanas en un 24%, indicando una asociación significativa (Upadhyay & Srivastava, 2016). La depresión posparto es una patología que al ser diagnosticada y tratada a tiempo evita sus complicaciones en la madre y sus hijos, asegurando un niño y una madre sanos. El desarrollo adecuado del niño depende de la calidad del cuidador, debido a que existe una relación de dependencia del niño hacia sus padres hasta lograr su propia independencia, por lo tanto, es necesario una adecuada salud mental de los padres que son los principales cuidadores con un vínculo afectivo importante.

Se han realizado algunos estudios entre ellos revisiones bibliográficas en Latinoamérica quienes indican que existe repercusiones sobre el niño de madres con diagnóstico de depresión postparto principalmente en el desarrollo del crecimiento. Sin embargo, en el Ecuador no hay datos recientes sobre dicha problemática, por lo que consideramos necesario realizar este estudio que permitan comprobar los efectos de la depresión postparto en el crecimiento de los niños como efecto a corto plazo.

Problema de investigación

La prevalencia de depresión postparto en las mujeres gestantes que presentan factores de riesgo alcanza el 15% en Sudamérica (Malpartida, 2020). Este problema según diversos estudios afecta a la talla y peso del niño a corto, mediano y largo plazo. Dentro de este grupo también se puede observar, interrupción temprana de la lactancia materna, inmunizaciones tardías y maltrato infantil (Jarvis et al., 2020).

Por la prevalencia y consecuencias de la depresión postparto que conllevan a morbimortalidad materno infantil se planteaba realizar un estudio longitudinal con seguimiento a los hijos de estas madres durante 4 meses del Hospital de Calderón, para analizar los efectos sobre el peso y la talla de los niños en las madres que desarrollaron depresión postparto, con la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los efectos de la depresión postparto sobre el peso y talla de los niños de 0 a 4 meses de edad, hijos de mujeres atendidas en el Hospital General Docente de Calderón, en el período 2021-2022?

Objetivos

Objetivo general

- Determinar los efectos de la depresión postparto sobre el peso y talla de los niños de 0 a 4 meses de edad, hijos de mujeres atendidas en el Hospital General Docente de Calderón, en el período 2021-2022

Objetivos específicos

- Analizar la relación que existe entre la depresión postparto con el bajo peso y talla de los niños entre los 0 a 4 meses de edad, hijos de mujeres atendidas en el Hospital General Docente de Calderón, en el periodo 2021-2022.
- Identificar los factores asociados que contribuyen a la alteración del peso y la talla en los niños de 0 a 4 meses, hijos de mujeres atendidas en el Hospital General Docente de Calderón, en el período 2021-2022.
- Determinar si la lactancia materna y la relación materno-neonatal se encuentran o no afectadas en niños de 0 a 4 meses de edad en el peso y talla, hijos de madres diagnosticadas con depresión posparto, atendidas en el Hospital General Docente de Calderón, en el período 2021-2022.

Hipótesis

La depresión postparto es un factor de riesgo para que los niños de 0 a 4 meses presenten alteraciones en el peso y talla, en mujeres atendidas en el Hospital General Docente de Calderón, en el período 2021-2022

Capítulo II

Marco teórico

Definición de depresión postparto

La depresión postparto (DPP) se clasifica en depresión mayor y menor según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la quinta edición (DSM-5) definida como una alteración expresivamente grave del estado de ánimo que interfieres a las actividades diarias y calidad de vida en la mujer, el lactante y su entorno, pudiendo ser identificado en el embarazo o en el puerperio y persiste dentro de 1-3 semanas hasta las 12 semanas posparto (Lauder, 2021) (American Psychiatric Association, 1980). La DPP afecta directamente la salud física y mental de la madre, hijo y del entorno familiar (Ampudia Malpartida, 2020).

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud - Décima Revisión (CIE-10) muestra que para los "episodios que están asociados con el puerperio" los síntomas depresivos inician dentro de las seis semanas posparto. (*ICD-10 Version:2016,* n.d.).

Entre otros trastornos depresivos del posparto se detallan los siguientes:

- Tristeza postparto o “baby blue”
- Psicosis postparto

Tristeza posparto*:* es un síndrome, leve y breve que se presenta en un 86% de las puérperas, inicia a los 2-4 días y dura 2 semanas, se asocia a factores hormonales del posparto (descenso brusco de estrógenos y progesteronas), psicológicos y sociales (Malpartida A, 2020). Se caracteriza por cambio de estado de ánimo como irritabilidad, cambios emocionales como llanto fácil, rasgos hipocondriacos, insomnio, fatiga, anorexia, falta de concentración y cefalea (Acuña Alvarado et al., 2021).

Psicosis posparto*:* definido como un trastorno psiquiátrico de inicio agudo (48-72 horas) o en raras ocasiones después de 4 semanas posparto, caracterizado por rasgos maniáticos, depresivos o mixtos. La ansiedad, insomnio e irritabilidad se presentan de forma temprana y avanzan rápidamente con desorientación, despersonalización y conducta desorganizada, teniendo como resultado a ideas delirantes pudiendo provocar infanticidios. Entre otras psicosis afectivas, la diferencia con la psicosis posparto es que se acompaña con confusión y delirio. Los factor de riesgo de la psicosis posparto son mujeres primigestas y/o antecedentes de episodios psicóticos previos en un 15-20% (Acuña Alvarado et al., 2021).

Epidemiología de la depresión postparto

Datos generales:

La DPP es un trastorno psiquiátrico considerado un problema de salud pública en todo el mundo. Según la Organización Panamericana de la Salud (PAHO), la DPP afecta el 56% de las mujeres latinas que viven en México y EEUU dentro de los primeros 4 meses posparto y la incidencia en el resto de los países representa un 15%, incluido el "trastorno depresivo durante el período perinatal" indicado por el DSM-5(Caparros-Gonzalez R et al., 2018).

En Europa la prevalencia de la DPP es de alrededor del 9%, respaldada por estudios realizados en ese continente en el que se incluyeron depresión mayor y menor (O'Hara & Wisner, 2014). El análisis de estudios en entornos clínicos, tanto retrospectivo, prospectivo estiman que la prevalencia de la DPP es del 10 al 16 % aproximadamente a nivel mundial (Gaillard et al., 2014).

Datos en Sudamérica

En Sudamérica mediante encuestas y estudios transversales demostraron la prevalencia de DPP, que colocan a Colombia en un primer lugar con el 40.2%, Brasil 14-19%, Chile 15,3%, México 14.3%, Argentina el 12,0%, Perú 11% y República Dominicana 9.8% (Lartigue & Maldonado-durán, 2008).

Datos en Ecuador:

En Ecuador los estudios realizados sobre DPP desde el año 2013 y el último en el 2019 en la Provincia del Cañar, registran una alta prevalencia del 72.1%, identificando como factor de riesgo el embarazo no planificado. En esta línea, otro estudio realizado en la ciudad Cuenca en el Hospital Vicente Corral Moscoso, encontró una prevalencia de DPP del 49,85%, teniendo como principales factores de riesgo: la edad entre 20-24 años, unión libre, residir en zonas urbanas e instrucción secundaria (Bustos Rementeria Stephanie & Jiménez Ponce, 2013). En el estudio realizado en la ciudad de Guayaquil, encontraron una incidencia de DPP del 68,7 % en madres con hijos hospitalizados y no hospitalizados(De Lama et al., 2019). Entre otros estudios no de menos importantes también realizados en Ecuador, identificaron diversos factores riesgo para la DPP, como el estado civil soltera en un 58%, la edad materna entre 14 y 16 años en un 50%, una regular relación con los miembros de la familia en 35%, violencia física y psicológica por parte de su familia o de su pareja en un 45%, como factor social (bajo nivel económico) en un 73% y por último las mujeres adolescentes en un 75% en los que obtuvieron un puntaje mayor de 10 en la escala de Edimburgo que se relaciona con un mayor riesgo de sufrir depresión posparto (ANTONIO & DR. VEGA FALCÓN VLADIMIR, 2018).

Datos estadísticos en relación al inicio de los síntomas:

Los síntomas en la DPP, pueden ocurrir durante el embarazo o en el puerperio cerca de un 50% (Da Costa et al., 2000).

Un estudio prospectivo realizado en el 2016 sobre diagnóstico de DPP, indico que se diagnosticó DPP en un 20% antes del embarazo, 38% en el embarazo y un 42% en el posparto. Y el inicio de los síntomas de la DPP en relación a los meses posparto, identificaron que el 54% inicio al primer mes posparto, el 40% a los dos y cuatro meses posparto y un 6% a los cinco a doce meses posparto(Fisher, S. D., Wisner, K. L., Clark, C. T., Sit, D. K., Luther, J. F., & Wisniewski, 2016).

Factores de Riesgo de la depresión posparto

Existen múltiples y posibles factores de riesgo que predisponen a la DPP y pueden estar presente durante la gestación o en el posparto (O'Hara & Mc Cabe, 2013) (Howard et al., 2014).

La utilización de la Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS) se ha aplicado en diversos estudios y mediante este instrumento identifica la DPP y los factores de riesgo que podrían estar asociados.

Los factores de riesgo identificados son: nivel socioeconómico (pobreza), familia con hijos pequeños y estado civil de la madre (soltera). En países en vías de desarrollo la prevalencia está relacionado con la pobreza, (Lartigue cols, n.d.) y otros factores como: edad materna (adolescentes), antecedente de depresión durante el embarazo o posparto, falta de apoyo social , antecedentes obstétricos traumáticos, parto prematuro, entre otros (Lauder, 2021).

En Caracas Venezuela el estudio realizado que hace referencia a factores de riesgo que predisponen a la DPP, además cataloga la gravedad de la depresión conjuntamente con

el puntaje de la EPDS, los factores de riesgo identificados y que concuerdan con otros fueron:

1. Madre adolescente (según la clasificación de la OMS menores de 19 años).
2. Hábitos tóxicos (consumo de alcohol, tabaco o drogas).
3. Embarazo no deseado o no planificado.
4. Complicaciones obstétricas (parto traumático, cesárea, preeclampsia, parto pretérmino y otras).
5. Antecedentes previos de trastornos de ansiedad, depresivos o trastornos del estado anímico antes o durante el embarazo.
6. Acontecimiento vital estresante intrafamiliar (violencia).
7. Instrucción primaria (Johalys et al., 2014).

Dentro del factor de riesgo identificados no son una causa específica para la DPP, ya que muchas mujeres con estos factores no sufrieron depresión posterior al parto.

En Ecuador los factores de riesgo identificados para la DPP es el ingreso del recién nacido a las Unidades de cuidados intensivos neonatal (UCIN), aumentando las tasas del 28%-70% de padecer DPP. Sin embargo, en las madres con recién nacidos prematuros de bajo peso al nacer, de acuerdo a una revisión sistémica de la literatura, presentan un porcentaje mayor de depresión posparto, prolongándose al menos 12 semanas y persistiendo los síntomas depresivos durante el primer año posparto (Friedman et al., 2021).

Otros factores mencionados, se pueden calificar como principales y otros:

Principales	**Otros**
- Antecedentes de episodios depresivos previos. - Depresión durante el embarazo	-Edad menor de 25 años -Multiparidad -Antecedentes de abusos físicos o sexuales

- Acontecimientos vitales estresantes en el embarazo o el parto (conflictos de pareja, emigración, etc.) - Mujeres con desventajas socioeconómicas (pobreza) (Ortega del Moral, 2020).	-Embarazo no deseado, actitudes negativas frente al embarazo, miedo al parto. -Insatisfacción con la imagen corporal -Rasgos neuróticos de personalidad -Ansiedad - Insomnio -Síndrome premenstrual o trastorno disfórico premenstrual -Tristeza o "blues" posparto -Dificultad para la lactancia materna -Estrés en los cuidados infantiles (llanto infantil inconsolable, trastorno del sueño infantil, etc. (Ortega del Moral, 2020).

Realizado por: Valeria León / Cristina Garzón

Factores de riesgo asociados a la DPP de acuerdo a las esferas comprometidas en la mujer:

Factores Biológicos	**Factores Psicológicos**	**Factores Psicosociales**	**Factores Sociodemográficos**
Mujeres <25 años Enfermedades tiroideas, hipertensión arterial, diabetes tipo II, etc.	Cuidado de los hijos - sobrecarga. Percepción negativa de imagen corporal en el posparto.	Soltera. Relación estresante con la pareja o familia. Violencia de cualquier índole.	Instrucción primaria o analfabética. Pobreza. Situación laboral. Creencias culturales.

Antecedentes psiquiátricos previos, personales y familiares. Enfermedad o malformación en el neonato. Abortos	Acontecimientos vitales estresantes. Orfandad Primigesta. Baja autoestima. Ansiedad prenatal.	Falta de redes de apoyo. Embarazo no planificado. Suspensión temprana la lactancia	

(Bustos Rementeria Stephanie & Jiménez Ponce, 2013)(Ampudia Malpartida, 2020)(Casillas & Tite, 2017)

Realizado por: Valeria León / Cristina Garzón

Manifestaciones clínicas

Los síntomas que experimenta una mujer con DPP suelen ser similares a la depresión mayor que ocurre en pacientes que no están en posparto (O'Hara & Mc Cabe, 2013) (Howard et al., 2014), los síntomas están en relación al cambio hormonal o experiencias traumáticas que se produce posterior al parto, crisis por la llega de un miembro de la familia, situación de estrés al momento de la lactancia, desconocimiento de los cuidados al recién nacido, no comunicación y problemas en la relación conyugal que son identificados por la madre y traducidos como negativos con el riesgo de causar daño al recién nacido, siendo este último un indicador de diferenciación y gravedad. La diferencia entre la DPP y otros trastornos de depresión, la DPP no se caracteriza con problemas del sueño o del apetito ya que son experiencias universales en las mujeres puerperas (Kellerman, Rick, 2021).

Los síntomas iniciales de la DPP, usualmente se presenta con la labilidad emocional como tristeza y llanto fácil que se deben distinguir por el tiempo de inicio, duración, presentación y resolución (Johalys et al., 2014).

Los síntomas iniciales y otros suelen aparecer a los dos y doce meses posparto y pueden permanecer hasta los tres a catorce meses (Newman et al., 2022).

Entre otros signos y síntomas de la DPP de acuerdo a la alteración de esferas:

ESFERA COGNITIVA	Dificultad para la concentración y memoria, pensamientos repetitivos, dificultad para tomar decisiones, temor, ansiedad, preocupación por el bienestar de la pareja y el recién nacido, ideas lesivas hacia el recién nacido, ideación suicida, desesperación, anorexia, pérdida de peso inexplicable, fatiga, cansancio extremo y falta de vitalidad, pérdida de placer de hacer las cosas.
ESFERA EMOCIONAL	Anhedonia, culpabilidad, fracaso, sensación de vacío, tristeza, llanto, falta de amor por hijo, desapego de hijo, desagrado, vergüenza, inutilidad, confusión, ansiedad, pánico, irritabilidad, ira, distanciamiento social.
ESFERA CONDUCTUAL	Desinterés por actividades habituales, cambios en el apetito, insomnio e hipersomnio, aislamiento social, Pobre autocuidado e incapacidad para hacer frente a las tareas rutinarias.

(Madlala & Kassier, 2018)

Realizado por: Valeria León / Cristina Garzón

Evolución natural de la depresión posparto

- Síntomas moderados, mejoran a los 6 meses posparto.
- Síntomas que se prolongan, mayores a 2 meses y que se acompañan con alucinaciones y generan riesgo de infanticidio (Johalys et al., 2014).

Diagnóstico de la depresión posparto

Toda madre con sospecha, presencia de factores de riesgo para DPP se debe realizar una evaluación inicial en cualquier nivel de atención materno infantil:

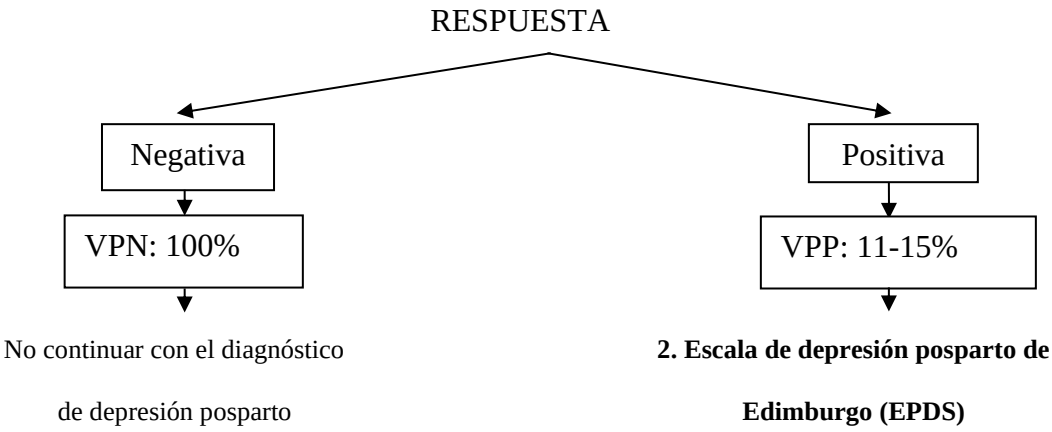
1. Anamnesis (antecedentes médicos y de trastornos de salud mental)
2. Examen físico general (hipótesis diagnósticas)
3. Analítica básica (a descartar anemia o alteraciones tiroideas consideradas principales patologías con similar presentación clínica de un episodio depresivo) (Moral et al., 2020).

Reconociendo que la consulta de medicina de familia es la idónea para la detección de factores de riesgo y posibles problemas emocionales después del parto y aplicación de las recomendaciones del USPSTF del 2016 (U.S. Preventive Services Task Force): cribado de rutina para depresión en la población adulta en Atención Primaria, tomando en cuenta y garantizando un diagnóstico, tratamiento y el seguimiento (Casillas & Tite, 2017).

Algoritmo para cribado inicial de DPP

▼

Cribado inicial	Realizar 2 preguntas: SI/NO "Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia se sentía triste, deprimida o sin esperanza?". + "Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia sentía poco interés por realizar actividades y además no sentía que le proporcionaran placer?".



(Friedman et al., 2021) (Moral et al., 2020)

Realizado por: Valeria León / Cristina Garzón

Instrumentos de aplicación para la detección de depresión

Previo a la aplicación de la Escala de depresión postparto Edimburgo (EPDS), existen revisiones de los instrumentos de evaluación para trastornos depresivos, son cuestionarios de auto reporte que no diagnostican, sino son considerados métodos de pesquisa para depresión (Johalys et al., 2014) y posterior aplicación de los criterios según DSM-5, descritos en las manifestaciones clínicas para su diagnóstico.

Criterios diagnósticos del DSM-5 para un episodio depresivo mayor

A. 5 (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos 1 de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.
NOTA: No incluya síntomas que sean claramente atribuibles a otra condición médica.
1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, como lo indica el informe subjetivo (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o las observaciones realizadas

por otros (p. ej., parece lloroso). (NOTA: En niños y adolescentes, puede haber estado de ánimo irritable.)
2) Interés o placer marcadamente disminuido en todas, o casi todas, las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (según lo indicado por el relato subjetivo o la observación).
3) Pérdida de peso significativa sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (NOTA: en los niños, considere no lograr el aumento de peso esperado).
4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por otros, no simplemente sentimientos subjetivos de inquietud o ralentización).
6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7) Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente autorreproche o culpa por estar enfermo).
8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días (ya sea por su relato subjetivo o según lo observado por otros).
9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo miedo a morir), ideación suicida recurrente sin un plan específico, o intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.
B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos directos de una sustancia oa otra condición médica.
NOTA: Los criterios A a C representan un episodio depresivo mayor.
NOTA: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina financiera, pérdidas por un desastre natural, una enfermedad médica grave o una discapacidad) pueden incluir sentimientos de tristeza intensa, rumiación sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y

pérdida de peso. en el Criterio A, que puede parecerse a un episodio depresivo. Aunque tales síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados para la pérdida, la presencia de un episodio depresivo mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa también debe considerarse cuidadosamente. Esta decisión requiere inevitablemente el ejercicio del juicio clínico basado en la historia del individuo y las normas culturales para la expresión de angustia en el contexto de la pérdida.
D. La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por el trastorno esquizoafectivo, la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno delirante u otro espectro de esquizofrenia especificado y no especificado y otros trastornos psicóticos.
E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.
NOTA: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios maníacos o hipomaníacos son inducidos por sustancias o son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

(Viguera, 2020) (“Guía de Consulta de Los Criterios Diagnósticos Del DSM 5.,” 2013)

Herramientas e instrumentos de evaluación de los trastornos depresivos

Las siguientes herramientas para evaluación de trastornos depresivos son sensibles ante la presencia de síntomas depresivos y permiten identificar posibles depresiones y actuar de forma oportuna.

Análisis de instrumentos de evaluación de los trastornos depresivos

Escala de Depresión de Edimburgo (EPDS)	Desarrollada en 1987, por primera vez por los autores Cox, Holden, Sagovsky. Objetivo: evaluar la sintomatología depresiva durante el embarazo y postparto.

	Consta de 10 ítems, duración < 5 minutos, relacionadas con el comportamiento durante los siete días anteriores, presencia o no de idea o sentimiento de desánimo, estrés o desaliento que afecte el desenvolvimiento en el cuidado y atención del recién nacido (Johalys et al., 2014) (Casillas & Tite, 2017). En caso de duda diagnóstica se repite después de 2 semanas. Sensibilidad: 94% Especificidad:78%
Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg. (E.A.D.G)	Ejecutada en 1988 por Goldberg y colaboradores, a partir de una versión modificada de la Psychiatric Assessment Schedule. Escala para autoevaluación de síntomas ansiosos depresiva, compuesta por dos subescalas síntomas de autopercepción, para ansiedad y depresión y consta de 9 ítems cada subescala (Johalys et al., 2014) (Casillas & Tite, 2017). Las respuestas son de Si / No. Limitación: en personas de edad avanzada por presentación atípica. Sensibilidad: 83.1% Especificidad: 81.8%
Beck Depression Inventory. (BDI-II)	Creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck.

	Propósito: identificación de síntomas depresivos y cuantificación de la gravedad (Johalys et al., 2014) (Casillas & Tite, 2017). Consta de 21 ítems.
Hamilton Rating Scale for Depression (HDRS)	Es una escala hetero aplicada, elaborada para pacientes con diagnóstico previo de depresión. Propósito: evaluación cuantitativa de la gravedad de los síntomas, valorar la evolución de la sintomatología de depresión y respuesta al tratamiento (Johalys et al., 2014) (Casillas & Tite, 2017).
Montgomery Asberg Depression Rating Scale. (MADRS)	Publicada en 1979 por Stuart Montgomery y Marie Åsberg. Objetivo: cribaje y estadificación de la gravedad de los síntomas depresivos y evaluación de los mismos durante la última semana (Johalys et al., 2014) (Casillas & Tite, 2017).

(Johalys et al., 2014) (Casillas & Tite, 2017).

Realizado por: Valeria León / Cristina Garzón

Entre otras revisiones, analizan tres herramientas principales para la identificación de la DPP como:

- EPDS
- Patient Health Questionnaire (PHQ)
- Escala de Depresión Postparto (PDSS).

Son utilizadas en las dos primeras semanas del posparto. La identificación de mujeres que sufren estos síntomas se realiza un seguimiento cercano para tener la capacidad de detectar trastornos mayores de manera oportuna (Bazaco, 2016).

Escalas de uso en DPP en relación a la importancia y utilización

Escala	**Evaluación**	**Numero de artículos**	**Nivel de evidencia**
EPDS	Depresión posparto	15	15 revisiones sistemáticas 4 ensayos clínicos aleatorios
PDSS	Depresión posparto	4	4 revisiones sistemáticas
PHQ	Depresión posparto	3	1 revisión sistemática 2 ensayos clínicos aleatorios

(Bazaco, 2016) Realizado por: Valeria León / Cristina Garzón

Una vez identificada las características de los instrumentos que nos permiten la evaluación de riesgo de depresión en mujeres después del parto, escogimos a la Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS) que ha mostrado un mejor rendimiento para la identificación de mayor riesgo de depresión menor o mayor en el posparto, semejante al a los criterios de depresión de la Asociación Americana de Psiquiatría (Moral et al., 2020) **(Anexo 1).**

Escala de depresión posparto Edimburgo

La EPDS es una herramienta, validada para pesquisa de episodios depresivos durante el embarazo o después del parto y no para un diagnóstico de DPP. Fue creada en 1987 por J.L.Cox, considerada como un autoinforme que consta de 10 preguntas relacionadas con el comportamiento de la puérpera durante los 7 días anteriores, busca la presencia de ideas suicidas, cambios en el estado de ánimo como anhedonia, estrés o desaliento que interfiera con el desenvolvimiento como madre, en el cuidado y atención

del recién nacido (Johalys et al., 2014), cada respuesta tiene un puntaje de 0 a 3 de acuerdo a la variabilidad de los síntomas, con un valor total de 30, se aplica desde el primer día hasta 6 semanas posparto, sin embargo otros estudios apoyan que debe aplicarse en un período de tiempo hasta los 2 meses posparto (Bazaco, 2016).

Las características de la EPDS: fácil aplicación, tiempo < 5 minutos, amigable para el médico y las pacientes (El-Den et al., 2015), con más de 50 idiomas para su interpretación. La especificidad de la escala se ve definido ya que el cuestionario no investiga síntomas depresivos somáticos típicos de madres en posparto, como: cambio en el apetito, fatiga o falta de energía que pueden confundir con un "Baby Blue (Opinión del Comité No. 630, 2015).

Sintomatología a evaluar en la EPDS

ÍTEMS	**SINTOMATOLOGÍA**
1	Incapacidad para reír
2	Anhedonia
3	Culpa
4	Ansiedad
5	Pánico
6	Desesperanza
7	Dificultades para dormir
8	Tristeza
9	Llanto

10	Ideación suicida

(Tissot et al., 2015)

Realizado por: Valeria León / Cristina Garzón

En la DPP, los síntomas se caracterizan por el tiempo y la intensidad de los mismos, que diferencian de otras patologías depresivas. Es decir los síntomas de una DPP pueden aparecer durante el embarazo, 4 o 6 semanas después del parto o permanecen hasta un año posparto de acuerdo a varias revisiones bibliográficas (Moral et al., 2020).

Entre los principales síntomas a investigar en las mujeres con riesgo de DPP son: el estado de ánimo o cognitivos (disforia, anhedonia, inutilidad o culpa excesiva, deterioro de la concentración o toma de decisiones, ideación suicida) (Tissot et al., 2015).

Situaciones en las que la DPP graves se pueden distinguir por:

1. Síntomas depresivos en el embarazo.
2. Puntuación de 20 en la Escala de depresión posparto de Edimburgo.
3. Síntomas de ansiedad e ideación suicida.
4. Complicaciones obstétricas (sufrimiento fetal, hemorragia posparto y bajo peso al nacer) (Putnam et al., 2015) (Tissot et al., 2015).
5. Síntomas graves: ideas de autolesión, desinterés del cuidado de hijo, alucinaciones e ideas delirantes. (Johalys et al., 2014).

Interpretación de la EPSD de acuerdo al puntaje

En las revisiones y artículo de estudio que validaron a la escala según el puntaje total, indicaron que una puntuación de 13 puntos tiene una sensibilidad/especificidad

más alta del 86 % y 78% respectivamente, mientras que otros autores manifestaron reducir el puntaje a 9 para aumentar la sensibilidad un 94 % (Tissot et al., 2015) (Heh, 2013).

Y como una última revisión similar a las anteriores, al parecer las puntuación de 11 puntos en la EPDS, maximiza su sensibilidad y especificidad, catalogándola de buena a excelente, como respaldo que en un *"metanálisis de 36 estudios incluyó datos a nivel de participantes de 9066 mujeres embarazadas y en posparto que fueron examinadas; la depresión mayor estuvo presente en 1330, según entrevistas semiestructuradas (referencia estándar de oro)"* (Levis et al., 2020). Siendo así que la puntuación de 11 puntos tiene una sensibilidad del 81% y una especificidad del 88% en la DPP, con un valor predictivo positivo de más del 60% (Levis et al., 2020).

En referencia al grado de severidad de la DPP, el estudio realizado en Venezuela- Caracas menciona que se estimaron criterios clínicos apoyados en la evaluación integral de los resultados de la puntuación de la EPDS más la presencia o ausencia de factores de riesgo de la madre (Johalys et al., 2014), catalogándolos como:

- Normal: puntuación de EPDS, 0-5 puntos y sin factores de riesgo.
- Leve: puntuación de EPDS, 6-10 puntos con un factore de riesgo.
- Moderada: puntuación de EPDS, 11-20 puntos con 2 factores de riesgo.
- Severo: puntuación de EPDS, mayor a 20 puntos con más de 2 factores de riesgo (Johalys et al., 2014).

El EPDS es el Gold estándar para el cribado de DPP, a diferencia de otras escalas antes ya mencionadas y analizadas como: Escala de calificación de depresión de Montgomery-Åsberg "MADRS", el Inventario de Depresión de Beck "BDI", Entrevista de diagnóstico basada en DSM "DIGS" que han sido con mayor interés diseñadas para

el cribado o diagnóstico de trastornos depresivos generales que no tenían en cuenta la atipicidad del trastorno; incluyendo en particular los síntomas ansiosos que son relevantes en las descripciones clínicas de la DPP (Tissot et al., 2015).

Diagnostico diferencial

El diferencial de una DPP depende que los signos y síntomas se presentan después del parto y las características dadas como; el tiempo de instauración y permanencia contrastando con que el curso de la tristeza posparto o "baby blues" es tristeza leve y autolimitado (Aumala, 2017). La detección oportuna de síntomas depresivos en la mujer gestante y puérpera es importante para evitar el riesgo de depresión posparto ya que representa de 4 a 11 veces más en mujeres con factores de riesgo (González et al., 2019).

Diagnostico diferencial entre tristeza y depresión posparto

	Tristeza o "blues" posparto	**Depresión posparto**
Inicio	2 a 3 días tras el parto.	Puede iniciarse antes del parto y hasta 6 semanas o incluso un año posparto.
Duración	Hasta 2 semanas tras el inicio.	Dos o más semanas desde el inicio, hasta más de un año y posibles recurrencias posteriores.
Síntomas	Leves y transitorios: labilidad emocional, tristeza, llanto,	Intensidad moderada a grave: desaliento, ansiedad

	ansiedad, agotamiento, insomnio.	sobre salud o cuidados del bebé, percepción negativa o falta de interés sobre el niño, consumo de alcohol o drogas, delega cuidados del bebé, frecuentes visitas médicas.
Posible patogenia	Cambios hormonales con alteración de los neurotransmisores.	Susceptibilidad genética, cambios hormonales, problemas psicológicos y sociales.
Diagnóstico	Cribado en visitas puerperales con respuestas negativas. (**Anexo 2)**	Escala de Edimburgo. (**Anexo 1)** DSM-5a: Presencia durante ≥ 2 semanas de síntomas para establecer el diagnóstico. **(Anexo 3)**
Tratamiento	Seguimiento, fomento de apoyos y de descanso. Psicoterapia	Acordado según intensidad y preferencias de la mujer, psicoterapia, antidepresivos.

		Valoración por salud mental en casos moderados a graves. Derivación urgente si ideación suicida o sospecha de psicosis posparto.

(Moral et al., 2020) Realizado por: Valeria León / Cristina Garzón

Ansiedad perinatal

La ansiedad perinatal, en las mujeres embarazadas los trastornos afectivos se muestran con mayor facilidad, siendo la ansiedad una de las patologías subdiagnosticadas durante el embarazo en comparación con la depresión.

El acompañamiento de la madre al recién nacido durante los controles médicos durante su primer año y la aplicación de las herramientas de screening nos permite llegar a un diagnóstico oportuno.

Los trastornos de ansiedad representan el 30% de la prevalencia de los trastornos mentales en la población general, pero no en las mujeres embarazadas y puérperas porque se desconocen estos datos, y algunos estudios sugieren que a pesar de no cumplir todos los criterios para un trastorno de ansiedad, los trastornos de ansiedad son más comunes que la depresión. Las mujeres con un diagnóstico previo de trastorno de ansiedad generalizada, bajo nivel educativo, falta de apoyo social y abuso infantil tenían un mayor riesgo de trastorno de ansiedad posparto, y el riesgo se duplicaba si tenían antecedentes de trastorno postraumático. Las madres que amamantan a sus recién nacidos por la noche en los primeros meses de vida los dejan vulnerables a los

trastornos del estado de ánimo y de ansiedad. No se han establecido criterios de diagnóstico específicos para el trastorno de ansiedad posparto (Jordan & Minikel, 2019).

Fatiga

En los primeros dos años después del nacimiento, la prevalencia de depresión y fatiga materna oscila entre el 10 % y el 20 % y entre el 40 % y el 60 %, respectivamente. Una de las causas de la fatiga puede ser las madres que cuidan a sus, por supuesto, niños pequeños. Es uno de los síntomas más comunes y parte de los criterios diagnósticos de la depresión. Aunque la fatiga y la depresión son similares en la presentación clínica, es difícil distinguir entre las dos en términos de su etiología, lo que hace que la fatiga se confunda con la depresión. A medida que estos síntomas aumentan en gravedad, se vuelven más difíciles de distinguir, pero las características distintivas también pueden volverse más pronunciadas a medida que progresan (Wilson et al., 2018).

MANEJO DE LA DEPRESIÓN POSPARTO

Tratamiento no farmacológico:

Toda DPP como diagnóstico inicial debe recibir como primerea línea:

- La **terapia cognitivo-conductual**: ayuda a las personas a reconocer y cambiar sus pensamientos y comportamientos negativos, con énfasis en el aprendizaje de habilidades de afrontamiento, manejo del estrés y resolución de problemas (Moral et al., 2020).
- La **terapia interpersonal**: consiste en ayudar a las personas a comprender y resolver las dificultades interpersonales que provocan problemas psicológicos ya afrontar las relaciones problemáticas (Moral et al., 2020).

Además, las madres que no quieren exponer a sus hijos a un tratamiento farmacológico, la psicoterapia es un tratamiento no farmacológico, a pesar de que los beneficios superan los riesgos, aunque mejoren juntos. Los beneficios de la terapia grupal incluyen el desarrollo de habilidades de comunicación, la normalización de problemas al obtener el apoyo de otras personas que enfrentan situaciones similares y la reducción del aislamiento social y la soledad. El tiempo pautado varía entre 6 y 12 sesiones, no existiendo un tiempo óptimo de tratamiento, ya que debe ser individualizado (Larsen et al., 2015).

Tratamiento farmacológico

Los antidepresivos son una alternativa para la depresión leve-moderada cuando el tratamiento no farmacológico ha fallado o en caso de no estar disponible la terapia de primera línea o la psicoterapia (Moral et al., 2020).

En la DPP grave, los tratamientos no farmacológicos y farmacológicos pueden iniciarse simultáneamente, ya que los efectos de los fármacos pueden demorarse varias semanas (Oram & Lee, 2022).

A diferencia de otras formas de depresión, hay muy poca evidencia del uso y efectos moderados del tratamiento farmacológico. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son la clase de fármacos mejor estudiada: por ejemplo, la sertralina, que está presente en pequeñas cantidades durante la lactancia, no tiene efectos adversos en el lactante y es el fármaco de elección durante la lactancia. Otros fármacos de uso común son los antidepresivos tricíclicos (Oram & Lee, 2022) **(Anexo 4).**

Aunque la sertralina, la paroxetina y la nortriptilina son los fármacos de elección en el puerperio, la lactancia materna no suele ser una contraindicación para el uso de antidepresivos (Oram & Lee, 2022).

En la depresión severa, donde los pensamientos o comportamientos suicidas son frecuentes, el funcionamiento diario a menudo se ve interrumpido, lo que pone a la mujer y a otros (incluidos los niños) en riesgo de daño inminente. Las complicaciones psicóticas son más frecuentes y suelen tener antecedentes de episodios depresivos graves o recurrentes y se considera que necesitan urgentemente tratamiento psiquiátrico y, a menudo, requieren hospitalización (Moral et al., 2020).

Prevención de la depresión posparto

Las mujeres posparto con factores de riesgo predisponentes para DPP tuvieron una tasa de recurrencia del 25 % durante la evaluación inicial durante el embarazo y posteriormente. Además, se debe brindar atención preventiva a estas mujeres mediante la educación de pacientes y familiares (Newman et al., 2022).

Prevención primaria:

1. Fortalecer el vínculo entre madre y bebé desde el inicio del embarazo y antes del parto a través de visitas domiciliarias, información y apoyo en la primera semana después del parto o telefónicamente. Además, se recomiendan seminarios o cursos sobre DPP no solo para mujeres embarazadas, sino también para sus parejas o familiares que puedan estar interesados en generar conciencia colectiva sobre la enfermedad. Diversas revisiones bibliográficas también mencionan que el masaje terapéutico, los métodos de relajación o la actividad física moderada durante el embarazo también pueden tener un efecto positivo sobre el estado de ánimo. (Rivera Ruiz et al., 2016).
2. Técnicas de apego temprano: El contacto piel con piel entre el bebé y la madre inmediatamente después del nacimiento es beneficioso para regular los procesos de

adaptación extrauterinos, establecer una lactancia materna efectiva, construir vínculos emocionales, reducir la ansiedad y mejorar la autoeficacia, todo lo cual ayuda a prevenir los efectos negativos de la DPP (Gontier B., 2004).

3. Otras acciones generales simples que pueden ayudar a prevenir: descansar lo suficiente, pedir ayuda con las tareas del hogar o el cuidado de los niños, comunicarse bien con su pareja y familia sobre cómo se siente, evitar pasar demasiado tiempo sola, prepárate para salir a caminar, pasar tiempo con tu pareja, asistir a un club de lactancia materna, etc (Johalys et al., 2014).

Apoyo social y la depresión posparto

El periodo posparto en la mujer primordialmente se convierte en una etapa de vulnerabilidad biopsicosocial, por lo que toma importancia que la falta de apoyo social, considerado como un elemento crítico para el desarrollo de un cuadro depresivo, desde el punto de vista de familia, pareja y redes de apoyo y cuya ausencia no sólo parece estar relacionada con la aparición sino además con la recurrencia de la DPP. Sin embargo, desde otro punto de vista, el apoyo social en las mujeres en periodo posparto durante el inicio de las intervenciones tanto para prevención y tratamiento de la DPP, impide una angustia inicial del cuadro depresivo (Contreras-García et al., 2017). Además, en 2 estudios se evidenció una relación entre la depresión posparto y la funcionalidad familiar (Rivera Ruiz et al., 2016).

El medico familiar y la depresión posparto

El rol como médico de familiar en las mujeres posparto y de forma individual se enfoca en el seguimiento, brindado una atención integral con el objetivo de mitigar los riesgos posibles de la DPP tanto en la madre, niño y familia, mediante la detección

precoz y tratamiento, buscando además fomentar el vínculo afectivo, la participación de la figura paterna, de los cuidadores o redes de apoyo familiar.

EFECTOS DE LA DEPRESION POSPARTO

La DPP no solamente tiene repercusión sobre el funcionamiento materno sino también sobre el recién nacido en los aspectos de la nutrición y salud (Vesga-López et al., 2008) y además interfiere con la lactancia materna, la relación entre la madre y el recién nacido, el cuidado del recién nacido y otros hijos y la relación conyugal, asociándose, además, la DPP con un desarrollo anormal, deterioro cognitivo y psicopatología en los niños (Stewart, 2011).

Efectos de la DPP en el niño menor a 4 meses

La repercusión de los trastornos mentales de la madre sobre el recién nacido y lactante, pueden influir en la calidad de las interacciones tempranas y en el desarrollo infantil (Sutter-Dallay et al., 2020).

En diversos trabajos actuales mencionan que la DPP puede tener un efecto específicamente en el desarrollo del niño y estos son acumulativos desde el preparto, posparto y pueden resultar más perjudiciales (Taka-Eilola et al. 2019).

Efectos en el cuidado de los lactantes menores

La DPP alrededor de la 8- 9 semanas presenta menos comportamientos “positivos” y en su mayoría comportamientos “negativos” como falta de atención de la madre hacia el recién nacido, mayor irritabilidad, menos actividad de afecto y sonrisas. Y a los 2 meses de edad según Murray et al. evidenciaron rupturas en la relación inducidas por los hijos, tras una respuesta discordante de la madre o una actitud de rechazo o también debido a la expresión de afectos negativos en el hijo (Sutter-Dallay et al., 2020).

En consecuencia, el maltrato por parte de la madre al bebé, debido a un cuidado inadecuado conduce a problemas emocionales y de comportamiento en la primera infancia del niño, lo que resulta en un estado de ánimo deprimido en etapas críticas del desarrollo posterior del niño (Butler et al., 2021) (Tsang et al., 2019) (Choi et al., 2018). Además, la DPP interviene con las actividades implicadas en el cuidado del niño como por ejemplo la duración de la lactancia materna, la rutina del sueño, control médico, alimentación complementaria prematura para sólidos y estimulación temprana interviniendo negativamente en el crecimiento adecuado de forma temprana (Butler et al., 2021)(Tsang et al., 2019) (Choi et al., 2018).

Como efecto de la DPP parece estar asociado con una deficiente atención medica de los lactantes (Field, 2010).

Sueño: las madres con DPP es menos probable que coloquen correctamente al recién nacido para dormir.

Vacunas: las madres con DPP pueden tener menos probabilidad de colocación de vacunas a los lactantes (Minkovitz et al., 2005).

Efecto sobre el comportamiento del lactante menor

Entre las madres que informaron un empeoramiento de los síntomas de depresión, fatiga y ansiedad, el 25 % de los bebés experimentó efectos como llanto infantil persistente e inconsolable, resistencia a la relajación, intervalos cortos de sueño y despertares nocturnos frecuentes (inestabilidad del comportamiento infantil) (Wilson et al., 2018).

Efecto sobre el apego del lactante hacia la madre con DPP

En los años 1969 a 1980 el Doctor John Bowlby, psiquiatra y psicoanalista inglés, indicó que la importancia de la teoría del apego se da mediante las experiencias

tempranas que recibe el recién nacido por parte de la madre para el futuro desarrollo del niño (Karamanos & Kantartzis, 2016).

Por ello, se tiene en cuenta que en cada etapa de su desarrollo, incluido el desarrollo psicológico primario, son necesarias experiencias derivadas del contacto afectivo, en este caso con la madre. La conexión entre los dos es uno de los factores objetivo más afectados durante la depresión porque rara vez se encuentra en expresiones emocionales positivas.(Karamanos & Kantartzis, 2016). Otro factor predisponente es el estrés relacionado con la DPP, que puede provocar cambios en el apego que pueden afectar el desarrollo del niño.

Efectos de la depresión en la Lactancia materna

Las madres con salud mental alterada tuvieron efectos perjudiciales en sus hijos, con un inicio tardío de la lactancia materna y el cese temprano de la lactancia materna; también se encontró que las madres con depresión tendían a amamantar por períodos más cortos. (Motlhatlhedi et al., 2017) (Madlala & Kassier, 2018).

La comparación que se realizó en un estudio estadounidense donde las nuevas madres con depresión posparto, amamantaron hasta 3,6 semanas y las nuevas madres sin depresión posparto hasta 4,7 semanas. Además del cese de la lactancia debido a la depresión materna, la suplementación con fórmula infantil y el inicio temprano del destete pueden ser útiles, ya que estos factores tienden a alterar el crecimiento del bebé y no logran alcanzar las metas de lactancia materna. Este problema de la lactancia puede afectar la capacidad de la madre para proporcionar alimentos nutritivos para el crecimiento, desarrollo y cuidado del bebé, lo que resulta en un peso insuficiente o excesivo (Madlala & Kassier, 2018).

Efectos sobre el crecimiento en el lactante menor

Se ha evidenciado una relación entre la depresión posparto y un inadecuado crecimiento de los niños en su primer año de vida, predominantemente en países en desarrollo y ocurre en un menor porcentaje en países de primer mundo, la exposición crónica a esta patología refleja niños con sobrepeso y obesidad en la niñez y la adolescencia. Los hijos de madres con DPP presentan valores de peso y talla iguales o por debajo de dos desviaciones o por debajo del percentil 5 para su edad. La calidad adecuada de los cuidados que requieren los niños de sus madres de forma dependiente en el primer año de vida se relaciona con mejores resultados psicológicos y cognitivos en el futuro (Aoyagi & Tsuchiya, 2019) (Farías-Antúnez et al., 2018).

Estudios realizados en el Sur de África no encontraron asociaciones entre DPP y alteración del crecimiento del niño. Esto discrepa de otros estudios como en Brasil, en el que encontraron que la depresión materna sí se asocia a un deficiente crecimiento infantil (razón de probabilidades, OR = 1.8). En otro estudio de Nigeria, indican que la depresión materna se asoció con la desnutrición infantil a los 3 y 6 meses; en Uganda un estudio dirigido a niños de 1 a 5 años, encontró que las madres de niños desnutridos habían tenido mayor probabilidad de estar deprimidas, OR ajustado = 2,4 (IC del 95%: 1,11,5.18) (Motlhatlhedi et al., 2017).

Peso y talla

Los estudios de cohortes prospectivos han informado que los niños de madres diagnosticadas con DPP, tiene el riesgo de un peso bajo o talla baja para la edad, representado en un 40% para las madres con DPP de países de ingresos medios bajos, frente a madres que no tiene DPP en presentar bajo peso o retraso en el crecimiento en el niño (Madlala & Kassier, 2018).

Un estudio que incluyó a los hijos de mujeres con DPP (n = 120) y bebés de mujeres sin depresión (n = 122); ambos grupos fueron emparejados por posibles factores de confusión (p. ej., peso al nacer, edad gestacional al nacer y nivel socioeconómico) y obtuvieron resultados durante 6 meses de seguimiento mencionando que los hijos de madres deprimidas tenían más probabilidades de alteración en el peso y talla por debajo del quinto percentil (Adewuya et al.,2008).

En un estudio longitudinal realizado en la zona urbana de Sudáfrica se encontró que niños a los dos años de edad presentaban retraso en el crecimiento en madres con DPP después de seis meses del parto. De la misma forma se presentó en un estudio controlado aleatorizado en la zona rural de Bangladesh, donde los niños al año de edad presentaron retraso en el crecimiento en madres con DPP. (Madlala & Kassier, 2018).

Los factores sociodemográficos como: la edad marital, el estado civil, la paridad y la renta fueron identificados como factores que influyen en la asociación entre el peso bajo del lactante y el posparto (Kariuki et al., 2022).

CUIDADOS DE LOS NIÑOS EN MUJERES CON DEPRESIÓN POSPARTO

Las mujeres deprimidas muestran menos capacidad de respuesta a las necesidades de sus hijos o, por el contrario, reacciones exageradas inducidas por la ansiedad. Expresado si la lactancia materna es difícil. Se debe brindar apoyo sin juzgar a estas madres, independientemente de si desean continuar o dejar de amamantar, lo que motiva una importante fuente de beneficio terapéutico. (Oram & Lee, 2022).

Durante la lactancia, la pareja o cónyuge siente el deseo de estar con ella y apoyarla en este proceso. Junto con el apoyo de la familia extendida, el objetivo es que la madre y la pareja tengan el control de sus propias necesidades, así como darles un respiro.

Entre los conflictos de pareja que pueden generar la DPP; esta la reacción negativa de padre a aceptar que el cuidado excesivo, obsesivo y repetitivo de la madre a su hijo, sin lograr comprender a profundidad lo que sucede en realidad. La madre al no sentirse comprendida se siente sola y abandonada a pesar de la compañía de su familia. Sobre todo, al ver como su pareja continua con sus actividades fuera del hogar en las cuales no la incluye a ella y su hijo, excluyéndose además los cuidados diarios al niño.

También hay que considerar que algunas familias están conformadas por más hijos, lo que involucra que la madre debe atender a también a sus otros hijos que necesitan de su cuidado y atención, esta relación se ve afectada de igual manera, realizando un gran esfuerzo por mantener el control de la situación.

La madre al sentirse sola y no comprendida ve como salida o solución el quitarse la vida, que se lo expresa verbalmente a su pareja, él se queda perplejo ante difícil situación, llevándolo a buscar ayuda en la religión y en profesionales de la salud. Además, él se refugia en su trabajo y evita verla llorar porque no puede controlarla siente que empeora la situación, lo que conlleva a que rechace por completo la posibilidad de DPP confundiéndolo con un comportamiento normal que se presenta en el periodo postparto, aunque él es el primero en identificar el cambio de actitud antes que ella misma.

Al ya establecer un diagnóstico de DPP e iniciar el tratamiento en el cual la intervención de la familia es primordial, a pesar de que de alguna forma minimizan la enfermedad, no tomando en cuenta a la madre. Sin perder el objetivo final que es la funcionalidad y una mejor calidad de vida de la familia.

El apoyo del equipo médico es vital, de esta forma tanto la madre y su familia aclaran sus dudas con respecto a la enfermedad y se logra una mejor adherencia al tratamiento.

Después de superar esta enfermedad la relación de pareja se consolida de mejora manera, perfeccionando el método de comunicación entre ellos, ejerciendo el autocontrol en las situaciones que se presentan día a día.

APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA

En madres con depresión posparto el apoyo social es indispensable, ya que influye de manera fundamental en el control de sí mismas con grandes beneficios para su salud. Existen algunas variantes que influyen causando desventaja a la madre como es el caso de su familia política al no estar casada si no en unión libre, la migración también es un factor influyente perdiendo la fuente de apoyo tradicional. El ser madre las ha condicionado a que la crianza de los niños y la maternidad en una condición femenina por tal motivo la investigación de DPP ha sido poco investigada (Carnaval et al., 2000).

Capítulo III

Materiales y métodos

Operacionalización de variables

Listado de variables

Dependiente

- Peso del niño
- Talla del niño

Independientes

- Depresión postparto en la madre
- Factores de la madre:

- Edad
- Etnia
- Estado civil
- Número de gestas
- Número de nacidos vivos
- Número de abortos
- Número de mortinatos
- Embarazo deseado
- Tipo de parto
- Complicaciones en el parto
- Nivel socioeconómico
- Instrucción
- Sector (rural/urbano)
- Ocupación
- Vivienda

- Violencia contra la mujer
- Estrés (factores estresantes)
- Antecedentes previos de depresión en la mujer
- Antecedentes previos de depresión en la familia
- Apego precoz
- Problemas en la lactancia
- Enfermedades de la madre en el posparto y hasta los 4 meses

- Factores del niño:
  - Sexo
  - Apgar 5’ 10’
  - Peso al nacer
  - Talla al nacer
  - Enfermedades: diarrea, enfermedad respiratoria
  - Hospitalizaciones
- Características del cuidado y alimentación
  - Lactancia temprana (entre primeras 24 horas de recién nacido)
  - Apego precoz
  - Lactancia exclusiva
  - Introducción de fórmulas
  - Introducción de alimentos

VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	CATEGORÍA/ESCALA	INDICADOR	FUENTE
VARIABLES DEPENDIENTES							
Peso al nacer		Es la medida en kilogramos que se obtiene del recién nacido inmediatamente después de su nacimiento, en relación directa con su edad.	El peso adecuado al nacer	Cuantitativa continua	Bajo peso para la edad gestacional Adecuado peso para la edad gestacional Grande para la edad gestacional	Media, moda, mediana, desviación estándar	HC Encuesta telefónica Visita domiciliaria
Peso al mes		Parámetro cuantitativo imprescindible para la valoración del	La ganancia adecuada de peso	Cuantitativa continua	Peso en kilogramos	Media, moda, mediana, desviación	Encuesta telefónica Visita domiciliaria

		crecimiento, el desarrollo y el estado nutricional del niño.				estándar	
Peso a los 2 meses		Parámetro cuantitativo imprescindible para la valoración del crecimiento, el desarrollo y el estado nutricional del niño.	La ganancia adecuada de peso	Cuantitativa continua	Peso en kilogramos	Media, moda, mediana, desviación estándar	Encuesta telefónica Visita domiciliaria
Peso a los 4 meses		Parámetro cuantitativo imprescindible para la valoración	La ganancia adecuada de peso	Cuantitativa continua	Peso en kilogramos	Media, moda, mediana, desviación	Encuesta telefónica

		del crecimiento, el desarrollo y el estado nutricional del niño.				estándar	Visita domiciliaria
Talla al nacer		Es la medida en centímetros que se obtiene del recién nacido inmediatamente después de su nacimiento, en relación directa con su edad.	La talla adecuada al nacer	Cuantitativa continua	Talla en centímetros	Media, moda, mediana, desviación estándar	HC
Talla al mes		Estatura de una persona, medida desde la planta del pie hasta el	La ganancia adecuada de la talla	Cuantitativa continua	Talla en centímetros	Media, moda, mediana, desviac	Encuesta telefónica

		vértice de la cabeza.				ión estándar	Visita domiciliaria
Talla a los 2 meses		Estatura de una persona, medida desde la planta del pie hasta el vértice de la cabeza.	La ganancia adecuada de la talla	Cuantitativa continua	Talla en centímetros	Media, moda, mediana, desviación estándar	Encuesta telefónica Visita domiciliaria
Talla a los 4 meses		Estatura de una persona, medida desde la planta del pie hasta el vértice de la cabeza.	La ganancia adecuada de la talla	Cuantitativa continua	Talla en centímetros	Media, moda, mediana, desviación estándar	Encuesta telefónica Visita domiciliaria
Perímetro cefálico al nacer		Es la medición de la circunferencia de la cabeza del	El perímetro cefálico adecuado al nacer.	Cuantitativa continua	Perímetro cefálico en centímetros.	Media, moda, mediana, desviación	HC

		recién nacido en su parte más grande.				estándar	
FACTORES DE LA MADRE							
Depresión posparto en la madre	Depresión posparto Baby Blues	Alteración afectivo-conductual, caracterizada por sentimientos de tristeza, inhibición de ideas y psicomotora. quizá esta tríada se deba a una disminución de la vitalidad, que se expresa tanto en la esfera psíquica como en la	Mujeres con depresión posparto según escala de Edimburgo	Cualitativa nominal	EPDS -10: sin riesgo de DPP EPDS 10-12: límite riesgo depresión EPDS mayor o igual a 13: probable depresión	Proporción Porcentaje Frecuencia	Encuesta telefónica Visita domiciliaria Escala de Edimburgo

		corporal en el periodo posparto.					
Edad de la madre		Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia.	La edad de la madre	Cuantitativa continua	Adolescente Adulta joven Adulta madura	Media, moda, mediana, desviación estándar	HC Encuesta telefónica Visita domiciliaria
Etnia		Conjunto de personas que pertenece a una misma raza y, generalmente, a una misma comunidad lingüística y cultural.	La etnia de la madre	Cualitativa nominal	Mestiza Afroecuatoriana Indígena Blanca	Proporción Porcentaje Frecuencia	HC Encuesta
Estado civil		Es la situación estable o	El estado civil de la madre	Cualitativa	Soltera Casada Unión libre	Proporción	HC Encuesta

		permanente en la que se encuentra una persona física en relación con sus circunstancias personales y con la legislación, y que va a determinar la capacidad de obrar y los efectos jurídicos que posee cada individuo.		nominal	Divorciada Viuda	Porcentaje Frecuencia	
Numero de gestas		Es la cantidad de gestas que ha presentado una mujer	El número de gestas de la madre	Cuantitativa continua	Nulípara Primípara Multípara Gran multípara	Proporción Porcentaje Frecuencia	HC Encuesta

		durante su edad fértil.					
Numero de nacidos vivos		La cantidad de veces que una mujer ha parido por vaginal o cesárea uno o más productos vivos que pesen más de 500 gr o más o que posean más de 20 semanas.	El número de nacidos vivos que tuvo la madre	Cuantitativa discreta	1 2 3 4 5 6	Media, moda, mediana, desviación estándar	HC Encuesta
Número de abortos		La cantidad de veces que una mujer ha presentado un aborto (interrupción y finalización prematura del embarazo	El número de abortos que ha tenido la madre	Cuantitativa discreta	0, 1, etc.	Media, moda, mediana, desviación estándar	HC Encuesta

		de forma natural o provocada productos que pesen menos de 500 gr o menor a 20 semanas).					
Número de mortinatos		La cantidad de veces que una mujer gestante presentado un parto vía vaginal o cesárea ha obtenido un recién nacido muerto.	El número de mortinatos que ha presentado la madre	Cuantitativa discreta	0, 1, etc.	Media, moda, mediana, desviación estándar	HC Encuesta
Embarazo deseado		Es aquel que se produce sin el deseo o planificación previa y ante	El embarazo deseado o no	Cualitativa nominal	No sabe No responde	Proporción Porcentaje	HC Encuesta

		la ausencia o fallo de métodos anticonceptivos pre coitales adecuados y la inefectividad o no administración de métodos anticonceptivos de emergencia posteriores al coito que prevengan un posible embarazo.				Frecuencia	
Tipo de parto		El parto es la culminación del embarazo hasta el período	El tipo de parto de las puérperas	Cualitativa nominal	Parto Cesárea	Proporción Porcentaje	HC Encuesta

		de la salida del bebé sea vía vaginal o cesárea.				Frecuencia	
Complicaciones del parto	Complicaciones maternas	Las complicaciones que afectan a la madre ocurren durante cualquier etapa del parto siendo necesario una intervención rápida y puntual por parte del personal médico.	Las complicaciones de la madre durante el parto	Cualitativa nominal	Hemorragia postparto Relacionadas a la anestesia Distocias durante el parto	Proporción Porcentaje Frecuencia	HC Encuesta

	Complicaciones neonatales	Son las complicaciones que afectan a los recién nacidos debido o no a complicaciones de la madre en el periodo del parto.	Las complicaciones del recién nacido durante el parto	Cualitativa nominal	Respiratorias Cardiacas Gastrointestinales Infecciosas Congénitas	Proporción Porcentaje Frecuencia	HC Encuestas
Ingreso familiar mensual		Es una medida total económica y sociológica que combina la preparación laboral de una persona, de la posición económica y social	Ingreso familiar mensual	Cuantitativa	Ingreso en dólares	Media, moda, mediana, desviación estándar	HC Encuestas

		individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación y empleo.					
Instrucción		Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	El nivel de instrucción de la madre	Cualitativa ordinal	Primaria Secundaria Tercer nivel Cuarto nivel	Proporción Porcentaje Frecuencia	HC Encuesta
Localidad		Son conceptos	localidad donde	Cualitativa	Rural Urbana	Proporción	HC

		que identifican al espacio geográfico calificado como rural o urbano.	vive la familia	nominal		Porcentaje Frecuencia	Encuesta
Ocupación		Es aquella actividad con sentido en la que la persona participa cotidianamente y que puede ser nombrada por la cultura.	La ocupación de la madre	Cualitativa nominal	Estudiante Ama de casa Comerciante Lavandera Cocinera Artesana	Proporción Porcentaje Frecuencia	HC Encuesta

Violencia contra la mujer	Física	Es todos los castigos físicos, formas de tortura, tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes además de la intimidación y novatadas.	Las madres que sufren violencia física	Cualitativa nominal	Si No	Proporción Porcentaje Frecuencia	Encuesta

	Psicológica	Es cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica y puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a	Las madres que sufren violencia psicológica	Cualitativa nominal	Si No	Proporción Porcentaje Frecuencia	Encuesta

		la autodeterminación.					
	Sexual	Acto de coacción o amenaza hacia una persona con el objetivo de que lleve a cabo una determinada conducta sexual.	Las madres que sufren violencia sexual	Cualitativa nominal	Si No	Proporción Porcentaje Frecuencia	Encuesta

	Patrimonial	Es aquella usada para controlar y amenazar a la mujer a través del control de los recursos económicos o patrimoniales.	Las madres que sufren violencia patrimonial	Cualitativa nominal	Si No	Proporción Porcentaje Frecuencia	Encuesta
Estrés		Estado de cansancio mental provocado por la exigencia de un rendimiento muy superior al normal; suele provocar diversos	El estrés que pueda presentar la madre	Cualitativa nominal	Si No	Proporción Porcentaje Frecuencia	Encuesta

		trastornos físicos y mentales.					
Antecedente previo de depresión en la mujer		Toda mujer que ha tenido diagnóstico previo de depresión o depresión posparto.	Las madres con antecedente previo de depresión o depresión posparto	Cualitativa nominal	Si No	Proporción Porcentaje Frecuencia	Encuesta
Antecedente de depresión en la familia		Antecedentes de depresión en familiares de primera y segunda línea.	Las madres con antecedente familiar de depresión o depresión posparto	Cualitativa nominal	Si No	Proporción Porcentaje Frecuencia	Encuesta

Problemas en la lactancia		Existen factores que afectan en la lactancia materna ideal.	Los problemas de la lactancia materna	Cualitativa nominal	Agarre del pezón Técnica de lactancia Cólicos del lactante Mastitis Enfermedad de la madre que le imposibilita dar de la lactar No desea dar de lactar Retorno al trabajo que le impide continuar lactancia	Proporción Porcentaje Frecuencia	Encuesta vía telefónica
Antecedentes de enferme					Diabetes Hipertensión HIV-SIDA,		

dades en la madre					Infecciones de transmisión sexual Otras		
Antecedentes de problemas en el embarazo					Diabetes gestacional Infección de vías urinarias Preeclampsia Anemia Amenaza de aborto		
Enfermedades de la madre en el postparto hasta los 4 meses		Enfermedades que se presentan en las mujeres en periodo posparto y hasta los 4 meses que afecten su salud y de forma	Las enfermedades de la madre que se presenten en periodo posparto y hasta	Cualitativa nominal	Hemorrágicas Infecciosas Cardiovasculares Psiquiátricas Otras	Proporción Porcentaje Frecuencia	Encuesta vía telefónica

		indirecta la del niño.	los 4 meses				
FACTORES DEL NIÑO							
Sexo		Es el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos, y hacen posible una reproducción que se caracteriza por una diversificación genética.	El sexo del recién nacido	Cualitativa nominal	Femenino masculino	Proporción Porcentaje Razón Frecuencia	HC

APGAR		Valora la viabilidad de un recién nacido en los primeros minutos de vida.	La escala APGAR que valora el recién nacido	Cuantitativa discreta	0-10	DE	HC
Enfermedades en lactantes menores hasta los 4 meses		Patologías de diversas etiologías que se presentes en niños menores de 4 meses que afecten su crecimiento y desarrollo.	Niños que presenten enfermedades en sus 4 primeros meses	Cualitativa nominal	Infecciosas No infecciosas	Proporción Porcentaje Razón Frecuencia	Encuesta telefónica
Hospitalizaciones del niño hasta los 4 meses		Enfermedades que requieran manejo hospitalario en niños	Niños que hayan requerido hospitalización en sus	Cualitativa nominal	Si No	Proporción Porcentaje Razón Frecuencia	Encuesta telefónica

		hasta los 4 meses.	primeros 4 meses				
Vacunas completas para la edad		Es la inducción de una inmunidad específica, con objeto de evitar la invasión microbiana y de neutralizar toxinas. Durante los primeros 4 meses de vida de acuerdo al esquema del MSP.	Las vacunas completas para la edad.	Cualitativa ordinal	BCG HB Rotavirus fIPV bOPV Pentavalente Neumococo conjugado Influenza pediátrica	Proporción Porcentaje Razón Frecuencia	HC Encuesta telefónica
Administración de vitamina A		Los micronutrientes, que son vitaminas y minerales	La administración de micronutrientes	Cualitativa nominal	Vitamina A	Proporción Porcentaje Razón	Encuesta telefónica

		necesarios en pequeñas cantidades, son esenciales para un buen comienzo en la vida y un crecimiento y desarrollo óptimos. En particular, el hierro, el zinc, la vitamina A, el ácido fólico y el yodo juegan un papel fundamental en el mantenimiento de poblaciones				Frecuencia	

		saludables y productivas.					
CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADO Y ALIMENTACIÓN							
Apego precoz		Es el acercamiento piel a piel del recién nacido con su madre inmediatamente después del nacimiento	El apego precoz entre madre y recién nacido	Cualitativa nominal	Si No	Proporción Porcentaje Frecuencia	HC Encuesta
Lactancia temprana		La primera leche denominada calostro es particularmente rico en estos factores y su ingestión durante la primera hora de vida previene la	Si los recibieron nacidos recibieron lactancia temprana	Cualitativa nominal	Si No	Proporción Porcentaje Razón Frecuencia	HC

		mortalidad neonatal.					
Lactancia exclusiva		Es cuando el niño(a) no ha recibido ningún alimento sólido ni líquido (agua, té y otros), ni otro tipo de leche que no fuera la materna durante los primeros cuatro meses de vida.	Niños que recibieron lactancia materna exclusiva	Cualitativa nominal	Si No	Proporción Porcentaje Razón Frecuencia	Encuesta telefónica
Lactancia artificial		Consiste en nutrir al niño con un producto alimenticio usado como sustitut	Niños que recibieron lactancia artificial	Cualitativa nominal	Si No	Proporción Porcentaje Razón Frecuencia	Encuesta telefónica

		ivo parcial o total a la leche materna.					
Alimentación complementaria prematura		La introducción de la alimentación complementaria antes de los 6 meses de edad ofreciendo al lactante alimentos sólidos o líquidos distintos de la leche materna o de una fórmula infantil como complemento y no como	Niños que reciben alimentación complementaria prematura.	Cualitativa nominal	Si No	Proporción Porcentaje Razón Frecuencia	Encuesta telefónica

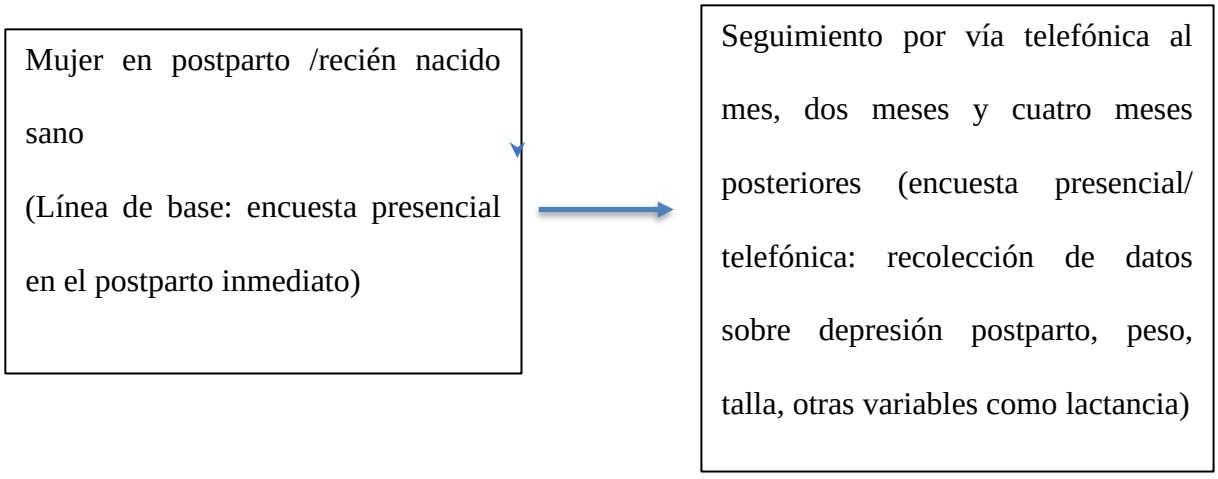
		sustitución de esta.					

Tipo y Diseño de la Investigación

Estudio observacional, de cohorte y prospectivo.

Este estudio es de cohorte prospectivo ya que se realizó un seguimiento a las mujeres y sus hijos, captados en el postparto inmediato en el Hospital General Docente de General de Calderón durante los cuatro primeros meses después del parto. La línea base del estudio se efectuó durante el postparto inmediato, y se recolecto información sobre variables sociodemográficas, características del parto y del recién nacido. Posteriormente, se realizó un seguimiento a través de encuestas telefónicas al mes, dos y cuatro meses posteriores al parto, en donde se recolecto información sobre presencia de depresión postparto, lactancia, peso y talla del lactante (Figura 1).

Figura 1. Esquema del diseño del estudio



El siguiente estudio es longitudinal debido a que se realizó evaluaciones en varios tiempos a los hijos de madres con diagnóstico de depresión posparto, al momento del nacimiento y al, mes, dos y cuatro meses de edad. Es, además, prospectivo, para

determinar si la depresión postparto es un factor de riesgo para alteraciones en el peso y la talla del lactante.

Población y muestra del estudio

Población

La población estuvo constituida por mujeres captadas en el postparto en el Hospital General Docente de Calderón y sus hijos durante los 4 primeros meses de vida.

Muestra

Para el cálculo de la muestra se consideró los siguientes datos. En el Hospital General Docente Calderón en el año 2020 se presentaron 4155 partos en el área de ginecología y obstetricia (Estadística del Hospital General Docente Calderón).
En un estudio previo, en Goa India se encontró a las 6 semanas, una mayor proporción de los bebés de madres con depresión posparto tenían bajo peso (24% *vs* 9%, p = 0,01) y eran pequeños para la edad (15% *vs* 7%, p = 0,1). A los 6 meses el riesgo relativo (RR) para tener bajo peso fue 2.3, intervalos de confianza (IC) del 95% 1.1 a 4.7, de 2,9; IC del 95%: 1,3 a 6,8, para tener baja talla.(Patel & Desouza, n.d.).

Por lo tanto, en el cálculo de la muestra se tomó un RR de 2.3 de bajo peso para los niños de madres con depresión postparto, un nivel de confianza del 95% y poder del 80%, obteniéndose un tamaño de muestra de 167 mujeres y niños a ser estudiados. El cálculo de la muestra fue realizado con la herramienta StatCalc de EpiInfo versión 7.

Criterios de inclusión

-Mujeres atendidas en el postparto que hayan tenido parto normal o cesárea en Hospital General Docente Calderón y que tuvieron un recién nacido sano.
-Mujeres que residan en la provincia de Pichincha.

-Mujeres con edad igual o mayor a 18 años que aceptaron participar del estudio y firmen consentimiento informado.

Criterios de exclusión

-Mujeres que tuvieron un recién nacido prematuro, que requirió algún tipo de intervención o que presente alguna patología del recién nacido (niño no sano)

-Mujeres con alguna discapacidad o problema de salud que les impida responder al cuestionario

-Mujeres que hayan sido diagnosticada de problemas psiquiátricos (esquizofrenia, demencia, trastornos de personalidad, trastorno bipolar, etc.), exceptuando la depresión previa.

-Mujeres adolescentes

-Mujeres que hayan tenido durante el embarazo patología con restricción de crecimiento uterino

-Mujeres con antecedentes de adicción a drogas, alcohol y/o tabaco

-Mujeres cuyos hijos hayan presentado prematurez, restricción del crecimiento uterino, patologías que requieran hospitalización al nacimiento.

Técnicas e instrumentos de recolección de muestra

La recolección de los datos se realizó mediante una encuesta dirigida a las madres de niños sanos que dan a luz en el Hospital general docente de calderón durante el año 2021-2022, mediante la modalidad de encuesta personal en puerperio inmediato **(Anexo 5).**

Y el seguimiento se aplicaron encuestas vía telefónica al 1 mes, 2 meses y 4 meses de edad del niño/a **(Anexo 6).**

Los datos del peso y talla del niño/a fueron recolectados a partir del carnet de salud infantil, para lo cual se solicitó a la madre enviar por mensaje de texto una fotografía del carnet de salud. En caso de que la madre no llevo a su hijo (a) a los controles médicos, nosotras las investigadoras contemplamos la estrategia de una visita domiciliaria para recolectar la información del peso y talla de los niños situación que no hubo la necesidad. Conforme teníamos los datos de peso y talla se registraron en las curvas de la OMS e identificamos los percentiles de cada niño en seguimiento menores de 4 meses. Los datos fueron recolectados previa firma de consentimiento informado por parte de la madre **(Anexo 7).**

Procedimientos de recolección de información

Aspectos bioéticos

El trabajo de investigación tuvo como objetivo identificar alteraciones en el peso y talla de los lactantes hasta los 4 meses de edad, producto de madres con depresión posparto. Se elegio a cada participante de forma aleatoria que cumplan con los criterios de inclusión del estudio garantizando la confidencialidad de los datos de cada paciente y sus hijos con un seguimiento en 3 tiempos. Además, se explicó de forma verbal sobre el estudio a realizarse y el respectivo seguimiento, en el que cada una de las madres elegia de forma voluntaria participar o negarse a ser parte del estudio.

Las pacientes que aceparon participar firmaron un consentimiento informado **(Anexo 8).**

A las madres en periodo posparto que se identificó puntajes mayores de 10 puntos en la escala de Edimburgo para depresión posparto se realizó una intervención inmediata evitando efectos no deseables a corto y largo plazo en las madres y los niños, mediante

la referencia a un nivel de atención como un centro de salud o centro de apoyo de acuerdo corresponda el caso.

Plan de análisis de los datos

Se efectuó un análisis descriptivo univariado de las variables incluidas en la investigación. Calculando las frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, y además se calculó medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas.

Se realizo un análisis bivariado entre depresión postparto, peso, talla, apego y problemas en la lactancia. Calculando los riesgos relativos e intervalos de confianza para las variables cualitativas, así como diferencias de medias y ANOVA para las variables cuantitativas.

Se llevó a efecto modelos de regresión mixtos para mediciones repetidas de peso y talla del lactante en asociación con depresión postparto.

Capítulo IV

Resultados

Características y factores estudiados de las mujeres postparto

El estudio se completó con un total de 204 puérperas del Hospital General Docente de Calderón durante el 2021 y 2022 que participaron en la encuesta suministrada, identificando los siguientes datos, características o factores descritos en los cuadros a continuación:

En la **Tabla 1** se muestran las características sociodemográficas de las 204 puérperas participantes, identificando que en relación a la **edad:** que el 76% eran adultas jóvenes (n=155), el 13,2% eran adultas medias (n=27) y el 10,8% representaron a adolescentes tardías (n=22). En cuanto a la **etnia**: el 81,4% fueron mestizas (n=166), el 7,4% indígenas (n=15), el 5,4% afroecuatoriana (n=11), mulatas 2,9% (n=6), blancas 2% (n=4), montubio y quienes indicaron no sabe/no responde en un 0,5% cada uno (n=1). De acuerdo al **estado civil:** el 38,7% son mujeres en unión libre (n=79), el 37,7% solteras (n=77) y las 22,1 casadas (n=45). Con respecto a la **instrucción:** el 69,1% secundaria(n=141), el 17,6% tercer nivel (n=36), el 12,7% culminaron la primaria (n=26) y el 0,5% tenían cuarto nivel de instrucción (n=1). En relación al **nivel socio económico,** el 53,4% vive con menos de 1 salario básico (n=109) y el 35,3% vive con un salario básico (n=72). De acuerdo al área de localidad, el 69,6% pertenecían al área rural (n=142) y el 30,4% al área urbana (n=62).

Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres en postparto. Hospital General Docente Calderón, 2021-2022 (n= 204).

	Total, muestra	**Porcentaje**
	n= 204	**(%)**

Edad		
Adolescente tardío (18 a 19 años)	22	10,8
Adulta joven (20 a 34 años)	155	76,0
Adulta media (35 a 49 años)	27	13,2
Etnia		
Mestiza	166	81,4
Afroecuatoriana	11	5,4
Indígena	15	7,4
Montubio	1	0,5
Blanco	4	2,0
Mulato	6	2,9
No sabe	1	0,5
Estado civil		
Soltera	77	37,7
Casada	45	22,1
Divorciada	2	1,0
Unión libre	79	38,7
Sociedad de hecho	1	0,5
Instrucción		
Primaria	26	12,7
Secundaria	141	69,1
Tercer Nivel	36	17,6
Cuarto nivel	1	0,5
Nivel socio económico		
Menos de 1 salario básico	109	53,4
1 salario básico	72	35,3
2 salarios básicos	15	7,4
3 o más salarios básicos	8	3,9
Localidad		
Rural	142	69,6
Urbano	62	30,4

Elaborado por: Dras. Valeria León / Cristina Garzón

Fuente: Encuestas realizadas en el HGDC 2021-2022 – Sistema

En la **tabla 2** se muestran los antecedentes gineco-obstétricos, personales y familiares de las madres puérperas estudiadas:

El 70,6% de las madres fue **parto céfalo-vaginal** (n=144) y el 29,4% parto por **cesárea** (n=60). Las mujeres puérperas indicaron que el 84,8% deseaban este embarazo (n=173)

y el 14,7% era un embarazo no deseado (n=30). Con respecto al **número de gestas;** el 50% tiene como antecedente de 2 a 3 embarazos previos (n=102), el 33,3% eran primigestas (n=68) y el 16,7% tenían 4 o más embarazos previos (n=34). En lo que se refiere al **número de nacidos vivos,** se identificó que un 57,8% previamente tuvo 1 hijo nacido vivo (n=118) y el 39,7% eran primigestas (n=81). Además de las 204 puérperas, el 2,5% tuvieron un mortinato (n=5). D**urante el parto**, el 40,2% presentaron complicaciones como hemorragia posparto, relacionadas con la anestesia, distocias y/o desgarros (n=82). De acuerdo al **antecedente de depresión**, solo el 8,8% si presentaron el antecedente de depresión (n=18), y entre los **antecedentes familiares de depresión** mostró que el 7,4% tienen estos antecedentes (n=15). Posterior al parto y durante el seguimiento de las madres no se **enfermaron por lo que no impidieron la lactancia.**

Tabla 2. Características gineco-obstétricas y antecedentes personales de las mujeres en postparto. Hospital General Docente Calderón, 2021-2022 (n= 204).

	Total, muestra n= 204	**Porcentaje (%)**
Tipo de parto		
Céfalo-vaginal	144	70,6
Cesárea	60	29,4
Embarazo deseado		
Si	173	84,8
No	30	14,7
No sabe/No responde	1	0,5
Número de gestas		
Primigesta	68	33,3
2 a 3 embarazos previos	102	50,0
4 o más embarazos previos	34	16,7
Número de nacidos vivos		
0	81	39,7
1	118	57,8
2	5	2,5
Número de abortos		
Ninguno	159	77,9

1 aborto	41	20,1
2 o más abortos	4	2,0
Numero de mortinatos		
0	198	97,1
1	5	2,5
2	1	0,5
Complicaciones en el parto		
Si	82	40,2
No	122	59,8
Antecedente de depresión		
Si	18	8,8
No	186	91,2
Antecedente de depresión en la familia		
Si	15	7,4
No	188	92,2
No sabe/no responde	1	0,5
Enfermedad de la madre en posparto mediato y alejado		
Si	5	2,5
No	163	79,9
Datos perdidos	36	17,6
Enfermedad de la madre al 2 mes que impida la lactancia		
Si	1	0,5
No	156	76,5
Datos perdidos	47	23
Enfermedad de la madre al 4 mes que me impida la lactancia		
Si	1	0,5
No	143	70,1
Datos perdidos	60	29,4

Elaborado por: Dras. Valeria León / Cristina Garzón

Fuente: Encuestas realizadas en el HGDC 2021-2022 – Sistema

En la **tabla 3** nos indica que las madres en puerperio durante la estancia en el Hospital el 6,4% presentaron problemas o inconvenientes para alimentar a su bebe como; la falta de

leche, mala succión, sensación que se quedó con hambre él bebe, administración de leche maternizada entre otros (n=13).

Tabla 3. Problemas durante la lactancia materna durante la hospitalización. Hospital General Docente Calderón, 2021-2022 (n= 204).

Problemas de lactancia		
Durante su estancia en hospitalización presento algún inconveniente para alimentar a su bebé		
Si	13	6,4
No	155	76,0

Elaborado por: Dras. Valeria León / Cristina Garzón

Fuente: Encuestas realizadas en el HGDC 2021-2022 – Sistema

En la **tabla 4** se describen los **problemas con la alimentación en el recién nacido:** las madres que han realizado un **banco de leche** en el primer mes fueron un 4,9% (n=10), al segundo mes 8,8% (n=18), y al cuarto mes 5,4% (n=11).

Las madres que **alimentaron** a sus hijos en el primer, segundo y cuarto mes de fueron con **leche materna** en un 69,6%(n=142), 68,1% (n=139) y 55,9% (n=114) respectivamente y el uso combinado entre **leche materna y maternizada** al primer mes del 11,8% (n=24), segundo mes 7,8% (n=16) y al cuarto mes del 11,8% (n=24). Los motivos identificados del **no cumplimiento de la lactancia exclusiva** en el **primer mes** fue la **falta de leche materna** en un 4,9% (n=10), en el **segundo mes** la **falta de leche y otros** 2,9% (n=6) y en el **cuarto mes** la falta de leche 1% (n=2). En relación a las **enfermedades de la mama durante el puerperio** (como mastitis, agrietamiento de pezones, pezón invertido)**;** en el **primer mes** 3,9% (n=8), en el **segundo mes** 2 % (n=4) y **cuarto mes** 1% (n=2).

Tabla 4. Características sobre la lactancia materna desde el mes hasta los 4 meses de seguimiento en mujeres postparto. Hospital General Docente Calderón, 2021-2022 (n= 204).

	Total, muestra	**Porcentaje**	**Total, muestra**	**Porcentaje**	**Total, muestra**	**Porcentaje**
	n= 204	**(%)**	n= 204	**(%)**	n= 204	**(%)**
	1 mes		**2 meses**		**4 meses**	
Realización de un banco de leche						
Si	10	4,9	18	8,8	11	5,4
No	114	55,9	139	68,1	133	65,2
Tipo de alimentación						
Leche materna	142	69,6	139	68,1	114	55,9
Leche materna y leche maternizada	24	11,8	16	7,8	24	11,8
Leche maternizada	2	1,0	1	0,5	2	1,0
Agua	0	0	0	0	1	0,5
Otra	0	0	0	0	1	0,5
Motivos porque no se cumplió lactancia exclusiva						
Falta de leche materna	10	4,9	6	2,9	2	1,0
Indicación medica	1	0,5	1	0,5	0	0
Inicio de trabajo	0	0	1	0,5	0	0
Decisión propia	1	0,5	0	0	0	0
Mala técnica de lactancia	1	0,5	0	0	0	0
Indicación del médico por falta de leche materna	2	1,0	1	0,5	0	0
Otros	9	4,4	6	2,9	1	0,5
Enfermedad de la mama (mastitis, agrietamiento del pezón, pezón invertido u otro)						
Si	8	3,9	4	2,0	2	1,0
No	160	78,4	153	75,0	142	69,6

Elaborado por: Dras. Valeria León / Cristina Garzón

Fuente: Encuestas realizadas en el HGDC 2021-2022 – Sistema

Características y factores estudiados de los niños de 0 a 4 meses

El estudio está dirigido a la identificación de madres con DPP y su efecto sobre los datos antropométricos de los niños de los cuales se analiza algunos factores también que pueden intervenir en ello y poderlos mencionar.

En la **tabla 5** se describen las **características del recién nacido**; según el **sexo** el 53,4% (n=109) son niños y el 46,6% (n=95) son niñas, el 98% de los recién nacido obtuvieron 9 en puntuación de APGAR.

Tabla 5. Características de los niños al nacimiento. Hospital General Docente Calderón, 2021-2022 (n= 204).

	Total, muestra	**Porcentaje**
	n= 204	**(%)**
Sexo		
Masculino	109	53,4
Femenino	95	46,6
Apgar 1 minutos		
6	2	1,0
7	10	4,9
8	34	16,7
9	157	77,0
10	1	0,5
Apgar 5 minutos		
8	2	1,0
9	200	98,0
10	2	1,0

Elaborado por: Dras. Valeria León / Cristina Garzón

Fuente: Encuestas realizadas en el HGDC 2021-2022 – Sistema

En la **tabla 6** se identifica si los niños presentaron alguna **patología desde el nacimiento hasta el final del seguimiento**. Teniendo así que al **nacimiento** el 9,3% (n=19), en el **primer mes** el 10,8% (n=22), al **segundo mes** el 8,8% (n=18) y al **cuarto mes** el 22,1% (n=45), patologías de tipo respiratorias y gastrointestinales.

Tabla 6. Identificación de enfermedades en los niños desde el nacimiento hasta los 4 meses. Hospital General Docente Calderón, 2021-2022 (n= 204).

Enfermedades del niño (a)								
	Al nacimiento		**1 mes**		**2 meses**		**4 meses**	
Datos perdidos	0		36		47		60	
Si	19	9,3	22	10,8	18	8,8	45	22,1
No	185	90,6	146	71,6	139	68,1	99	48,5

Elaborado por: Dras. Valeria León / Cristina Garzón

Fuente: Encuestas realizadas en el HGDC 2021-2022 – Sistema SPSS

Características del cuidado y alimentación en el recién nacido.

Estas características estudiadas como parte de la estrategia nacional dirigida a establecimientos de salud amigos de la madre y el niño (ESAMyN) enfocado en el cuidado y atención integral garantizando el derecho a la salud y a un buen vivir se analizaron las siguientes características:

En la **tabla 7** se detalla que el 82,4% de los recién nacidos recibieron **lactancia materna inmediata** (n=168) y durante la hospitalización el 75% mantuvieron la **lactancia materna exclusiva** (n=153). De todos los recién nacidos el 94,1% recibieron

apego **precoz** (n=192) y el 5,9% no lo recibieron por motivos de complicaciones e ingresos a neonatología (n=12).

Tabla 7. Características de cuidado y alimentación en hijos de mujeres postparto. Hospital General Docente Calderón, 2021- 2022 (n= 204).

	Total, muestra	**Porcentaje**
	n= 204	**(%)**
Después del parto recibió el RN seno materno		
Si	168	82,4
No	36	17,6
Durante su estancia en hospitalización el RN recibió seno materno		
Si	153	75,0
No	15	7,4
Apego precoz		
Si	192	94,1
No	12	5,9
	Total, muestra	**Porcentaje**
	n= 204	**(%)**

Elaborado por: Dras. Valeria León / Cristina Garzón

Fuente: Encuestas realizadas en el HGDC 2021-2022 – Sistema SPSS

Incidencia de depresión en mujeres postparto y características asociadas

Las mujeres puérperas estudiadas del Hospital General Docente de Calderón que previamente se aplicó la escala Edimburgo como predictora de DPP mostró una incidencia de DPP en el **segundo mes** del 13,7% y al **cuarto mes** del 23,1%, datos estadísticamente relacionados con estudios realizados en Sudamérica.

Figura 1. Incidencia de mujeres con depresión a los dos meses postparto

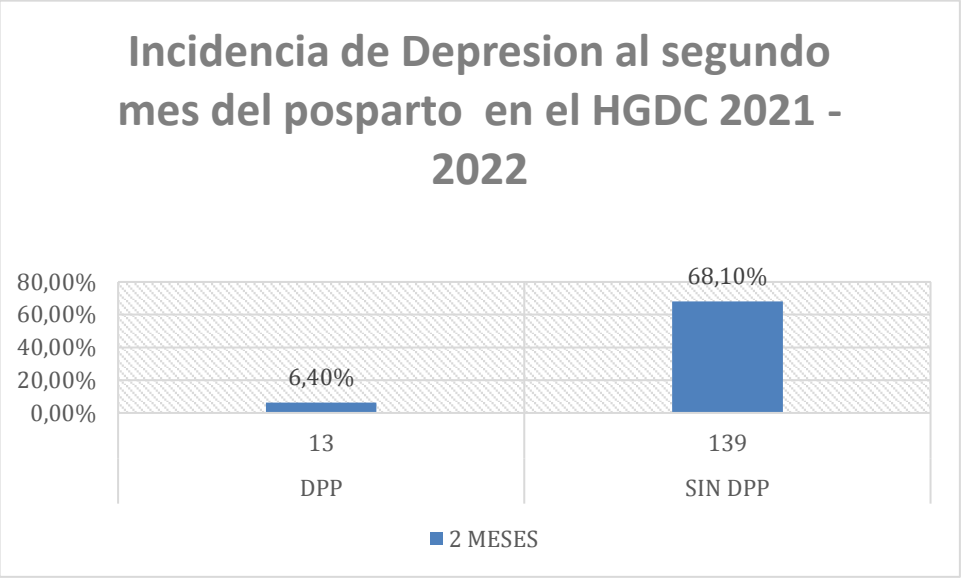
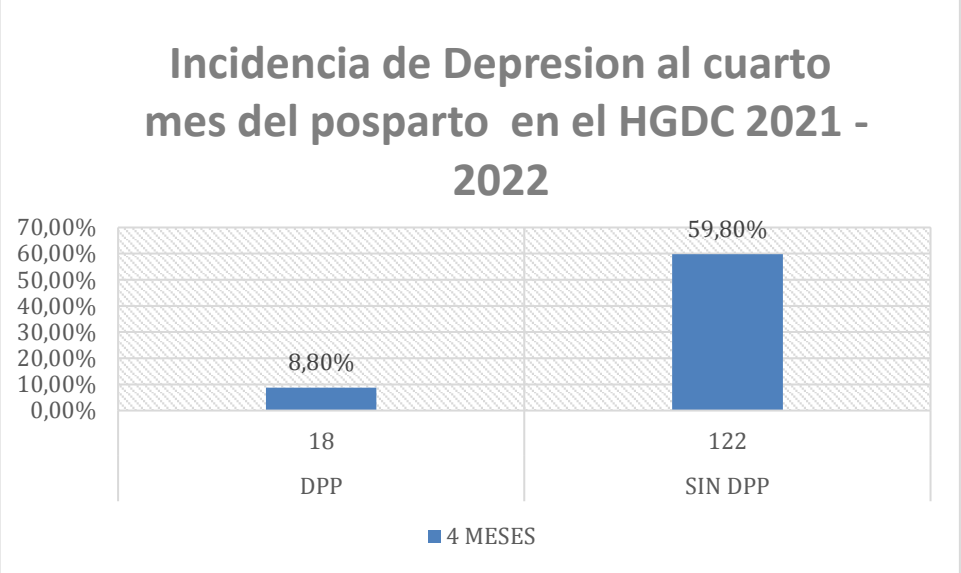


Figura 2. Incidencia de mujeres con depresión a los cuatro meses postparto



	DPP 2 meses	**DPP 4 meses**
Si	6,4% (13)	8,8% (18)
No	68,1% (139)	59,8% (122)
Perdidos	52	64

Elaborado por: Dras. Valeria León / Cristina Garzón

Fuente: Encuestas realizadas en el HGDC 2021-2022 – Sistema SPSS

En la **tabla 8** se identifica las características de las madres en relación con la depresión posparto que representaron datos estadísticamente significativos:

Las mujeres primíparas presentaron un 10.3% de DPP a los dos meses y las mujeres con antecedente previo de tener 2 hijos nacidos vivos, presentaron un 66.7% a los cuatro meses. La probabilidad de DPP en mujeres con antecedente previo de tener 2 hijos nacidos vivos es de 16,0 veces a los 4 meses (OR 16,00 IC 95% 1,25-204,11), comparado con las mujeres que tuvieron 0 hijos nacidos vivos, siendo este antecedente a los cuatro meses estadísticamente significativo (p 0,03).

Las madres que presentaron complicaciones en el parto presentaron un 5% de DPP a los dos meses y un 5,3% a los cuatro meses. La probabilidad de DPP en las mujeres que presentaron complicaciones en el parto es de 0,43 veces (OR 0,43 IC 95% 0,11-1,63) a los dos meses y de 0,25 veces a los cuatro meses (OR 0,25 IC 95% 0,06-0,91), comparado con madres q no tuvieron complicaciones, estadísticamente significativo a los cuatro meses (p 0,003).

En relación a las madres que durante su estancia en hospitalización presentaron algún inconveniente para alimentar a su bebe el 25 % presentó DPP a los dos y cuatro meses. La probabilidad de DPP en madre que presentaron algún inconveniente durante la hospitalización con para alimentar a su bebe es de 0,11 veces (OR 0,11 IC 95% 0,02-0,48) a los dos meses y de 0,21 veces (OR 0,21 IC 95% 0,05-0,82) a los cuatro meses, comparado con las madres que no presentaron inconvenientes para alimentar a su bebe durante la hospitalización, con datos significativos estadísticamente. (p 0,003 y 0,02)

Y entre otras características sin datos significativos se reportó lo siguiente:

Las mujeres adultas medias tuvieron un 21,1% de DPP a los 2 meses y 38,9% de DPP a los 4 meses de seguimiento, mulatas tuvieron un 20% de DPP a los 2 meses y 20% de DPP a los 4 meses de seguimiento, las madres en unión libre tuvieron un 10,9% de DPP a los 2 meses y 85,7% a los 4 meses, mientras que las madres solteras tuvieron 8,6% de DPP a los 2 meses y un 87% a los 4 meses, instrucción primaria un 11,1% tuvieron depresión posparto a los dos meses y 23,5% a los cuatro meses, amas de casa tuvieron un 9,5% de DPP a los dos meses y las madres comerciantes tuvieron un 14.3% de DPP a los cuatro meses, de acuerdo al sector en el que viven, las madres del área urbana tuvieron 11,1% de DPP a los dos meses y el 20,5% a los cuatro meses, las mujeres multigestas (4 o más embarazos previos) tuvieron un 12% de DPP a los2 meses y un 32% a los 4 meses, nivel socio económico con 2 salarios básico presentaron un 16,7% de DPP a los dos meses y las madres con un ingreso de menos de 1 salario básico a los cuatro meses presentaron DPP en un 18,3%, mujeres con antecedente de 1 aborto previo tuvieron un 17,2 de DPP a los dos meses y las madres con antecedente de 2 o más abortos tuvieron un 25% a los cuatro meses, mujeres con el antecedente de dos mortinatos presentaron un 100% de DPP a los dos y cuatro meses, mujeres que deseaban el embarazo tuvieron un 9,2% de DPP a los dos meses y un 14,2% a los cuatro meses, madres que terminaron el embarazo mediante parto céfalo-vaginal tuvieron un 9,4% de DPP a los dos meses y las mujeres que terminaron el parto por cesárea tuvieron un 16,3% de DPP a los cuatro meses, madres que presentaron antecedentes de depresión, tuvieron DPP un 6,7% a los dos meses y un 21,4% a los cuatro meses, madres con antecedentes de depresión en la familia tuvieron un 10% de DPP a los dos meses y las madres que no tuvieron este antecedente en la familia tuvieron un 13,2% a los cuatro meses, las mujeres posteriores al parto que tuvieron apego precoz,

presentaron un 7,85% de DPP a los dos meses y un 12,1% a los cuatro meses, sin presentar datos estadísticamente significativos ($p \geq 0,05$).

Tabla 8. Características asociadas a la depresión postparto respecto a la madre. Hospital General Docente Calderón, 2021- 2022 (n= 204).

	DPP %(n)	**Sin depresión postparto % (n)**	**OR (IC95%)**	**Valor p**	**Depresión postparto % (n)**	**Sin depresión postparto % (n)**	**OR (IC95%)**
Edad	**2 meses**				**4 meses**		
Adolescente tardía (18 a 19 años)	14, 3% (2)	85,7% (12)	Referencia		23,1% (3)	76,9% (10)	Referencia
Adulta joven (20 a 34 años)	5,9% (7)	94,1% (112)	0,07-2,01 (0,37)	0,25	7,3% (8)	92,7% (101)	0,26 (0,06-1,15)
Adulta media (35 a 49 años)	21,1% (4)	78,9% (15)	0,24-10,27 (1,60)	0,62	38,9% (7)	61,1% (11)	2,12 (0,42-10,51)
Etnia	2 meses				4 meses		
Afroamericana	11,1% (1)	88,9% (8)	Referencia		25% (2)	75% (6)	Referencia
Blanca	0,0% (0)	100% (2)	0,00 (0,00)	0,99	0,0% (0)	100% (2)	0,00 (0,00)
Indígena	0,0% (0)	100% (8)	0,00 (0,00)	0,99	0,0% (0)	100% (6)	0,00 (0,00)
Mestiza	8,7% (11)	91,3% (115)	0,76 (0,08-6,69)	0,80	12,8% (15)	87,2% (102)	0,76 (0,08-6,69)
Montubio	0,0% (0)	100% (1)	0,00 (0,00)	1,00	0,0% (0)	100% (1)	0,00 (0,00)
Mulato	20% (1)	80% (4)	2,00 (0,09-41,00)	0,65	20% (1)	80% (4)	2,00 (0,09-41,00)
Estado civil	**2 meses**				**4 meses**		
Casada	5,6% (2)	94,4% (34)	Referencia		8,8% (3)	91,2% (31)	Referencia
Divorciada	0,0% (0)	100% (2)	0,48 (0,09-2,52)	0,38	50% (1)	50% (1)	0,00 (0,00)
Sociedad de hecho	0,0% (0)	100% (1)	0,00 (0,00)	0,99	0,0% (0)	100% (1)	0,00 (0,00)
Soltera	8,6% (5)	91,4% (53)	0,00 (0,00)	1,00	87% (47)	13% (7)	1,60 (0,29-8,73)
Unión libre	10,9% (6)	89,1% (49)	0,77 (0,22-2,68)	0,68	85,7% (42)	14,3% (7)	2,08 (0,39-10,93)
Nivel instrucción	**2 meses**				**4 meses**		

Cuarto nivel	0,0% (0)	100% (1)	Referencia		0,0% (0)	1 (100%)	Referencia
Primaria	11,1% (2)	88,9% (16)	1,39 (0,28-6,88)	0,68	23,5% (4)	76,5% (13)	2,39 (0,68-8,37)
Secundaria	9,4% (10)	90,6% (96)	1,49 (0,39-5,69)	0,55	12,6% (12)	87,4% (83)	0,94 (0,32-2,68)
Tercer nivel	3,7% (1)	96,3% (26)	0,36 (0,04-2,91)	0,34	7,4% (2)	92,6% (25)	0,48 (0,10-2,24)
Ocupación	**2 meses**				**4 meses**		
Ama de casa	9,5% (8)	90,5% (76)	Referencia		12,8% (10)	87,2% (68)	Referencia
Artesana	0,0% (0)	100% (1)	0,00 (0,00)	1,00	0,0% (0)	100% (1)	0,00 (0,00)
Cocinera	0,0% (0)	100% (3)	0,00 (0,00)	0,99	0,0% (0)	100% (3)	0,00 (0,00)
Comerciante	6,7% (1)	93,3% (14)	0,68 (0,08-5,93)	0,73	14,3% (2)	85,7% (12)	0,68 (0,08-5,93)
Estudiante	14,3% (2)	85,7% (12)	1,48 (0,28-7,76)	0,64	25% (3)	75% (9)	1,48 (0,28-7,76)
Otra	6,1% (2)	93,9% (31)	0,60 (0,12-2,88)	0,53	10% (3)	90% (27)	0,67 (0,18-2,48)
Sector en el que vive	**2 meses**				**4 meses**		
Rural	7,5% (8)	92,5% (99)	Referencia		9,4% (9)	90,6% (87)	Referencia
Urbano	11,1% (5)	88,9% (40)	1,54 (0,47-5,01)	0,46	20,5% (9)	79,5% (35)	1,54 (0,47-5,01)
Número de gestas	**2 meses**				**4 meses**		
Primigesta	10,2% (5)	89,8% (44)	Referencia		10,9% (5)	89,1% (41)	
2 a 3 embarazos previos	6,4% (5)	93,6% (73)	0,60 (0,16-2,20)	0,44	7,2% (5)	92,8% (64)	0,64 (0,17-2,35)
4 o más embarazos previos	12% (3)	88% (22)	1,20 (0,26-5,48)	0,81	32% (8)	68% (17)	3,85 (1,10-13,49)
Nivel socio económico	**2 meses**				**4 meses**		
Menos de 1 salario básico	6,3% (5)	74 (93,7%)	Referencia		18,3% (13)	81,7% (58)	Referencia
1 salario básico	10,9% (6)	89,1% (49)	1,81 (0,52-6,26)	0,34	7,7% (4)	92,3% (48)	0,37 (0,11-1,21)
2 salarios básicos	16,7% (2)	83,35 % (10)	2,96 (0,50-17,33)	0,22	8,3% (1)	91,7% (11)	0,40 (0,04-3,42)
3 o más salarios básicos	0,0 % (0)	100% (6)	0,00 (0,00-...)	0,99	0,0% (0)	100% (5)	0,00 (0,00-..
Número de nacidos vivos	**2 meses**				**4 meses**		

0	10,3% (6)	89,7% (52)	Referencia		11,1% (6)	88,9% (48)	Referencia
1	7,7% (7)	92,3% (84)	0,72 (0,23-2,26)	0,57	12% (10)	88% (73)	1,09 (0,37-3,21)
2 o más	0,0% (0)	100% (3)	0,00 (0,00-...)	0,99	66,7% (2)	33,3 % (1)	16,00 (1,25-204,11)
Número de abortos	**2 meses**				**4 meses**		
Ninguno	6,7% (8)	93,3% (111)	Referencia		11,1% (12)	88,9% (96)	Referencia
1 aborto	17,2% (5)	82,8% (24)	2,89 (0,87-9,61)	0,08	17,9% (5)	82,1% (23)	1,73 (0,55 - 5,42)
2 o más abortos	0,0% (0)	100% (4)	0,00 (0,00-...)	0,99	25% (1)	75% (3)	2,66 (0,25-27,72)
Número de mortinatos	**2 meses**				**4 meses**		
0	8,2% (12)	91,8% (135)	Referencia		11,9% (16)	88,1% (119)	Referencia
1	0,0% (0)	100% (4)	2,89	0,08	25% (1)	75% (3)	1,73
2	100% (1)	0,0% (0)	0,00	0,99	100% (1)	0,0% (0)	2,66
Embarazo deseado	**2 meses**				**4 meses**		
Si	9,2% (12)	90,8% (119)	2,01 (0,24-16,37)	0,51	14,2% (17)	85,8% (103)	3,13 (0,39-24,98)
No	5% (1)	95% (19)	Referencia		5,3% (1)	94,7% (18)	Referencia
Término de embarazo	**2 meses**				**4 meses**		
Cesárea	6,5% (3)	43 (93,5%)	0,67 (0,17-2,55)	0,55	16,3% (7)	83,7% (36)	1,52 (0,54-4,23)
Parto	9,4% (10)	96 (90,6%)	1,49 (0,39-5,69)	0,55	11,3% (11)	88,7% (86)	0,65 (0,23-1,83)
Complicaciones en el parto	**2 meses**				**4 meses**		
Si	5% (3)	95% (57)	0,43 (0,11-1,63)	0,21	5,3% (3)	94,7% (54)	0,25 (0,06-0,91)
No	10,9% (10)	89,1% (82)	Referencia		18,1% (15)	81,9% (68)	Referencia
Antecedente de depresión	**2 meses**				**4 meses**		
Si	6,7% (1)	93,3% (14)	0,74 (0,09-6,15)	0,78	21,4% (3)	78,6% (11)	2,01 (0,50-8,06)
No	8,8% (12)	91,2% (125)	Referencia		11,9% (15)	88,1% (111)	Referencia
Antecedente de depresión en la familia	**2 meses**				**4 meses**		

Si	10,0% (1)	90,0% (9)	1,20 (0,14-10,32)	0,86	0,0% (0)	100% (10)	0,00 (0,00)
No	8,5% (12)	91,5% (129)	Referencia		13,2% (17)	86,8% (1112)	Referencia
Apego precoz	2 meses				4 meses		
Si	7,85% (11)	92,2% (130)	0,38 (0,07-1,98)	0,25	12,1% (16)	87,9% (116)	0,41 (0,07-2,22)
No	18,2% (2)	81,8% (9)	Referencia		25% (2)	75% (6)	Referencia
Durante su estancia en hospitalización presentó algún inconveniente para alimentar a su bebé							
Si	25% (3)	75% (9)	0,11 (0,02-0,48)	0,003	25% (3)	9 (75%)	0,21 (0,05-0,82)
No	7,10% (10)	92,90% (130)	Referencia		11,7% (15)	88,3% (113)	Referencia

*Valor p estadísticamente significativo valor p <0,05

Elaborado por: Dras. Valeria León / Cristina Garzón

Fuente: Encuestas realizadas en el HGDC 2021-2022 – Sistema SPSS

En la **tabla 9 se muestra los datos obtenidos de** las características asociadas a la DPP respecto al recién nacido y la lactancia sin obtener datos significativos;

Las madres posteriores al parto que sí realizaron un banco de leche tuvieron un 16,7% de DPP a los dos meses y un 18,2 % a los cuatro meses, madres que alimentaron a su hijo con leche materna, el 9,7% presentó DPP a los dos meses y las madres que alimentaron con leche materna y fórmula presentaron un 25% de DPP a los cuatro meses, madres que presentaron enfermedades en la mama, tuvieron un 25% de DPP a los dos meses y las madres que no tuvieron enfermedades en la mama tuvieron un 50% de DPP a los cuatro meses.

Tabla 9. Lactancia materna y Depresión postparto. Hospital General Docente Calderón, 2021- 2022 (n= 204).

	Depresión postparto % (n)	**Sin depresión postparto % (n)**	**OR (IC95%)**	**Valor p**	**Depresión postparto**	**Sin depresión postparto % (n)**	**OR (IC95%)**	**Valor p**

					% (n)			
	2 meses				**4 meses**			
Realizó un banco de leche								
Si	16,7% (3)	83,3% (15)	2,48 (0,61-10,02)	0,20	18,2 % (2)	81,8% (9)	1,42 (0,36-5,51)	0,60
No	7,5% (10)	92,5% (124)	Referencia		12,4 % (16)	87,6% (113)	Referencia	
Con que alimentó a su niño (a)								
Leche materna	13 (9,7%)	121 (90,3%)			10 (9,1 %)	100 (90,9%)		
Leche materna y leche materniza da	0,0% (0)	100% (16)	0,00	0,99	25% (6)	75% (18)	0,00	0,99
Leche materniza da	0,0% (0)	100% (1)	0,00	0,99	0,0% (0)	100% (2)	0,00	0,99
Leche materna y agua	0	0			100 % (1)	0,0% (0)		
Leche materna y otra	0	0			0,0% (0)	100% (1)		
Enfermedad de la mama (mastitis, agrietamiento del pezón, pezón invertido u otro)								
Si	25% (1)	75% (3)	3,77 (0,36-39,17)	0,26	12,3 % (17)	87,7% (121)	7,11 (0,42-119,16)	0,17
No	8,1% (12)	91,9% (136)	Referencia		50% (1)	50% (1)	Referencia	

Elaborado por: Dras. Valeria León / Cristina Garzón

Fuente: Encuestas realizadas en el HGDC 2021-2022 – Sistema SPSS

En la **tabla 10,** nos indica las situaciones de las madres que no cumplieron con lactancia exclusiva durante el seguimiento. A los **dos meses** de seguimiento ninguna madre presentó DPP por lo que no se cumplió la lactancia exclusiva.

Tabla 10. Situaciones de la madre sobre la lactancia, relacionados con la DPP.

Hospital General Docente Calderón, 2021-2022 (n=204)

	Depresión postparto % (n)	**Sin depresión postparto % (n)**	**OR (IC95%)**	**Valor p**
Motivos por lo que no se cumplió lactancia exclusiva 2 meses				
Falta de leche materna	…	100% (6)		
Indicación médica	…	100% (1)		
Inicio de trabajo	…	100% (1)		
Decisión propia	0	0		
Mala técnica de lactancia	0	0		
Indicación del médico y otros	…	100% (1)		
Otros	…	100% (6)		

((…) no se pudo obtener valores de OR porque existen valores de 0 en las categorías)

Elaborado por: Dras. Valeria León / Cristina Garzón

Fuente: Encuestas realizadas en el HGDC 2021-2022 – Sistema SPSS

En la **tabla 11,** nos indica la relación entre la DPP y el cumplimiento o no de lactancia materna a los cuatro meses de seguimiento, sin obtener datos estadísticamente significativos, como madres que cumplieron con la lactancia exclusiva a los cuatro meses el 10,9% presento DPP.

Tabla 11. Relación de DPP y lactancia materna exclusiva a los cuatro meses de seguimiento. Hospital General Docente Calderón, 2021-2022 (n=4)

	Depresión postparto % (n)	**Sin depresión postparto % (n)**	**OR (IC95%)**	**Valor p**
Lactancia exclusiva a los 4 meses				
Si	10,9% (11)	89,1% (90)	0,39 (0,12-1.26)	0,11
No	18,4% (7)	81,6% (31)	Referencia	

Elaborado por: Dras. Valeria León / Cristina Garzón

Fuente: Encuestas realizadas en el HGDC 2021-2022 – Sistema SPSS

En la **tabla 12,** muestra los datos obtenidos durante el seguimiento sobre las características de las madres en puerperio y la DPP;

Las madres que tuvieron enfermedades que impidieron la lactancia materna en el posparto mediato y alejado tuvieron un 12,9% de DPP a los cuatro meses. (OR 0 IC95% 0). Las madres que presentaron patologías en el puerperio tuvieron un 17,6% a los cuatro meses. (OR 0 IC95% 0)

Tabla 12. Características de la madre en puerperio en relación con la DPP.

Hospital General Docente Calderón, 2021-2022 (n=4)

	Depresión postparto % (n)	**Sin depresión postparto % (n)**	**OR (IC95 %)**	**Valor p**	**Depresión postparto % (n)**	**Sin depresión postparto % (n)**	**OR (IC95 %)**	**Valor p**
	2 meses				**4 meses**			
Enfermedad de la madre en posparto mediato y alejado que impida la lactancia materna								
Si	0,0% (0)	100% (1)	…		12,9% (18)	87,1% (121)	**…**	
No	8,6% (13)	91,4% (138)	…		0,0% (0)	100% (1)	**…**	
	Patologías de la madre							
Si	0,0% (0)	100% (1)	…		17,6% (3)	82,4% (14)	**…**	
No	9,4% (13)	90,6% (126)	…		12,3% (15)	87,7% (107)	**…**	

((…) no se pudo obtener valores de OR porque existen valores de 0 en las categorías)

Peso y talla de los niños estudiados

Los datos estudiados sobre peso y talla de los niños de 0 a 4 meses en seguimiento del total de la muestra nos indica que:

En la **tabla 13** se detalla los datos obtenidos de los lactantes menores en relación al peso y talla, durante el seguimiento;

De los 204 recién nacidos, producto de madres en seguimiento para la detección posparto se muestra que los miembros de la muestra mantienen pesos con un promedio de 3020 gramos, dentro de los rangos normales y de acuerdo a las curvas dadas por la organización mundial de la salud (OMS). El **peso** de los lactantes al **primer mes** obtuvo un promedio de 3,942 gramos, con un mínimo de 2250 gramos y un máximo de 5600 gramos. El **peso** de los lactantes en **el segundo mes** obtuvo un promedio de 5208 gramos con un mínimo 3330 y un máximo de 7500, dentro de los percentiles 25 con 4800 gramos, percentil 50 de 5075 gramos y un percentil 75 de 5540 gramos. El **peso** de los lactantes al **cuarto meses** tuvo un peso promedio de 6186 gramos, dentro de los rangos normales y de acuerdo a las curvas dadas por la organización mundial de la salud (OMS). Al respecto de la **talla** de los recién nacidos se obtuvieron los siguientes datos; al **nacimiento** los miembros de la muestra tuvieron una talla promedio de 48,3 cm, al primer mes de 52,1 cm, al segundo mes de 56,2 cm y al cuarto mes de 62,1 cm, dentro de los rangos normales y de acuerdo a las curvas dadas por la organización mundial de la salud (OMS).

Tabla 13. Peso y talla de los niños estudiados al nacimiento, al mes, dos meses y cuatro meses de seguimiento. Hospital General Docente Calderón, 2022 (n= 204).

VARIABLE	Media	DE	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
Perdidos	66								
Peso al nacer	3020,41	417,04	2992,50	2900,00	1970,00	4085,00	2750,00	2992,50	3280,00
Peso al mes	3942,78	601,59	4000,00	4000,00	2250,00	5600,00	3500,00	4000,00	4320,00
Peso a los dos meses	5208,90	667,69	5075,00	5000,00	3330,00	7500,00	4800,00	5075,00	5540,00
Peso a los cuatro meses	6186,42	1933,42	6500,00	7000,00	55,00	8600,00	6000,00	6500,00	7000,00
Talla al nacer	48,30	2,00	48,25	48,00	42,50	54,00	47,00	48,25	49,70
Talla al mes	52,11	2,58	52,00	51,00	42,00	58,00	51,00	52,00	54,00
Talla 2 meses	56,27	2,84	56,00	55,00	46,00	67,00	55,00	56,00	58,00
Talla 4 meses	62,11	2,17	62,00	62,00	55,50	67,80	61,00	62,00	64,00

Elaborado por: Dras. Valeria León / Cristina Garzón

Fuente: Encuestas realizadas en el HGDC 2021-2022 – Sistema SPSS

En la **tabla 14** se muestra los percentiles del **peso** de los lactantes en seguimiento; del total de la muestra al **nacimiento** el 49,5% con percentil 50-15 (óptimo, según las curvas de la OMS), seguido del 17,6% con percentil 50-85 (óptimo, según las curvas de la OMS). Al **primer mes** el 28,4% con percentil 50-15, seguido de un 16,2% percentil 15-3 (riesgo de bajo peso). Al **segundo mes** el 31,9% percentil 50-15, seguido de un 17,6% percentil 50-85. Al **cuarto mes**, el 16,7% percentil 50-15, seguido de un 15,7 percentil de 50 (óptimo).

Tabla 14. Percentiles de peso de los niños estudiados al nacimiento, al mes, dos meses y cuatro meses de seguimiento. Hospital General Docente Calderón, 2022 (n= 204).

	Frecuencia	**Porcentaje**	**Frecuencia**	**Porcentaje**	**Frecuencia**	**Porcentaje**	**Frecuencia**	**Porcentaje**
	(n)	**(%)**	**(n)**	**(%)**	**(n)**	**(%)**	**(n)**	**(%)**
	Nacimiento		**1 mes**		**2 meses**		**4 meses**	
Peso de acuerdo a los percentiles de la OMS								
Percentil >97	0	0	0	0	1	0,5	1	0,5
Percentil 85-97	2	1,0	5	2,5	4	2,0	9	4,4
Percentil 50-85	36	17,6	19	9,3	36	17,6	29	14,2
Percentil 50	27	13,2	24	11,8	20	9,8	32	15,7
Percentil 50-15	101	49,5	58	28,4	65	31,9	34	16,7
Percentil 15-3	33	16,2	33	16,2	19	9,3	28	13,7
Percentil 3	0	0	0	0	0	0	0	0
Percentil <3	5	2,5	23	11,3	10	4,9	4	2,0

Elaborado por: Dras. Valeria León / Cristina Garzón

Fuente: Encuestas realizadas en el HGDC 2021-2022 – Sistema SPSS

En la **tabla 15** se muestra las **tallas** de acuerdo a los percentiles dados por la OMS de los lactantes que se realizaron el seguimiento; en el **nacimiento** el 41,7% percentil 50-

15 (óptimo) y el 19,6% percentil 50-85 (óptimo). Al **primer mes** el 23% percentil 50-15, seguida de un 19,1% percentil 15-3 (riesgo de talla baja). Al **segundo mes** el 24% percentil 50-15 y el 16,2% percentil 50 (óptimo) y al **cuarto mes** el 22,1% percentil 50-15 y el 20,1% percentil 15-3 (riesgo de talla baja).

Tabla 15. Percentiles de talla de los niños estudiados al nacimiento, al mes, dos meses y cuatro meses de seguimiento. Hospital General Docente Calderón, 2022 (n= 204)

	Frecuencia	**Porcentaje**	**Frecuencia**	**Porcentaje**	**Frecuencia**	**Porcentaje**	**Frecuencia**	**Porcentaje**
	(n)	**(%)**	**(n)**	**(%)**	**(n)**	**(%)**	**(n)**	**(%)**
	Nacimiento		**1 mes**		**2 meses**		**4 meses**	
Talla de acuerdo a los percentiles de la OMS								
Percentil >97	0	0	0	0	1	0,5	0	0
Percentil 85-97	2	1,0	7	3,4	4	2,0	5	2,5
Percentil 50-85	40	19,6	20	9,8	26	12,7	16	7,8
Percentil 50	36	17,6	32	15,7	33	16,2	22	10,8
Percentil 50-15	85	41,7	47	23	49	24	45	22,1
Percentil 15-3	30	14,7	39	19,1	20	9,8	41	20,1
Percentil 3	0	0	0	0	0	0	0	0
Percentil <3	11	5,4	17	8,3	22	10,8	8	3,9

Elaborado por: Dras. Valeria León / Cristina Garzón

Fuente: Encuestas realizadas en el HGDC 2021-2022 – Sistema SPSS

Peso y talla de los hijos de madres con y sin DPP

En la **tabla 16** se muestra los datos obtenidos de **peso y talla** desde el nacimiento hasta los cuatro meses de edad en relación con las madres que presentaron y no DPP a los dos meses, sin presentar datos estadísticamente significativos detallados.

Tabla 16. Peso y talla de los niños estudiados al nacimiento, al mes, dos meses y cuatro meses de seguimiento en mujeres con y sin DPP a los dos meses de seguimiento. Hospital General Docente Calderón, 2022 (n= 204).

	Mujeres con DPP 2 meses		**Mujeres sin DPP 2 meses**		**Diferencia de medias**	**Valor p**
	Media	DE	Media	DE		
Peso al nacer	2967,70	414,30	3025,42	430,90	57,73	0,64
Peso 1 mes	3790,80	614,30	3963,21	609,04	172,44	0,33
Peso 2 meses	5338,50	790,90	5212,30	658,40	-126,18	0,51
Peso 4 meses	6446,15	438,96	6129,14	2039,21	-317,00	0,60
Talla al nacer	48,44	2,21	48,33	1,99	-0,11	0,84

Talla 1 mes	51,65	2,92	52,14	2,60	0,50	0,51
Talla 2 meses	55,30	2,60	56,40	2,90	1,09	0,19
Talla 4 meses	61,84	1,50	62,09	2,19	0,25	0,70

Elaborado por: Dras. Valeria León / Cristina Garzón

Fuente: Encuestas realizadas en el HGDC 2021-2022 – Sistema SPSS

En la **tabla 17** se muestra los datos obtenidos de peso y talla desde el nacimiento hasta los cuatro meses de edad en relación con las madres que presentaron y no DPP a los cuatro meses;

De las **madres diagnosticadas con DPP** a los **cuatro meses**, presentaron los recién nacidos con un **peso** promedio de 2932 gramos y el peso de los recién nacidos de mujeres sin DPP tuvieron un promedio de 3040 gramos, con una diferencia de medias de 108.71 gramos. El lactante de **1 mes** de vida tuvo un promedio de 3649 gramos de madres con DPP y los lactantes de madres sin DPP con un peso promedio de 4026 gramos, con una diferencia de medias de 377,41 gramos, estadísticamente significativo (p 0.01)

Tabla 17. Peso y talla de los niños estudiados al nacimiento, al mes, dos meses y cuatro meses de seguimiento en mujeres con y sin DPP a los cuatro meses de seguimiento. Hospital General Docente Calderón, 2022 (n= 204)

	Mujeres con DPP 4 meses		**Mujeres sin DPP 4 meses**		**Diferencia de medias**	**Valor p**
	Media	DE	Media	DE		

Peso al nacer	2932,22	489,52	3040,93	432,80	108,71	0,33
Peso 1 mes	3649,44	598,70	4026,85	595,90	377,41	0,01*
Peso 2 meses	5172,22	721,60	5273,05	647,83	100,83	0,54
Peso 4 meses	5880,17	1578,24	6200,54	1993,80	320,40	0,52
Talla al nacer	48,11	2,19	48,44	1,95	0,33	0,50
Talla 1 mes	51,42	2,74	52,40	2,43	0,97	0,12
Talla 2 meses	55,50	2,42	56,60	2,90	1,09	0,13
Talla 4 meses	61,23	1,25	62,19	2,21	0,96	0,08

*****Valor p <0,05

Elaborado por: Dras. Valeria León / Cristina Garzón

Fuente: Encuestas realizadas en el HGDC 2021-2022 – Sistema SPSS

En la **tabla 18** nos indica las variables aplicadas en la encuesta de seguimiento que determinan el peso de los niños por edades;

En el primer mes de seguimiento del lactante, las madres que presentaron DPP a los cuatro meses determinaron el peso de los niños, datos estadísticos significativos (p 0,01) y entre otras variables que determinaron el peso del niño son: embarazo si deseado por la madre (p 0,001), presencia de complicaciones en el parto (p 0,004).

En el segundo mes de seguimiento del lactante, las variables identificadas como datos estadísticos significativos que determinaron el peso del niño son: madres identificadas como montubio (p 0,04), ocupación de la madre artesana (p 0,004).

Y durante el cuarto mes las variables que determinaron el peso de los niños fueron: madres identificadas como montubio (p 0,008), presencia de complicaciones en el parto (p 0,01).

Tabla 18. Variables que determinan el peso de los niños por edades y sexo.

PESO 1 MES

	B	**IC 95%**	**Valor p**
DDP 2 meses	-172,44	-516,79 -171,90	0,32
DPP 4 meses	-377,41	-670,49 -84,33	0,01
Edad			
Adolescente tardía	Referencia		
Adulta joven	-20,14	-330,11 - 289,83	0,89
Adulta madura	-225,11	-612,52 - 162,28	0,25
Etnia			
Afroamericana	**Referencia**		
Blanca	-360,55	-1261,46 - 540,35	0,43
Indígena	-88,88	-632,15 - 454,38	0,74
Mestiza	114,00	-282,74 - 510,74	0,57
Montubio	1144,44	-70,34 - 2359,23	0,06
Mulato	-45,55	-688,36 - 597,25	0,89

Estado civil			
Casada	Referencia		
Divorciada	-261,48	-1095,14 - 572,16	0,05
Sociedad de hecho	863,51	-300,23 - 2027,26	0,79
Soltera	-31,95	-269,11 - 205,20	0,14
Unión libre	-232,34	-473,95 - 4225,27	0,53
Instrucción			
Cuarto nivel	**Referencia**		
Primaria	443,15	-755,95 - 1642,27	0,46
Secundaria	306,60	-867,34 - 1480,56	0,60
Tercer nivel	425,66	-762,40 - 1613,73	0,48
Ocupación			
Ama de casa	**Referencia**		
Artesana	109,10	-1049,43 - 1267,63	0,85

Cocinera	-57,56	-733,83 - 618,70	0,86
Comerciante	-4,02	-316,86 - 308,81	0,98
Estudiante	174,39	-130,54 - 479,33	0,26
Zona residencia			
Rural	**Referencia**		
Urbana	-192,92	-390,62 - 4,78	0,05
Embarazo deseado			
Si	-485,17	-762,30 - -208,05	0,001
No	Referencia		
Término de embarazo			
Cesárea	Referencia		
Parto	152,13	-46,41 – 350,67	0,13
Complicaciones en el parto			
No	Referencia		

Si	269,71	85,42 – 454,00	0,004
Antecedente de depresión			
Si	33,67	-284,89 – 352,23	0,83
No	Referencia		
Antecedente familiar depresión			
Si	-60,52	-427,49 – 306,44	0,74
No	Referencia		
Apego precoz			
Si	323,85	-39,82 - 687,54	0,08
No	Referencia		
Recibió seno materno en la hospitalización			
Si	Referencia		
No	-5,56	-334,23 – 323,11	0,97
Banco de leche 2 meses			

Si	7,87	-287,17 – 302,93	0,95
No	Referencia		
Banco de leche 4 meses			
Si	7,87	-287,17 – 302,93	0,95
No	Referencia		
Patología de mama 2 meses			
Si	-208,12	-803,41 – 387,15	0,49
No	Referencia		
Patología de mama 4 meses			
Si	-19,07	-857,14 – 818,98	0,96
No	Referencia		
Lactancia exclusiva 4 meses			
Si	188,96	-24,99 – 402,92	0,08
No	Referencia		

Enfermedad madre 2 mes			
Si	-208,12	-803,41 – 387,15	0,49
No	Referencia		

PESO 2 MESES

	B	**IC**	**Valor p**
DDP 2 meses			
Si	126,18	-252,56 – 504,92	0,51
No	Referencia		
DPP 4 meses			
Si	-100,83	-424,00 – 222.33	0,54
No	Referencia		
Edad			

Adolescente tardía	Referencia		
Adulta joven	67,44	-279,58 – 414,48	0,70
Adulta madura	4,27	-437,94 – 446,49	0,98
Etnia			
Afroamericana	Referencia		
Blanca	-486,25	-1473,66 – 501,16	0,33
Indígena	-21,80	-628,70 – 585,09	0,94
Mestiza	163,90	-291.26 – 619,08	0,48
Montubio	1923,75	598,99 – 3248,50	0,04
Mulato	-46,25	-758,28 – 665,78	0,89
Estado civil			
Casada	Referencia		

Divorciada	-97,02	-1031,99 – 837,93	0,83
Sociedad de hecho	802,97	-502,20 – 2108,15	0,22
Soltera	-62,69	-331,90 – 206,51	0,64
Unión libre	-192,95	-467,80 – 81,90	0,16
Instrucción			
Cuarto nivel	-353,57	-1669,13 – 961,98	0,59
Primaria	-25,79	-416,32 – 364,73	0,89
Secundaria	-200,58	-474,98 – 73,82	0,15
Tercer nivel	Referencia		
Ocupación			
Ama de casa	Referencia		
Artesana	1935,97	635,56 – 3236,38	0,004

Cocinera	2,64	-756,63 – 761,92	0,99
Comerciante	-211,16	-583,50 – 161,17	0,26
Estudiante	-126,52	-478,24 – 225,19	0,48
Zona residencia			
Rural	Referencia		
Urbana	-219,19	-444,81 – 6,41	0,05
Embarazo deseado			
Si	-203,53	-514,55 – 107,48	0,20
No	Referencia		
Término de embarazo			
Cesárea	Referencia		
Parto	115,54	-134,54 – 318,38	0,42

Complicaciones en el parto			
No	Referencia		
Si	137,24	-77,87 – 352,36	0,21
Antecedente de depresión			
Si	-150,19	-503,89 – 203,51	0,40
No	Referencia		
Antecedente familiar depresión			
Si	-57,55	-456,58 – 350,47	0,78
No	Referencia		
Apego precoz			
Si	412,93	10,05 – 815,82	0,45
No	Referencia		

Recibió seno materno en la hospitalización			
Si	Referencia		
No	85,94	-312,96 – 493,85	0,68
Banco de leche 2 meses			
Si	94,98	-231,83 – 421,79	0,56
No	Referencia		
Banco de leche 4 meses			
Si	94,98	-231,83 – 421,79	0,56
No	Referencia		
Patología de mama 2 meses			
Si	-111,80	-772,39 - 548,79	0,74
No	Referencia		

Patología de mama 4 meses			
Si	-351,34	-1263,59 – 560,90	0,45
No	Referencia		
Lactancia exclusiva 4 meses			
Si	178,65	-60,60 – 417,91	0,14
No	Referencia		
Enfermedad madre 2 mes			
Si	-111,80	-772,39 – 548,79	0,74
No	Referencia		

PESO 4 MESES

	B	**IC**	**Valor p**
DDP 2 meses			
Si	317,00	-789,47 – 1423,48	0,57

No	Referencia		
DPP 4 meses			
Si	-320,37	-1304,02 – 663,27	0,52
No	Referencia		
Edad			
Adolescente tardía	Referencia		
Adulta joven	-45,17	-1115,69 – 1025,35	0,93
Adulta madura	-475,47	-1816,99 – 866,04	0,48
Etnia			
Afroamericana	Referencia		
Blanca	1135,00	-1653,40 - 3923,40	0,42
Indígena	-604,50	-2509,34 – 1300,34	0,53

Mestiza	1279,44	-10,21 – 2569,09	0,05
Montubio	-5032,00	-8773,03 - - 1290,96	0,008
Mulato	1245,00	-765,74 – 3255,74	0,22
Estado civil			
Casada	Referencia		
Divorciada	825,17	-1894,31 – 3544,67	0,55
Sociedad de hecho	1975,17	-1816,97- 5767,33	0,30
Soltera	511,40	-309,84 – 1332,65	0,22
Unión libre	111,90	-725,89 – 949,70	0,79
Instrucción			
Cuarto nivel	654,70	-3151,89 – 4461,29	0,73

Primaria	-882,60	-2060,92 – 296,71	0,14
Secundaria	-89,96	-906,14 – 726,214	0,82
Tercer nivel	Referencia		
Ocupación			
Ama de casa	Referencia		
Artesana	1663,29	-1776,90 – 5103,49	0,34
Cocinera	796,62	-1214,55 - 2807,81	0,43
Comerciante	599,00	-393,19 – 1591,21	0,23
Estudiante	617,14	-406,90 – 1641,18	0,23
Zona residencia			
Rural	Referencia		
Urbana	46,21	-635,54 – 727,98	0,89

Embarazo deseado			
Si	-428,76	-1358,80 – 501,28	0,36
No	Referencia		
Término de embarazo			
Cesárea	Referencia		
Parto	-135,75	-821,00 – 549,50	0,69
Complicaciones en el parto			
No	Referencia		
Si	809,15	168,69 – 1449,62	0,01
Antecedente de depresión			
Si	-326,83	-1425,77 – 772,10	0,56
No	Referencia		
Antecedente familiar depresión			

Si	713,14	-467,56 – 1893,85	0,23
No	Referencia		
Apego precoz			
Si	-293,06	-1667,55 – 1081,43	0,67
No	Referencia		
Recibió seno materno en la hospitalización			
Si	Referencia		
No	325,56	-859,88 – 1511,00	0,59
Banco de leche 2 meses			
Si	498,51	-475,89 – 1472,92	0,31
No	Referencia		
Banco de leche 4 meses			

Si	498,51	-475,89 – 1472,92	0,31
No	Referencia		
Patología de mama 2 meses			
Si	245,69	-1669,67 – 2161,06	0,80
No	Referencia		
Patología de mama 4 meses			
Si	318,18	-2370,66 - 3007,02	0,81
No	Referencia		
Lactancia exclusiva 4 meses			
Si	-60,17	-775,22 - 654,88	0,86
No	Referencia		
Enfermedad madre 2 mes			

Si	245,69	-1669,67 - 2161,06	0,80
No	Referencia		

Elaborado por: Dras. Valeria León / Cristina Garzón

Fuente: Encuestas realizadas en el HGDC 2021-2022 – Sistema SPSS

En la **tabla 19** muestra las variables que determinan la talla de los niños por edades;

En el primer mes de seguimiento del lactante, no se identificaron variables estadísticamente significativas que determinaron la talla del niño.

En el segundo mes de seguimiento del lactante, las variables identificadas como datos estadísticamente significativos que determinaron la talla del niño fue la ocupación de la madre (comerciante) (p 0,02).

Y durante el cuarto mes las variables que determinaron el peso de los niños fueron: madres identificadas como montubia (p 0,04), ocupación de la madre comerciante (p 0,03), madre que vive en la zona urbana (p 0,001), niños que recibieron lactancia exclusiva a los 4 meses (p 0,01)

Tabla 19. Variables que determinan la talla de los niños por edades.

TALLA 1 MES

	B	**IC**	**Valor p**
DDP 2 meses			
Si	-0,49	-1,96 – 0,98	0,51

No	Referencia		
DPP 4 meses			
Si	-0,97	-2,18 – 0,24	0,11
No	Referencia		
Edad			
Adolescente tardía	Referencia		
Adulta joven	-0,55	-1,88 – 0,77	0,41
Adulta madura	-0,59	-2,25 – 1,07	0,48
Etnia			
Afroamericana	Referencia		
Blanca	-0,45	-4,33 – 3,43	0,82
Indígena	0,15	-2,18 – 2,49	0,89
Mestiza	0,58	-1,12 – 2,29	0,50
Montubio	4,90	-0,33 – 10,13	0,06

Mulato	-0,08	-2,85 – 2,69	0,95
Estado civil			
Casada	Referencia		
Divorciada	-1,49	-5,09 – 2,09	0,41
Sociedad de hecho	-1,49	-6,51- 3,52	0,55
Soltera	-0,09	-1,12 – 0,93	0,85
Unión libre	-0,88	-1,92 – 0,15	0,09
Instrucción			
Cuarto nivel	-1,10	-6,19 – 3,99	0,67
Primaria	0,50	-0,99 – 1,99	0,51
Secundaria	-0,05	-1,08 – 0,97	0,92
Tercer nivel	Referencia		
Ocupación			

Ama de casa	Referencia		
Artesana	1,95	-2,69 – 6,60	0,34
Cocinera	0,32	-2,39 - 3,03	0,43
Comerciante	-0,71	-1,97 – 0,54	0,26
Estudiante	0,68	-0,53 – 1,91	0,27
Zona residencia			
Rural	Referencia		
Urbana	-0,69	-1,54 – 0,15	0,10
Embarazo deseado			
Si	-0,99	-2,21 – 0,22	0,11
No	Referencia		
Término de embarazo			
Cesárea	Referencia		
Parto	0,67	-0,17 – 1,52	0,11

Complicaciones en el parto			
No	Referencia		
Si	0,73	-0,06 – 1,53	0,07
Antecedente de depresión			
Si	0,26	-1,09 – 1,62	0,70
No	Referencia		
Antecedente familiar depresión			
Si	0,31	-1,25 – 1,88	0,69
No	Referencia		
Apego precoz			
Si	1,34	-0,21 – 2,89	0,09
No	Referencia		
Recibió seno materno en la hospitalización			

Si	Referencia		
No	0,56	-0,88 – 2,01	0,44
Banco de leche 2 meses			
Si	-0,02	-1,29 – 1,24	0,96
No	Referencia		
Banco de leche 4 meses			
Si	-0,02	-1,29 – 1,24	0,96
No	Referencia		
Patología de mama 2 meses			
Si	-0,46	-3,02 – 2,08	0,71
No	Referencia		
Patología de mama 4 meses			
Si	0,74	-2,69 - 4,19	0,67
No	Referencia		

Lactancia exclusiva 4 meses			
Si	0,62	-0,28 - 1,52	0,17
No	Referencia		
Enfermedad madre 2 mes			
Si	-0,46	-3,02 - 2,08	0,71
No	Referencia		

TALLA 2 MESES

	B	**IC**	**Valor p**
DDP 2 meses			
Si	-1,09	-2,71 - 0,52	0,18
No	Referencia		
DPP 4 meses			
Si	-1,09	-2,49 - 0,30	0,12
No	Referencia		

Edad			
Adolescente tardía	Referencia		
Adulta joven	-0,27	-1,73 - 1,18	0,71
Adulta madura	1,05	-0,80 - 2,91	0,26
Etnia			
Afroamericana	Referencia		
Blanca	0,60	-3,71 - 4,91	0,78
Indígena	1,40	-1,25 -4,05	0,30
Mestiza	0,89	-1,09 - 2,88	0,37
Montubio	5,60	-0,19 - 11,39	0,05
Mulato	0,76	-2,35 - 3,87	0,63
Estado civil			
Casada	Referencia		
Divorciada	-3,91	-7,88 - 0,05	0,05

Sociedad de hecho	-0,91	-6,45 - 4,62	0,74
Soltera	-0,83	-1,97 - 0,30	0,14
Unión libre	-0,72	-1,88 - 0,44	0,22
Instrucción			
Cuarto nivel	-0,90	-6,46 - 4,66	0,75
Primaria	1,63	-0,01 - 3,28	0,05
Secundaria	0,12	-1,03 - 1,28	0,83
Tercer nivel	Referencia		
Ocupación			
Ama de casa	Referencia		
Artesana	3,38	-1,46 - 8,22	0,17
Cocinera	-0,51	-3,34 - 2,31	0,72
Comerciante	-1,57	-2,92 - -0,23	0,02
Estudiante	-0,39	-1,70 - 0,91	0,55

Zona residencia			
Rural	Referencia		
Urbana	-0,77	-1,73 - 0,19	0,11
Embarazo deseado			
Si	0,08	-1,24 - 1,41	0,90
No	Referencia		
Término de embarazo			
Cesárea	Referencia		
Parto	0,62	-0,33 - 1,58	0,19
Complicaciones en el parto			
No	Referencia		
Si	0,36	-0,54 – 1,28	0,42
Antecedente de depresión			
Si	-0,04	-1,55 – 1,46	0,95

No	Referencia		
Antecedente familiar depresión			
Si	-0,04	-1,77 – 1,69	0,96
No	Referencia		
Apego precoz			
Si	0,57	-1,15 – 2,31	0,51
No	Referencia		
Recibió seno materno en la hospitalización			
Si	Referencia		
No	0,17	-1,56 – 1,91	0,84
Banco de leche 2 meses			
Si	0,005	-1,38 – 1,39	0,99
No	Referencia		
Banco de leche 4 meses			

Si	0,005	-1,38 – 1,39	0,99
No	Referencia		
Patología de mama 2 meses			
Si	0,61	-2,19 – 3,43	0,66
No	Referencia		
Patología de mama 4 meses			
Si	0,60	-3,34 - 4,54	0,76
No	Referencia		
Lactancia exclusiva 4 meses			
Si	0,67	-0,35 -1,71	0,20
No	Referencia		
Enfermedad madre 2 mes			
Si	0,61	-2,19 - 3,43	0,66
No	Referencia		

TALLA 4 MESES

	B	**IC**	**Valor p**
DDP 2 meses			
Si	-0,25	-1,47 - 0,96	0,68
No	Referencia		
DPP 4 meses			
Si	-0,96	-2,03 - 0,10	0,07
No	Referencia		
Edad			
Adolescente tardía	Referencia		
Adulta joven	-0,16	-1,37 - 1,04	0,78
Adulta madura	-0,17	-1,69 - 1,33	0,81
Etnia			
Afroamericana	**Referencia**		

Blanca	0,97	-2,33 – 4,28	0,56
Indígena	1,62	-0,63 – 3,88	0,15
Mestiza	0,53	-0,99 – 2,06	0,49
Montubio	4,47	0,03 – 8,91	0,04
Mulato	0,87	-1,51 – 3,26	0,47
Estado civil			
Casada	**Referencia**		
Divorciada	-0,57	-3,67 – 2,51	0,75
Sociedad de hecho	-0,57	-4,88 – 3,73	0,99
Soltera	-0,002	-0,93 – 0,93	0,79
Unión libre	0,15	-0,79 – 1,10	0,71
Instrucción			
Cuarto nivel	1,88	-2,43 - 6,20	0,39
Primaria	0,01	-1,32 - 1,35	0,98

Secundaria	-0,01	-0,93 – 0,91	0,98
Tercer nivel	Referencia		
Ocupación			
Ama de casa	Referencia		
Artesana	1,75	-2,25 – 5,77	0,39
Cocinera	0,42	-1,92 -2,77	0,72
Comerciante	-1,24	-2,39 – -0,08	0,03
Estudiante	0,17	-1,02 – 1,36	0,77
Zona residencia			
Rural	Referencia		
Urbana	-1,25	-1,99 – -0,51	0,001
Embarazo deseado			
Si	-0,23	-1,28 – 0,81	0,66
No	Referencia		

Término de embarazo			
Cesárea	Referencia		
Parto	0,26	-0,50 – 1,03	0,49
Complicaciones en el parto			
No	Referencia		
Si	0,46	-0,27 – 1,19	0,21
Antecedente de depresión			
Si	-0,51	-1,75 – 0,72	0,41
No	Referencia		
Antecedente familiar depresión			
Si	-0,16	-1,49 – 1,17	0,81
No	Referencia		
Apego precoz			
Si	-0,53	-2,08 – 1,01	0,49

No	Referencia		
Recibió seno materno en la hospitalización			
Si	Referencia		
No	0,75	-0,57 – 2,08	0,26
Banco de leche 2 meses			
Si	-0,04	-1,15 – 1,05	0,93
No	Referencia		
Banco de leche 4 meses			
Si	-0,04	-1,15 – 1,05	0,93
No	Referencia		
Patología de mama 2 meses			
Si	0,52	-1,63 – 2,67	0,63
No	Referencia		
Patología de mama 4 meses			

Si	-0,37	-3,40 - 2,65	0,80
No	Referencia		
Lactancia exclusiva 4 meses			
Si	1,00	0,22 -1,79	0,01
No	Referencia		
Enfermedad madre 2 mes			
Si	0,52	-1,63 -2,67	0,63
No	Referencia		

Elaborado por: Dras. Valeria León / Cristina Garzón

Fuente: Encuestas realizadas en el HGDC 2021-2022 – Sistema SPSS

El sexo de los niños estudiados determina el peso; el sexo femenino determino el peso al nacimiento (p=0,002), al primer mes (p=0,01), al segundo mes (p=0,006), siendo datos estadísticamente significativos (p < 0,05).

PESO AL NACER

	B	**IC**	**Valor p**
SEXO			

Femenino	-175,53	-287,41 - -63,65	0,002
Masculino	Referencia		

PESO AL MES

	B	**IC**	**Valor p**
SEXO			
Femenino	-219,50	-402,25 - -36,74	0,01
Masculino	Referencia		

PESO A LOS DOS MESES

	B	**IC**	**Valor p**
SEXO			
Femenino	-290,32	-496,97 - -83,68	0,006
Masculino	Referencia		

PESO A LOS CUATRO MESES

	B	IC	Valor p
SEXO			
Femenino	-393,71	-1036,51 – 249	2,30
Masculino	Referencia		

Elaborado por: Dras. Valeria León / Cristina Garzón

Fuente: Encuestas realizadas en el HGDC 2021-2022 – Sistema SPSS

Los datos obtenidos en relación si el sexo determina la talla de los niños estudiados; el sexo femenino determino la talla al nacimiento (p=0,00), al primer mes (p=0,01), al segundo mes (p=0,02) y a los cuatro meses (p=0,00), siendo datos estadísticamente significativos (p < 0,05).

TALLA AL NACER

	B	IC	Valor p
SEXO			
Femenino	-1,35	-1,86 - -0,83	0,00
Masculino	Referencia		

TALLA AL MES

	B	**IC**	**Valor p**
SEXO			
Femenino	-0,98	-1,76 - -0,20	0,01
Masculino	Referencia		

TALLA A LOS DOS MESES

	B	**IC**	**Valor p**
SEXO			
Femenino	-1,36	-2,23 - -0,48	0,02
Masculino	Referencia		

TALLA A LOS CUATRO MESES

	B	**IC**	**Valor p**
SEXO			
Femenino	-1,34	-2,04- -0,65	0,00
Masculino	Referencia		

Elaborado por: Dras. Valeria León / Cristina Garzón

Fuente: Encuestas realizadas en el HGDC 2021-2022 – Sistema SPSS

En la **tabla 21,** indica los datos obtenidos del peso y talla del niño al nacimiento y al primer mes que si determina sobre el peso y talla a los dos y cuatro meses de edad del niño en seguimiento; el peso al nacer y el peso al primer mes de los lactantes, determinaron el peso a los 2 meses del lactante (p=0,00). Y el peso al nacer de los recién nacidos determino sobre el peso a los cuatro meses (p=0,04), mientras que el peso al primer mes no determino el peso a los 4 meses (p=0,34).

En relación a la talla al nacer y al primer mes determinaron la talla al segundo y cuarto mes de vida del lactante (p=0,00).

Tabla 21. El peso y talla al nacimiento y al primer mes determina el peso y talla a los 2 y 4 meses.

	B	**IC**	**Valor p**
Peso 2 meses			
Peso al nacer	0,77	0,56 – 0,99	0,00
Peso al 1 mes	0,66	0,52 – 0,80	0,00
Peso 4 meses			
Peso al nacer	0,74	0,01 – 1,47	0,04

Peso al 1 mes	0,39	-0,13 – 0,92	0,14
Talla 2 meses			
Talla al nacer	0,74	0,54 – 0,94	0,00
Talla al 1 mes	0,70	0,57 – 0,83	0,00
Talla 4 meses			
Talla al nacer	0,61	0,46 – 0,76	0,00
Talla al 1 mes	0,42	0,29 – 0,54	0,00

Elaborado por: Dras. Valeria León / Cristina Garzón

Fuente: Encuestas realizadas en el HGDC 2021-2022 – Sistema SPSS

CAPÍTULO V

Discusión

En nuestro estudio se observó una incidencia de DPP al segundo mes del 13,7% y al cuarto mes del 23,1%, en relación a la incidencia mundial del 15 %, en Chile se presenta en un 32.5%, en Estados Unidos del 8 a 26%, en Brasil del 12%, en España es de 25.8% y en Arequipa-Perú 12,6 %, en un estudio realizado en la misma ciudad de nuestro estudio reporta DPP en un 68,7 % en madres con hijos hospitalizados y no hospitalizados (AYALA, MARÍA ZAMBRANO, 2018).

En los resultados de nuestro estudio se evidenció una relación significativa entre el bajo peso al primer mes y la presencia de DPP a los 4 meses postparto. Tal como se evidencia en otros estudios de cohortes prospectivos y en estudios realizados en países de ingresos bajos y medios que tienen un riesgo del 40 % de tener un peso bajo para la edad. Por el contrario sucede con la baja talla del niño y la DPP en la madre, no se encontró una relación estadísticamente significativa, como se evidencia en los estudios de cohortes prospectivos (Madlala & Kassier, 2018). En países como Brasil, Nigeria y Uganda se encontró una relación significativa entre la DPP y la desnutrición en niños, esta diferencia se podría explicar debido a que estos estudios de realizaron en otros grupos de edad (entre 3 y 6 meses y 1 y 5 años) lo que extiende el tiempo de seguimiento y el número de muestra y estos resultados pueden variar por influencia de factores como es el caso de los factores socioeconómicos(AYALA, MARÍA ZAMBRANO, 2018).

Entre los antecedentes gineco obstétricos de la madre; gestas previas, cuatro o más embarazos previos presenta una relación estadísticamente significativa con la DPP de la

madre a los 4 meses. Tal como lo reporta un estudio en Nigeria, la multiparidad es un factor en relación con la DPP (Adeyemo et al., 2020).

Como resultados de nuestro estudio encontramos que algunos factores socioeconómicos: la etnia: en la etnia montubia se observó un aumento del peso al segundo mes y disminución al cuarto mes y disminución de la talla al cuarto mes. En la ocupación: en el caso de las artesanas se evidenció un aumento del peso al segundo mes y en el caso de las comerciantes hay una disminución de la talla al segundo y cuarto mes. Zona de residencia; en el caso de la zona urbana se evidencio una disminución de la talla al cuarto mes. Los mismos resultados se obtuvieron en un estudio longitudinal realizado en Sudáfrica que encontró que los niños a los dos años de edad presentaban retraso en el crecimiento en madres con DPP que vivían en una zona urbana después de seis meses del parto (Madlala & Kassier, 2018). Por el contrario, en un estudio controlado aleatorizado en Bangladesh, donde los niños al año de edad presentaron retraso en el crecimiento en madres con DPP que vivían en la zona rural. Estos resultados se pueden explicar debido a se realizaron en países en vías de desarrollo como el nuestro. Entre los factores maternos: el embarazo deseado hubo una disminución del peso en el primer mes, por el contrario, en los resultados de otro estudio hay un porcentaje más alto de niños con retraso en el crecimiento en madres con DPP con un embarazo no deseado. Las complicaciones durante el parto provocaron un aumento del peso en el primer y cuarto mes de vida en relación a la presencia de DPP al cuarto mes de seguimiento. La lactancia materna exclusiva provocó aumento de la talla al cuarto mes, lo contrario sucede en un análisis multivariado en los que se evidencia que existe una relación entre DPP, desnutrición infantil y una lactancia materna no exclusiva. (Kariuki et al., 2022)(Madlala & Kassier, 2018).

Por último, en nuestro estudio no se obtuvo una relación significativa entre la lactancia, la relación materno infantil y madres con DPP por el contrario sucede en otros estudios en los que se evidencia una relación significativa en la DPP y una lactancia materna exclusiva deficiente (Kariuki et al., 2022).

Limitaciones y ventajas

Entre las limitaciones del estudio podemos describir, la pérdida de pacientes durante el seguimiento del estudio dado por diferentes factores relacionados con el medio de contacto durante el seguimiento y la dificultad en la atención médica mensual de control de niño sano del lactante menor hasta los 4 meses. Entre las ventajas podemos describir que nuestro estudio es el primer estudio de cohorte prospectivo en un grupo prioritario como lo son los lactantes menores, que nos permitiría realizar un seguimiento a posterior con los datos ya proporcionados por el mismo medio, para proporcionar datos de los efectos crónicos de la DPP en el peso y talla de estos niños.

CAPÍTULO VI

Conclusiones y recomendaciones del estudio

CONCLUSIONES

- Encontramos una incidencia de DPP del 6,4 % a los dos meses de seguimiento y del 8,8 % a los 4 meses de seguimiento en madres atendidas en el Hospital General Docente de Calderón, en el período 2021-2022.
- Existe una relación significativa entre las madres con DPP a los cuatro meses y un peso bajo de los niños al mes, en el Hospital General Docente de Calderón, en el periodo 2021-2022.
- No existe una relación significativa entre las madres con depresión posparto y una talla baja en sus entre los 0 y 4 meses, en el Hospital General Docente de Calderón, en el periodo 2021-2022.
- Se encontró una relación significativa entre la DPP a los cuatro meses y los antecedentes gineco obstétricos de la madre; gestas previas, cuatro o más embarazos previos, en el Hospital General Docente de Calderón, en el periodo 2021-2022.
- Se identificaron factores socioeconómicos de la madre se cómo: la etnia mestiza que se asoció a la ganancia de peso al cuarto mes y la etnia montubia a la ganancia de peso y talla al segundo mes y a la pérdida de peso y ganancia de talla al cuarto mes, el nivel de instrucción primaria se asoció a una ganancia de talla al segundo mes, el estado civil divorciada se asoció a la pérdida de peso al primer mes y de talla al segundo mes , en la ocupación: las artesanas se asociaron a la ganancia de peso al segundo mes y las comerciantes se asociaron a la pérdida de talla al segundo y cuarto mes y de acuerdo a la zona de residencia

urbana se asoció a la pérdida de peso al primer y segundo mes y de la talla al cuarto mes. Y entre factores maternos como: el embarazo deseado se asoció a la pérdida de peso al primer mes y las complicaciones durante el parto contribuyeron a la ganancia del peso al primer y cuarto mes en los hijos de mujeres atendidas en el Hospital General Docente de Calderón, en el período 2021-2022.

- Se determino que no existe una asociación entre la lactancia materna y la relación materno-infantil en los niños de 0 a 4 meses de edad, hijos de madres diagnosticadas con depresión posparto, atendidas en el Hospital General Docente de Calderón, en el período 2021-2022.
- De acuerdo a las características de las madres con depresión; las mujeres que tienen dos hijos previos presentaron DPP en un 66,7 % a los cuatro meses de seguimiento estadísticamente significativo (p 0,03). Las madres que presentaron complicaciones en el parto presentaron DPP en un 5,3 % a los cuatro meses de seguimiento con valor p 0,003 y las madres que durante su estancia en hospitalización presentaron algún inconveniente para alimentar a su hijo, el 25 % presentaron DPP a los dos y cuatro meses de seguimiento con un valor p 0,003 y 0,02 respectivamente, en madres atendidas en el Hospital General Docente de Calderón, en el período 2021-2022.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda a la institución hospitalaria donde se realizó nuestro estudio, sistematizar las historias clínicas de los pacientes atendidos, mejorando la recolección de datos para estudios próximos con un beneficio para la institución,

la ciudad y el país obteniendo los datos estadísticos necesarios para el sistema de salud.

- Para los médicos familiares en formación recomendamos no olvidar la importancia de la investigación, siendo un pilar fundamental para nuestra formación, siendo la evidencia científica la base para enriquecer el conocimiento científico.
- Creemos importante sugerir a los médicos de familia no olvidar que la relación madre e hijo desde el nacimiento no solo presentan efectos biológicos si no psicológicos que provocan consecuencias difíciles de tratar en un fututo niño escolar, adolescente y adulto joven.
- En el país existen políticas de salud que están dirigidas en la prevención y tratamiento de la desnutrición infantil, se recomienda instaurar guías de manejo clínico de manejo de depresión posparto siendo un factor determinante para la desnutrición infantil.
- Se recomienda principalmente realizar un seguimiento del peso y talla de los hijos con madres con DPP para obtener resultados estadísticamente significativos en la relación de desnutrición infantil y DPP. Además, se recomienda realizar estudios con un mayor número en el tamaño de la muestra y un seguimiento prolongado en el tiempo, como se observó en los estudios comparativos donde se encontraron una relación significativa entre la desnutrición infantil y DPP. Con los resultados obtenidos y comparativos podemos acotar la importancia de una prevención primaria en grupos de riesgo evitando consecuencias irremediables a largo plazo que afectarían el desarrollo adecuado de los niños.

ANEXOS

ANEXO 1: Escala Edimburgo

TABLA 5. Escala de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale; EPDS)

Instrucciones. "Como usted ha tenido un bebé recientemente, nos gustaría saber cómo se siente ahora. Por favor, SUBRAYE la respuesta que encuentre más adecuada en relación a cómo se ha sentido durante la semana pasada:

En los últimos 7 días: 1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas	• Igual que siempre	0
	• Ahora, no tanto como siempre	1
	• Ahora, mucho menos	2
	• No, nada en absoluto	3
2. He mirado las cosas con ilusión	• Igual que siempre	0
	• Algo menos de lo que es habitual en mí	1
	• Bastante menos de lo que es habitual en mí	2
	• Mucho menos que antes	3
3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal	• Sí, la mayor parte del tiempo	3
	• Sí, a veces	2
	• No muy a menudo	1
	• No, en ningún momento	0
4. Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo	• No, en ningún momento	0
	• Casi nunca	1
	• Sí, algunas veces	2
	• Sí con mucha frecuencia	3
5. He sentido miedo o he estado asustada sin motivo	• Sí, bastante	3
	• Sí, a veces	2
	• No, no mucho	1
	• No, en absoluto	0
6. Las cosas me han agobiado	• Sí, la mayoría de las veces no he sido capaz de afrontarlas	3
	• Sí, a veces no he sido capaz de afrontarlas tan bien como siempre	2
	• No, la mayor parte de las veces las he afrontado bastante bien	1
	• No, he afrontado las cosas tan bien como siempre	0
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir	• Sí, la mayor parte del tiempo	3
	• Sí, a veces	2
	• No muy a menudo	1
	• No, en ningún momento	0
8. Me he sentido triste o desgraciada	• Sí, la mayor parte del tiempo	3
	• Sí, bastante a menudo	2
	• No con mucha frecuencia	1
	• No, en ningún momento	0
9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando	• Sí, la mayor parte del tiempo	3
	• Sí, bastante a menudo	2
	• Solo en alguna ocasión	1
	• No, en ningún momento	0
10. He tenido pensamientos de hacerme daño	• Sí, bastante a menudo	3
	• A veces	2
	• Casi nunca	1
	• En ningún momento	0

Se sugiere tomar como valor óptimo para el diagnóstico de depresión posparto una puntuación de *más de 12 puntos* en la escala de Edimburgo (mayor capacidad de discriminación si se administra en las 6 primeras semanas tras el parto).
Criterio de depresión: leve (≥12 a 14 puntos), moderada (≥15 a 19 puntos) y grave (≥20 puntos).
Modificada de: Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, 2014. Versión validada en español (adaptado de García-Esteve 2003) y referencias bibliográficas 5 y 13.

ANEXO 2:

Cribado de la tristeza/depresión posparto

TABLA 2. Cribado de la tristeza/depresión posparto

Grado recomendación débil	*Sugerencia:* se sugiere que en las visitas a la mujer tras el parto se le realicen dos preguntas para identificar la posibilidad de una depresión posparto: 1. "Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia se sentía triste, deprimida o sin esperanza?" 2. "Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia sentía poco interés por realizar actividades y además no sentía que le proporcionaran placer?"
Grado recomendación débil	*Sugerencia:* Se sugiere no continuar con el diagnóstico de depresión posparto si la mujer contesta negativamente a las dos preguntas anteriores
Grado recomendación fuerte	*Recomendación:* se recomienda utilizar la escala de Edimburgo (tabla 5) para confirmar el diagnóstico de la depresión tras el parto en las mujeres que hayan respondido afirmativamente a las preguntas

Modificado de: Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, 2014[1].

ANEXO 3: Criterios de depresión menor y mayor

TABLA 6. Criterios de depresión menor

Se sugiere el diagnóstico de depresión menor

Dos a cuatro de los siguientes síntomas están presentes durante dos o más semanas. Al menos uno de ellos es (1) disforia o (2) anhedonia:

1. **Disforia:** estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días
2. **Anhedonia:** disminución notable del interés o placer la mayor parte del día, casi todos los días
3. Cambios significativos en el apetito o en el peso
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días
5. Agitación psicomotora o enlentecimiento (observable por otros)
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días
7. Pensamientos de inutilidad o culpa inapropiada casi todos los días
8. Concentración o memoria deteriorada casi todos los días
9. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o intento de suicidio

Estos síntomas causan angustia clínicamente significativa y deterioro psicosocial, y no se deben a otras entidades patológicas o por consumo de sustancias

Modificado de: Lynas JM. Unipolar minor depression in adults 2019 (referida al Manual de Diagnóstico de la Asociación Americana de Psiquiatría, 5ª edición, DSM-5).

TABLA 7. Criterios de depresión mayor

Se sugiere el diagnóstico de depresión mayor

Cinco (o más) de los siguientes síntomas están presentes durante dos o más semanas y suponen un cambio con respecto al funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o placer:

1. **Disforia:** estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días (triste, vacío, sin esperanza, llanto)
2. **Anhedonia:** disminución notable del interés o placer la mayor parte del día, en todas, o casi todas, las actividades casi todos los días
3. Alteración significativa del apetito y cambio de peso (aumento o pérdida) ≥ 5% en un mes
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días
5. Agitación psicomotora o enlentecimiento casi todos los días (observable por otros)
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días
7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no solo autorreproche o culpa por estar enfermo)
8. Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días (objetiva o subjetiva)
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo miedo a morir), ideación suicida recurrente sin un plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico para cometer suicidio

Estos síntomas causan angustia clínicamente significativa y deterioro psicosocial, ocupacional o en otras importantes áreas de funcionamiento, y no se deben a otras entidades patológicas o por consumo de sustancias

- Criterio de depresión mayor leve a moderada (5 o 6 síntomas depresivos)
- Criterio de depresión mayor grave (7 a 9 síntomas depresivos) con deterioro evidente del juicio o funcionamiento habitual y frecuentes ideas o comportamientos suicidas

Modificado de: Viguera A. Postpartum unipolar major depression, 2019 (referida al Manual de Diagnóstico de la Asociación Americana de Psiquiatría, 5ª edición, DSM-5).

ANEXO 4: Características de antidepresivos seleccionados para la depresión posparto

Características de antidepresivos seleccionados para la depresión posparto

Clase	Medicamento	RCT ¿Apoya el uso?	Consideraciones de embarazo	Niveles de leche materna	¿Posibles efectos adversos en bebés?	Comentarios clínicos
ISRS	sertralina (zoloft) [1]	Sí	ISRS preferido	Muy bajo	Ninguno conocido	La mayoría estudiada; ISRS preferido durante la lactancia
	Paroxetina (Paxil) [1]	Sí	Posiblemente mayor riesgo de síntomas neonatales, malformaciones cardíacas	Muy bajo	Ninguno conocido	Bien estudiado en lactancia materna. Evitar en el embarazo. Alto riesgo de síntomas de abstinencia maternos
	Fluoxetina (Prozac) [1]	Sí	Aclaramiento infantil retardado (vida media larga)	Medio bajo	Posible: poco aumento de peso. Informes de casos: cólico, trastornos del sueño, trastornos GI.	El metabolito con vida media prolongada puede acumularse en la dosis en lactantes
	Citalopram (Celexa) [1] /escitalopram (Lexapro) [1]	No *	ISRS preferido	Bajo	Informes de casos: alteración del sueño, irritabilidad.	El escitalopram está menos estudiado que el citalopram en la lactancia, aunque la experiencia clínica respalda un perfil de seguridad similar
IRSN	Venlafaxina (Effexor) [1]	No	Menos estudiado que los ISRS	Bajo	Ninguno conocido	Informes de casos de niveles más altos de metabolito activo en bebés. Alto riesgo de síntomas de abstinencia maternos
	Duloxetina (Cymbalta) [1]	No	Datos mínimos	Bajo	Ninguno conocido	Menos estudiado en lactancia materna. Informes de casos de galactorrea
Tricíclicos	Nortriptilina (Pamelor) [1]	Sí	Menos estudiado que los ISRS	Bajo	Ninguno conocido	Bien estudiado en lactancia
	Amitriptilina (Elavil) [1]	No		Bajo	Caso clínico: Sobresedación.	
Otro	Bupropión (Wellbutrin) [1]	No	Datos mínimos	Bajo	Reporte de caso: convulsión	Reporte de caso de galactorrea
	Mirtazapina (Remeron) [1]	No	Datos mínimos	Bajo	Ninguno conocido	Menos estudiado en lactancia materna. Informes de casos de galactorrea

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windo

ANEXO 5: Encuesta inicial aplicada a madres

DEPRESION POSPARTO Y LOS EFECTOS EN LOS NIÑOS

CÓDIGO DEL ENCUESTADOR

__ garzonc

__ leonv

1. Indique sus Nombres y Apellidos completos _____
2. ¿Cuál es su edad? _____
3. ¿Cuál es su nacionalidad?

☐ ECUATORIANA ☐ VENEZOLANA ☐ OTRA (especifique)

4. Número de teléfono celular
5. Número de teléfono convencional
6. Número de teléfono celular de un familiar
7. En qué zona vive usted

☐ URBANA ☐ RURAL

8. Indique su Dirección de Domicilio detallado: sector, barrio, calles, numero de casa y lugar de referencia.

   _____

9. ¿Cuál es su Etnia?

☐ MESTIZA ☐ BLANCA ☐ AFROAMERICANA ☐ INDIGENA ☐ MULATO ☐ MONTUBIO ☐ NO SABE - NO RESPONDE

10. ¿Cuál es su religión?

☐ CATÓLICA ☐ CRISTIANA ☐ EVANGELICA ☐ TESTIGO DE JEHOVA ☐ OTRA (especifique)

11. ¿Cuál es su Estado civil?

☐ SOLTERA ☐ CASADA ☐ UNION LIBRE ☐ DIVORCIADA ☐ VIUDA

☐ SOCIEDAD DE HECHO ☐ SEPARADA

12. ¿Cuál es su instrucción?

☐ PRIMARIA ☑ SECUNDARIA ☐ TERCER NIVEL ☐ CUARTO NIVEL ☐ NINGUNO

13. ¿Cuál es su ocupación actual?

☐ ESTUDIANTE ☐ AMA DE CASA ☐ COMERCIANTE ☐ LAVANDERA ☐ COCINERA ☐ ARTESANA ☐ OTRA (especifique)

Características socio económico

14. Señale el tipo de vivienda donde habita:

☐ PAJA ☐ CAÑA ☐ ADOBE ☐ MADERA ☐ CEMENTO ☐ HORMIGÓN ☐ OTRA (especifique)

15. ¿Cuál es la condición de su vivienda actual?

☐ PROPIA ☐ ARRENDADA ☐ FAMILIAR ☐ PRESTADA ☐ ALBERGUE ☐ OTRA (especifique)

16. ¿Con quién vive?

☐ FAMILIA NUCLEAR ☐ FAMILIA EXTENSA ☐ PERSONAS SIN FAMILIA

☐ EQUIVALENTES FAMILIARES ☐ FAMILIARES CORPORATIVOS ☐ FAMILIARES AMPLIADAS

17. ¿Cuál es su valor aproximado de ingresos familiares mensuales en dólares? _____

18. ¿Cuántas habitaciones tiene en su casa? _____

19. ¿Cuántas personas duermen en una habitación? _____

Comorbilidades y discapacidades

20. ¿Tiene alguna enfermedad crónica?

☐ SI ☐ NO

21. ¿Le han diagnosticado de depresión en algún momento?

☐ SI ☐ NO

22. ¿En su familia cercana (madre, padre o hermanos) han sido diagnosticados de depresión?

☐ SI ☐ NO ☐ NO SABE- NO RESPONDE

23. ¿Ha tenido alguna complicación obstétrica anterior a este embarazo?

☐ SI ☐ NO ☐ NO APLICA

Si la respuesta es afirmativa indique cuál

☐ PARTO PREMATURO ☐ PLACENTA PREVIA ☐ SUFRIMIENTO FETAL

☐ DISTOCIA ☐ HEMORRAGIA ☐ DESGARROS ☐ OTRAS (especifique)

Antecedentes gineco obstétricos

24. Indique cuántas veces ha estado embarazada ____

25. Indique cuántos abortos ha tenido ____

26. Indique cuántos partos ha tenido ____

27. Indique cuántas cesáreas ha tenido ____

28. Indique cuántos hijos vivos tiene ____

29. Indique cuántos hijos muertos tiene

30. Indique cuántos embarazos múltiples ha tenido ____

31. Su embarazo fue deseado

☐ SI ☐ NO ☐ NOSABE - NO RESPONDE

32. Ha sido diagnosticada con alguna de estas enfermedades de transmisión sexual, indique cual (seleccione todas las opciones que corresponda)

☐ VIH ☐ SIFILIS ☐ GONORREA ☐ HPV ☐ HERPES GENITAL ☐ NINGUNO

Embarazo actual

33. Hospitalizaciones

☐ SI ☐ NO

34. Tuvo Ruptura del agua fuente

☐ SI ☐ NO

35. Tuvo alguna enfermedad durante el embarazo

☐ SI ☐ NO

Si la respuesta es afirmativa indique cuál

☐ DIABETES GESTACIONAL ☐ INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS ☐ INFECCIÓN GENITAL ☐ PREECLAMSIA ☐ ANEMIA EN EL EMBARAZO ☐ AMENAZA DE ABORTO ☐ PLACENTA PREVIA ☐ DISTOCIAS ☐ PARTO PREMATURO ☐ SUFIRMIRNTO FETAL ☐ OTRO (especifique)

Parto

36. Fecha del parto _____

37. ¿Cómo termino el embarazo?

☐ PARTO ☐ CESÁREA

38. Tuvo alguna complicación durante el parto

SI NO

39. Tuvo complicaciones en el periodo posparto inmediato

SI NO

Datos del niño al nacimiento

40. ¿Cuál es el sexo del RN?

FEMENINO MASCULINO

41. ¿Cuál fue el peso del niño al nacimiento en kg? _____

42. Indique en que percentil del peso se encuentra

PERCENTIL 50 PENCERTIL 50 - 85 PERCENTIL 85 - 97

PERCENTIL MAYOR 97 PERCENTIL 50 - 15 PERCENTIL 15 - 3

PERCENTIL MENOR 3

43. ¿Cuál fue la talla del niño al nacimiento en centímetros? _____

44. Indique en que percentil de la talla se encuentra

PERCENTIL 50 PENCERTIL 50 - 85 PERCENTIL 85 - 97

PERCENTIL MAYOR 97 PERCENTIL 50 - 15 PERCENTIL 15 - 3

PERCENTIL MENOR 3

45. ¿Cuál es el perímetro cefálico al nacimiento en centímetros? _____

46. Indique en que percentil del perímetro cefálico se encuentra

PERCENTIL 50 PENCERTIL 50 - 85 PERCENTIL 85 - 97

PERCENTIL MAYOR 97 PERCENTIL 50 - 15 PERCENTIL 15 - 3

PERCENTIL MENOR 3

47. ¿Cuál es la edad gestación del recién nacido por Capurro? ____

48. ¿Cuál es el APGAR del recién nacido al 1 minuto? ____

49. ¿Cuál es el APGAR del recién nacido a los 5 minutos? ____

50. ¿Inmediatamente después del parto recibió el RN seno materno?

☐ SI ☐ NO ☐ NO SABE - NO RESPONDE

51. Al nacimiento le entregaron a su hijo

☐ SI ☐ NO

52. El recién nacido se encontraba en alojamiento conjunto

☐ SI ☐ NO

53. El recién nacido tuvo alguna complicación después del parto

☐ SI ☐ NO

Violencia

1. Mi pareja me hace sentirme inferior (por ejemplo, me dice que no valgo para nada o que no hago nada bien).

☐ NUNCA ☐ RARAMENTE ☐ OCASIONALMENTE ☐ CON FRECUENCIA

☐ CASI SIEMPRE

2. Mi pareja me exige obediencia ante sus caprichos.

☐ NUNCA ☐ RARAMENTE ☐ OCASIONALMENTE ☐ CON FRECUENCIA

☐ CASI SIEMPRE

3. Mi pareja se enfada y se pone intratable cuando le digo que está bebiendo demasiado.

☐ NUNCA ☐ RARAMENTE ☐ OCASIONALMENTE ☐ CON FRECUENCIA

☐ CASI SIEMPRE

4. Mi pareja me hace realizar actos sexuales que no me gustan o con los cuales no disfruto

☐ NUNCA ☐ RARAMENTE ☐ OCASIONALMENTE ☐ CON FRECUENCIA

☐ CASI SIEMPRE

5. A mi 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.

☐ NUNCA ☐ RARAMENTE ☐ OCASIONALMENTE ☐ CON FRECUENCIA

☐ CASI SIEMPRE

6. Mi pareja tiene celos y sospechas de mis amigos u otras personas cercanas (por ejemplo, vecinos o compañeros de trabajo).

☐ NUNCA ☐ RARAMENTE ☐ OCASIONALMENTE ☐ CON FRECUENCIA

☐ CASI SIEMPRE

7. Mi pareja me da puñetazos.

☐ NUNCA ☐ RARAMENTE ☐ OCASIONALMENTE ☐ CON FRECUENCIA

☐ CASI SIEMPRE

8. Mi pareja me dice que soy fea y poco atractiva.

☐ NUNCA ☐ RARAMENTE ☐ OCASIONALMENTE ☐ CON FRECUENCIA

☐ CASI SIEMPRE

9. Mi pareja me dice que no podría arreglármelas o cuidar de mí misma sin él.

☐ NUNCA ☐ RARAMENTE ☐ OCASIONALMENTE ☐ CON FRECUENCIA

☐ CASI SIEMPRE

10. Mi pareja actúa como si yo fuera su criada personal.

☐ NUNCA ☐ RARAMENTE ☐ OCASIONALMENTE ☐ CON FRECUENCIA

☐ CASI SIEMPRE

11. Mi pareja me insulta o me avergüenza delante de los demás.

☐ NUNCA ☐ RARAMENTE ☐ OCASIONALMENTE ☐ CON FRECUENCIA

☐ CASI SIEMPRE

12. Mi pareja se enfada mucho si no estoy de acuerdo con él.

☐ NUNCA ☐ RARAMENTE ☐ OCASIONALMENTE ☐ CON FRECUENCIA

☐ CASI SIEMPRE

13. Mi pareja me amenaza con un objeto o arma (por ejemplo, un cuchillo).

☐ NUNCA ☐ RARAMENTE ☐ OCASIONALMENTE ☐ CON FRECUENCIA

☐ CASI SIEMPRE

14. Mi pareja es tacaña a la hora de darme dinero para los asuntos de la casa.

☐ NUNCA ☐ RARAMENTE ☐ OCASIONALMENTE ☐ CON FRECUENCIA

☐ CASI SIEMPRE

15. Mi pareja controla lo que gasto y a menudo se queja de que gasto demasiado (por ejemplo, en ropa, teléfono, etc.)

☐ NUNCA ☐ RARAMENTE ☐ OCASIONALMENTE ☐ CON FRECUENCIA

☐ CASI SIEMPRE

16. Mi pareja no me valora intelectualmente (por ejemplo, me dice que no sé nada, que me calle, que soy tonta, etc.)

☐ NUNCA ☐ RARAMENTE ☐ OCASIONALMENTE ☐ CON FRECUENCIA

☐ CASI SIEMPRE

17. Mi pareja exige que me quede en casa cuidando de los niños

☐ NUNCA ☐ RARAMENTE ☐ OCASIONALMENTE ☐ CON FRECUENCIA

☐ CASI SIEMPRE

18. Mi pareja me pega tan fuerte que debo buscar asistencia médica.

☐ NUNCA ☐ RARAMENTE ☐ OCASIONALMENTE ☐ CON FRECUENCIA

☐ CASI SIEMPRE

19. Mi pareja cree que no debería trabajar o estudiar.

☐ NUNCA ☐ RARAMENTE ☐ OCASIONALMENTE ☐ CON FRECUENCIA

☐ CASI SIEMPRE

20. Mi pareja no es una persona amable.

☐ NUNCA ☐ RARAMENTE ☐ OCASIONALMENTE ☐ CON FRECUENCIA

☐ CASI SIEMPRE

21. Mi pareja no quiere que me relacione con mis amigas u otras personas cercanas (por ejemplo, mi familia, vecinas/os o compañeras/os de trabajo).

☐ NUNCA ☐ RARAMENTE ☐ OCASIONALMENTE ☐ CON FRECUENCIA

☐ CASI SIEMPRE

22. Mi pareja exige que tengamos relaciones sexuales sin tener en cuenta si yo quiero o no.

☐ NUNCA ☐ RARAMENTE ☐ OCASIONALMENTE ☐ CON FRECUENCIA

☐ CASI SIEMPRE

23. Mi pareja me chilla y me grita por cualquier motivo.

☐ NUNCA ☐ RARAMENTE ☐ OCASIONALMENTE ☐ CON FRECUENCIA

☐ CASI SIEMPRE

24. Mi pareja me da bofetadas en la cara y la cabeza.

☐ NUNCA ☐ RARAMENTE ☐ OCASIONALMENTE ☐ CON FRECUENCIA

☐ CASI SIEMPRE

25. Mi pareja se pone agresiva conmigo cuando bebe.

☐ NUNCA ☐ RARAMENTE ☐ OCASIONALMENTE ☐ CON FRECUENCIA

☐ CASI SIEMPRE

26. Mi pareja es un mandón y me da órdenes constantemente.

☐ NUNCA ☐ RARAMENTE ☐ OCASIONALMENTE ☐ CON FRECUENCIA

☐ CASI SIEMPRE

27. Mi pareja no respeta mis sentimientos, decisiones y opiniones.

☐ NUNCA ☐ RARAMENTE ☐ OCASIONALMENTE ☐ CON FRECUENCIA

☐ CASI SIEMPRE

28. Mi pareja me asusta y me da miedo.

☐ NUNCA ☐ RARAMENTE ☐ OCASIONALMENTE ☐ CON FRECUENCIA

☐ CASI SIEMPRE

29. Mi pareja me trata como si fuera idiota.

☐ NUNCA ☐ RARAMENTE ☐ OCASIONALMENTE ☐ CON FRECUENCIA

☐ CASI SIEMPRE

30. Mi pareja actúa como si quisiera matarme.

☐ NUNCA ☐ RARAMENTE ☐ OCASIONALMENTE ☐ CON FRECUENCIA

☐ CASI SIEMPRE

CUESTIONARIO DE ESTRÉS DE HOLMES Y RAHE

¿Cuáles de los siguientes acontecimientos le han sucedido en los últimos 12 meses?

☐ 1. Muerte del cónyuge (100)

☐ 2. Divorcio (73)

☐ 3. Separación matrimonial (63)

☐ 4. Encarcelación (63)

☐ 5. Muerte de un familiar cercano (63)

☐ 6. Lesión o enfermedad personal (53)

☐ 7. Matrimonio (50)

☐ 8. Despido del trabajo (47)

☐ 9. Desempleo (47)

☐ 10. Reconciliación matrimonial (45)

☐ 11. Jubilación (45)

☐ 12. Cambio de salud de un miembro de la familia (44)

☐ 13. Drogadicción y/o alcoholismo (44)

- [ ] 14. Embarazo (40)
- [ ] 15. Dificultades o problemas sexuales (39)
- [ ] 16. Incorporación de un nuevo miembro a la familia (39)
- [ ] 17. Reajuste de negocio (39)
- [ ] 18. Cambio de situación económica (38)
- [ ] 19. Muerte de un amigo íntimo (37)
- [ ] 20. Cambio en el tipo de trabajo (36)
- [ ] 21. Mala relación con el cónyuge (35)
- [ ] 22. Juicio por crédito o hipoteca (30)
- [ ] 23. Cambio de responsabilidad en el trabajo (29)
- [ ] 24. Hijo o hija que deja el hogar (29)
- [ ] 25. Problemas legales (29)
- [ ] 26. Logro personal notable (28)
- [ ] 27. El esposo comienza o deja de trabajar (26)
- [ ] 28. Comienzo o fin de la escolaridad (26)
- [ ] 29. Cambio en las condiciones de vida (25)
- [ ] 30. Revisión de hábitos personales (24)
- [ ] 31. Problemas con el jefe (23)
- [ ] 32. Cambio de turno o de condiciones laborales (20)
- [ ] 33. Cambio de residencia (20)
- [ ] 34. Cambio de colegio (20)

☐ 35. Cambio de actividades de ocio (19)

☐ 36. Cambio de actividad religiosa (19)

☐ 37. Cambio de actividades sociales (18)

☐ 38. Cambio de hábito de dormir (17)

☐ 39. Cambio en el número de reuniones familiares (16)

☐ 40. Cambio de hábitos alimentarios (15)

☐ 41. Vacaciones (13)

☐ 42. Navidad (12)

☐ 43. Leves transgresiones de la ley (11)

CUESTIONARIO MOOS APOYO SOCIAL

Quisiéramos preguntarle sobre el apoyo y amistades que tiene:

1. ¿Cuántos amigos o familiares cercanos tiene, que usted siente que puede contarles cosas que le gustan y sus preocupaciones? señale en número

2. ¿Usted tiene alguien que le ayude cuando tiene que estar en la cama?

☐ NUNCA☐ POCAS VECES☐ ALGUNAS VECES☐ CASI SIEMPRE☐ SIEMPRE

3. ¿Usted tiene alguien con quien puede hablar cuando tiene que contar algo?

☐ NUNCA☐ POCAS VECES☐ ALGUNAS VECES☐ CASI SIEMPRE☐ SIEMPRE

4. ¿Usted tiene alguien que le aconseja cuando tiene problemas?

☐ NUNCA ☐ POCAS VECES ☐ ALGUNAS VECES ☐ CASI SIEMPRE ☐ SIEMPRE

5. ¿Usted tiene alguien quien le puede llevar al médico cuando lo necesita?

☐ NUNCA ☐ POCAS VECES ☐ ALGUNAS VECES ☐ CASI SIEMPRE ☐ SIEMPRE

6. ¿Usted tiene alguien que le muestra afecto y amor?

☐ NUNCA ☐ POCAS VECES ☐ ALGUNAS VECES ☐ CASI SIEMPRE ☐ SIEMPRE

7. ¿Usted tiene alguien con quien puede pasar un buen rato?

☐ NUNCA ☐ POCAS VECES ☐ ALGUNAS VECES ☐ CASI SIEMPRE ☐ SIEMPRE

8. ¿Usted tiene alguien que le puede ayudar entender una situación?

☐ NUNCA ☐ POCAS VECES ☐ ALGUNAS VECES ☐ CASI SIEMPRE ☐ SIEMPRE

9. Usted tiene alguien en quien puede confiar para contarle de si mismo y sus preocupaciones?

☐ NUNCA ☐ POCAS VECES ☐ ALGUNAS VECES ☐ CASI SIEMPRE ☐ SIEMPRE

10. ¿Usted tiene alguien que le abrace?

☐ NUNCA ☐ POCAS VECES ☐ ALGUNAS VECES ☐ CASI SIEMPRE ☐ SIEMPRE

11. ¿Usted tiene alguien con quien puede relajarse?

☐ NUNCA ☐ POCAS VECES ☐ ALGUNAS VECES ☐ CASI SIEMPRE ☐ SIEMPRE

12. ¿Usted tiene alguien quien puede prepararle la comida cuando no puede hacerlo?

☐ NUNCA ☐ POCAS VECES ☐ ALGUNAS VECES ☐ CASI SIEMPRE ☐ SIEMPRE

13. ¿Usted tiene alguien quien tiene consejo que verdaderamente quiere?

☐ NUNCA ☐ POCAS VECES ☐ ALGUNAS VECES ☐ CASI SIEMPRE ☐ SIEMPRE

14. ¿Usted tiene alguien con quien puede hacer algo para olvidar de sus problemas?

☐ NUNCA ☐ POCAS VECES ☐ ALGUNAS VECES ☐ CASI SIEMPRE ☐ SIEMPRE

15. ¿Usted tiene alguien quien puede ayudar con sus tareas domésticas si está enferma?

☐ NUNCA ☐ POCAS VECES ☐ ALGUNAS VECES ☐ CASI SIEMPRE ☐ SIEMPRE

16. ¿Usted tiene alguien quien puede contar sus secretos y preocupaciones más íntimas?

☐ NUNCA ☐ POCAS VECES ☐ ALGUNAS VECES ☐ CASI SIEMPRE ☐ SIEMPRE

17. ¿Tiene alguien quien le aconseje para resolver sus problemas personales?

☐ NUNCA ☐ POCAS VECES ☐ ALGUNAS VECES ☐ CASI SIEMPRE ☐ SIEMPRE

18. ¿Usted tiene alguien con quien puede divertirse?

☐ NUNCA ☐ POCAS VECES ☐ ALGUNAS VECES ☐ CASI SIEMPRE ☐ SIEMPRE

19. ¿Usted tiene alguien quien comprenda sus problemas?

☐ NUNCA ☐ POCAS VECES ☐ ALGUNAS VECES ☐ CASI SIEMPRE ☐ SIEMPRE

20. ¿Usted tiene alguien que le hace sentir amada y hacerle sentir querida?

☐ NUNCA ☐ POCAS VECES ☐ ALGUNAS VECES ☐ CASI SIEMPRE ☐ SIEMPRE

ANEXO 6: Encuesta de seguimiento de peso y talla a niños desde 1 a 4 meses

ENCUESTA SEGUIMIENTO AL PRIMER MES

1. Nombre de la madre _____

CRECIMIENTO DEL NIÑO PESO-TALLA

2. ¿Cuál fue la fecha en que le midieron y pesaron al niño? _____
3. ¿Cuál fue el peso del niño al mes del nacimiento (responda en kg)? _____
4. ¿Cuál es el percentil de acuerdo a su peso?

☐ PERCENTIL 50 ☐ PERCENTIL 50 - 85 ☑ PERCENTIL 85 - 97 ☐ PERCENTIL MAYOR A 97 ☐ PERCENTIL 50 - 15 ☐ PERCENTIL 15 - 3 ☐ PERCENTIL MENOR A 3

5. ¿Cuál fue la talla del niño al mes de nacimiento (responder en cm)? _____
6. ¿Cuál es el percentil de acuerdo a su talla?

☐ PERCENTIL 50 ☐ PERCENTIL 50 - 85 ☐ PERCENTIL 85 - 97 ☐ PERCENTIL MAYOR A 97 ☐ PERCENTIL 50 - 15 ☐ PERCENTIL 15 - 3 ☐ PERCENTIL MENOR A 3

7. ¿El niño recibió las vacunas para la edad?

☐ SI ☐ NO

LACTANCIA Y CUIDADOS

8. ¿Usted presentó alguna complicación durante el posparto mediato y alejado que impide una lactancia adecuada?

☐ SI ☐ NO

9. ¿Durante su estancia en hospitalización el RN recibió seno materno?

☐ SI ☐ NO

10. ¿Durante su estancia en hospitalización presento algún inconveniente para alimentar a su bebé?

☐ SI ☐ NO

11. ¿Se encuentra trabajando actualmente?

☐ SI ☐ NO

12. ¿Usted ha realizado un banco de leche?

☐ SI ☐ NO

13. ¿Durante este mes con que alimentó al niño (a)?

☐ LECHE MATERNA ☐ FÓRMULA ☐ LECHE MATERNA + FÓRMULA ☐ LECHE DE VACA ☐ COLADA ☐ AGUA ☐ OTROS (especifique)

14. Si no se cumplió con la lactancia exclusiva ¿Cuál o cuáles fueron los motivos por lo que no le dio al bebe lactancia materna exclusiva?

☐ DESICIÓN PROPIA ☐ INDICACIÓN DEL MÉDICO ☐ INICIO DE TRABAJO ☐ FALTA DE LECHE DEL SENO MATERNO ☐ FALTA DE DINERO ☐ MALA TÉCNICA DE LACTANCIA (desconocimiento) ☐ OTROS (especifique)

15. ¿El niño (a) se ha enfermado?

☐ SI ☐ NO

Si la respuesta es afirmativa indique:

¿Requirió UCI?

☐ SI ☐ NO

¿Requirió cirugía?

☐ SI ☐ NO

¿Requirió medicación en domicilio?

☐ SI ☐ NO

16. ¿Usted presentó alguna enfermedad del seno durante este tiempo?

☐ SI ☐ NO

17. ¿Usted presento alguna patología durante este tiempo?

☐ SI ☐ NO

Si su respuesta es afirmativa indique:

¿Requirió hospitalización?

☐ SI ☐ NO

¿Requirió UCI?

☐ SI ☐ NO

¿Requirió cirugía?

☐ SI ☐ NO

¿Requirió antibiótico?

☐ SI ☐ NO

¿Requirió medicación en el domicilio?

☐ SI ☐ NO

ENCUESTA TELEFÓNICA DE SEGUIMIENTO A LOS DOS MESES

1. Nombre de la madre: _____

CRECIMIENTO DEL NIÑO PESO-TALLA

2. ¿Cuál fue la fecha en que le midieron y pesaron al niño? _____

3. ¿Cuál fue el peso del niño al mes del nacimiento (responda en kg)? _____

4. ¿Cuál es el percentil de acuerdo a su peso?

☐ PERCENTIL 50 ☐ PERCENTIL 50 - 85 ☐ PERCENTIL 85 - 97 ☐

PERCENTIL MAYOR A 97 ☐ PERCENTIL 50 - 15 ☐ PERCENTIL 15 - 3 ☐

PERCENTIL MENOR A 3

5. ¿Cuál fue la talla del niño al mes de nacimiento (responder en cm)? _____

6. ¿Cuál es el percentil de acuerdo a su talla?

☐ PERCENTIL 50 ☐ PERCENTIL 50 - 85 ☐ PERCENTIL 85 - 97 ☐

PERCENTIL MAYOR A 97 ☐ PERCENTIL 50 - 15 ☐ PERCENTIL 15 - 3 ☐

PERCENTIL MENOR A 3

8. ¿El niño recibió las vacunas para la edad?

☐ SI ☐ NO

9. ¿Usted presentó alguna complicación durante el posparto tardío que impida una lactancia adecuada?

☐ SI ☐ NO

10. ¿Se encuentra trabajando actualmente?

☐ SI ☑ NO

11. ¿El niño (a) permanece al cuidado de alguien más mientras usted trabaja?

☐ SI ☐ NO

12. ¿Usted ha realizado un banco de leche?

☐ SI ☐ NO

13. ¿Durante este mes con que alimentó al niño (a)? (más de una respuesta)

☐ LECHE MATERNA ☐ FORMULA ☐ LECHE MATERNA + FORMULA ☐ LECHE DE VACA ☐ COLADA ☐ AGUA ☐ OTROS (especifique)

Si no se cumplió con la lactancia exclusiva ¿Cuál o cuáles fueron los motivos por lo que no le dio al bebe lactancia materna exclusiva?

☐ DECISION PROPIA ☐ INDICACIÓN DEL MEDICO ☐ INICIO DEL TRABAJO ☐ FALTA DE LECHE DEL SENO MATERNO ☐ FALTA DE DINERO ☐ MALA TECNICA DE LACTANCIA (desconocimiento) ☐ OTROS (especifique)

14. ¿El niño/a se ha enfermado?

☐ SI ☐ NO

Requirió UCI

☐ SI ☐ NO

Requirió cirugía

☐ SI ☐ NO

Requirió medicación en domicilio

☐ SI ☐ NO

15. Usted presentó alguna enfermedad de la mama durante este tiempo

☐ SI ☐ NO

16. Usted presentó alguna patología durante este tiempo

☐ SI ☐ NO

Si su respuesta es afirmativa indique:

Requirió hospitalización

☐ SI ☐ NO

Requirió UCI

☐ SI ☐ NO

Requirió cirugía

☐ SI ☐ NO

Requirió antibiótico

☐ SI ☐ NO

Requirió medicación en domicilio

☐ SI ☐ NO

TEST DE EDIMBURGO

Como usted recién tuvo su bebe, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Le vamos a hacer las siguientes preguntas sobre cómo ha sentido en los últimos 7 días:

1. ¿Ha sido capaz de reír y ver el lado divertido de las cosas?

☐ TANTO COMO SIEMPRE ☐ NO TANTO AHORA ☐ MUCHO MENOS AHORA ☐ NO, NADA

2. ¿Ha disfrutado mirar hacia el futuro? ¿Se siente optimista por el futuro?

☐ TANTO COMO SIEMPRE ☐ NO TANTO AHORA ☐ MUCHO MENOS AHORA ☐ CASI NADA

3. ¿Cuándo las cosas no salen como usted espera, ha sentido culpable, aunque es innecesario?

☐ a. Si la mayor parte del tiempo ☐ b. Si a veces ☐ c. No con mucha frecuencia ☐ d. No nunca

4. ¿Ha estado nerviosa o inquieta sin ninguna razón?

☐ a. Si, bastante ☐ b. Si, a veces ☐ c. No mucho ☐ d. No, nunca

5. ¿Ha sentido miedo o asustado sin ninguna razón?

☐ a. Si, bastante ☐ b. Si, a veces ☐ c. No mucho ☐ d. No, nunca

6. ¿Las cosas le han estado abrumando o angustiando?

☐ a. Si la mayor parte del tiempo y no he podido hacer las cosas en absoluto ☐ b. Si, a veces no he podido hacer las cosas tan como normalmente ☐ c. No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien (☐ d. No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre

7. ¿Ha sentido tan desdichada o desafortunada que ha tenido dificultades para dormir?

☐ a. Si, la mayor parte del tiempo ☐ b. Si, a veces ☐ c. No con mucha frecuencia ☐ d. No, nunca

8. ¿Ha sentido triste o desgraciada?

☐ a. Si, la mayor parte del tiempo ☐ b. Si bastante a menudo ☐ c. No con mucha frecuencia ☐ d. No, nunca

9. ¿Ha sentido tan desdichada o tan desafortunada que ha estado llorando?

☐ a. Si, la mayor parte del tiempo ☐ b. Si bastante a menudo ☐ c. Solo ocasionalmente ☐ d. No, nunca

10. ¿Le ha ocurrido la idea de hacerse daño?

☐ a. Si, bastante a menudo ☐ b. A veces ☐ c. Casi nunca ☐ d. Nunca

ENCUESTA TELEFONICA A LOS 4 MESES

1. Indique cuál es el nombre de la madre: _____
2. Indique la fecha en el peso y midió al niño/a _____
3. Indique el peso del niño/a (kg) a los 2 meses _____
4. Según el peso del niño/a percentil según corresponda

   ☐ PERCENTIL 50 ☐ PERCENTIL 50 - 85 ☐ PERCENTIL 85 - 97 ☐

   PERCENTIL MAYOR A 97 ☐ PERCENTIL 50 - 15 ☐ PERCENTIL 15 - 3

   ☐ PERCENTIL MENOR A 3
5. Indique cuál es la talla del niño/a (cm) _____
6. Según la talla del niño/a percentil según corresponda

   ☐ PERCENTIL 50 ☐ PERCENTIL 50 - 85 ☐ PERCENTIL 85 - 97 ☐

   PERCENTIL MAYOR A 97 ☐ PERCENTIL 50 - 15 ☐ PERCENTIL 15 - 3

   ☐ PERCENTIL MENOR A 3
7. Vacuno al niño/a

   ☐ SI ☐ NO

Si la respuesta es positiva indique cuáles

☐ ROTAVIRUS ☐ OPV ☐ NEUMOCOCO ☐ PENTAVALENTE

8. Usted presento alguna complicación durante el posparto tardía que impida una lactancia adecuada

   ☐ SI ☐ NO

9. ¿Se encuentra trabajando actualmente?

☐ SI ☐ NO

10. El niño/a permanece al cuidado de alguien más mientras usted trabaja

☐ SI ☐ NO

11. ¿Usted ha realizado un banco de leche?

☐ SI ☐ NO

12. Durante este mes con que alimento al niño/a

☐ LECHE MATERNA ☐ LECHE MATERNIZADA ☐ LECHE MATERNA + LECHE MATERNIZADA ☐ LECHE DE VACA ☐ COLADA ☐ AGUA ☐ OTRA

Si la respuesta es otra indique cuál _____

13. ¿Usted le dio a su bebe lactancia materna exclusiva?

☐ SI ☐ NO

14. El niño/a se ha enfermado

☐ SI ☐ NO

Si la respuesta es afirmativa indique:

Requirió hospitalización

☐ SI ☐ NO

Requirió UCI

☐ SI ☐ NO

Requirió cirugía

☐ SI ☐ NO

Requirió medicación en domicilio

☐ SI ☐ NO

15. Usted presento alguna enfermedad de la mama durante este tiempo

☐ SI ☐ NO

Si la respuesta es afirmativa indique cuál

☐ MASTITIS ☐ AGRIETAMIENTO DEL PEZÓN ☐ PEZÓN INVERTIDO ☐

OTRA

16. Usted presento alguna patología durante este tiempo

☐ SI ☐ NO

Si la respuesta es afirmativa u otra indique si requirió hospitalización

☐ SI ☐ NO

Requirió UCI

☐ SI ☐ NO

Requirió cirugía

☐ SI ☐ NO

Requirió antibiótico

☐ SI ☐ NO

Requirió medicación en domicilio

☐ SI ☐ NO

TEST DE EDIMBURGO

Como usted recién tuvo su bebe, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Le vamos a hacer las siguientes preguntas sobre cómo ha sentido en los últimos 7 días:

1. ¿Ha sido capaz de reír y ver el lado divertido de las cosas?

☐ a. Tanto como siempre ☐ b. No tanto ahora ☐ c. Mucho menos ahora ☐ d. No, nada

2. ¿Ha disfrutado mirar hacia el futuro? ¿Se siente optimista por el futuro?

☐ a. Tanto como siempre ☐ b. Menos que antes ☐ c. Mucho menos que antes ☐ d. Casi nada

3. ¿Cuándo las cosas no salen como usted espera, ha sentido culpable, aunque es innecesario?

☐ a. Si la mayor parte del tiempo ☐ b. Si a veces ☐ c. No con mucha frecuencia ☐ d. No nunca

4. ¿Ha estado nerviosa o inquieta sin ninguna razón?

☐ a. Si, bastante ☐ b. Si, a veces ☐ c. No mucho ☐ d. No, nunca

5. ¿Ha sentido miedo o asustado sin ninguna razón?

☐ a. Si, bastante ☐ b. Si, a veces ☐ c. No mucho ☐ d. No, nunca

6. ¿Las cosas le han estado abrumando o angustiando?

☐ a. Si la mayor parte del tiempo y no he podido hacer las cosas en absoluto ☐ b. Si, a veces no he podido hacer las cosas tan como normalmente ☐ c. No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien ☐ d. No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre

7. ¿Ha sentido tan desdichada o desafortunada que ha tenido dificultades para dormir?

☐ a. Si, la mayor parte del tiempo ☐ b. Si, a veces ☐ c. No con mucha frecuencia

☐ d. No, nunca

8. ¿Ha sentido triste o desgraciada?

☐ a. Si la mayor parte del tiempo ☐ b. Si bastante a menudo ☐ c. No con mucha frecuencia ☐ d. No, nunca

9. ¿Ha sentido tan desdichada o tan desafortunada que ha estado llorando?

☐ a. Si la mayor parte del tiempo ☐ b. Si bastante a menudo ☐ c. Solo ocasionalmente ☐ d. No, nunca

10. ¿Le ha ocurrido la idea de hacerse daño?

☐ a. Si, bastante a menudo ☐ b. A veces ☐ c. Casi nunca ☐ d. Nunca

ANEXO 7: Curvas de crecimiento OMS

Longitud para la edad - hombres



Longitud para la edad - mujeres



Peso para la edad - hombres

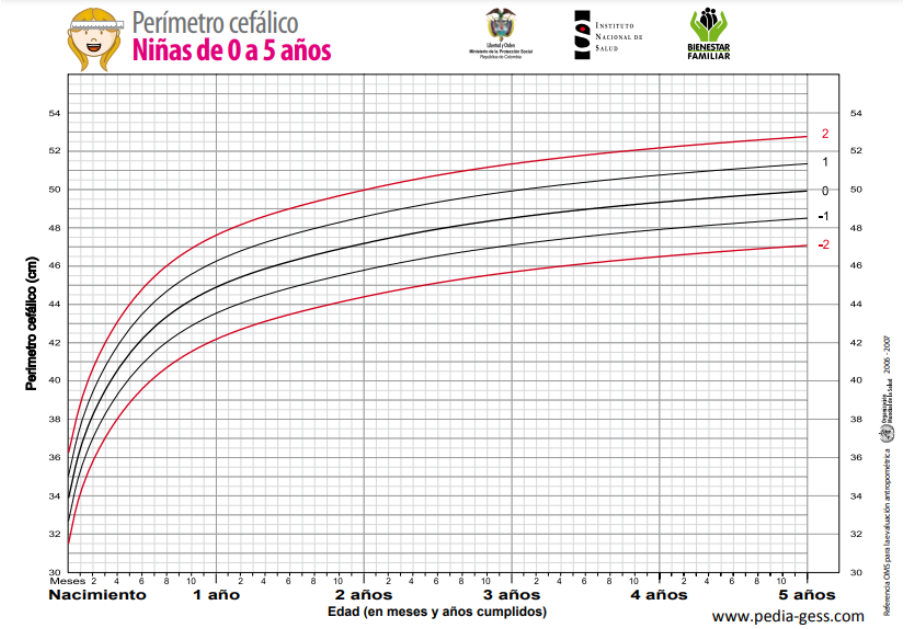


Peso para la edad - mujeres



Perímetro cefálico – hombres

Perímetro cefálico – mujeres



ANEXO 8: Consentimiento informado

Parte I: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado _____

Señora/ Señor:

Introducción

Soy _____, estudiante de la Pontificia

(nombre del encuestador/a)

Universidad Católica del Ecuador en Quito (PUCE). Le invito a participar de la investigación titulada "**Efectos de la depresión posparto de las madres sobre el peso y talla de los niños menores de 4 meses, atendidos en el Hospital General Docente de Calderón, en el periodo 2021-2022**", propuesta por los investigadores: Garzón María Cristina y León Rodríguez Valeria Fernanda.

Explicación de la investigación

La prevalencia de depresión postparto en las mujeres gestantes que presentan factores de riesgo alcanza una prevalencia del 15% en Sudamérica, este problema afecta de forma directa e indirecta a la salud del recién nacido a corto, mediano y largo plazo. De acuerdo a varios estudios se ha evidenciado un efecto negativo en los objetivos ideales de ganancia de peso y talla para la edad de acuerdo a los percentiles.[2]

Por este motivo, esta investigación quiere identificar a madres que sufren depresión posparto y seguimiento a los niños hasta los 4 meses de edad en relación a la repercusión o no en el peso y talla.

Para decidir si está interesado o no en participar, es necesario que comprenda de qué se trata esta investigación, y los beneficios o riesgos que podría tener. A este proceso le llamamos, consentimiento informado. Usted podrá decidir libre y voluntariamente si desea participar o no. Si acepta, se le pedirá que firme este documento en el que da su consentimiento para participar en la investigación. Usted puede realizar preguntas en cualquier momento.

A continuación, vamos a mencionarle en qué consiste la investigación

En esta investigación vamos a tomar datos de 147 madres en posparto inmediato y mediato, que se encuentran en el Hospital General Docente de Calderón de la ciudad de Quito.

En esta investigación vamos a:

1) Explicar el consentimiento informado y solicitar la firma de aceptación de participación

2) Realizar encuestas a las madres en el posparto inmediato que durarán aproximadamente 30 minutos

3) La encuesta consiste en tomar datos generales del paciente como datos de filiación, antecedentes personales maternos y del niño.

4) Se realizarán encuestas vía telefónica al mes, dos meses y cuatro meses del postparto para recolectar información sobre el peso y talla del recién nacido, así como dar seguimiento a la madre para detectar depresión postparto

Posibles riesgos y molestias

En este estudio no existen riesgos posibles relacionados con su participación.

Si piensa que alguna de las preguntas es demasiado privada o no desea compartir sus respuestas, puede negarse a responder y pasar a la siguiente pregunta. También puede terminar la entrevista en cualquier momento.

Beneficios

El participar en esta investigación no trae beneficios inmediatos, pero al realizar este estudio vamos a poder identificar los posibles factores relacionados con la depresión posparto que involucren en el peso y talla del niño para posteriormente trabajar en ellos en futuras intervenciones como médicos de familia para la prevención de un aumento de los índices de desnutrición infantil en el Ecuador y el mundo.

Confidencialidad

La información que nos proporcione será compartida solamente con el equipo de investigación. Los datos que serán colectados no se identificarán por su nombre.

Compensación

No habrá ningún tipo de compensación por la participación en este estudio.

Información sobre autorizaciones para el estudio

Este estudio ha sido revisado y aprobado por el Subcomité de Bioética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, así como por la Dirección de Docencia del Hospital General Docente de Calderón.

Parte II: DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ con C.I: _____,

(nombre del paciente) **(cédula de identidad)**

declaro que: _____, me ha explicado:

(Investigadora)

- Los objetivos de esta investigación
- El procedimiento la realización de la encuesta
- Los posibles riesgos y beneficios de la participación de esta investigación
- Mi participación en este estudio es completamente voluntaria.
- Puedo dejar este estudio en cualquier momento

==========

Yo, _____ -miembro del equipo de investigación-,

(nombre de la persona que informa)

con C.I.: _____, declaro que he informado a: _____

(cédula de identidad) **(nombre del paciente)**

Sobre:

-El propósito y la naturaleza de la investigación,

-Los posibles riesgos y beneficios de la participación en la investigación,

-Los procesos para garantizar confidencialidad

-He contestado todas las inquietudes del participante, respecto a esta investigación,

Información de contacto

Usted puede hacer preguntas sobre esta investigación en cualquier momento. Los investigadores responderán a sus preguntas según su conocimiento del tema. Si tiene preguntas sobre su trato o cualquier otro asunto relacionado con su participación, puede contactarse con _____ al teléfono _____ o al correo _____

Referencias Bibliográficas

Acuña Alvarado, A., Ramírez Zumbado, E., & Azofeifa Zumbado, M. F. (2021). Depresión postparto. *Revista Medica Sinergia*, *6*(9), e712. https://doi.org/10.31434/rms.v6i9.712

Adewuya, A. O., Ola, B. O., Aloba, O. O., Mapayi, B. M., & Okeniyi, J. A. O. (2007). *Brief report Impact of postnatal depression on infants' growth in Nigeria*. https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.09.013

Adeyemo, E. O., Oluwole, E. O., Kanma-Okafor, O. J., Izuka, O. M., & Odeyemi, K. A. (2020). Prevalence and predictors of postpartum depression among postnatal women in Lagos, Nigeria. *African Health Sciences*, *20*(4), 1943. https://doi.org/10.4314/AHS.V20I4.53

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental-III* (C.-P. Michael B. First, M.D. Maria N. Ward, M.Ed., RHIT & B. L. C. in P. Data (Eds.); FIFTH EDIT).

Ampudia Malpartida, M. K. (2020). Depresión postparto en atención primaria Postpartum depression in a primary care. *Sinergia*, *5*(2), 355–363.

ANTONIO, D. E. S. C., & DR. VEGA FALCÓN VLADIMIR, P. (2018). *DETECCIÓN DE LA DEPRESIÓN POSPARTO EN MADRES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL GENERAL DOCENTE AMBATO* [UNIVERSIDAD REGIONAL AUTÓNOMA DE LOS ANDES UNIANDES]. https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/9239/1/PIUAMED039-2018.pdf

Aoyagi, S., & Tsuchiya, K. J. (2019). Does maternal postpartum depression affect children's developmental outcomes? *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*,

45(9), 1809–1820. https://doi.org/10.1111/jog.14064

Aumala, T. (2017). *LA DEPRESIÓN POSPARTO Y SU ASOCIACIÓN A ESTRÉS MATERNO A CAUSA DE DISFUNCIÓN FAMILIAR EN MUJERES QUE CURSAN EL PUERPERIO POSPARTO INMEDIATO ATENDIDAS EN LA MATERNIDAD DE CORTA ESTANCIA DEL CENTRO DE SALUD DE CONOCOTO Y EL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO D* (Issue December).

AYALA, MARÍA ZAMBRANO, M. (2018). *FACTORES ASOCIADOS EN LA DEPRESION POSTPARTO EN LAS ADOLESCENTES EN AREA GINECOBSTETRICA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL*. Universidad Caolica de Santiago de Guayaquil.

Bazaco, L. (2016). *Análisis de escalas diagnósticas para la identificación del postparto blues*. *1999*(December), 1–6.

BERAUN BERRU, M. (2019). Universidad Norbert Wiener. In *Kybernetes* (Vol. 34, Issue 5). https://doi.org/10.1108/k.2005.06734eab.003

Bustos Rementeria Stephanie, & Jiménez Ponce. (2013). Factores de riesgo asociados a la depresión post parto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria en la ciudad de Arica-Chile. *PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL* , *1*, 38–49. http://www.schilesaludmental.cl/pdf/REVISTA 1 - 2013/07. 2013_Nº_1_art5.pdf

Butler, M. S., Young, S. L., & Tuthill, E. L. (2021). Perinatal depressive symptoms and breastfeeding behaviors: A systematic literature review and biosocial research agenda. In *Journal of Affective Disorders* (Vol. 283, pp. 441–471). Elsevier B.V. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.080

Camila, Pavón Rincón María, V. C. M. C. (2021). *Depresión Postparto en la ciudad de Villavicencio*. Universidad Cooperativa de Colombia.

Caparros-Gonzalez R, Romero-Gonzalez B, & Peralta Ramirez MI. (2018). Depresión

posparto, un problema de salud pública mundial. *Rev Panam Salud Pública*, 42–97. https://doi.org/https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.97

Carnaval, Gladys Eugenia; González, Martha Cecilia; Martínez Schallmoser, Lucy; Tovar, María Clara; Valencia, C. (2000). Depresión postparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. *Colombia Médica*, *31*(Depresión postparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia), 4–10. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28331102

Casillas, I., & Tite, P. (2017). *Depresiòn Posparto en madres de neonatos hospitalizados EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL (UCIN) Y NO HOSPITALIZADOS, EN LOS HOSPITALES UN CANTO A LA VIDA Y MATERNIDAD NUEVA AURORA, UN SEGUIMIENTO DESDE LA ETAPA GESTACIONAL*. 1–22. http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/13956

Choi, K. W., Houts, R., Arseneault, L., Pariante, C., Sikkema, K. J., & Moffitt, T. E. (2018). Maternal depression in the intergenerational transmission of childhood maltreatment and its sequelae: Testing postpartum effects in a longitudinal birth cohort. *Development and Psychopathology*, *31*(1), 1–14. https://doi.org/10.1017/S0954579418000032

Contreras-García, Y., Sobarzo Rodríguez, P., & Manríquez-Vidal, C. (2017). *) Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. *43*(1). http://scielo.sld.cuhttp//scielo.sld.cu

Da Costa, D., Larouche, J., Dritsa, M., & Brender, W. (2000). Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *Journal of Affective Disorders*, *59*(1), 31–40. https://doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00128-7

De Lama, M., Elizabeth, G., & Escobedo Vargas, D. (2019). Incidencia y Factores de Riesgo Asociados a Depresión Postparto. Centro de Salud Zamacola.Arequipa-2017. *Universidad Católica de Santa María*.

https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/9030

El-Den, S., O'Reilly, C. L., & Chen, T. F. (2015). A systematic review on the acceptability of perinatal depression screening. *Journal of Affective Disorders*, *188*, 284–303. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.015

Farías-Antúnez, S., Xavier, M. O., & Santos, I. S. (2018). Effect of maternal postpartum depression on offspring's growth. In *Journal of Affective Disorders* (Vol. 228, pp. 143–152). Elsevier B.V. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.013

Field, T. (2010). Postpartum Depression Effects on Early Interactions, Parenting, and Safety Practices: A Review. *Infant Behavior & Development*, *33*(1), 1. https://doi.org/10.1016/J.INFBEH.2009.10.005

Fisher, S. D., Wisner, K. L., Clark, C. T., Sit, D. K., Luther, J. F., & Wisniewski, S. (2016). Factors associated with onset timing, symptoms, and severity of depression identified in the postpartum period. *Journal of Affective Disorders*, *203*, 111–120. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.063

Friedman, S. H., Thomson-salo, F., & Ballard, A. R. (2021). 42 - Support for the Family. In *Fanaroff and Martin's Neonatal-Perinatal Medicine, 2-Volume Set* (Eleventh E). Elsevier Inc. https://doi.org/10.1016/B978-0-323-56711-4.00042-0

Gaillard, A., Le Strat, Y., Mandelbrot, L., Keïta, H., & Dubertret, C. (2014). Predictors of postpartum depression: Prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Research*, *215*(2), 341–346. https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2013.10.003

Galanti, M., Jeffrey Newport, D., Pennell, P. B., Titchner, D., Newman, M., Knight, B. T., & Stowe, Z. N. (2009). Postpartum depression in women with epilepsy: Influence of antiepileptic drugs in a prospective study. *Epilepsy and Behavior*, *16*(3), 426–430. https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2009.07.009

Gontier B., J. (2004). Memoria de Trabajo y Envejecimiento. *Revista de Psicología*, *13*(2), 111. https://doi.org/10.5354/0719-0581.2004.17804

González, González, A., Casado-Méndez, P., Molero-Segrera, M., Santos-Fonseca, R., & López-Sánchez, I. (2019). Factores asociados a depresión posparto. *Archivo Médico Camagüey*, 769–778.

Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. (2013). *Asociación Americana de Psiquiatría*. www.appi.org

Heh, S. S. (2013). Postpartum depression. In *Journal of Nursing* (Vol. 60, Issue 6). Elsevier. https://doi.org/10.6224/JN.60.6.22

Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C. L., Rochat, T., Stein, A., & Milgrom, J. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet*, *384*(9956), 1775–1788. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61276-9

ICD-10 Version:2016. (n.d.). Retrieved July 6, 2022, from https://icd.who.int/browse10/2016/en

Jarvis, L. R., Breslin, K. A., Badolato, G. M., Chamberlain, J. M., & Goyal, M. K. (2020). Postpartum depression screening and referral in a pediatric emergency department. *Pediatric Emergency Care*, *36*(11), e626–e631. https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000001499

Johalys, D., Fernández Vera, K., Teresa, A., Natale, I., Merlo, J. T., & Valbuena, R. (2014). DEPRESIÓN POSPARTO ESCALA DE EDIMBURGO Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. *Rev Obstet Ginecol Venez*, *74*(4), 229–243.

Jordan, V., & Minikel, M. (2019). Postpartum anxiety: More common than you think. *Journal of Family Practice*, *68*(3), 165–174. https://www.mdedge.com/familymedicine/article/198188/mental-health/postpartum-anxiety-more-common-you-think

Karamanos, T. D., & Kantartzis, N. V. (2016). Effective parameter calculation of 3D bianisotropic scatterer arrays through extracted polarizabilities. *2016 URSI International Symposium on Electromagnetic Theory, EMTS 2016*, *85*(3), 804–807. https://doi.org/10.1109/URSI-EMTS.2016.7571525

Kariuki, E. W., Kuria, M. W., Were, F. N., & Ndetei, D. M. (2022). Predictors of postnatal depression in the slums Nairobi, Kenya: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, *22*(1). https://doi.org/10.1186/S12888-022-03885-4

Kellerman, Rick, D. (2021). *Conn's Current Therapy 2022* (D. R. Rick D. Kellerman (Ed.); Elsevier,). KUSM-W Medical Practice Association.

La depresión posparto y la lactancia materna - HealthyChildren.org. (2018). https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/baby/breastfeeding/Paginas/postpartum-depression-breastfeeding.aspx

Lanchimba, C., & Medina, P. (2011). Fecundidad en el Ecuador y su relación con el entorno social y evolutivo. *Analítika*, *1*(1), 27–51.

Larsen, E. R., Damkier, P., Pedersen, L. H., Fenger-Gron, J., Mikkelsen, R. L., Nielsen, R. E., Linde, V. J., Knudsen, H. E. D., Skaarup, L., & Videbech, P. (2015). Use of psychotropic drugs during pregnancy and breast-feeding. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *132*(445), 1–28. https://doi.org/10.1111/acps.12479

Lartigue cols, T. (n.d.). *1 2 Perinatol Reprod Hum I N T R O D U C C I Ó N*.

Lartigue, T., & Maldonado-durán, J. M. (2008). *Depresión en la etapa perinatal**. *22*(2), 111–131.

Lauder, J. (2021). Postpartum Depression. In *Ferri's Clinical Advisor 2021*. Elsevier Inc. https://doi.org/10.1016/B978-0-323-71333-7.00728-1

Levis, B., Negeri, Z., Sun, Y., Benedetti, A., & Thombs, B. D. (2020). Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression

among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *371*, m4022. https://doi.org/10.1136/bmj.m4022

Madlala, S. S., & Kassier, S. M. (2018). Antenatal and postpartum depression: Effects on infant and young child health and feeding practices. *South African Journal of Clinical Nutrition*, *31*(1), 1–7. https://doi.org/10.1080/16070658.2017.1333753

Malpartida A. (2020). Postpartum depression in a primary care. *Revista Médica Sinergia*, *5*(2), 9.

Malpartida, M. (2020). *Depresión posparto en atención primaria*. https://doi.org/10.31434/rms.v5i2.355

Minkovitz, C. S., Strobino, D., Scharfstein, D., Hou, W., Miller, T., Mistry, K. B., & Swartz, K. (2005). Maternal Depressive Symptoms and Children's Receipt of Health Care in the First 3 Years of Life. *Pediatrics*, *115*(2), 306–314. https://doi.org/10.1542/PEDS.2004-0341

Moral, A. O. del, Romero, A. M. R., & Iglesias, Y. G. (2020). Depresión posparto: Criterios de sospecha, diagnóstico y tratamiento. *FMC. Formación Médica Continuada En Atención Primaria*, *27*(4), 164–171. https://doi.org/10.1016/J.FMC.2019.10.011

Motlhatlhedi, K., Setlhare, V., Ganiyu, A. B., & Firth, J. A. (2017). Association between depression in carers and malnutrition in children aged 6 months to 5 years. *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, *9*(1), 1–6. https://doi.org/10.4102/phcfm.v9i1.1270

Newman, D. L. M., Boyarsky, M., & Mayo, D. (2022). Postpartum depression. *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, *35*(4), 54–55. https://doi.org/10.1097/01.JAA.0000823172.00644.44

O'Hara, M. W., & Mc Cabe, J. E. (2013). Postpartum Depression: Current Status and

Future Directions. *Http://Dx.Doi.Org/10.1146/Annurev-Clinpsy-050212-185612*, *9*, 379–407. https://doi.org/10.1146/ANNUREV-CLINPSY-050212-185612

O'Hara, M. W., & Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, *28*(1), 3–12. https://doi.org/10.1016/J.BPOBGYN.2013.09.002

Opinión del Comité No. 630. (2015). Screening for perinatal depression. *The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion No. 630.*, *125*(5), 1268–1271. https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000465192.34779.dc

Oram, D. S., & Lee, L. U. (2022). Postpartum Depression. *Conn's Current Therapy 2022*, 1248–1251. https://doi.org/10.1016/B978-0-323-83378-3.00298-6

Ortega del Moral, A. (2020). Depresión posparto: Criterios de sospecha, diagnóstico y tratamiento. *FMC. Formación Médica Continuada En Atención Primaria*, *27*(4), 164–171. https://doi.org/10.1016/j.fmc.2019.10.011

Panamericana de la Salud, O. (2017). Salud en las Américas+, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país. *Organizacion Panamericana de La Salud*. www.paho.org

Patel, V., & Desouza, N. (n.d.). *Postnatal depression and infant growth and development in low income countries: a cohort study from Goa, India*. https://doi.org/10.1136/adc.88.1.34

Putnam, K., Robertson-Blackmore, E., Sharkey, K., Payne, J., Bergink, V., Munk-Olsen, T., Deligiannidis, K., Altemus, M., Newport, J., Apter, G., Devouche, E., Vikorin, A., Magnusson, P., Lichtenstein, P., Penninx, B., Buist, A., Bilszta, J., O'Hara, M., Stuart, S., … Meltzer-Brody, S. (2015). Heterogeneity of postpartum depression: a latent class analysis. *The Lancet Psychiatry*, *2*(1), 59–67. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00055-8

Rivera Ruiz, E., Mª, R., & Salgado, H. (2016). NIVELES DE PREVENCIÓN EN DEPRESIÓN POSTPARTO. In *Universidad de Valladolid*.

Stewart, D. E. (2011). Clinical practice. Depression during pregnancy. *The New England Journal of Medicine*, *365*(17), 1605–1611. https://doi.org/10.1056/NEJMCP1102730/SUPPL_FILE/NEJMCP1102730_DISCLOSURES.PDF

Sutter-Dallay, A.-L., Scotta, G., Lemoigne, S., & Gressier, F. (2020). Psiquiatría y embarazo: la madre y el hijo. *EMC - Ginecología-Obstetricia*, *56*(4), 1–13. https://doi.org/10.1016/S1283-081X(20)44317-6

Taka-Eilola (nèe Riekki), T., Veijola, J., Murray, G. K., Koskela, J., & Mäki, P. (2019). Severe mood disorders and schizophrenia in the adult offspring of antenatally depressed mothers in the Northern Finland 1966 Birth Cohort: Relationship to parental severe mental disorder. *Journal of Affective Disorders*, *249*, 63–72. https://doi.org/10.1016/J.JAD.2019.02.011

Tissot, H., Favez, N., Frascarolo-Moutinot, F., & Despland, J.-N. (2015). *Revue européenne de psychologie appliquée*. *65*, 61–66. https://doi.org/10.1016/j.erap.2015.02.002

Tsang, L. P. M., Ng, D. C. C., Chan, Y. H., & Chen, H. Y. (2019). Caring for the mother-child dyad as a family physician. *Singapore Medical Journal*, *60*(10), 497–501. https://doi.org/10.11622/smedj.2019128

Upadhyay, A. K., & Srivastava, S. (2016). Effect of pregnancy intention, postnatal depressive symptoms and social support on early childhood stunting: Findings from India. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *16*(1). https://doi.org/10.1186/s12884-016-0909-9

Vesga-López, O., Blanco, C., Keyes, K., Olfson, M., Grant, B. F., & Hasin, D. S.

(2008). Psychiatric Disorders in Pregnant and Postpartum Women in the United States. *Archives of General Psychiatry*, *65*(7), 805–815. https://doi.org/10.1001/ARCHPSYC.65.7.805

Viguera, A. (2020). Depresión mayor unipolar posparto: Epidemiología, características clínicas, evaluación y diagnóstico. *UpToDate*, 1–43.

Wilson, N., Wynter, K., Fisher, J., & Bei, B. (2018). Related but different: Distinguishing postpartum depression and fatigue among women seeking help for unsettled infant behaviours. *BMC Psychiatry*, *18*(1), 309. https://doi.org/10.1186/s12888-018-1892-7