

UNIVERSIDAD DE CUENCA



Facultad de Ciencias Químicas

Carrera de Bioquímica y Farmacia

Factores de riesgo para la depresión post parto en mujeres de 18 a 35 años asociados al régimen dietario, índice de masa corporal y nivel socioeconómico que acuden a la clínica humanitaria “Pablo Jaramillo” Cuenca- Ecuador.

Trabajo de titulación previo a la obtención del Título de Bioquímico Farmacéutico

AUTORAS:

Zoila Cristina Cárdenas Murillo.
C.I.: 0105179022

Dora Victoria Sacta Paidá.
C.I.: 0302610373

DIRECTORA:

Dra. María Angélica Ochoa Avilés., PhD
C.I.: 0104452693

ASESORA:

Dra. Silvana Patricia Donoso Moscoso., MSc
C.I.: 0102590569

Cuenca – Ecuador

Marzo 2019

RESUMEN

Este estudio tiene como propósito determinar la relación entre el Índice de Masa Corporal (IMC), régimen dietario, y nivel socioeconómico con la depresión post parto entre las madres atendidas en la Clínica Humanitaria Fundación “Pablo Jaramillo” de la ciudad de Cuenca. Se realizó un estudio de casos y controles no experimental, con un tamaño de muestra de 56 participantes: 28 casos y 28 controles; para su diferenciación respectiva se auto-administró el cuestionario de la Escala de Edimburgo con un umbral de ≥ 9 puntos. Al mismo tiempo se aplicó: la sección 1 del SPTEPS para la descripción y recolección de datos generales de la población, además se empleó la sección ampliada de régimen alimentario del cuestionario STEPS de la Organización de Salud (OMS) para valorar su ingesta de frutas-verduras y consumo de sal; la Encuesta de Estratificación de Nivel Socioeconómico (NSE) 2011 otorgado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). La recolección de datos para las medidas antropométricas se efectuó con previa capacitación y ayuda del personal de salud. Para su análisis descriptivo y estadístico se elaboró una base de datos en Epidata consiguientemente empleó el software SPSS versión 2018. De acuerdo a los resultados obtenidos no se encontraron evidencias estadísticamente significativas de la variable depresión versus IMC, régimen alimentario y nivel socioeconómico. Las pacientes que durante el estudio fueron considerados casos fueron referidas al Ministerio de Salud Pública para recibir atención adecuada.

Palabras claves: Depresión postparto. Nivel socioeconómico. Dieta. Índice de masa corporal.

ABSTRACT

The purpose of this study is to determine the relationship between the Body Mass Index (BMI), dietary regimen, and socioeconomic level with postpartum depression among mothers attended at the "Pablo Jaramillo" Humanitarian Clinic in the city of Cuenca. A non-experimental case-control study was carried out, with a sample size of 56 participants: 28 cases and 28 controls; for its respective differentiation, I administered the Edinburgh Scale questionnaire with a threshold of ≥ 9 points. At the same time, section 1 of the SPTEPS was applied for the description and collection of general data of the population, as well as the use of the expanded section of the STEPS questionnaire of the Health Organization (WHO) to assess their fruit intake. vegetables and salt consumption; the Survey of Socioeconomic Level Stratification (NSE) 2011 granted by the National Institute of Statistics and Census (INEC). Data collection for anthropometric measurements was carried out with previous training and assistance from health personnel. For its descriptive and statistical analysis, the software SPSS version 2018 was used. According to the results obtained, no statistically significant results were found for the variable depression versus BMI, diet and socioeconomic status. The patients who were considered cases during the study were referred to the Ministry of Public Health to receive adequate attention.

Key words: Postpartum depression. Socioeconomic status. Diet. Body mass index

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	3
3. HIPÓTESIS	3
4.1 DEPRESIÓN	4
4.1.1 GENERALIDADES	4
4.1.2 PREVALENCIA	4
4.1.3 PUERPERIO	4
4.2 DEPRESIÓN POSTPARTO	5
4.2.1 CONCEPTO	5
4.2.2 SÍNTOMAS	5
4.3.3 ETIOLOGÍA	6
- <i>BASES NEUROQUÍMICAS</i>	6
• HIPÓTESIS MONOAMINÉRGICA	6
• HIPÓTESIS NEUROTRÓFICA	7
- <i>FACTORES ETIOLÓGICOS</i>	7
FACTORES GENÉTICOS	7
FACTORES BIOLÓGICOS	7
FACTORES PERSONALES	8
FACTORES DE CARÁCTER SOCIAL	8
4.3.4 DIETA EN EL POSTPARTO	9
OMEGA 3	10
FRUTAS Y VERDURAS	11
4.3.5 ÍNDICE DE MASA CORPORAL	12
4.3.6 NIVEL SOCIOECONÓMICO	13
4. DISEÑO METODOLÓGICO	14
5.1 TIPO DE ESTUDIO	14
5.2 ÁREA DE ESTUDIO	14
5.3 UNIVERSO Y MUESTRA	14
5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	14
5.5 MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA OBTENER INFORMACIÓN	15
PRIMERA VISITA	15
SEGUNDA VISITA	16
TERCERA VISITA.....	16
5.6 INSTRUMENTOS	16
- STEPS	16
- PRUEBA DE DETECCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS-DROGAS- (ASSIST) 17	17
FRUTAS Y VERDURAS	18
- ENCUESTA DE ESTRATIFICACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO NSE 2011	19
- ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN (ENSANUT-ECU 2012) TOMO II	20
5.7 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS	20
5. RESULTADOS	22



Parámetros de alimentación saludable en mujeres en periodo postparto con o sin depresión.....	24
6. DISCUSIÓN.....	34
7. CONCLUSIONES	39
8. RECOMENDACIÓN.....	40
9. BIBLIOGRAFIA	41
ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	48
ANEXO 2: INSTRUMENTO STEPS	52
ANEXO 3: CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES CRÓNICAS.....	56
ANEXO 4: ENCUESTA PARA LA DETECCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS-DROGAS-(ASSIST) DE LA OMS.OMS - ASSIST V3.0	61
ANEXO 5: REGISTRO DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS.....	80
ANEXO 6: ESCALA DE DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO DE EDIMBURGO	81
ANEXO 7. ENCUESTA DE ESTRATIFICACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO.....	84
ANEXO 8. CUESTIONARIO RÉGIMEN ALIMENTARIO	89
ANEXO 9: ENSANUT-ECU. HISTORIA DE EMBARAZOS Y NACIMIENTOS-INTENCIÓN DE EMBARAZO. ...	93
ANEXO 10. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN.....	96
ANEXO 12. DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE ÍNDICE DE MASA CORPORAL	100
ANEXO 13. DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE NIVEL SOCIOECONÓMICO	100

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estado nutricional IMC según la OMS (Pajuelo, 2016)	17
Tabla 2 Estratificación del Nivel Socioeconómico NSE 2011 (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2011)	19
Tabla 3 Características generales de la población: madres en periodo postparto atendidas en la Clínica Humanitaria “Pablo Jaramillo” de la Ciudad de Cuenca	22
Tabla 4 Distribución de la variable porciones de fruta y verdura por día.	24
Tabla 6 Distribución de la variable ¿Con qué frecuencia agregas sal o una salsa salada a su comida justo antes de comerlo o mientras la está comiendo?	25
Tabla 7 Distribución de la variable ¿Con qué frecuencia agregas sal o una salsa salada a su comida justo antes de comerlo o mientras la está comiendo?	26
Tabla 8. Distribución de la variable ¿Con qué frecuencia consume alimentos procesados con alto contenido de sal?	26
Tabla 9. Distribución de la variable ¿Cuánta sal cree que consume?	27
Tabla 10. Distribución de la variable importancia de bajar la sal en su dieta	28
Tabla 11. Distribución de la variable limita el consumo de alimentos procesados	28
Tabla 12. Distribución de la variable mira el contenido de sal o sodio en las etiquetas	29
Tabla 13. Distribución de la variable compra alternativas bajas en sal o sodio	29
Tabla 14. Distribución de la variable usa especias que no sean sal al cocinar	30
Tabla 15. Distribución de la variable evita comer alimentos procesados fuera de su hogar	30
Tabla 16. Distribución de la variable ingesta saludable de la ingesta de sal	30
Tabla 17. Distribución de la variable consumo de grasa	31
Tabla 18. Distribución de la variable Índice de Masa Corporal	32
Tabla 19. Distribución de la variable Nivel Socioeconómico	32

Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio
Institucional

Zoila Cristina Cárdenas Murillo en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación “Factores de riesgo para la depresión post parto en mujeres de 18 a 35 años asociados al régimen dietario, índice de masa corporal y nivel socioeconómico que acuden a la clínica humanitaria “Pablo Jaramillo” Cuenca- Ecuador”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, a 12 de marzo del 2019.



Zoila Cristina Cárdenas Murillo

0105179022

Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio
Institucional

Dora Victoria Sacta Paidá en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación “Factores de riesgo para la depresión post parto en mujeres de 18 a 35 años asociados al régimen dietario, índice de masa corporal y nivel socioeconómico que acuden a la clínica humanitaria “Pablo Jaramillo” Cuenca- Ecuador”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, a 12 de marzo del 2019.



Dora Victoria Sacta Paidá

C.I: 0302610373

Cláusula de Propiedad Intelectual

Zoila Cristina Cárdenas Murillo, autora de la tesis "Factores de riesgo para la depresión post parto en mujeres de 18 a 35 años asociados al régimen dietario, índice de masa corporal y nivel socioeconómico que acuden a la clínica humanitaria "Pablo Jaramillo" Cuenca- Ecuador", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, a 12 de marzo del 2019.



Zoila Cristina Cárdenas Murillo

0105179022

Cláusula de Propiedad Intelectual

Dora Victoria Sacta Paida, autora de la tesis "Factores de riesgo para la depresión post parto en mujeres de 18 a 35 años asociados al régimen dietario, índice de masa corporal y nivel socioeconómico que acuden a la clínica humanitaria "Pablo Jaramillo" Cuenca- Ecuador", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, a 12 de marzo del 2019.



Dora Victoria Sacta Paida

C.I: 0302610373

DEDICATORIA

Este trabajo de titulación va dedicado con mucho cariño a mis padres José y Elsa quienes, con su infinito amor supieron guiarme por buen camino, siempre dando aliento, fuerzas y comprensión para seguir con mis estudios. A mis hermanos Viviana y Emanuel por ser cómplices de mis alegrías, enojos y tristezas. Al mismo tiempo dedico este trabajo a mis abuelos, tías, primos por darme consejos para ser una buena persona. A Cristina, amiga y compañera de tesis, por haber compartido todos los años de estudio universitario.

Dora.

Dedico esté presente trabajo de titulación a mis padres Carmen y Pedro, quienes cada día me brindaron incondicionalmente el apoyo moral y económico para poder llegar hasta esta etapa de la vida y lo continúan haciendo, ya que ellos son el pilar fundamental en mi vida, pues gracias a su educación de valores y principios he podido avanzar un escalón más. Así mismo quiero dedicar este trabajo al ser que cambio el sentido de mi vida, que aún no lo conozco pero que lo amo desde su primer día de existencia y es por quien luchare y esforzare cada día más. A mi familia abuelitos, hermanos sobrinos gracias por el apoyo incondicional y Dorita que más que mi compañera de la vida universitaria, es mi amiga incondicional quien ha estado en los buenos y malos momentos, gracias. **Cristina.**

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento infinito a nuestros padres y familiares por el grato apoyo incondicional para que nosotras podamos culminar con esta profesión y emprender nuestros sueños.

Al Grupo de Alimentación, Nutrición y Salud del Departamento de Biociencias de la Universidad de Cuenca por permitirnos formar parte de este proyecto, darnos todas las pautas necesarias para el desarrollo del mismo.

A nuestra Tutora de tesis, Doctora Angélica Ochoa por estar siempre pendiente en la culminación de este trabajo de titulación y de igual forma a cada uno de los docentes con los que hemos compartido este caminar, muchas gracias por cada conocimiento impartido.

1. INTRODUCCIÓN

A lo largo de la vida de la mujer se presenta una serie de etapas transitorias entre las cuales tenemos: el embarazo, el parto y el puerperio, las mismas que se presentan con una gran vulnerabilidad psicológica y emocional. El puerperio que es la etapa posterior al parto que se caracteriza por la presencia de diversos síntomas como: cansancio físico, dolores, privación del sueño y una serie de cambios bioquímicos y hormonales, las frecuencias de estas alteraciones ocurren en las primeras semanas después del parto, generando desequilibrios emocionales que afectan a la madre, hijo y entorno social (Meléndez et al., 2017).

Al generarse estas alteraciones, las mujeres se encuentran predispuestas a la aparición de trastornos en la esfera psíquica. La depresión post parto (DPP) es un trastorno mental afectivo severo que se desarrolla durante el puerperio, y está incluida en el manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales quinta edición (DSM- 5) con la denominación “trastorno depresivo durante el periodo perinatal”. Esta patología está relacionada con sintomatología psicológica y desórdenes de los patrones biológicos entre los cuales tenemos: trastornos del sueño, cansancio, estado emocional de tristeza, llanto, rechazo al recién nacido, poca expresividad, el rechazo familiar e incluso ideas suicidas u homicidas y alteraciones del eje hipotálamo hipofisario adrenal, es importante mencionar que una mayor probabilidad de desarrollar DPP es cuando la mujer ya ha presentado trastornos en el embarazo o antes del embarazo (Caparros, Gonzalez, & Peralta, 2017).

El diagnóstico de la depresión postparto es de vital importancia como cualquier otra patología médica, ya que según la organización mundial de la salud (OMS) la depresión postparto ha llegado a constituir la cuarta causa de discapacidad en el mundo, pues datos de dicha organización indican que 121 millones de personas son afectadas y de estos 850 mil casos han terminado en muerte. La OMS afirma también que el género femenino tiene mayor probabilidad (20-25%), que el género masculino (7-12%) de presentar algún episodio depresivo a lo largo de su vida, así mismo la OMS estipula que para el 2020 será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial (Meléndez et al., 2017). La DPP se presenta con mayor frecuencia en países en vías de desarrollo que en países desarrollados, en diversos trabajos de investigación se describe que en Latinoamérica la prevalencia de DPP es de: Chile 50,7%; Colombia 32,6%; México 32,6%; Perú 24,1%; y Venezuela 22% (Molero et al., 2014). Estas cifras mencionadas pueden variar, pues



dependen de la metodología y los grupos de población analizada. En Ecuador aún no disponemos de datos específicos, pero estudios realizados en algunos centros de salud arrojan valores del 49.8 % de madres que presenta DPP, pero aún hace falta realizar trabajos investigativos para valorar los factores predisponentes, para así mejorar la calidad de vida de madres y niños en esta etapa de la vida (Apaza, 2017).

La depresión por ser reconocida como una enfermedad multifactorial, presenta diversos factores desencadenantes, los cuales están agrupados como: factores externos o ambientales (alimentación, nivel socioeconómico y factores de carácter social) y factores biológicos (problemas genéticos, alteraciones fisiológicas y hormonales). Se debe considerar que estos factores actúan de manera conjunta ya que un estímulo externo altera la homeostasis del funcionamiento del organismo (Pham et al., 2018).

Este trabajo de investigación estará centrado a la valoración de cómo influyen los factores externos como: régimen dietario, Índice de masa corporal (IMC) y nivel socioeconómico de las madres en estado postparto que acuden a la atención postparto de la fundación “Pablo Jaramillo” de la ciudad de Cuenca.

La mujer al estar en el estado post parto, modifica las necesidades nutricionales, debido a los cambios biológicos, metabólicos por los que atraviesa la madre, es por esto que la alimentación debe ser equilibrada tanto en: proteínas, frutas, vegetales y tener presente las limitaciones de: ingerir alimentos procesados, azucarados, salados y muy grasosos.

El desempleo, la pobreza que se presentan en países en vías de desarrollo, genera un estado de estrés para las madres ya que las necesidades aumentan y muchas veces la falta de apoyo familiar, de la pareja, o violencia doméstica, crea un estado de inseguridad para mantener un estilo de vida digno y por ende los estados de ansiedad y estrés aumenta (Caparros et al., 2017).

Una falta de conocimiento en la alimentación, repercute en problemas de obesidad que generalmente se presentan en las mujeres después del embarazo, ya que se ha visto que puede llegar a retener de 5- 10 kg de peso pudiendo causar complicaciones maternas y neonatales. Las madres generalmente en esta etapa experimentan alteraciones de sueños y estrés que pueden ser factores predisponentes para el aumento de peso (Caparros et al., 2017).

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Evaluar los factores de riesgo de la depresión post parto en mujeres 18 a 35 años de edad, asociados al régimen alimentario, índice de masa corporal y estado socioeconómico que acuden a la Clínica Humanitaria “Pablo Jaramillo” Cuenca-Ecuador.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Determinar el régimen alimentario de mujeres en post parto con y sin depresión.
- Analizar si el régimen alimentario e índice de Masa Corporal son factores de riesgo para desarrollar depresión post parto.
- Valorar si el estado socioeconómico en mujeres postparto es un factor de riesgo para el desarrollo de depresión.

3. HIPÓTESIS

H_i El estado socioeconómico, régimen alimentario e IMC $> 24,9 \text{ Kg/m}^2$ en la etapa post parto están relacionadas con la depresión postparto.

H_i El estado socioeconómico, régimen alimentario e IMC $> 24,9 \text{ Kg/m}^2$ en la etapa post parto está relacionado significativa y estadísticamente con la depresión postparto.

CONTENIDO TEÓRICO

4.1 DEPRESIÓN

4.1.1 GENERALIDADES

A la depresión más que un trastorno de pensamiento, se le considera de carácter afectivo (Port, 2007) y en menor grado cognitivo y somático que interfiere en su normal desenvolvimiento psíquico y físico de los seres humanos como personas. Esta patología puede ser recurrente o de larga duración, incluso algunas madres tienen ideas suicidas (Álvarez et al., 2014).

4.1.2 PREVALENCIA

Según la OMS, en el 2015 se estimó a nivel mundial un 4.4% de la población tiene depresión, predominando las mujeres, así como reportó que en Ecuador existe 721971 casos que corresponde a un 4,6 % de la población con trastornos depresivos (Organización Panamericana de la Salud, 2017). En un estudio descriptivo en el Hospital Vicente Corral Moscoso en el 2017 se determinó que la prevalencia con DPP en madres correspondía a un 49.8 % (Borrero & Castro, 2017).

4.1.3 PUERPERIO

El puerperio es una etapa que no tiene especificado su duración, pues todos concuerdan con su inicio que se da después de finalizar el parto pero hay una discrepancia en su final, pues algunos autores mencionan que se puede presentar desde las primeras 24 horas de “ postparto hasta el regreso de la mujer a su estado basal es decir antes del embarazo” pero también en esta etapa se genera una variedad de cambios que pueden ir desde cambios bioquímicos, hormonales, sociales y psicológicos, los cuales predispone a la mujer a un mayor riesgo de aparición de trastornos psiquiátricos (Moreno et al., 2014).

Estudios han establecido que existen tres tipos de alteraciones psiquiátricas que se pueden desarrollar en la etapa postparto:

1. LA TRISTEZA POSTPARTO. - Este tipo de alteración es una forma muy leve de depresión, cuya duración e intensidad es variable, pues puede presentarse entre el segundo y cuarto día posterior al parto extendiéndose hasta la segunda o sexta semana, entre los síntomas característicos destacan cansancio, confusión,



- nerviosismo y llanto que puede ser por largos periodos (Olivas & Stephanie, 2015).
2. PSICOSIS POSTPARTO. - Este episodio suele ser relativamente raro (1 en cada 1000 nacimientos), pudiéndose desarrollar durante los tres primeros meses posteriores al parto, dando inicio a las 48 a 72 horas y en algunas ocasiones puede presentarse a las 4 semanas, pero esta alteración tiende a ser severa y rápida. Los síntomas que producen son delirios, alucinaciones (auditiva, visual), cambios repentinos de humor y desorganización conductual (Olivas & Stephanie, 2015).
 3. DEPRESIÓN POSTPARTO. - Esta alteración se sitúa en un punto intermedio de la tristeza y psicosis puerperal, tanto en la gravedad como en la incidencia, en el cual las madres se sienten desoladas, con alteraciones en el apetito, sueño, y sensación de cansancio (Olivas & Stephanie, 2015).

4.2 DEPRESIÓN POSTPARTO

4.2.1 CONCEPTO

Es un trastorno depresivo mayor de la madre en el periodo de puerperio y presenta un mayor porcentaje de vulnerabilidad emocional, falta de autoestima (Castellón, 2012).

Generalmente está situado entre la 4ta- 8^{va} semana después de dar a luz, generando un doble impacto negativo (madre e hijo), en donde se crea la incapacidad de mantener un vínculo afectivo con su hijo. Se produce sentimientos de rechazo, inquietud, preocupación, ansiedad e impaciencia para ocuparse de las necesidades de ella misma y las del bebé (Jadresic, 2014). Caracterizada como un trastorno psíquico-afectivo, debido a una combinación genética, factores ambientales, biológicos y psicológicos que interfiere en las actividades diarias, desarrollando un sentimiento de culpabilidad, tristeza, desmotivación, irritabilidad. Esta patología mucha de las veces no es tratada (Port, 2007).

4.2.2 SÍNTOMAS

Llanto fácil, insomnio, irritabilidad, alteraciones en el apetito, miedo de estar sola con el bebé, ansiedad, desinterés por ella misma, signos de confusión (Cerde, 2017), dificultad para concentrarse, ideas suicidas, incapacidad para tomar decisiones importantes (Adamu & Adinew, 2018) 0999240226

4.3.3 ETIOLOGÍA

- BASES NEUROQUÍMICAS

No hay una sola base neuroquímica que desencadene la depresión, en la actualidad realizado estudios sobre las hipótesis monoaminérgica y neurotrófica (Callado, 2013).

- Hipótesis monoaminérgica

Esta hipótesis consiste en un cierto desequilibrio de los tres neurotransmisores principales: noradrenalina, serotonina y dopamina. Estas monoaminas ejercen funciones fisiológicas semejantes, como la regulación: del sueño y apetito, los estados de ánimo, presión arterial y la secreción de hormonas (Callado, 2013). En la depresión se ha descubierto una disminución en la síntesis y la biodisponibilidad principalmente de la serotonina en los circuitos neuronales, causando así una depleción de las vías serotoninérgicas que se dirigen a:

- La corteza orbitofrontal la misma que está involucrada en el proceso cognitivo de la toma de decisiones (Callado, 2013).
- Cortex orbitofrontal anterior responsable de la motivación y expresión de las emociones (Callado, 2013).
- Hipotálamo, que interviene en la regulación del apetito y ánimo.
- A la formación reticular que mantiene el equilibrio sueño- vigilia y cuerpo estriado que interviene en el movimiento.
- A la médula espinal, en la cual la disminución de esta monoamina provoca una disminución del umbral de percepción.
- Vías serotoninérgicas proyectadas a la amígdala que participan en los procesos con el miedo, pena y angustia (Hernández, Coronel, Aguilar, & Castro, 2016)

Al mismo tiempo la disminución de síntesis de adrenalina recurrirá a los mismos síntomas de déficit de serótina, debido a que las neuronas noradrenérgicas inervan las mismas regiones cerebrales que las serotoninérgicas. Además, una disminución de dopamina en los circuitos de los ganglios basales desencadena anhedonia y cansancio en la puérpera (Sánchez, 2013).

- Hipótesis neurotrófica

El factor neurotrófico derivado del cerebro (FNDC) es de vital importancia para la supervivencia de las neuronas en todo su ciclo vital, esta hipótesis hace referencia a una atrofia neuronal, a causa de una disminución de FNDC principalmente en el corteza y el hipocampo (Armas, Pezoa, & Vásquez, 2010; Hernández et al., 2016).

- FACTORES ETIOLÓGICOS

Al ser esta una patología multifactorial, no presenta una causa única para su desarrollo, donde muchos son los factores que intervienen en su patogenia; la cuales son atribuibles a los cambios fisiológicos, sociales, peculiares entre otros; causando un desequilibrio en la homeostasis y finalmente un trastorno. Muchos de estos factores carecen de una prueba científica y experimental que lo avale y expongan con exactitud el desarrollo de la DPP (Hernández et al., 2016).

Factores Genéticos

Se conoce que las mujeres con antecedentes psiquiátricos personales y familiares presentan un mayor riesgo de presentar DPP. Estudios de genética molecular han demostrado una asociación entre la elevada expresión de los genotipos del gen transportador de la serotonina y la presencia de la sintomatología depresiva a las 8 semanas del postparto (Adam, 2013)

Factores Biológicos

A nivel hormonal, no se puede especificar hormonas se encuentran involucradas en el desarrollo de la enfermedad (Adam, 2013). Anteriormente se consideraba que el descenso brusco de progesterona luego del parto podría estar relacionado con los cambios de humor (Carrillo, 2012).

En la DPP juega un papel importante el complejo hipotalámico-hipofisario-adrenal (Orozco, 2013). En condiciones normales este complejo está condicionado por un sistema de retroalimentación que es responsable de reaccionar frente al estrés. En las madres con DPP se cree que hay una disfunción hipotalámica dando como resultado una secreción excesiva de cortisol provocando alteraciones del sueño, una neurotoxicidad y reducción de la neurogénesis (Sánchez, 2013).



También los niveles marcados bajos de triptófano al inicio del puerperio se cree que está involucrado con la aparición de DPP, debido a que este aminoácido esencial es precursor de la serotonina. Con relación con la hipótesis de las monoaminas, esta deficiencia de dicho aminoácido dará paso a una disminución a la síntesis de la serotonina (Martínez & González, 2017). Además, en esta patología tiene influencia el sistema inmunológico ya que nuestro organismo al pasar por una etapa inflamatoria libera citoquinas pro-inflamatorias como la interleuquina 1, la interleuquina 6, el factor de necrosis tumoral alfa e interferón gamma, ante esta situación la barrera hematoencefálica se torna más permeable dejando pasar eventualmente estas sustancias al sistema nervioso central, al mismo tiempo se da la producción excesiva de estas citoquinas internamente provocando una repercusión sobre el eje hipotalámico- hipófisis suprarrenal (Castellón, 2012).

Factores Personales

Cuadros psiquiátricos personales y familiares como depresión y depresión postparto anterior, ansiedad estrés durante el embarazo. Ciertas madres con un embarazo no deseado desarrollan un sentimiento de decepción propia especialmente en los 3 primeros meses, en otros casos tras un nacimiento prematuro del bebé las madres se sienten responsables de que la labor de parto ocurra antes de lo pronosticado (Olivas & Stephanie, 2015; Valencia, 2015). Cambios en el estilo de vida, al tener un hijo la madre debe brindarle atención primordial constantemente, lo cual provoca una pérdida de su libertad anterior, originando un ambiente tenso hasta adaptar a su nueva etapa de vida (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2014).

Factores de Carácter Social

Entre los factores relacionados al ámbito social se destacan: desempleo, pobreza, falta de apoyo de su familia, pareja, violencia doméstica, eventos alarmantes vitales (ruptura amorosa, pérdida de un ser querido) que elevan su nivel de estrés y como consecuencia de esto ansiedad (Cerdeña, 2017). Por ejemplo, en un estudio de Adamu y Adinew (2018) denominado “*Violencia doméstica como un factor de riesgo para la depresión postparto en mujeres etíopes*” se valoró si las participantes sufrieron violencia “fueron empujadas, abofeteadas, amenazadas, forzadas a tener relaciones sexuales” se obtuvo que el 23% de las madres en estudio fueron víctimas de este tipo de violencia y presentaron DPP (Adamu & Adinew, 2018).

Las puérperas al encontrarse en un nivel socioeconómico bajo se crea un ambiente de estrés a su alrededor, muchas madres se sienten incapaces y ansiosas por no poder acceder a un estilo de vida digno (Valencia, 2015). Rodríguez, en Perú investigó si el nivel socioeconómico bajo es un factor de riesgo para desarrollar depresión en el puerperio, mediante un estudio observacional analítico retrospectivo en una muestra de 98 madres divididas en casos y controles, con resultados significativos donde se halló que el 71% de la población que se encontraba en un nivel socioeconómico bajo y presentaba depresión mientras que un 29% tenía un nivel socioeconómico bajo sin depresión (Hurtado, 2017)

4.3.4 DIETA EN EL POSTPARTO

En la mujer en un estado fisiológico diferente, como es el postparto, se modifican sus necesidades nutricionales debido a que en esta etapa ocurren cambios tanto biológicos como metabólicos, en los cuales se cree que existe un gran desgaste físico, durante el postparto siempre debe tener en cuenta el cumplimiento de una dieta adecuada. Teniendo presente una accesibilidad o alcance a los nutrientes primordiales y educación nutricional de las madres (Orozco, 2013)

En países en vías de desarrollo, como es el caso de nuestro país, las madres tienen una ingesta inadecuada de nutrientes, lo que afecta al estado de salud de la madre e hijo (Ministerio de Salud Pública, 2014).

En un periodo de lactancia, los requerimientos energéticos deben ser incrementados dado a que, por la producción del calostro y a través de la leche materna hay una pérdida nutricional; los mismos deben ser suplementados por la dieta habitual entendiéndose como tal a proteínas, frutas, vegetales y alimentos fortificados que aporten de vitaminas, oligoelementos, minerales y ácidos grasos esenciales (Ministerio de Salud Pública, 2014).

Por otro lado, estos requerimientos también se encuentran condicionados por la intensidad - duración de la lactancia y edad maternal (Hall et al., 2010).

Dicha ingesta deberá satisfacer las necesidades de la madre, para ello se recomienda tener una alimentación equilibrada, 5 veces al día, de productos frescos, ricos en calcio, hierro y vitaminas. Al mismo tiempo beber agua, aproximadamente 2 litros diarios. También limitar el consumo de alimentos procesados, azucarados, salados y muy grasos. Al igual que evitar la ingesta de bebidas estimulantes (carbonatadas,



alcohólicas y cafeinadas) debido a que pueden inhibir la absorción de ciertos nutrientes (Lorente, 2014; Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2013)

Según la guía de Alimentación- Nutrición de la Mujer Gestante y de la Madre en Periodo de lactancia del MPS (2014), una madre en el primer mes de postparto produce un promedio de 699 ml de leche en el cual su gasto calórico corresponde a 613,6 calorías/día. Hasta los tres meses después del parto a la madre se le debe administrar suplementos de ácido fólico y hierro (Ministerio de Salud Pública, 2014), porque una mujer en periodo de lactancia como profilaxis de anemia ferropénica se debe asegurar el aporte de 15mg/dl de hierro diariamente (Moreno et al., 2014).

En un estudio donde se trabajó con madres en estado de gestación entre 10 y 18 semanas, mayores de edad, se investigó si la dieta (ingesta de frutas, verduras y pescado) en el embarazo se asociaba con los síntomas depresivos a los 12 meses postparto, se encontró una asociación nula de dichas variables; esto pudo deberse a que como se empleó preguntas individuales se subestima la ingesta como tal (OMS, 2015).

Entre los nutrientes tenemos:

OMEGA 3

Tenemos dos grupos de ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga (APGL), los primeros pertenecientes a la familia de los omega-3 los cuales desarrollan un rol importante en lo que se relaciona la función neuronal, como principal representante está el ácido alfa- linoleico (ALA), con sus metabolitos más activos el ácido eicosapentanoico (EPA) y al ácido docosahexanoico (DHA) (Waitzberg & Garla, 2014), que ejercen beneficios para nuestro organismo. Su deficiencia se ha relacionado con trastornos de ánimo (Markhus et al., 2013)

Básicamente los ácidos grasos omega 3 son considerados fuentes alimenticias esenciales, derivan de los aceites vegetales (especialmente soya y linaza) y de los frutos secos. Específicamente la fuente nutritiva de EPA Y DHA es de origen marino entre estas tenemos algas y pescados grasos como salmón, atún y sardinas (Valenzuela, Tapia, González, & Velenzuela, 2014). Según la *National Institute of Health* (2018), para mujeres y adolescentes en periodos de lactancia se recomienda una ingesta diaria de 13,6g de ALA (Caballer, 2018)

Muchos estudios demuestran que estos nutrientes ejercen efectos inhibitorios de oxidación, apoptóticos y antiinflamatorios, inhibiendo así la actividad de las citoquinas y prostaglandinas pro inflamatorias (Javierz< Caballer, Torío, Jimenez, & Sánchez, 2017). También ejercen un efecto molecular mejorando la transmisión dopaminérgica y serotonérgica (Martínez & González, 2017)

La ingesta deficiente de estos ácidos grasos polinsaturados guarda una estrecha relación con la fisiopatología de DPP, como se anunció anteriormente en los factores de riesgo. Si bien este factor se le considera como modificable debido a que una dieta rica de estos alimentos puede favorecer a contrarrestar esta patología (J Caballer & Jim, 2010)

En efecto los APGI, guardan una estrecha relación con la depresión, gracias a su acción inmunológica y molecular mediante la reducción de los procesos inflamatorios (Balanza, 2016).

FRUTAS Y VERDURAS

Generalmente las frutas y verduras son alimentos ricos en vitaminas, minerales y fibra, fundamentales para el desarrollo y función del sistema nervioso. De ahí la importancia de consumirlos en la etapa de puerperio ya que se su deficiencia se ha asociado a trastornos de ánimo (Fundación Española de la Nutrición., 2018).

Dentro de las vitaminas tenemos las A, D, K, B, y vitamina C. Particularmente en la depresión tiene más vínculo las vitaminas B12, B6 por lo que son responsables de la modulación de los neurotransmisores, síntesis de precursores y cofactores de aminoácidos (Vega, 2017).

En cuanto a los minerales más predominantes tenemos el zinc, selenio, magnesio, calcio, potasio y hierro encargados de la trasmisión de los impulsos nerviosos de la síntesis de neurotransmisores y respuesta inmunológica (Vega, 2017).

Es así que Wolniczak y col., reportaron que en varias regiones de Perú existe una relación inversa entre el consumo de frutas y verduras con la presencia de síntomas depresivos, también cuantificaron que solo el 3,8% de la población en estudio cumple con la ingesta de frutas y verduras recomendado por la OMS (\geq porciones) (OMS, 2018; Wolniczak, Cáceres, Maguiña, & Ortiz, 2017).

CONSUMO DE SAL YODADA

El yodo es un elemento esencial en la dieta de la madre lactante para la síntesis de hormonas tiroideas (HT), necesarias para el desarrollo del cerebro. La OMS recomienda consumir 5 g/día (OMS, 2016) .

La madre en su alimentación puede proveer de diferentes fuentes de sal, principalmente al consumir alimentos elaborados, ya sea porque son particularmente ricos en sal como, carnes procesadas (tocino, el jamón, queso entre otros). También cuando se añade sal a los alimentos durante la cocción o bien en la mesa (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2013).

El sodio es un nutriente esencial necesario para mantener el volumen plasmático, la transmisión de los impulsos nerviosos y el funcionamiento normal de las células neuronales (Ministerio de Salud Pública, 2014).

4.3.5 ÍNDICE DE MASA CORPORAL

La obesidad está considerada mundialmente como un problema de salud pública, pues según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), al menos 2,8 millones de personas en todo el mundo mueren por sobrepeso u obesidad cada año. También menciona que hasta el 2016, el 39% de las personas adultas presentan sobrepeso y un 13 % eran obesas (OMS, 2018). Las mujeres que se encuentran en edad fértil presentan un mayor riesgo de aumento de peso; en promedio la retención que se genera hasta el año de postparto es de 0.5 y 3 Kg, de las cuales el 42% regresan al peso previo al embarazo, el 10% retienen de 5-10kg y un 3% pueden llegar a retener más de 10kg. Estas condiciones de retención de peso predisponen a un aumento de peso y obesidad a mediana edad, pudiendo causar complicaciones maternas y neonatales en embarazos posteriores (Xiao et al., 2014)

En la etapa postparto las mujeres experimentan alteraciones en el sueño, estrés y desafíos de la vida, debido a los cuidados que requiere el recién nacido. El sueño desordenado o interrumpido y el estrés está relacionado con el aumento de peso y el desarrollo de obesidad, la interrupción de sueño produce algunos cambios fisiológicos en los que se genera una disminución de los niveles plasmáticos de la leptina y un aumento de los niveles grelina, aumentando el apetito, pudiendo desencadenar el desarrollo de



obesidad. El estrés es otro factor predisponente para el aumento de peso, pues está relacionado con la alteración del cortisol (hipercortisolismo), lo que estimula la ingesta de grasas y carbohidratos y reduce el gasto energético, promoviendo la obesidad (Xiao et al., 2014).

La evidencia científica indica que el índice de masa corporal (IMC) preembarazo, la ganancia de peso gestacional podría ser consideradas como un determinante biológico que aumenta la susceptibilidad a los síntomas de la depresión posparto. El exceso de tejido adiposo que se presenta en el sobrepeso y obesidad, está ligado a un estado inflamatorio, en el cual se produce un aumento de la secreción de moléculas pro-inflamatorias como la IL-6, el TNF- α y la leptina, las cuales están vinculadas por algunos investigadores con los síntomas de depresión. La secreción de moléculas pro-inflamatorias es acelerada en el final del tercer trimestre, pues marca el inicio del parto y es donde algunas mujeres presentan algún grado de dolor, ansiedad, fatiga y estrés, siendo estos estímulos para la secreción de citoquinas pro- inflamatorias (Instituto Nacional de la Salud, 2014).

4.3.6 NIVEL SOCIOECONÓMICO

El estado o posición socioeconómica, hace referencia a la posición de una persona en la jerarquía social de una comunidad, esto está asociado a la accesibilidad de una persona a los recursos sociales y económicos. Los indicadores de la posición socioeconómica ecuatoriana están determinados por seis dimensiones relacionadas con: la vivienda, el uso de tecnología, la tenencia de bienes, los hábitos de consumo y la actividad económica y la educación para el jefe del hogar (National Institute of Statistics and Census (NISC) of Ecuador, 2017

En investigaciones realizadas acerca de la depresión posparto y sus determinantes, han estudiado varios factores socioeconómicos, culturales y demográficos. Los resultados obtenidos evidenciaron que la mayoría de mujeres deprimidas no contaban con un trabajo remunerado, presentaban un nivel de educación medio, su embarazo era no planificado y carecían de ayuda para el cuidado del recién nacido, lo que indica que estas variables están directamente relacionadas al desarrollo de depresión posparto (Pham et al., 2018).

En otro estudio realizado en madres primíparas, se valoró la relación de la depresión posparto y nivel socioeconómico, en el presente análisis se valoró los siguientes puntos:

ingresos mensuales, educación, empleo y estado civil, los resultados evidenciaron que el nivel socioeconómico es un factor significativo de DPP, pudiendo aumentar hasta 11 veces la probabilidad de desarrollar este trastorno en la madre (Pham et al., 2018).

4. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de casos y controles no experimental

5.2 ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en la Clínica Humanitaria Fundación “Pablo Jaramillo” Cuenca-Ecuador durante los meses de mayo - julio 2018.

5.3 UNIVERSO Y MUESTRA

En el desarrollo de nuestro estudio se evaluó a 56 mujeres en estado postparto con un periodo de la 1^{ra} a la 8^{va} semana, entre 18 y 35 años que acudieron al control postnatal, se incluyeron dos grupos: controles (28 mujeres que no presentaron un cuadro depresivo) y controles (grupo 28 mujeres con cuadro depresivo), para esta caracterización entre casos y controles se trabajó conjuntamente con la psicóloga Dra. María José Peñaherrera, funcionaria del área de investigación de la Universidad del Azuay y según la aplicación del test de Edimburgo.

5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

INCLUSIÓN: Se incluyó a madres que se encontraban en estado de postparto de edades comprendidas entre 18 – 35 años que acudieron al control posnatal y estaban de acuerdo en participar en la investigación firmando el consentimiento informado, aprobado por del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad San Francisco de Quito con el código 2018-028E, enviado en febrero de 2018 (**Anexo 1**)

EXCLUSIÓN: Se excluyó a las madres en estado de postparto menores a 18 años y las que presentaban enfermedades como: diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares o cualquier otra enfermedad crónica, problemas de tabaquismo, drogadicción y alcoholismo, así como también a las que han recibido un diagnóstico previo o están con tratamiento farmacológico para depresión mayor. Dicha

información se obtuvo aplicando los cuestionarios de antecedentes de enfermedades crónicas y detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias-drogas (ASSIST) de la OMS.OMS - ASSIST V3.0.

5.5 MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA OBTENER INFORMACIÓN

Este trabajo de tesis fue parte de un proyecto de investigación que buscaba identificar diferentes factores de riesgo para la depresión en mujeres durante el embarazo y postparto y al haberse medido numerosas variables fue logísticamente necesario dividir en tres intervenciones. De las cuales la primera intervención se realizó en las instalaciones de la Clínica Humanitaria Fundación Pablo Jaramillo, mientras que, la segunda y la tercera intervención fue realizado en el domicilio de las pacientes que aceptaron voluntariamente participar en el estudio.

Primera visita

Consta de dos etapas:

Primera etapa: Se identificó los criterios de exclusión mediante la aplicación de dos cuestionarios: STEPS para la vigilancia de los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles de la OMS, del cual se utilizó las preguntas de tres secciones: características generales de las pacientes (**Anexo 2**), antecedentes de enfermedades crónicas como, hipertensión arterial, diabetes mellitus, colesterol y enfermedades cardiovasculares (**Anexo 3**). Y el de la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias-drogas (ASSIST) desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (**Anexo 4**).

Segunda etapa: Se procedió a tomar medidas antropométricas: peso en kilogramos y talla en m² (**Anexo 5**), al mismo tiempo que se definió entre la población en estudio los casos y controles mediante la aplicación del cuestionario de Edimburgo para la Depresión Postnatal (**Anexo 6**), el cual consta de 10 preguntas, calificadas entre 0, 1, 2 y 3, de acuerdo con la severidad de los síntomas, valora a la paciente como se ha sentido durante los últimos 7 días. Para los resultados del estudio se consideró un valor de corte \geq a 9 para ser considerado como candidato para que sufra una enfermedad depresiva de diversa gravedad. Para verificar los resultados se trabajó con un profesional psicólogo la Dra. María José Peñaherrera funcionaria del área de investigación de la Universidad del Azuay y un médico psiquiatra, Dr. Pedro Cordero profesional del Hospital del Río.

Segunda visita

Tuvo lugar en el domicilio de las participantes, se registró la presión arterial como dato adicional, así como también se administró la Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico NSE 2011 presentada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) (**Anexo 7**), con el cual se evaluó el nivel socioeconómico de la población en estudio, mediante las características de la vivienda, acceso a tecnología, posesión de bienes, hábitos de consumo, nivel de educación y actividad económica del hogar.

A continuación, se evaluó el régimen alimenticio con el instrumento STEPS para la vigilancia de los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles de la OMS (**Anexo 8**), el cual analiza la conducta alimentaria común de las participantes, esta es una técnica que recolecta datos de ingesta reciente de frutas, verduras, aceite - grasa y sal.

Tercera visita

Se efectuó de igual manera como visita domiciliaria en la cual se aplicó el siguiente cuestionario: la Encuesta de Salud y Nutrición -ENSANUT-ECU 2012 TOMO II sección II (**Anexo 9**), donde se evaluó la historia de embarazos y nacimientos, para valorar la intención de embarazo del participante.

5.6 Instrumentos

En el presente estudio se aplicó varios cuestionarios estructurados.

- STEPS.

Cuestionario, denominado paso a paso (*STEPwise*) para la vigilancia de los factores de riesgo de enfermedades crónicas, destinado a recopilar los datos personales de las participantes, aspectos demográficos, dieta, antecedentes de enfermedades crónicas no transmisibles e ingesta de frutas, verduras y aceites. Engloba tres niveles o tres secciones (OMS, 2010):

- Sección 1.- Mediante esta sección obtenemos: información elemental de las participantes como edad, sexo, escolaridad, grupo étnico, situación laboral e ingresos económicos; mediciones del comportamiento: ingesta de frutas, verduras, aceites - grasas y sal ; antecedentes de enfermedades crónicas como presión arterial, diabetes (OMS, 2010).

- Sección 2.- Recolecta datos sobre las medidas físicas estatura (m²) y peso (Kg) con el fin de determinar si la población padece de obesidad, sobrepeso e hipertensión(OMS, 2010).

Tabla 1. Estado nutricional IMC según la OMS (Pajuelo, 2016)

- Sección 3.- Medidas bioquímicas, para cuantificar la prevalencia de la glucemia elevada y de lípidos; en nuestro estudio no se trabajó con ningún análisis bioquímico (OMS, 2010).

- **Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias-drogas- (ASSIST)**

Cuestionario ejecutado bajo la supervisión de la OMS, donde indica la frecuencia de consumo de cada una de las sustancias (tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes, etc.) por parte del consumidor, así como clasifica según su riesgo de ingesta en bajo, moderado y alto riesgo. Y nos muestra a breves rasgos las consecuencias por ingerir dichas sustancias. Aplicado principalmente en zonas de salud de atención primaria, zonas de salud mental entre otros. Mediante la aplicación de este cuestionario se identificó a la población que consume las sustancias ya mencionadas, y a su vez determinar el factor de exclusión para el estudio, referente al consumo de alcohol, tabaco y drogas (OMS, 2010)

ESTADO NUTRICIONAL	IMC (kg/m ²)
Peso bajo	< 18,5
Normal	18,5 a 2,9
Sobrepeso	25 a 29,9
Obesidad I	30 a 34,9
Obesidad II	35 a 35,9
Obesidad III	>40

- **Escala Edimburgo para la Depresión Postnatal (EPDS)**

Es considerada como *gold standard* para el diagnóstico de la DPP. Creada por Cox, Holden y Sagovsky, y validado por Jadresisc, Araya, Jara C en 1995, se trata de un test



auto- administrado que nos permite la detección de las madres que padecen depresión postparto (Valencia S., 2015). Presenta un 76,7% de sensibilidad y un 92,5% de especificidad, aplicable a nivel hospitalario y en atención primaria. Costa de 10 preguntas, las mismas que valoran como la madre se ha sentido los últimos 7 días (Gutierrez et al., 2018).

En cuanto a su evaluación, a cada ítem se les da una puntuación de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. La puntuación para las preguntas de la 3^{ra} a la 10^{ma} anotan en orden inverso 3, 2, 1, 0 (Garcia, 2003).

Según el protocolo de “*Detección de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento*” de la subsecretaría de salud pública de Chile, 2014 recomiendan utilizar un corte de 9/10 puntos para el tamizaje de depresión postparto, razón por la cual en nuestro estudio se considera una puntuación de \geq a 9 puntos para una detección probable de enfermedad depresiva (Rojas, Dembowski, Borghero, & González, 2014)

- Encuesta de Régimen Alimentario

Instrumento tomado de la sección 1 del Steps de vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades no trasmisibles, que ayuda a determinar la ingesta diaria y en una semana corriente en número en raciones de frutas y verduras; al mismo tiempo la ingesta de sal y aceites (OMS, 2010).

Frutas y Verduras

Según la publicación de la OMS, 2018 para una alimentación sana de adultos en general recomienda ingerir al menos 5 porciones entre frutas y verduras. Bajo este criterio en este estudio se clasificó a las madres que consumen menos de 5 porciones entre frutas y verduras que no cumple lo recomendado, mientras que a las madres que ingieren \geq a 5 porciones, si lo cumplen (OMS, 2018).

Sal

En este estudio realizamos una reagrupación de las preguntas realizadas para crear una variable categórica de tres niveles: saludable, no saludable y poco saludable en cuanto al consumo de sal. Para la obtención de los resultados se tomaron en cuenta a la pregunta 5 y 7 que corresponden a la frecuencia de agregar sal a la comida justo antes de comerla y

al consumo de alimentos procesados con alto contenido de sal respectivamente **Anexo 10**. En la reagrupación se tomaron en cuenta las respuestas descritas en el cuestionario: siempre, a menudo, a veces, rara vez, nunca, no sé, en donde, nunca corresponde a un consumo saludable de sal, mientras que las respuestas siempre, a menudo, a veces, rara vez y no sé, corresponde a un consumo no saludable de sal y la categoría poco saludable corresponde a los casos en los que se dio una respuesta positiva para la pregunta 5 y una respuesta negativa para la pregunta 7 y viceversa.

- Aceite vegetal y grasas

Los ácidos grasos omega-3 al ser la fuente principal de los aceites vegetales, y como se enunció anteriormente, el papel que desempeña para la prevención de la DPP, a comparación con las grasas animales como manteca de chanco, mantequilla entre otras, contienen principalmente, ácidos grasos Insaturados. Según el proyecto SUN de la Universidad de Navarra, determinó que en personas con alto consumo de grasas trans, un 48% de la población presentaron un riesgo de padecer depresión a comparación de la población que no consumía (Sanchez, 2011). Es por esta razón que en nuestro estudio para la pregunta “*qué tipo de aceite consume*” se clasificó de la siguiente manera a las madres que respondieron aceite vegetal como saludable; las demás grasas como no saludable.

- Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico NSE 2011

Encuesta realizada por Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) que identifica los grupos socioeconómicos. Estratifica a la población en un nivel alto, medio alto, medio típico, medio bajo y nivel bajo; respecto a: vivienda, educación, economía, bienes, acceso a la tecnología y hábitos de consumo englobadas en 24 preguntas muy claras (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2011).

A continuación, se detallan dichos niveles con sus respectivos umbrales emitidos por el INEC:

Tabla 2. Estratificación del Nivel Socioeconómico NSE 2011 (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2011)

<u>GRUPOS</u> <u>SOCIOECONÓMICOS</u>	<u>UMBRALES (PUNTOS)</u>
---	--------------------------

A (Alto):	845,1 a 1000
B (medio alto)	696,1 a 845
C ⁺ (medio típico)	535,1 a 696
C ⁻ (medio bajo)	316,1 a 535
D (bajo)	0 a 316

Razón por la cual se utilizó la tabla N°2 para estratificar e identificar a nuestra población de estudio en qué estatus socioeconómico se encuentra.

- **Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT-ECU 2012) TOMO II**

Detalla el estado de salud de la madre - niño, aspectos nutricionales, acción física, salud económica de los ecuatorianos con edades comprendidas entre 0 - 59 años, la cual está bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2014).

Cabe recalcar que esta encuesta que aplicó en nuestro estudio solamente para la descripción inicial de la población utilizando la pregunta 5 “¿Cuántos hijos nacidos vivos tiene?” y así poder determinar si la madre es primípara o múltipara es decir tiene un solo hijo o más de uno respectivamente (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2014).

5.7 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.

La tabulación de los datos obtenidos del estudio se realizó mecánicamente, creando una base de datos en Epidata los mismos que se realizó por duplicado con su respectiva validación para corregir errores en el ingreso. Se importó la base de datos al software SPSS versión 18, donde se procedió al análisis estadístico descriptivo.

Para el análisis descriptivo se empleó: tablas y gráfico de tipo univariadas para caracterizar a la población de acuerdo con las variables estudiadas y de tipo bivariadas para relacionar la detección de la depresión y los factores de riesgo de acuerdo a los objetivos específicos planteados. Para el componente de efecto se realizó el análisis para casos y controles, empleado para medir la tendencia a la fuerza de asociación: la prueba de significancia estadística; T student, test de Fisher, chi-cuadrado y su probabilidad,



aceptándose la asociación significativa cuando sea $p < 0.05$ al relacionar los diferentes factores de riesgo con el puntaje obtenido en el EPDS.

5. RESULTADOS

Cumplimiento del estudio:

El presente trabajo de investigación se realizó en la Clínica Humanitaria “Pablo Jaramillo”, de la Ciudad de Cuenca, en el área de gineco-obstetricia y hospitalización, en el cual se intervenía a cada madre que autorizaba su libre aceptación de participación y posterior a esto se aplicaron los siguientes cuestionarios: STEPS, ASSIST, EDIMBURGO, NIVEL SOCIOECONÓMICO Y REGIMEN ALIMENTARIO que fueron auto administrados por las propias participantes.

Características de la población de estudio:

Se seleccionaron a 28 madres con depresión y 28 madres sin depresión, obteniéndose un total de la población de 56 participantes, las cuales debían cumplir con los criterios de inclusión mencionados en la metodología, para de esta manera elaborar la base de datos para la investigación.

Análisis de los resultados:

Tabla 3 Características generales de la población: madres en periodo postparto atendidas en la Clínica Humanitaria “Pablo Jaramillo” de la Ciudad de Cuenca

			CON DEPRESIÓN	SIN DEPRESIÓN	VALOR P
CIVIL	Actualmente casado	N	15	13	P ^b =0,126
		%	53,6%	46,4%	
	Soltera	N	1	6	
		%	3,6%	21,4%	
	Unión libre	N	12	9	
		%	42,9%	32,1%	
EDUCACIÓN	Nt. primaria	N	2	0	
		%	7,1	0	
	Primaria	N	7	6	
		%	25	21,4	



	Secundaria	N	16	16	P ^b = 0,380
		%	57,1	57,1	
	Universidad	N	3	6	
		%	10,7	21,4	
SITUACIÓN LABORAL	Ama de casa	N	16	12	P ^b = 0,358
		%	57,1	42,9	
	Empleada	N	4	3	
		%	14,3	10,7	
	Estudiante	N	2	5	
		%	7,1	17,9	
	Funcionaria pública	N	1	3	
		%	3,6	10,7	
	Trabajo propio	N	5	3	
		%	17,9	10,7	
T. sin remuneración	N	0	2		
	%	0	7,1		
PARIDAD	Primigesta	N	18	19	P ^c = 1
		%	64,3	67,9	
	Multigestas	N	10	9	
		%	35,7	32,1	
EDAD		M	26,21	26,36	P ^a = 0,92
		SD	4,54	5,53	
IMC		M	25,95	26,66	P ^a = 0,38
		SD	3,19	2,86	
N: Frecuencia VALOR P ^a : T Student VALOR P ^b : Chi-cuadrado VALOR P ^c : Test de Fisher					

Fuente: base de datos del estudio, 2018

Elaborado por: Las autoras

En la **tabla 3**, se refleja las características de la población que formaron parte del estudio, en las cuales se puede destacar que la edad promedio de las madres con y sin depresión

es de 26 años. En los dos grupos el promedio del IMC es de 26 kg/m² sin variación estadísticamente significativa (Tabla 3).

Considerando las características poblacionales tenemos que no existen diferencias entre los casos y los controles en el estado civil, la instrucción académica, situación laboral y paridad de las madres (Tabla 3)

Parámetros de alimentación saludable en mujeres en periodo postparto con o sin depresión.

Tabla 4. Distribución de la variable porciones de fruta y verdura por día y recomendaciones de la OMS

RACIONES DE FRUTAS Y VERDURAS POR DÍA					
		CON DEPRESIÓN		SIN DEPRESIÓN	
NÚMERO DE RACIONES	0	N	4	4	
		%	14,3	14,3	
	1—2	N	10	8	
		%	35,7	28,6	
	3—4	N	11	11	
		%	39,3	39,3	
>5	N	3	5		
	%	10,7	17,9		
FRUTAS Y VERDURAS					
FRUTAS + VERDURAS	CUMPLE (≥5)	N	4	3	P ^c = 1
		%	14,3%	10,7%	
	NO CUMPLE(<5)	N	24	25	
		%	85,7%	89,3%	
N: Frecuencia P ^c = Test de Fisher					

Fuente: base de datos del estudio, 2018

Elaborado por: Las autoras

El análisis del consumo de frutas y verduras representado en la **tabla 4**, se puede apreciar que no existen diferencias entre los casos y los controles. Apenas el 11% de los casos y el 18% de los controles consumen más de 5 raciones de frutas y verduras por día



También se realizó una valoración de acuerdo a la recomendación de la OMS, en la que menciona que el consumo de frutas y verduras saludables es de ≥ 5 raciones por día, donde se obtuvo los siguientes datos 14,3% de la población con depresión y el 10,7% sin depresión cumplen con lo antes mencionado, mientras que el 85,7% con depresión y el 89,3% sin depresión no cumplen con la recomendación de la OMS. Los resultados demuestran que las variables analizadas no presentan relación estadísticamente significativa, validando este resultado con la prueba no paramétrica del test de Fisher en la que se obtuvo un valor de $p=1$, validando la independencia de las variables depresión e ingesta saludable de frutas y verduras.

Consumo de sal

Tabla 5. Distribución de la variable ¿Con qué frecuencia agrega sal o una salsa salada a su comida justo antes de comerlo o mientras la está comiendo?

			CON DEPRESIÓN	SIN DEPRESIÓN	VALOR P		
ADICIÓN DE SAL	A menudo	N	4	1	P ^b = 0,308		
		%	14,3%	3,6%			
	A veces	N	4	6			
		%	14,3%	21,4%			
	Nunca	N	10	15			
		%	35,7%	53,6%			
	Rara vez	N	7	3			
		%	25,0%	10,7%			
	Siempre	N	3	3			
		%	10,7%	10,7%			
	N: Frecuencia Valor p ^b : Chi cuadrado						

Fuente: base de datos del estudio 2018

Elaborado por: Las autoras

En la **tabla 5** se refleja la adición de sal, antes o mientras está comiendo, se obtuvo que un 35,7% con depresión y 53,6% sin depresión nunca agregan sal, 25% con depresión y 10,7% sin depresión pertenecen a la opción rara vez, 14,3% con depresión y 21,4% sin depresión respondieron a veces, para la respuesta a menudo el 14,3% con depresión y el



3,6% sin depresión y finalmente se observó un 10,7% para depresión y sin depresión que siempre agregan sal.

Tabla 6. Distribución de la variable ¿Con qué frecuencia agregas sal o una salsa salada a su comida justo antes de comerlo o mientras la está comiendo?

			CON DEPRESIÓN	SIN DEPRESIÓN	VALOR P
ADICIÓN DE SAL	A menudo	N	5	3	p ^c =0,867
		%	17,9%	10,7%	
	A veces	N	2	3	
		%	7,1%	10,7%	
	Rara vez	N	3	3	
		%	10,7%	10,7%	
	Siempre	N	18	19	
		%	64,3%	67,9%	
N: Frecuencia Valor p^c: Test de Fisher					

Fuente: base de datos del estudio2018

Elaborado por: Las autoras

En la **tabla 6** se evidenció que la población con depresión el 64,3% con depresión y el 67,9% sin depresión siempre agregan sal; para la opción a menudo agregan sal se obtuvo el 17,9% con depresión y el 10,7% sin depresión; mientras que el 10,7% de la población con y sin depresión coincidieron con la respuesta rara vez y finalmente para opción a veces agrega sal tenemos el 7,1% con depresión y el 10,7% sin depresión; en los valores indicados evidenciamos que no hay relación estadísticamente significativa para las variables analizadas.

Tabla 7. Distribución de la variable ¿Con qué frecuencia consume alimentos procesados con alto contenido de sal?

			CON DEPRESIÓN	SIN DEPRESIÓN	VALOR P
ALIMENTOS PROCESADOS	A menudo	N	6	0	
		%	21,4%	0,0%	
	A veces	N	5	8	
		%	17,9%	28,6%	



	Nunca	N	6	11	P ^c =0,039
		%	21,4%	39,3%	
	Rara vez	N	11	9	
		%	39,3%	32,1%	
N: Frecuencia Valor p^c: Test de Fisher					

Fuente: base de datos del estudio2018

Elaborado por: Las autoras

En la **tabla 7**, de acuerdo al consumo de alimentos procesados en la población se demuestra que el 39,3% con depresión y el 32,1 % sin depresión rara vez los consumen; el 21,4% con depresión y 39,3% sin depresión nunca los consumen; para la opción a veces el 17,9% con depresión y el 28,6% sin depresión y para la opción a menudo consumen se obtuvo el 21,4% con depresión y el 0% sin depresión; con esto valoramos que el consumo de alimentos procesados puede tener una correlación con el desarrollo de depresión, obteniendo un valor de $p = 0,039$ que nos indicaría que puede tener una relación estadística significativa.

Conocimiento sobre el consumo de sal

Tabla 8. Distribución de la variable ¿Cuánta sal cree que consume?

			CON DEPRESIÓN	SIN DEPRESIÓN	VALOR P		
CONSUMO SAL	Demasiado poco	N	3	1	P ^c = 0,577		
		%	10,7%	3,6%			
	Muy poco	N	6	6			
		%	21,4%	21,4%			
	Cantidad correcta	N	19	21			
		%	67,9%	75,0%			
	N: Frecuencia Valor p^c: Test de Fisher						

Fuente: base de datos del estudio2018

Elaborado por: Las autoras

En la **tabla 8**, se valoró el conocimiento sobre el consumo de sal de la población de estudio en la cual se obtuvo que el 67,9% con depresión y 75,0% sin depresión consumen solo la cantidad correcta, aquellas pacientes que optaron por la opción muy poco



corresponden al 21,4% tanto con y sin depresión y para la opción demasiado poco tenemos que el 10,7% con depresión y 3,6% sin depresión.

Tabla 9. Distribución de la variable importancia de bajar la sal en su dieta

			CON DEPRESIÓN	SIN DEPRESIÓN	VALOR P
CONSUMO BAJO DE SAL	Algo importante	N	4	5	P ^c = 1
		%	14,3%	17,9%	
	Muy importante	N	24	23	
		%	85,7%	82,1%	
N: Frecuencia Valor p^c: Test de Fisher					

Fuente: base de datos del estudio2018

Elaborado por: Las autoras

En la **tabla 9** se evidencia el conocimiento de las participantes sobre la importancia del consumo de sal, en la cual obtuvimos resultados en los que el 85,7% con depresión y el 82,1% sin depresión, mencionaron que era muy importante bajar el consumo de sal y mientras que el 14,3% con depresión y el 17,9% sin depresión respondieron que era algo importante bajar el consumo de sal.

Control sobre el consumo de sal

Tabla 10. Distribución de la variable limita el consumo de alimentos procesados

			CON DEPRESIÓN	SIN DEPRESIÓN	VALOR P
LIMITA ALIMENTOS PROCESADOS	No	N	7	4	P ^c = 0,503
		%	25,0%	14,3%	
	Si	N	21	24	
		%	75,0%	85,7%	
N: Frecuencia Valor p^c: Test de Fisher					

Fuente: base de datos del estudio2018

Elaborado por: Las autoras

En la **tabla 10** se valora el control del consumo de sal mediante la limitación del consumo de alimentos procesados, en la que se obtuvo los siguientes resultados el 75% con depresión y el 85,7% sin depresión si limitan el consumo, mientras que el 25% con depresión y el 4% sin depresión no limitan la ingesta de alimentos procesados.

Tabla 11. Distribución de la variable mira el contenido de sal o sodio en las etiquetas

			CON DEPRESIÓN	SIN DEPRESIÓN	VALOR P
ETIQUETA	No	N	9	9	P ^c = 1
		%	32,1%	32,1%	
	Si	N	19	19	
		%	67,9%	67,9%	
N: Frecuencia Valor p^c: Test de Fisher					

Fuente: base de datos del estudio2018

Elaborado por: Las autoras

En la **tabla 11**, se evidencia si las participantes controlan el consumo de sal al mirar el contenido de sal en las etiquetas de los productos, para lo cual observamos que el 67,9% con y sin depresión si controlan la ingesta de sal mirando las etiquetas, mientras que el 19% con y sin depresión no lo hacen.

Tabla 12. Distribución de la variable compra alternativas bajas en sal o sodio

			CON DEPRESIÓN	SIN DEPRESIÓN	VALOR P
ALTERNATIVAS	No	N	17	9	P ^c =0,060
		%	60,7%	32,1%	
	Si	N	11	19	
		%	39,3%	67,9%	
N: Frecuencia Valor p^c: Test de Fisher					

Fuente: base de datos del estudio2018

Elaborado por: Las autoras

Para la valoración del control de la ingesta de sal mediante la adquisición de alternativas bajas en sal encontramos en la **tabla 12**, que el 60,7% con depresión y el 32,1% sin depresión no compran alternativas bajas en sal, mientras que el 39,3% con depresión y 67,9% sin depresión si consumen alternativas bajas en sodio.

Tabla 13. Distribución de la variable usa especias que no sean sal al cocinar

			CON DEPRESIÓN	SIN DEPRESIÓN	VALOR P
USO DE ESPECIAS	No	N	15	11	P ^c =0,422
		%	53,6%	39,3%	
	Si	N	13	17	
		%	46,4%	60,7%	
N: Frecuencia Valor p ^c : Test de Fisher					

Fuente: base de datos del estudio2018

Elaborado por: Las autoras

En la **tabla 13** se valora si las participantes controlan el consumo de sal mediante el uso especias que no sean sal al cocinar, encontrándose los siguientes resultados, el 53,6% con depresión y el 39,3% sin depresión no usan especias al cocinar, mientras que el 46,4% con depresión y el 60.7% sin depresión si consumen otras especias que no sea sal al preparar sus alimentos.

Tabla 14. Distribución de la variable evita comer alimentos procesados fuera de su hogar

			CON DEPRESIÓN	SIN DEPRESIÓN	VALOR P
FUERA DEL HOGAR	No	N	6	9	P ^c = 0,547
		%	21,4%	32,1%	
	Si	N	22	19	
		%	78,6%	67,9%	
N: Frecuencia Valor p ^c : Test de Fisher					

Fuente: base de datos del estudio2018

Elaborado por: Las autoras

En la **tabla 14** se evidencia que el 78,6% con depresión y el 67,9% sin depresión si controlan la ingesta de sal, evitando consumir alimentos procesados fuera del hogar mientras que el 221,4% con depresión y el 32,1% sin depresión no lo evitan.

Tabla 15. Distribución de la variable ingesta saludable de la ingesta de sal

			CON DEPRESIÓN	SIN DEPRESIÓN	VALOR P
CONTROL	No saludable	N	3	1	P ^c = 0,543



DE SAL		%	10,7%	3,6%
	Poco saludable	N	17	17
		%	60,7%	60,7%
	Saludable	N	8	10
		%	28,6%	35,7%
N: Frecuencia P^c: Test de Fisher				

Fuente: base de datos del estudio 2018

Elaborado por: Las autoras

En la **tabla 15** se expresan los resultados de la reagrupación de las preguntas sobre el consumo de sal para poderlas categorizar en tres niveles: saludable, poco saludable y no saludable, obteniéndose los siguientes valores: 60,7% con depresión y sin depresión tienen un consumo poco saludable de sal, el 28,6% con depresión y el 35,7% sin depresión presenta un consumo saludable, mientras que el 10,7% con depresión y el 3,6% sin depresión manifiestan un consumo no saludable, los resultados expuestos junto con la prueba de test de Fisher con la que se obtuvo un valor de 0,543, por lo que se puede decir que las variables ingesta saludable de sal no mostraron significancia estadística con el desarrollo de depresión.

Consumo de grasa

Tabla 16. Distribución de la variable consumo de grasa

			CON DEPRESIÓN	SIN DEPRESIÓN	VALOR P
ACEITES	Poco saludable	N	1	1	P ^c = 1
		%	3,6%	3,6%	
	Saludable	N	27	27	
		%	96,4%	96,4%	
N: Frecuencia P^c: Test de Fisher					

Fuente: base de datos del estudio 2018

Elaborado por: Las autoras

En la **tabla 16** se valoró la ingesta de grasa de las participantes, en las que se consideró que las que utilizaban aceite vegetal mantenían una ingesta saludable, encontrando que



el 96,4% con y sin depresión pertenecen a este grupo mientras que un 3,6% presentaron una ingesta poco saludable por el uso de manteca o sebo y mantequilla

Estado nutricional en relación con el Índice de Masa Corporal de mujeres postparto con ausencia o presencia de Depresión.

Tabla 17. Distribución de la variable Índice de Masa Corporal

			CON DEPRESIÓN	SIN DEPRESIÓN	VALOR P
IMC	obesidad grado I	N	2	3	P ^c = 0,879
		%	7,1%	10,7%	
	Peso normal	N	9	8	
		%	32,1%	28,6%	
	Sobre peso	N	17	17	
		%	60,7%	60,7%	
N: Frecuencia P^c: Test de Fisher					

Fuente: base de datos del estudio2018

Elaborado por: Las autoras

En la **tabla 17** se pudo observar que no existió diferencias significativas entre las madres con depresión y sin depresión, pues se presentó una mayor prevalencia de sobrepeso con un 60,7% para los dos casos, seguida por un 32,1% para las madres que presentan depresión frente a un 8,6% sin depresión en el caso de peso normal y para obesidad grado I se presentó un 7,1% para madres con depresión en relación a un 10,7% para las madres sin depresión. Estos resultados indican que las madres postparto tanto con depresión y sin depresión presentan sobrepeso, pero no es una característica significativa para decir que el sobrepeso es un factor predisponente para el desarrollo de depresión, pues este resultado también está validado con la prueba de test de Fisher con un valor de 0,879, el mismo que nos indica que no existe significancia estadística.

Nivel Socioeconómico de las madres postparto con presencia o ausencia de depresión

Tabla 18. Distribución de la variable Nivel Socioeconómico

	CON	SIN	VALOR P



			DEPRESIÓN	DEPRESIÓN	
NIVEL	B(medio alto)	n	3	4	p ^C = 0,944
		%	10,7%	14,3%	
	C-(medio bajo)	n	11	9	
		%	39,3%	32,1%	
	C+(medio típico)	n	13	14	
		%	46,4%	50,0%	
D(bajo)	n	1	1		
	%	3,6%	3,6%		
N: Frecuencia P ^C : Test Fisher					

Fuente: base de datos del estudio 2018

Elaborado por: Las autoras

INTERPRETACIÓN: El nivel socio económico descrito en la **tabla 18**, evidencia que las madres en estado postparto para casos y controles se encuentran en el nivel medio típico y no representa relación estadística significativa, pues tanto aumente como disminuye el nivel que se encuentren, las madres presentan signos depresivos.

6. DISCUSIÓN

En nuestro estudio determinamos los factores de riesgo para la depresión de las madres en estado de puerperio de 0 – 2 meses, que acudieron al control postnatal en la Clínica Humanitaria Pablo Jaramillo de la ciudad de Cuenca en los meses de Mayo - Junio 2018; asociados a la ingesta alimentaria, índice de masa corporal y nivel socioeconómico.

La DPP, la mayoría de las veces pasa desapercibida como problema de la salud pública, se cree que en algo natural que la madre tiene que experimentar y no se formulan protocolos para su detección subjetiva especialmente en el manejo de pacientes púerperas, para su diagnóstico y tratamiento temprano (Castellón, 2012).

Una alimentación nutritiva es esencial para el normal funcionamiento del cerebro y para un correcto funcionamiento de la actividad neuronal, lo que determinaría una conexión entre la nutrición y la depresión. En un estudio realizado por (Cherlyen, T y col, 2018), *Asociaciones prospectivas de patrones dietéticos maternos y salud mental posparto en una cohorte asiática multiétnica: el crecimiento en Singapur hacia resultados saludables (GUSTO)*, en una población de 490 mujeres, se determinó, que la ingesta de sopas de verduras, frutas y verduras está asociada con menos síntomas de depresión postparto. Correlacionándose con el estudio realizado por (Wolniczak. I, 2017) *Fruits and vegetables consumption and depressive symptoms: A population-based study in Peru*, en la población de 25 regiones rurales y urbanas del Perú, en las cuales se valoró el consumo de frutas y verduras, de acuerdo a la recomendación de la OMS y si ésta ingesta está relacionada con la prevalencia de los síntomas depresivos, el resultado encontrado fue afirmativo pues, se observó una ingesta < de 5 raciones de frutas y verduras predispone al desarrollo de depresión (Wolniczak et al., 2017)

También otro estudio realizado por Kaya, determinó *el Consumo de grupos de alimentos clave durante el posparto en madres negras no hispanas de bajos ingresos*, en el cual se obtuvo que las madres analizadas en un periodo de 18 meses, no cumplían con las recomendaciones de las *Pautas dietéticas de 2010 para los estadounidenses*(DGA de los siguientes alimentos: frutas, verduras, granos, granos enteros, alimentos con proteínas y productos lácteos, así como un límite superior estimado para el consumo de bebidas azucaradas, pues se determinó que la causa del incumplimiento era , el costo económico



y la falta de tiempo para la preparación, ya que más de la mitad de las participantes trabajaban (Kaya et al., 2017).

Mientras que el estudio realizado por (Nathanson R & col, 2017), Dieta prenatal y síntomas depresivos postparto : un estudio prospectivo, valoro la relación entre la ingesta de frutas , verduras y pescado y los síntomas depresivos postnatales a los 12 meses después del parto, en el mismo que no se encontró una asociación (Nathanson, Hill, Skouteris, & Bailey, 2017), lo que se correlaciona con los resultados obtenidos en nuestro estudio, pues la población estudiada no mostro relación estadísticamente significativa para las variables depresión e ingesta de frutas y verduras.

La valoración de la calidad nutricional de nuestro estudio estaba también relacionada con la ingesta de sal y de grasas saludables de las madres con depresión y sin depresión. En relación a la ingesta, el conocimiento del consumo y sobre el control de la ingesta sal, tenemos que la frecuencia con la que adicionan sal antes o mientras están comiendo, el 35,7% con depresión y 53,6% sin depresión nunca agregan sal, por lo que se puede decir que las madres sin depresión adicionan menos sal las que presentan depresión; en lo referente a la adición de sal al preparan los alimentos tenemos que el 64,3% con depresión y el 67,9% sin depresión siempre lo realizan y, finalmente valorando el consumo de alimentos procesados, de las madres con depresión el 21,4% nunca consumen y el 39,3% rara vez ingieren y de las madres sin depresión el 39,3% nunca consumen y el 32,1% lo hacen rara vez, ante estos valores podemos decir que las madres que no presentan depresión es decir los controles no adicionan sal al momento de comer los alimentos y también tiene un control mayor en la ingesta de alimentos procesados con alto contenido de sal, y de esta forma evitan la ingesta excesiva de sal en su dieta. En lo referente al conocimiento sobre el consumo de sal, mayor parte de la población está informada sobre los problemas que puede causar el uso excesivo de sal, pues esta son las expuestas dadas por las participantes con depresión el 67,9% dicen, que consumen la cantidad correcta de sal en relación al 75% sin depresión, también dan a conocer que para las madres con depresión el 85,7% es muy importante bajar el consumo frente al 82,1% de las madres sin depresión y finalmente toda la población coincide con que un excesivo consumo de sal puede llegar a generar problemas en la salud. Al valorar las medidas de control de la ingesta de sal obtuvimos que, las madres sin depresión el 85,7% limitan el consumo de alimentos procesados en relación al 75% con depresión, al considerar la revisión de las etiquetas nutricionales se obtuvo que el 67,9% de las madres



con depresión y sin depresión lo realizan, pero al momentos de la adquisición de productos tenemos que 60,7% con depresión no opta por alternativas bajas en sal mientras que, el 67,9% sin depresión si lo hace, en lo relacionado con el uso de especias al cocinar tenemos que el 53,6% con depresión no los utiliza frente al 60,7% sin depresión que si lo hacen y finalmente ambos grupos de madres evitan el consumo de alimentos fuera del horas en un 78,6% con depresión y un 67,9 % sin depresión. Al analizar la valoración de la ingesta de sal, se observó que la población tanto con depresión y sin depresión era poco saludable correspondiendo al 60,7%, en la valoración de este parámetro de debe tener presente las limitaciones que presenta el estudio, pues cada respuesta es sugestiva a cada participante y puede ser cambiante, por lo que se debería realizar una valoración cuantitativa para poder relacionarlos con la recomendación del cinco gramos hecha por la OMS y así poder valorar si las alternativas de consumo se refleja con el valor de ingesta (OMS, 2018).

En relación al IMC postparto tenemos, que el embarazo ha sido considerado como causante para el desarrollo de obesidad, esto por el aumento excesivo de peso y la retención de peso a largo plazo, pero un estudio realizado por Ertel, "*Peso perinatal y riesgo de síntomas depresivos prenatales y posparto*", donde se trabajó con madres embarazadas y en estado postparto, han demostrado una asociación prospectiva entre la obesidad antes del embarazo y los síntomas depresivos a los 6 meses de postparto, sin evidenciar relación entre el peso perinatal y la depresión postparto (Ertel et al., 2016).

Mientras que un estudio realizado por Ruyak, "La obesidad antes del embarazo y un modelo predictivo de comportamiento biológico para la depresión posparto", en una muestras de 111 madres en estado peripato, el mismo que indico el IMC antes del embarazo no se asociara con síntomas de DPP. Resultados de interés que se encontraron en este estudio fue la relación entre el estrés en el último trimestre de embarazo y los síntomas de depresión postparto y también se pudo evidenciar la relación del IMC antes del embarazo y la presencia de citoquinas pro inflamatorias, relacionadas con la salud metal (Ruyak, Lowe, Corwin, Neu, & Boursaw, 2016). Correlacionándose con los datos obtenidos por (Xiao et al, 2014) en el que determinaron: "*El impacto del sueño, el estrés y la depresión en la retención de peso después del parto: una revisión sistemática*", comprendida en una revisión bibliográfica desde 1990 - 2013, en que consideraron que, las nuevas madres experimentaban en esta etapa alteraciones del



sueño, nuevos desafíos de la vida y el estrés aumentaba, los hallazgos encontrados fueron que una alteración del sueño estaba relacionado con una mayor retención de peso, en este análisis se determinó que el estrés no estaba asociado con la retención de peso y finalmente se obtuvo un resultado mixto entre la depresión postparto y la retención de peso (Xiao et al., 2014). Los resultados obtenidos en los diferentes estudios están correlacionados con los resultados obtenidos en nuestro análisis pues, no se presenta encontró una relación significativa ente el IMC postparto y el desarrollo de depresión, pues tanto las madres con y sin depresión presentan sobrepeso en esta etapa (Anexo 12). Para estudios posteriores se deberíamos considerar otros factores predisponentes ente los cuales tenemos IMC pre gestacional, alteraciones de sueño, estrés y la calidad dietética en esta, que ya se mencionan en los estudios anteriores. Pues un estudio realizado por (Bolton et al., 2017) en el que se determinó que un consumo de una dieta en alto contenido de grasa y aminoácidos de cadena ramificada junto con un aumento de peso gestacional, puede generar desregularización de la serotonina en el sistema nervioso central produciendo DPP y ansiedad, este estudio fue realizado en el laboratorio en ratones, por lo que realizarlo en seres humanos validaría los resultados encontrados (Bolton et al., 2017).

En lo referente al nivel socioeconómico, en un estudio realizado en Argentina, denominado *“Factores asociados con depresión posparto en mujeres con un nivel socioeconómico bajo”*, con una población de 539 participantes, se determinó que un 31.0% de las madres con un nivel socioeconómico bajo presentaron DPP y recalcaron la necesidad de emplear otras técnicas de detección para la DPP y su relación con el nivel socioeconómico (Pham et al., 2018).

Según, (Mukherjee, Coxe, Fennie, Madhivana, & Trepka, 2016) en su estudio de acontecimientos estresantes y DPP, donde principalmente se valoró el estatus económico de las madres y otros factores estresantes, afirma que se ha encontrado un 11.3% de madres con síntomas depresivos consecuentes de factores estresantes independientes al nivel socioeconómico como es el caso una mala relación con su pareja, ansiedad, traumatismos. En nuestro estudio no se pudo evidenciar alguna significancia estadística $p= 0,944$ de acuerdo a los datos obtenidos se muestra que la población de estudio se encuentra en un estado medio típico, el 46.4% presenta riesgo de desarrollar DPP a diferencia un 50 no presenta riesgo alguno (Anexo 13); lo que explica que el nivel



socioeconómico principalmente el bajo no relaciona con DPP, más bien se podrá deber que influyen otros factores como afines a la ansiedad, emoción, mala relación con la pareja (Mukherjee et al., 2016).

7. CONCLUSIONES

- De acuerdo al régimen alimentario: consumo de frutas, verduras, sal, y aceites-grasas por parte de las madres en estudio no son factores predisponentes para el desarrollo de DPP ya que no son estadísticamente significativos.
- En cuanto al consumo de aceites tenemos que la mayoría de la población sufre depresión a pesar que consumen saludablemente, sin embargo, es necesario que futuros estudios apliquen otros instrumentos para evaluar más objetivamente el consumo de grasas.
- En el análisis IMC - depresión no guarda relación estadística significativa alguna para que las madres presenten DPP, a pesar que tanto para el grupo control y casos predomina la obesidad.
- La mayoría de la población en estudio se encuentra en un nivel socioeconómico medio (C+ típico), este factor es independiente a la DPP.

8. RECOMENDACIÓN

- Trabajar con una muestra más representativa, para tener una visión más amplia.
- Analizar de forma cualitativa el consumo de frutas y verduras para una mejor asociación de sus fuentes nutritivas y el desarrollo de la DPP.
- Es recomendable hacer un seguimiento y obtener resultados cuantitativos para compararlos con el consumo de cinco gramos diarios de sal/sodio recomendados por la Organización Panamericana de Salud
- Para la valorización del consumo de aceites y grasas emplear otros instrumentos que permitan especificar qué tipo de aceite vegetal.
- Se recomienda incluir en el estudio un 10% adicional de participantes, en el caso de que se retiren del estudio.
- Concientizar a la población prevista para el estudio, la importancia de participar en estos proyectos.

9. BIBLIOGRAFIA

- Adam, G. (2013). *Depresión postparto, hostilidad y hábitos de salud*. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Adamu, A., & Adinew, Y. (2018). Domestic Violence as a Risk Factor for Postpartum Depression Among Ethiopian Women: Facility Based Study. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 14(1), 109–119.
<https://doi.org/10.2174/1745017901814010109>
- Álvarez, M., Atienza, G., Ávila, M., González, A., Guitián, D., De las Heras, E., ... Triñanes, Y. (2014). Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto. Retrieved from
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf
- Apaza, M. (2017). Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, mayo 2016 TESIS Para optar el Título Profesional de Licenciado en Obstetricia. Retrieved from
http://200.62.146.130/bitstream/handle/cybertesis/5685/Gonzales_am.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Armas, G., Pezoa, R., & Vásquez, J. (2010). Factor neurotrófico derivado del cerebro en el trastorno depresivo mayor *El Residente*, 5(1), 19–21. Retrieved from
<http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2010/rr101e.pdf>
- Balanza, V. (2016). Ácidos grasos omega-3 como tratamiento complementario de la depresión : ¿ qué evidencia tenemos ? *Servicio de Psiquiatría*. Retrieved from
<https://www.micof.es/bd/archivos/archivo4615.pdf>
- Bolton, J., Wiley, M., Ryan, B., Truong, S., Strait, M., Baker, D., ... Simmons, L. A. (2017). Perinatal western-type diet and associated gestational weight gain alter postpartum maternal mood. *Brain and Behavior*, 7(10), 1–16. <https://doi.org/10.1002/brb3.828>
- Borrero, I., & Castro, S. (2017). *Frecuencia de depresión posparto en puérperas del hospital vicente corral moscoso. Cuenca-ecuador. 2017*. Universidad de Cuenca. Retrieved from
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28274/1/PROYECTO DE>

INVESTIGACIÓN.pdf

- Caballer, J. (2018). Datos sobre los ácidos grasos omega-3. *Psiquiatría Biológica*, 1–4. Retrieved from <https://ods.od.nih.gov/factsheets/Omega3FattyAcids-DatosEnEspañol/>
- Caballer, J., & Jim, L. (2010). Ácidos omega-3 en psicogeriatría: implicaciones en depresión y demencia. *PSICOGERIATRÍA*, 2(2), 83–92. Retrieved from https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0202/0202_0083_0092.pdf
- Caballer, J., Torío, E., Jimenez, L., & Sánchez, S. (2017). Ácidos Grasos Omega-3 Y Depresión: Una Revisión Sistemática. *Psiquiatría Biológica*, 24(1), 10–17. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2016.12.001>
- Callado, L. (2013). Depresión: Psicosis Trastorno Bipolar Trastornos del Sueño. *Sociedad Iberoamericana de Información Científica*, 1.
- Caparros, R., Gonzalez, B., & Peralta, M. (2017). Risk factors for suicide attempt in pregnancy and the post-partum period in women with serious mental illnesses. *Journal of Psychiatric Research*, 84, 284–291. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.10.009>
- Carrillo, M. (2012). *Factores Asociados a Depresión Postparto en mujeres que acuden al Hospital General de Ecatepec "Dr. José María Rodríguez"*. Retrieved from <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14203/401913.pdf?sequence=1>
- Castellón, A. (2012). Actualizaciones en depresión posparto. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(4), 576–586. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000400016
- Cerda, M. (2017). *Factores sociodemográficos, primiparidad y su relación con la depresión postparto en puérperas de 20 a 34 años atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé - enero 2017*. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. Retrieved from http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6017/Cerda_sm.pdf?sequence=1&isAllowed=y..fatiga

Ertel, K., Huang, T., Rifas, S., Kleinman, K., Edwards, J., Oken, E., & James, T. (2016).

Perinatal Weight and Risk of Prenatal and Postpartum Depressive Symptoms. *Ann Epidemiol.*, 15(5), 477–491.

<https://doi.org/10.1586/14737175.2015.1028369.Focused>

Fundación Española de la Nutrición. (2018). Frutas y Hortalizas Nutrición y salud en la España del S. XXI. Retrieved from

https://www.fen.org.es/storage/app/media/imgPublicaciones/INFORME_FRUTAS_Y_HORTALIZAS_FEN_2018.pdf

Garcia, L. (2003). Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS). *J. Affect. Disord.*, Jun, 75(1), 71–76.

Retrieved from https://www.nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf

Gutierrez, A., Gallardo, D., Labad, J., Santos, R., García, L., Gelabert, E., ... Sanjuan, J. (2018). Estructura factorial de la versión española de la Escala de Depresión

Posnatal de Edimburgo. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 46(5), 174–182. Retrieved from

<http://apps.webofknowledge.com/InboundService.do?customersID=Alerting&mode=FullRecord&IsProductCode=Yes&product=WOS&Init=Yes&Func=Frame&DestFail=http%3A%2F%2Fwww.webofknowledge.com&action=retrieve&SrcApp=Alerting&SrcAuth=Alerting&SID=F3g7ffRWNSHU7S9DgLS&U>

Hall, V., Lowe, N., Crossland, N., Berti, C., Cetin, I., Hermoso, M., ... Dykes, F. (2010).

Nutritional requirements during lactation. Towards European alignment of reference values: The EURRECA network. *Maternal and Child Nutrition*, 6(SUPPL. 2), 39–54.

<https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2010.00276.x>

Hernández, H., Coronel, P., Aguilar, J., & Castro, E. (2016). Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. *Salud Mental*, 39(1), 47–58.

<https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.067>

Hurtado, W. (2017). *Nivel socioeconómico bajo como factor asociado a depresión puerperal*. Universidad privada antenor orrego. Retrieved from

http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2641/1/RE_MED.HUMA_WALTER.HURTADO_NIVEL.SOCIOECONOMICO.BAJO_DATOS.PDF

- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2011). Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico NSE 2011. Retrieved from http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Encuesta_Estratificacion_Nivel_Socioeconomico/111220_NSE_Presentacion.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2014). Encuesta Nacional de Salud, Salud Reproductiva y Nutrición (ENSANUT). Retrieved from <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/category/ensanut/>
- Instituto Nacional de la Salud. (2014). Información sobre la depresión posparto. *Información Sobre Depresión Postparto*, 5–6.
- Jadresic, E. (2014). Depresión perinatal: Detección y tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(6), 1019–1028. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70651-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70651-0)
- Kaya, M., Wassera, H., Adair, L., Thompsona, A., Maria, A., Siega, A., ... Bentley, M. (2017). Consumption of key food groups during the postpartum period in low-income, non-Hispanic black mothers, 161–167. <https://doi.org/10.1186/s40945-017-0033-9>. Using
- Lorente, A. (2014). Alimentación saludable durante el embarazo , parto y puerperio. *Jornadas de salud perinata*. Retrieved from https://www.sergas.es/docs/muller/VIIIPerinatal/Documentacion/5_Alimentacion_emb_puer_lm_Ana.pdf
- Markhus, M., Skotheim, S., Graff, I., Frøyland, L., Braarud, H., Stormark, K., & Malde, M. (2013). Low Omega-3 Index in Pregnancy Is a Possible Biological Risk Factor for Postpartum Depression. *PLoS ONE*, 8(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0067617>
- Martínez, M., & González, A. (2017). Suplementos nutricionales en trastornos depresivos. *Actas Esp Psiquiatr*, 4545(1), 8–158. Retrieved from <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/suplements/19/ESP/19-ESP-743958.pdf>
- Meléndez, M., Díaz, M., Bohorjas, L., Cabaña, A., Casas, J., Castrillo, M., & Corbino, J. (2017). Depresión postparto y los factores de riesgo. *Salus.UC*, 21(3), 7–12.

Retrieved from <https://www.redalyc.org/pdf/3759/375955679003.pdf>

- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2013). Nutrición de la mujer embarazada y en período de lactancia. *MIES, Acción Nutrición*, 10–11. Retrieved from <http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/GUIA-1-MADRE-EMBARAZADA-Y-LACTANCIA.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Alimentación y Nutrición de la Mujer Gestante y de la Madre en Período de Lactancia. Guía de Práctica Clínica(GPC)* (Vol. 1). Retrieved from [http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/guias 2014/Alimentacion y nutricion de la madre 25-11-14.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/guias%202014/Alimentacion%20y%20nutricion%20de%20la%20madre%2025-11-14.pdf)
- Molero, K., Ramón, J., Sanabria, C., Zambrano, N., Contreras, A., Azuaje, E., & Baabel, N. (2014). Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 79(4), 294–304. Retrieved from <http://revistasochog.cl/files/pdf/TRABAJOSORIGINALES077.pdf>
- Moreno, C., Rincon, T., Arenas, M., Sierra, D., Cano, P., & Cárdenas, D. (2014). La Mujer En Posparto: Un Fenómeno De Interés e Intervención Para La Disciplina De Enfermería. 5(2), 739–747. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359533181005%5Cnhttp://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359533181005>
- Mukherjee, S., Coxe, S., Fennie, K., Madhivana, P., & Trepka, M. (2016). Antenatal Stressful Life Events and Postpartum Depressive Symptoms in the United States: The Role of Women’s Socioeconomic Status Indices at the State Level. *PubMed*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27875058>
- Nathanson, R., Hill, B., Skouteris, H., & Bailey, C. (2017). Dieta prenatal y síntomas depresivos posparto : un estudio prospectivo. *PudMed*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29655007>
- Olivas, A., & Stephanie, M. (2015). *Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el hospital nacional Daniel Alcides Carrion durante abril – junio, 2015*. UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARCOS. Retrieved from http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4355/1/Atencia_os.pdf

- OMS. (2010a). El método STEPwise de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de enfermedades crónicas. Retrieved from <https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/riskfactor/es/>
- OMS. (2010b). *Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias*. Retrieved from https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_intervention_spanish.pdf
- OMS. (2015). Atención posparto a madres y a recién nacidos, 1–8. Retrieved from <https://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/2016/03/WHO-PNC-2014-Briefer-A4-SP.pdf>
- OMS. (2016). Consumo de Sal. Retrieved from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/salt-reduction>
- OMS. (2018). Alimentación Sana. Retrieved from <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- Organizacion Panamericana de la Salud. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Retrieved from <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- Orozco, W. (2013). Depresion Postparto. *Revista Medica De Costa Rica Y Centroamerica Lxx*, (608), 639–647. Retrieved from <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/608/art14.pdf>
- Pham, D., Cormick, G., Amyx, M., Gibbons, L., Doty, M., Brown, A., ... Belizán, J. (2018). Factores asociados con la depresión posparto en mujeres de bajo nivel socioeconómico en Argentina: un enfoque de modelo jerárquico. *PudMed*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29179143>
- Port, C. (2007). *Fisiopatología Salud- enfermedad un enfoque conceptual*. (Panamericana, Ed.) (7ma ed.).
- Rojas, I., Dembowski, N., Borghero, F., & González, M. (2014). Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1128/AAC.02190-13>

- Ruyak, S., Lowe, N., Corwin, E., Neu, M., & Boursaw, B. (2016). Prepregnancy Obesity and a Biobehavioral Predictive Model for Postpartum Depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 45(3), 326–338.
<https://doi.org/10.1016/j.jogn.2015.12.013>
- Sanchez, A. (2011). El efecto de las grasas sobre la depresión. Retrieved from <https://www.madrimasd.org/informacionidi/analisis/analisis/analisis.asp?id=47890>
- Sánchez, A. (2013). Psicofarmacología De La Depresión. *CM de Psicobioquímica*, 2, 37–51. Retrieved from http://www.psicobioquimica.org/cancer_depresion_1.html
- Valencia, S. (2015). La depresión Postparto, 1–33. Retrieved from https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/23448/depresion_postparto_saioavalencia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Valenzuela, R., Tapia, G., González, M., & Velenzuela, A. (2014). Ácidos grasos omega-3 (epa y dha) y su aplicación en diversas situaciones clínicas. *Food and Function*, 5(7), 1564–1572. <https://doi.org/10.1039/c3fo60688k>
- Vega, S. (2017). *Aspectos nutricionales de la depresión*. Universidad de vallalodid. Retrieved from <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/24948/1/TFG-M-N997.pdf>
- Waitzberg, D., & Garla, P. (2014). Contribución de los Ácidos grasos omega-3 para la memoria y la función cognitiva. *Nutricion Hospitalaria*, 30(3), 467–477.
<https://doi.org/10.3305/nh.2014.30.3.7632>
- Wolniczak, I., Cáceres, J., Maguiña, J., & Ortiz, A. (2017). Fruits and vegetables consumption and depressive symptoms: A population-based study in Peru. *PLoS ONE*, 12(10), 1–12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186379>
- Xiao, R., Kroll, A., Goldberg, R., Pagoto, S., Person, S., & Waring, M. (2014). The impact of sleep, stress, and depression on postpartum weight retention: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 77(5), 351–358.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.09.016>

ANEXOS

ANEXO 1: Consentimiento Informado

Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos

Universidad San Francisco de Quito

El Comité de Revisión Institucional de la USFQ

The Institutional Review Board of the USFQ

Título de la investigación: Factores de Riesgo para depresión periparto en mujeres que acuden a la Fundación Pablo Jaramillo en Cuenca-Ecuador.

Organización del investigador Universidad de Cuenca

Nombre del investigador principal Angélica María Ochoa Avilés (MD, PhD), Universidad de Cuenca

Datos de localización del investigador principal: teléfono: 074051000 Ext. 3152, celular: 0984881425, correo electrónico: angelica.ochoa@ucuenca.edu.ec

Co-investigadores:

Universidad de Cuenca: Diana Astudillo (Dra. MSt), Susana Andrade T. (Ing. Qui, PhD), Silvana Donoso M. (Dra, MSc), Johana Ortiz U. (Bioq, PhD), Diana Morillo A. (MD), María José Peñaherrera Vélez. (Psic. Cl.)

Hospital del Río: Pedro Cordero (MD, Psiquiatra).

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO
Introducción
Reciba un cordial saludo, mi nombre es Angélica Ochoa Avilés, profesora e investigadora de la Universidad de Cuenca. Estamos haciendo una investigación para identificar factores que podrían causar depresión en el embarazo y después del parto. Muchas mujeres desconocen la existencia de



depresión, esta enfermedad al no ser tratada puede dar lugar a complicaciones para la madre como para el niño, se ha relacionado incluso con una mala relación madre-hijo y malas conductas de los hijos.

Podrá hacer todas las preguntas que necesite para entender de qué se trata el estudio. Antes de aceptar puede consultar con su familia y/o amigos si quisiera participar o no.

Descripción de los procedimientos

Durante el estudio, usted se reunirá en tres ocasiones con personal del proyecto y estudiantes capacitadas

de la Universidad de Cuenca, a continuación, se detallan las actividades de cada reunión:

Primera reunión

La primera reunión tendrá lugar en la clínica, donde realizaremos las siguientes actividades:

- entrevista acerca del consumo de tabaco, alcohol y drogas (15 minutos)
- entrevista acerca de antecedentes de enfermedades crónicas (30 minutos)
- entrevista para determinar la presencia de síntomas de depresión (15 minutos)
- toma de peso y talla por parte del personal de enfermería (10 minutos)

Segunda reunión

En la segunda reunión las investigadoras la visitarán en su hogar, durante esta visita se realizarán las siguientes actividades:

- entrevista acerca de su actividad física (20 minutos)
- entrevista acerca de consumo de alimentos (30 minutos)
- toma de su presión arterial (15 minutos)
- entrevista acerca de sus ingresos, nivel socioeconómico y acceso a seguro médico (25 minutos)
- indicaciones para toma de muestra de orina: se le entregará un frasco en el cual debe recoger toda su orina durante 24 horas, esto nos permitirá determinar la concentración de una sustancia conocida como Magnesio (5 minutos)

Tercera reunión

La tercera reunión también se realizará en su casa, en ella se abordará lo siguiente:

- entrega de la orina recolectada (5 minutos)



- entrevista acerca de antecedentes de violencia y apoyo familiar (15 minutos)
- entrevista acerca de antecedentes de depresión y ansiedad (15 minutos)

Riesgos y beneficios

Riesgos

Responder las preguntas de los cuestionarios de salud y recolectar la muestra de orina representa un mínimo riesgo, por ejemplo incomodidad o nerviosismo al responder algunas preguntas personales sobre sus sentimientos y su relación de pareja o al recolectar la muestra de orina. Los investigadores reducirán el riesgo al realizar las entrevistas en privado, proporcionando el tiempo necesario para responder las preguntas, además de garantizar la privacidad y confidencialidad de la información. Respecto a la recolección de la muestra de orina se realizará en el hogar y los encuestadores acudirán al domicilio para receptar la misma.

Las mediciones antropométricas y de la presión arterial podrían producir riesgos mínimos para su salud, por ejemplo incomodidad y sentimiento de invasión de privacidad. Se minimizarán estos riesgos mediante la presencia de personal capacitado en aplicar procedimientos de medición de presión arterial y antropometría en un área adecuada para el fin, que garantice su privacidad.

Beneficios

Si usted presenta depresión o ansiedad la evaluará un psicólogo y un psiquiatra de manera gratuita, ellos le indicarán el tratamiento que usted debe seguir. En caso de que requiera una terapia psicológica usted será referida a profesionales del Ministerio de Salud para su atención y seguimiento.

En caso de que usted sufra violencia conyugal de cualquier tipo, usted puede acceder a las redes de apoyo de la Casa María Amor o de la Municipalidad de Cuenca siempre y cuando usted esté de acuerdo.

Luego de finalizada la investigación se le entregará un informe detallado de su estado de salud en caso de encontrar alguna anomalía usted será referida a profesionales del Ministerio de Salud para su tratamiento.

Confidencialidad de los datos



Toda la información que nos proporcione será confidencial. Esto quiere decir que nadie sabrá sus respuestas. Los documentos siempre tendrán números. No se usarán su nombre en ningún resultado. Sólo los investigadores podrán ver su información. Además, el Comité de Bioética de la Universidad San Francisco de Quito podrá acceder a tus datos en caso de que usted necesite solucionar problemas.

Derechos y opciones del participante

Si acepta participar, no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada en este estudio, todos los gastos serán pagados por la universidad. Debe saber que no tiene obligación de aceptar, puede participar voluntariamente, sólo si usted quiere y si no acepta participar no perderá nada. Además puede retirarse del estudio en cualquier momento, solo deberá comunicarme su decisión.

Información de contacto

Si tiene alguna pregunta sobre el estudio puede llamar al siguiente teléfono 074051000 Ext 3152, celular 0984881425 que pertenece a Angélica María Ochoa Avilés (MD, PhD), o enviar un correo electrónico a angelica.ochoa@ucuenca.edu.ec

Si tiene preguntas sobre este formulario puede enviar un correo al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

Consentimiento informado

Yo _____ (escriba su nombre completo), comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar, en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de



consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.	
Firma del participante	Fecha
Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha

ANEXO 2: Instrumento STEPS

PARA LA VIGILANCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES - CUENCA-ECUADOR

PRIMER PASO DATOS PERSONALES DEL ENTREVISTADO		
INFORMACIÓN SOBRE LA ENCUESTA		
Lugar y fecha	Respuesta	Clave
Identificación de la institución		11
Dirección domiciliaria (calle principal, secundaria, numero ,referencia)		12
Cantón		13



Parroquia		14
Comunidad		15
Identificación del entrevistador		16
Fecha en que se cumplimentó el cuestionario	Día/ Mes/Año	17
Consentimiento, idioma de la entrevista y nombre	Respuesta	Clave
Se leyó el texto del consentimiento al entrevistado y este lo concedió	Si 1	18
	No 2	
	Si la respuesta es NO, Terminar	
Idioma de la entrevista	Español 1	19
	Inglés 2	
	Italiano 3	
	Alemán 4	
Hora de la entrevista (sistema de 24 horas)	Hora/ minutos	20
Apellidos		21



Nombres		22
Otra información que puede resultar útil		
Número de teléfono para contacto, siempre que sea posible		23
Fecha de su última menstruación		24
	Día/ Mes / Año	
Período de gestación en semanas		
Período de posparto		25
Pregunta	Respuesta	Clave
¿En qué fecha nació usted? No sé 77 77 7777	Día / Mes/ Año Si lo sabe, pasar a C4	C2
¿Qué edad tiene usted?	Años:	C3
¿Cuántos años en total asistió a la escuela a tiempo completo (sin contar la etapa preescolar)?	Años:	C4

Pregunta	Respuesta		Clave
¿Cuál es el grado más alto de escolaridad que	No tuvo instrucción formal	1	C5
	No terminó la primaria	2	
	Terminó la primaria	3	



alcanzó usted?	Terminó la secundaria	4	
	Terminó la universidad	5	
	Tiene un posgrado	6	
	Se negó responder	88	
¿A qué grupo étnico o racial pertenece usted?	Mestiza	1	C6
	Montubia	2	
	Afroecuatoriana	3	
	Indígena	4	
	Quichua	5	
	Blanca	6	
¿Cuál es su estado civil?	Soltera	1	C7
	Actualmente casada	2	
	Separada	3	
	Divorciada	4	
	Viuda	5	
	Unión libre	6	
	Noviazgo	7	
	Se negó a responder	88	
¿Cuál de las frases siguientes describe mejor su situación laboral en los últimos 12 meses?	Funcionaria pública	1	C8
	Empleada	2	
	Trabaja por cuenta propia	3	
	Trabaja sin remuneración	4	
	Estudia	5	
	Ama de casa	6	
	Jubilada	7	
	Desempleada (en condiciones de trabajar)	8	
	Desempleada (incapaz de trabajar)	9	
	Se negó a responder	88	
Además de usted. ¿Cuántas personas	Número de personas:		C9



mayores de 18 años viven en su hogar?			
---------------------------------------	--	--	--

Pregunta	Respuesta	Clave
Teniendo en cuenta el año pasado, ¿puede usted decirme cuáles fueron los ingresos medios de la familia? (registre sólo uno, no los tres) <i>Si no responde esta pregunte pase a C11</i>	Por semana.....	C10a
	Por mes.....	C10b
	Por año.....	C10c
	Se negó a responder 88	C10d
Si no conoce la cantidad exacta, ¿podría darnos una estimación del ingreso familiar mensual? La cantidad es de:	≤\$285.67 1	C11
	¿Más que \$285.67 pero ≤ \$496 2	
	¿Más que \$496 pero ≤ \$735.17 3	
	¿Más que \$735.17 pero ≤ \$1144.04 4	
	¿Más que \$1144.04? 5	
	No sabe 77	
	Se negó a responder 88	

ANEXO 3: Cuestionario de Antecedentes de enfermedades crónicas

CUESTIONARIO BÁSICO : Antecedentes de la presión arterial alta			
Pregunta	Respuesta		Clave
¿Alguna vez le ha medido la presión	Sí	1	H1



arterial un médico u otro agente sanitario?	No	2	<i>Si la respuesta es «No», pase a H6</i>	
¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro agente sanitario que tiene usted la presión arterial alta o hipertensión arterial?	Sí	1		H2a
	No	2	<i>Si la respuesta es «No», pase a H6</i>	
¿Se lo han dicho en los últimos 12 meses?	Sí	1		H2b
	No	2		
En las dos últimas semanas, ¿ha tomado usted algún medicamento (medicina) para tratar la hipertensión arterial, que haya sido recetado por un médico u otro agente sanitario?	Sí	1		H3
	No	2		
¿Alguna vez ha consultado usted a un curandero tradicional por la presión arterial alta o hipertensión?	Sí	1		H4
	No	2		
¿Toma usted actualmente algún remedio herbario o tradicional contra la presión arterial alta?	Sí	1		H5
	No	2		

CUESTIONARIO BÁSICO: Antecedentes de diabetes sacarina			
Pregunta		Respuesta	Clave
¿Alguna vez le ha medido el azúcar de la sangre un médico u otro agente sanitario?	Sí	1	H6
	No	2	
¿Alguna vez le ha dicho un médico u	Sí	1	H7a



otro agente sanitario que tiene usted elevada el azúcar de la sangre o	No	2	<i>Si la respuesta es «No», pase a H12</i>	
¿Se lo han dicho en los últimos 12 meses?	Sí	1		H7b
	No	2		
En las dos últimas semanas, ¿ha tomado usted algún medicamento (remedio) para tratar la diabetes, que haya sido recetado por un médico u otro agente sanitario?	Sí	1		H8
	No	2		
¿Actualmente recibe usted insulina contra la diabetes, recetada por un médico u otro agente sanitario?	Sí	1		H9
	No	2		
¿Alguna vez ha consultado usted a un curandero tradicional por la diabetes o azúcar de la sangre elevada?	Sí	1		H10
	No	2		
¿Toma usted actualmente algún remedio herbario o tradicional contra la diabetes?	Sí	1		H11
	No	2		

CUESTIONARIO BÁSICO: Antecedentes de colesterol sanguíneo elevado			
Pregunta	Respuesta		Clave
¿Alguna vez le ha medido el colesterol (un tipo de grasa en la sangre) un médico u otro agente sanitario?	Sí	1	H12
	No	2 <i>Si la respuesta es «No», pase a H17</i>	
¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro agente sanitario que tiene usted elevado el colesterol sanguíneo?	Sí	1	H13a
	No	2 <i>Si la respuesta es «No», pase a H17</i>	
¿Se lo han dicho en los últimos 12	Sí	1	H13b



meses?	No	2	
En las dos últimas semanas, ¿ha tomado usted algún medicamento (remedio) oral para tratar el colesterol elevado, que haya sido recetado por un médico u otro	Sí	1	H14
	No	2	
¿Alguna vez ha consultado usted a un curandero tradicional por el colesterol elevado?	Sí	1	H15
	No	2	
¿Toma usted actualmente algún remedio herbario o tradicional contra el colesterol elevado?	Sí	1	H16
	No	2	

CUESTIONARIO BÁSICO: Antecedentes de enfermedades cardiovasculares

Pregunta		Respuesta	Clave
¿Alguna vez ha sufrido usted un ataque cardíaco o dolor de pecho causado por una enfermedad del corazón (angina de pecho) o un ataque cerebral (accidente	Sí	1	H17
	No	2	
¿Actualmente toma usted regularmente ácido acetilsalicílico (aspirina) para prevenir o tratar una enfermedad del	Sí	1	H18
	No	2	
¿Actualmente toma usted regularmente alguna «estatina» (lovastatina, sinvastatina, atorvastatina u otra) para prevenir o tratar una enfermedad del corazón	Sí	1	H19
	No	2	

CUESTIONARIO BÁSICO: Orientación sobre el modo de vida



En los últimos tres años, ¿algún médico u otro agente sanitario le ha aconsejado hacer alguna de las cosas siguientes?			
(ANOTE CADA UNA)			
	Respuesta		Clave
Dejar de fumar o no empezar a fumar	Sí	1	H20a
	No	2	
Reducir el consumo de sal	Sí	1	H20b
	No	2	
Comer por lo menos cinco raciones de frutas o verduras todos los días.	Sí	1	H20c
	No	2	
Reducir el consumo de grasa	Sí	1	H20d
	No	2	
Empezar a desplegar actividad física o aumentarla	Sí	1	H20e
	No	2	
Mantener un peso sano o adelgazar	Sí	1	H20f
	No	2	

CUESTIONARIO BÁSICO (exclusivamente para las mujeres): Tamizaje del cáncer del cuello uterino

La siguiente pregunta se refiere a la prevención del cáncer del cuello uterino. Hay varias técnicas para practicar el tamizaje preventivo del cáncer del cuello uterino, como son la inspección visual con ácido acético o vinagre, el examen citológico de Papanicolaou y la prueba del virus del papiloma humano. En la primera técnica, se aplica ácido acético (o vinagre) a la superficie del cuello uterino y luego se inspecciona esta. En el caso de la prueba de Papanicolaou y la del VPH,



un médico o enfermera frota con un hisopo el interior de la vagina a fin de obtener una muestra que se envía al laboratorio. Incluso es posible que le proporcionen el hisopo para que usted misma obtenga la muestra. En el laboratorio se determina si en el estudio del frotis de Papanicolaou se observan alteraciones celulares, o si en la prueba del VPH se comprueba la presencia de este.

Pregunta	Respuesta		Clave
¿Alguna vez le han hecho una prueba de tamizaje del cáncer cervicouterino, mediante alguna de las técnicas descritas anteriormente?	Sí	1	CX1
	No	2	
	No sabe	77	

ANEXO 4: Encuesta para la detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias-drogas- (ASSIST) de la OMS.OMS - ASSIST V3.0

A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (SOLO PARA USOS NO – MÉDICOS)	No	Si
a) Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3
b) Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3
c) Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3
d) Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	3
e) Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras, adelgazantes, etc.)	0	3



f) Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3
g) Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazepam, frankimazin/alprazolam/xanax, orfidal/lorazepam, rohipnol, etc.)	0	3
h) Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i) Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j) Otros – especifique	0	3

Compruebe si todas las respuestas son negativas:

¿Tampoco incluso cuando iba al colegio?

Pregunta 2: ¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los últimos tres meses, (1ra droga, 2da, etc.)	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a) Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	2	3	4	6
b) Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	2	3	4	6
c) Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d) Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	2	3	4	6
e) Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras, adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6



f) Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	2	3	4	6	
g) Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazepam, trankimazin/amprazolam/xanax, orfidal/lorazepam, rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6	
h) Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6	
i) Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6	
j) Otros – especifique	0	2	3	4	6	
Pregunta 3: en los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (1ra droga, 2da droga, etc.)?		Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a) Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0		3	4	5	6
b) Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0		3	4	5	6
c) Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0		3	4	5	6
d) Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0		3	4	5	6
e) Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras, adelgazantes, etc.)	0		3	4	5	6



f) Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3	4	5	6
g) Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazepam, trankimazin/amprazolam/xanax, orfidal/lorazepam, rohipnol, etc.)	0	3	4	5	6
h) Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i) Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j) Otros – especifique	0	3	4	5	6
Pregunta 4. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a) Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	4	5	6	7
b) Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	4	5	6	7
c) Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d) Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	4	5	6	7
e) Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras,	0	4	5	6	7



adelgazantes, etc.)					
f) Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	4	5	6	7
g) Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazepam, trankimazin/amprazolam/xanax, orfidal/lorazepam, rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h) Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i) Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j) Otros – especifique	0	4	5	6	7
Pregunta 5. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a) Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	5	6	7	8
b) Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	5	6	7	8
c) Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d) Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	5	6	7	8



e) Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras, adelgazantes, etc.)	0	5	6	7	8
f) Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	5	6	7	8
g) Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazepam, trankimazin/amprazolam/xanax, orfidal/lorazepam, rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h) Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i) Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j) Otros – especifique	0	5	6	7	8
Pregunta 6. ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consume de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?		No nunca	Sí, en los últimos 3 meses		Sí, pero no en los últimos 3 meses
a) Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0		6		3
b) Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0		6		3
c) Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0		6		3
d) Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0		6		3



e) Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras, adelgazantes, etc.)	0	6	3
f) Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
g) Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazepam, trankimazin/amprazolam/xanax, orfidal/lorazepam, rohipnol, etc.)	0	6	3
h) Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i) Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j) Otros – especifique	0	6	3
Pregunta 7. ¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado?	No nunca	Si, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a) Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b) Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	3
c) Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d) Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	6	3



e) Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras, adelgazantes, etc.)	0	6	3
f) Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
g) Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazepam, trankimazin/amprazolam/xanax, orfidal/lorazepam, rohipnol, etc.)	0	6	3
h) Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i) Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j) Otros – especifique	0	6	3
Pregunta 8. ¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)	No nun ca	Si, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
	0	2	1

NOTA IMPORTANTE: A los pacientes que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este período, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.

Patrón de inyección	Guías de intervención



<p>Una vez a la semana o menos o Menos de 3 días seguidos</p>	<p>Intervención Breve, incluyendo la tarjeta de “riesgos asociados a inyectarse”</p>			
<p>Más de una vez a la semana o 3 o más días seguidos</p>	<p>Requiere mayor evaluación y tratamiento intensivo</p>			
<p>CÓMO CALCULAR UNA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA.</p>				
<p>Para cada sustancia (etiquetadas de la a. la j.) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7, ambas inclusive. No incluya los resultados ni de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación. Por ejemplo, la puntuación para el cannabis se calcula como: P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c</p>				
<p>Note que la P5 para el tabaco no está codificada, y se calcula como: P2a + P3a + P4a + P6a + P7a</p>				
<p>El tipo de intervención se determina por la puntuación específica del paciente para cada sustancia</p>				
	<p>Registre la puntuación para sustancia específica</p>	<p>Sin intervención</p>	<p>Intervención Breve</p>	<p>Tratamiento o más intensivo *</p>
<p>a. Tabaco</p>		<p>0-3</p>	<p>4-26</p>	<p>27+</p>



b. Alcohol		0-10	11-26	27+
c. Cannabis		0-3	4-26	27+
d. Cocaína		0-3	4-26	27+
e. Anfetaminas		0-3	4-26	27+
f. Inhalantes		0-3	4-26	27+
g. Sedantes		0-3	4-26	27+
h. Alucinógenos		0-3	4-26	27+
i. Opiáceos		0-3	4-26	27+
j. Otras drogas		0-3	4-26	27+

NOTA: *UNA MAYOR EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO puede ser proporcionado por profesionales sanitarios dentro del ámbito de Atención Primaria, o por un servicio especializado para las adicciones cuando esté disponible.

Tarjeta de respuesta – sustancias para los pacientes
a) Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)
b) Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)
c) Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)
d) Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)
e) Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras, adelgazantes, etc.)
f) Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)



g) Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazepam, frankimazin/amprazolam/xanax, orfidal/lorazepam, rohipnol, etc.)
h) Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)
i) Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)
j) Otros – especifique
Tarjeta de respuesta (ASSIST Preguntas 2 – 5)
<p>Nunca: no he consumido en los últimos 3 meses.</p> <p>Una o dos veces: 1-2 veces en los últimos 3 meses.</p> <p>Mensualmente: 1 a 3 veces en el último mes.</p> <p>Semanalmente: 1 a 4 veces por semana.</p> <p>Diariamente o casi a diario: 5 a 7 días por semana</p>
Tarjeta de respuesta (ASSIST Preguntas 6 - 8)
<p>No, nunca</p> <p>Sí, pero no en los últimos 3 meses</p> <p>Si, en los últimos 3 meses</p>

Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (OMS ASSIST V3.0)

TARJETAS DE RESPUESTA para los Pacientes

Nombre _____ Fecha del Test _____

Puntuaciones Específicas para cada Sustancia



Sustancia	Puntuación	Nivel de riesgo
a. Productos derivados del tabaco		0 – 3 Bajo 4 – 26 Medio 27+ Alto
b. bebidas alcohólicas		0 – 3 Bajo 4 – 26 Medio 27+ Alto
c. Cannabis		0 – 3 Bajo 4 – 26 Medio 27+ Alto
d. Cocaína		0 – 3 Bajo 4 – 26 Medio 27+ Alto
e. Estimulantes de tipo anfetamínico		0 – 3 Bajo 4 – 26 Medio 27+ Alto
f. Inhalantes		0 – 3 Bajo 4 – 26 Medio 27+ Alto
g. Sedantes o pastillas para dormir		0 – 3 Bajo 4 – 26 Medio



		27+ Alto
h. Alucinógenos		0 – 3 Bajo 4 – 26 Medio 27+ Alto
i. Opiáceos		0 – 3 Bajo 4 – 26 Medio 27+ Alto
j. Otros – especificar		0 – 3 Bajo 4 – 26 Medio 27+ Alto

¿Qué significan sus puntuaciones?

Bajo: Su actual patrón de consumo representa un riesgo bajo sobre su salud y de otros problemas. **Moderado:** Usted presenta riesgo para su salud y de otros tipos de problemas derivados de su actual patrón de consumo de sustancias.

Alto: Usted presenta un riesgo elevado de experimentar problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, de pareja) derivado de su patrón actual de consumo y probablemente sea dependiente.

¿Está preocupado sobre su consumo de sustancias?

a)	Su riesgo de experimentar estos daños es:
Tabaco	Bajo: Moderado: Alto: El consumo habitual de tabaco se asocia con:
	Envejecimiento prematuro, arrugas en la piel
	Infecciones respiratorias y asma



	Aumento de la presión arterial, diabetes Infecciones respiratorias, alergias y asma en hijos de fumadores
	Abortos, partos prematuros y niños con bajos pesos al nacer de madres fumadores embarazadas
	Enfermedades renales
	Enfermedad respiratoria obstructiva crónica
	Enfermedad cardíaca, infartos cerebrales, enfermedades vasculares
	Cánceres

b) Alcohol	Su riesgo de experimentar estos daños es: Bajo: Moderado: Alto: La ingesta excesiva habitual de alcohol se asocia con::
	Resacas, conductas agresivas y violentas, accidentes y lesiones
	Reducción en la actividad y capacidad sexual, envejecimiento prematuro
	Problemas digestivos, úlceras, inflamación del páncreas, aumento de la presión arterial
	Ansiedad y depresión, problemas de pareja, problemas económicos y laborales
	Dificultad para recordar y solucionar problemas
	Deformidades y daño cerebral en recién nacidos de embarazadas bebedoras
	Ataque cerebral, lesión cerebral permanente, daño muscular y neurológico
	Enfermedad hepática, enfermedad pancreática
	Cánceres, suicidio

c) Cannabis	Su riesgo de experimentar estos daños es: Bajo: Moderado: Alto: El consumo habitual de cannabis se asocia con:
--------------------	---



	Problemas con la atención y motivación
	Ansiedad, paranoia, pánico, depresión
	Pérdida de memoria y en la capacidad de solución de problemas
	Aumento de la presión arterial
	Asma, bronquitis
	Psicosis en aquellas personas con antecedentes familiares de esquizofrenia
	Enfermedad cardíaca y enfermedad respiratoria obstructiva crónica
	Cánceres
e) Estimulantes de tipo anfetamínico	Su riesgo de experimentar estos daños es: Bajo: Moderado: Alto: El consumo habitual de estimulantes de tipo anfetamínico se asocia con:
	Dificultades para dormir, pérdida de apetito y de peso, deshidratación
	Tensión mandibular, dolores de cabeza, dolores musculares
	Cambios de humor – ansiedad, depresión, agitación, manía, pánico, paranoia Temblores, palpitaciones y latidos cardíacos irregulares, falta de aire/disnea Agresividad y conducta violenta
	Psicosis tras el consumo continuado a altas dosis
	Daño cerebral permanente
	Daño hepático, hemorragias cerebrales, muerte súbita (del éxtasis) en situaciones raras
f. Inhalantes	Su riesgo de experimentar estos daños es: Bajo: Moderado: Alto: El consumo habitual de inhalantes se asocia con:



	Mareos y alucinaciones, sedación, desorientación, visión borrosa
	Síntomas pseudo-gripales, sinusitis, hemorragias nasales
	Indigestión, úlceras estomacales
	Accidentes y lesiones
	Pérdida de memoria, confusión, depresión, agresión
	Alteraciones en la coordinación, enlentecimiento en las reacciones, hipoxia
	Delirio, convulsiones, coma, daño orgánico (corazón, pulmón, hígado, riñones)
	Muerte por fallo cardíaco
g) Sedantes	Su riesgo de experimentar estos daños es: Bajo: Moderado: Alto: El consumo habitual de sedantes se asocia con:
	Sedación, mareo y confusión
	Dificultad para concentrarse y recordar cosas
	Náuseas, dolor de cabeza, inestabilidad al andar
	Problemas de sueño
	Ansiedad y depresión
	Tolerancia y dependencia después de un período breve de consumo.
	Síntomas de abstinencia graves
	Sobredosis y muerte si se consumen con alcohol, opiáceos u otras drogas depresoras.



h) Alucinógenos	Su riesgo de experimentar estos daños es: Bajo: Moderado: Alto: El consumo habitual de alucinógenos se asocia con:
	Alucinaciones (placenteras o molestas) – visuales, auditivas, táctiles, olfatorias
	Dificultades para dormir
	Náuseas y vómitos
	Aumento en la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial
	Cambios de humor
	Ansiedad, pánico, paranoia
	Flash-backs
	Aumento en los efectos de enfermedades mentales como la esquizofrenia

i) Opiáceos	Su riesgo de experimentar estos daños es: Bajo: Moderado: Alto: El consumo habitual de opiáceos se asocia con:
	Picor, náusea y vómitos
	Mareos
	Estreñimiento, deterioro de los dientes
	Dificultad para concentrarse y recordar cosas
	Disminución del deseo sexual y de la actividad sexual
	Dificultades de pareja
	Problemas económicos y laborales, delincuencia
	Tolerancia y dependencia, síntomas de abstinencia
	Sobredosis y muerte por depresión respiratoria



OMS-ASSIST

Tarjeta sobre Riesgos asociados con Inyectarse – Información para pacientes

El consumo de sustancias por vía inyectada aumenta el riesgo de daños debido a las propias sustancias.

El daño puede provenir de:

• La sustancia

- Si consume cualquier droga inyectada, tiene más probabilidades de desarrollar dependencia.
- Si se inyecta anfetaminas o cocaína tiene un mayor riesgo de experimentar síntomas psicóticos.
- Si se inyecta heroína u otro tipo de sedantes tiene más riesgo de sobredosis.

• La conducta de inyección

- Al inyectarse dañar su piel, sus venas y padecer infecciones.
- Puede provocarse cicatrices, hematomas, hinchazones, abscesos y úlceras.
- Sus venas pueden colapsar.
- Si se inyecta en el cuello puede provocarse una embolia cerebral.

• Compartir material de inyección

- Si comparte material de inyección (agujas y jeringas, cucharas,



esponjas, filtros, etc.) tiene más probabilidades de transmitir infecciones víricas a través de la sangre como la Hepatitis B, la Hepatitis C y el VIH.

Es más seguro no inyectarse

• Si se inyecta:

- use siempre equipamiento limpio (e.g., agujas y jeringa, cucharas, esponjas, filtros, etc.)
- use siempre una aguja y una jeringuilla nuevas
- no comparta el material con otras personas 9 limpie el área de preparación
- límpiese las manos
- limpie el lugar de inyección
- utilice un lugar de inyección distinto cada vez
- inyéctese lentamente
- ponga su aguja y jeringa usadas en un recipiente rígido y deséchelo de forma segura

• Si consume drogas estimulantes como las anfetaminas o la cocaína, los siguientes consejos le ayudarán a reducir el riesgo de psicosis.

- evite inyectarse y fumar
- evite consumir a diario

• Si consume drogas depresoras como la heroína, los siguientes consejos le ayudarán a reducir el riesgo de sobredosis.

- evite consumir otras drogas el mismo día, especialmente sedantes o alcohol



- consuma pequeñas cantidades y “pruebe” la droga cuando tenga una nueva dosis
- tenga a alguien cerca cuando consume
- evite inyectarse en un lugar en el que nadie pueda llegar a usted si tiene una sobredosis
- tenga a mano los números de teléfono de los servicios de urgencia/ambulancia

ANEXO 5: Registro de Datos Antropométricos

DATOS ANTROPOMÉTRICOS		
	Respuesta	Clave
Identificación del entrevistador	_____	M9
Identificación de los dispositivos para medir la estatura y el peso	Estatura _____	M10a
	Peso _____	M10b
Estatura - Primera medición	Centímetros (cm) _____	M11
Peso - Primera medición <i>Si excede la capacidad medidora de la báscula 666.6</i>	Kilogramos (kg) _____	M12
Estatura - Segunda medición	Centímetros (cm) _____	M11



Peso - Segunda medición <i>Si excede la capacidad medidora de la báscula</i> 666.6	Kilogramos (kg) 	M12
--	--	-----

ANEXO 6: Escala de Depresión en el Embarazo de Edimburgo

Dado que usted está embarazada, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo.

Por favor, marque la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

1 He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas	PUNTAJE
a) Tanto como siempre	0
b) No tanto ahora	1
c) Mucho menos ahora	2
d) No, nada	3
2 He disfrutado mirar hacia delante	PUNTAJE
a) Tanto como siempre	0
b) Menos que antes	1
c) Mucho menos que antes	2
d) Casi nada	3
3 Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí misma innecesariamente	PUNTAJE
a) Sí, la mayor parte del tiempo	3



	b) Sí, a veces	2
	c) No con mucha Frecuencia	1
	d) No, nunca	0
4	He estado nerviosa e inquieta sin tener motivo	PUNTAJE
	a) No, nunca	0
	b) Casi nunca	1
	c) Sí, a veces	2
	d) Sí, con mucha frecuencia	3
5	He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo	PUNTAJE
	a) Sí, bastante	3
	b) Sí, a veces	2
	c) No, no mucho	1
	d) No, nunca	0
6	Las cosas me han estado abrumando	PUNTAJE
	a) Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	0
	b) Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	1
	c) No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	2
	d) No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	3
7	Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para	PUNTAJE



	dormir	3
	a) Sí, la mayor parte del tiempo	
	b) Sí, a veces	2
	c) No con mucha frecuencia	1
	d) No, nunca	0
8	Me he sentido triste o desgraciada	PUNTAJE
	a) Sí, la mayor parte del tiempo	3
	b) Sí, bastante a menudo	2
	c) No con mucha frecuencia	1
	d) No, nunca	0
9	Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	PUNTAJE
	a) Sí, la mayor parte del tiempo	3
	b) Sí, bastante a menudo	2
	c) Sólo ocasionalmente	1
	d) No, nunca	0
10	Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	PUNTAJE
	a) Sí, bastante a menudo	3
	b) A veces	2
	c) Casi nunca	1
	d) Nunca	0
TOTAL		

ANEXO 7. Encuesta de estratificación del nivel socioeconómico

Marque una sola respuesta con una (x) en cada una de las siguientes preguntas

Características de la vivienda		Puntajes finales
1. ¿Cuál es el tipo de vivienda?		
Suite de lujo		59
Cuarto(s) en casa de inquilinato		59
Departamento en casa o edificio		59
Casa/Villa		59
Mediagua		40
Rancho		4
Choza/Covacha/Otros		0
2. El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:		
Hormigón		59
Ladrillo o bloque		55
Adobe/ Tapia		47
Caña revestida o bahareque/Madera		17
Caña no revestida/Otros materiales		0
3. El material predominante del piso de la vivienda es de:		
Duela, parquet, tablón o piso flotante		48
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón		46
Ladrillo o cemento		34
Tabla sin tratar		32
Tierra/ Caña/ Otros materiales		0
4. ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar		0
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha		12
Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha		24



Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha		32
5. El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:		
No tiene		0
Letrina		15
Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada		18
Conectado a pozo ciego		18
Conectado a pozo séptico		22
Conectado a red pública de alcantarillado		38

Acceso a tecnología		Puntajes finales
1. ¿Tiene este hogar servicio de internet?		
No		0
Si		45
2. ¿Tiene computadora de escritorio?		
No		0
Sí		35
3. ¿Tiene computadora portátil?		
No		0
Si		39
4. ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?		
No tiene celular nadie en el hogar		0
Tiene 1 celular		8
Tiene 2 celulares		22
Tiene 3 celulares		32
Tiene 4 ó más celulares		42

Posesión de bienes		Puntajes finales
1. ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?		



No		0
Si		19
2. ¿Tiene cocina con horno?		
No		0
Sí		29
3. ¿Tiene refrigeradora?		
No		0
Si		30
4. ¿Tiene lavadora?		
No		0
Si		18
5. ¿Tiene equipo de sonido?		
No		0
Si		18
6. ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?		
No tiene TV a color en el hogar		0
Tiene 1 TV a color		9
Tiene 2 TV a color		23
Tiene 3 TV a color		34
7. ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene vehículo exclusivo para el hogar		0
Tiene 1 vehículo exclusivo		6
Tiene 2 vehículos exclusivo		11
Tiene 3 o más vehículos exclusivos		15

Para los miembros del hogar:

Hábitos de consumo		Puntajes finales
1. ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?		
No		0



Si		6
2. ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?		
No		0
Si		26
3. ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?		
No		0
Si		27
4. ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?		
No		0
Si		28
5. Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo. ¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?		
No		0
Si		12

Para el Jefe del Hogar:

Nivel de educación		Puntajes finales
1. ¿Cuál es el nivel de instrucción en el hogar?		
Sin estudios		0
Primaria incompleta		21
Primaria completa		39
Secundaria incompleta		41
Secundaria completa		65
Hasta 3 años de educación superior		91
4 ó más años de educación superior (sin post grado)		127
Post grado		171



Para el Jefe del Hogar:

Actividad económica del hogar		Puntajes finales
1. ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL?		
No		0
Si		39
2. Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?		
No		0
Si		55
3. ¿Cuál es la ocupación del Jefe del Hogar?		
Personal directivo de la Administración Pública y de empresas		76
Profesionales científicos e intelectuales		69
Técnicos y profesionales de nivel medio		46
Empleados de oficina		31
Trabajador de los servicios y comerciantes		18
Trabajador calificados agropecuarios y pesqueros		17
Oficiales operarios y artesanos		17
Operadores de instalaciones y máquinas		17
Trabajadores no calificados		0
Fuerzas armadas		54
Desocupados		14
Inactivos		17
SUMA DE PUNTAJE FINAL		



ANEXO 8. Cuestionario Régimen Alimentario

CUESTIONARIO BÁSICO: Régimen alimentario		
Las preguntas que vienen a continuación se refieren al consumo de frutas y verduras que usted acostumbra comer. Los gráficos que se muestran a continuación son algunos ejemplos de frutas y verduras de la localidad. Cada imagen representa el tamaño de una ración. Cuando responda a estas preguntas, piense en una semana característica del último año		
Pregunta	Respuesta	Clave
1 En una semana corriente, ¿cuántos días come usted frutas?	Número de días ____ No sabe 77 <i>Si la respuesta es «Ningún día», pase a D3</i>	D1
2 ¿Cuántas raciones de fruta come usted en uno de esos días?	Número de raciones ____ No sabe 77	D2
3 En una semana corriente, ¿cuántos días come usted verduras?	Número de días ____ No sabe 77 <i>Si la respuesta es «Ningún día», pase a D5</i>	D3
4 ¿Cuántas raciones de verduras come usted en uno de esos días?	Número de raciones ____ No sabe 77	D4

Consumo de sal.- Con las siguientes preguntas, nos gustaría conocer más sobre la sal en su dieta. La sal dietética incluye sal común de mesa, sal refinada tal como sal marina, sal yodada, cubos y polvos salados y salsas saladas como la salsa de soja o la salsa de pescado (**ver la tarjeta de presentación**). El seguimiento las preguntas son sobre agregar sal a la comida justo antes de comerla, sobre cómo se preparan los alimentos en su hogar, sobre cómo comer alimentos procesados que son alto contenido de sal, como [inserte ejemplos específicos del país], y preguntas sobre el control de su consumo de sal. Por favor responde las preguntas incluso si te consideras



comer una dieta baja en sal.			
5 ¿Con qué frecuencia agrega sal o una salsa salada a su comida justo antes de comerla o mientras la está comiendo?	Siempre	1	D5
	A menudo	2	
	A veces	3	
	Rara vez	4	
	Nunca	5	
	No sé	77	
6 ¿Con qué frecuencia agrega sal o una salsa salada al momento de preparar la comida en casa?	Siempre	1	D6
	A menudo	2	
	A veces	3	
	Rara vez	4	
	Nunca	5	
	No sé	77	
7 ¿Con qué frecuencia come alimentos procesados con alto contenido de sal? Por alimentos procesados ricos en sal, me refiero a los alimentos que han sido alterados de su estado natural, como los snacks salados envasados, enlatados alimentos salados, incluidos encurtidos y conservas, alimentos salados preparados en un restaurante de comida rápida, queso, tocino y carne procesada	Siempre	1	D7
	A menudo	2	
	A veces	3	
	Rara vez	4	
	Nunca	5	
	No sé	77	
8 ¿Cuánta sal o salsa salada cree que consume?	Exceso	1	D8
	Demasiado	2	
	Solo la cantidad	3	
	correcta	4	
	Muy poco	5	
	Demasiado poco	77	



	No sé		
9 ¿Qué tan importante es para usted bajar la sal en su dieta?	Muy importante Algo importante Nada importante No sé	1 2 3 77	D9
10 ¿Cree que demasiada sal o salsa salada en su dieta podría causar un problema de salud?	Si No No sé	1 2 77	D10
¿Hace alguna de las siguientes cosas regularmente para controlar su ingesta de sal?			
11 ¿Limita el consumo de alimentos procesados?	Si No No sé	1 2 77	D11 a
12 ¿Mira el contenido de sal o sodio en las etiquetas de los alimentos?	Si No No sé	1 2 77	D11 b
13 ¿Compra alternativas bajas en sal / sodio?	Si No No sé	1 2 77	D11 c
14 ¿Usa especias que no sean sal al cocinar?	Si No No sé	1 2 77	D11 d
15 ¿Evita comer alimentos preparados fuera	Si	1	D



de su hogar?	No No sé	2 77	11e
16 ¿Hace otras cosas específicamente para controlar su ingesta de sal?	Si No No sé	1 2 77 Si es Si, pasar a D11otra s	D11f
17 Otros (especificar)	_____ _____ _____		D11 otra

CUESTIONARIO AMPLIADO: Régimen alimentario			
Pregunta	Respuesta		Clave
¿Qué tipo de aceite o grasa se usa con más frecuencia en la preparación de sus alimentos?	Aceite	1	X1
	Manteca o sebo	2	
	Mantequilla	3	
	Margarina	4	
	Otro	5	
	Ninguno en particular	6 7	
	No usa ninguno	8	
	No sabe	77	



	Otro	_____	
		-	

ANEXO 9: ENSANUT-ECU. Historia de embarazos y nacimientos-intención de embarazo.

I. ENSANUT-ECU. HISTORIA DE EMBARAZOS Y NACIMIENTOS-INTENCIÓN DE EMBARAZO

Ahora deseamos obtener información de todos los embarazos y partos que Ud., haya tenido durante toda la vida, hasta la presente fecha.

	Respuesta
1. ¿Trabaja usted actualmente en algo por lo cual reciba dinero u otra forma de pago?	
1 Si, dinero	
2 Si, otra forma de pago (especie)	
3 No trabaja	
Si su respuesta es 3, pase a la pregunta 4	



2. ¿Quién toma las decisiones de realizar los gastos con los ingresos que usted recibe?	
1 Usted	
2 Esposo o conviviente	
3 Ambos	
4 Otras personas	
5 No responde	
3. ¿Qué parte de los gastos de su hogar paga con el dinero que usted recibe?	
1 Nada	
2 Casi nada	
3 Menos de la mitad	
4 La mitad	
5 Más de la mitad	
6 Todo	
7 No sabe	
8 No responde	
Pase a la pregunta 5	
4. ¿Cuál es la razón principal por la que usted no trabaja?	
1 Discapacidad	
2 No necesita trabajar	
3 Embarazada/Dejó de trabajar	
4 No tiene quien cuide a los niños	
5 Ama de casa	
6 Cansada de buscar trabajo	
7 Su cónyuge o conviviente no le permite trabajar	
8 Problemas de salud	
9 Interfiere los estudios	
10 Otro, ¿cuál? Especifique	
11 No sabe	
12 No responde	
5. ¿Actualmente Usted, está embarazada/postparto?	
1 Si	



2 No	
3 No sabe	
Si responde 2 ó 3 pase a la pregunta 10	
6. En este embarazo	
1 ¿Quería quedar embarazada? (pase a la pregunta 8)	
2 ¿Quería esperar más tiempo? (pase a la pregunta 7)	
3 ¿No quería embarazarse? (pase a la pregunta 8)	
7. ¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar?	
1 Meses	
2 Años	
3 No sabe	
8. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo/postparto tiene usted?	
1 Semanas	
2 Meses	
3 No sabe	
9. ¿Es su primer embarazo/estado de postparto?	
1 Si	
2 No	
10. ¿Cuántos hijos nacidos vivos tiene?	
11. ¿Con quién vivía usted cuando se dio cuenta que estaba embarazada?	
1 Padres	
2 Parientes	
3 Amigos(as)	
4 Sola	
5 Otra, ¿cuál? Especifique	
12. ¿Cuál fue la reacción de su familia cuando supieron de su embarazo?	
1 Querían casamiento/le obligaron a casarse	
2 Aceptaron embarazo en forma normal	
3 Familia iba a criar al niño/niña	
4 La corrieron (botaron) de la casa	



5 Le dijeron que no lo tuviera	
6 No lo supieron	
7 Indiferencia	
8 Otra ¿cuál? Especifique	
9 No responde	
13. ¿Cuál fue la reacción de la persona que la embarazó cuando supo que usted estaba embarazada?	
1 No supo	
2 Contento	
3 Enojado	
4 Preocupado	
5 Le dijo que lo tuviera sola	
6 Indiferencia	
7 Se casaría/Uniría	
8 Fue violada	
9 Le dijo que no lo tuviera	
10 Otra, ¿cuál? Especifique	
12 No responde	

ANEXO 10. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN

- Edad

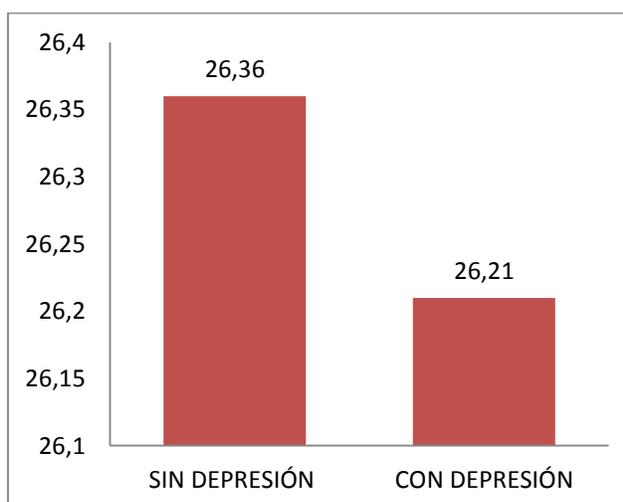


Ilustración 1. Edad

- Estado Civil

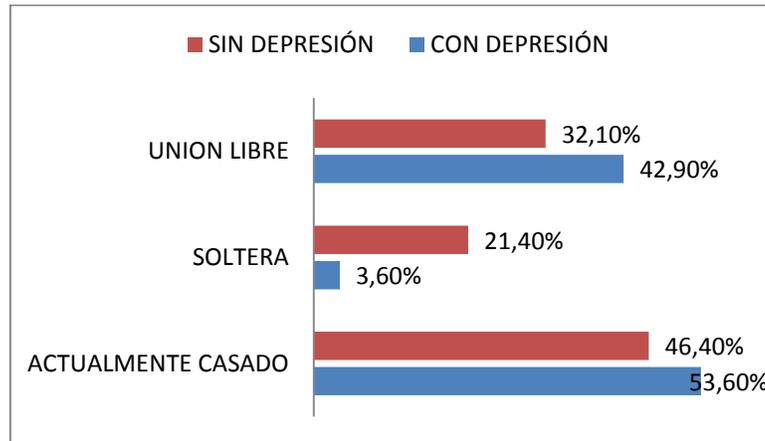


Ilustración 2 Estado Civil

- Educación

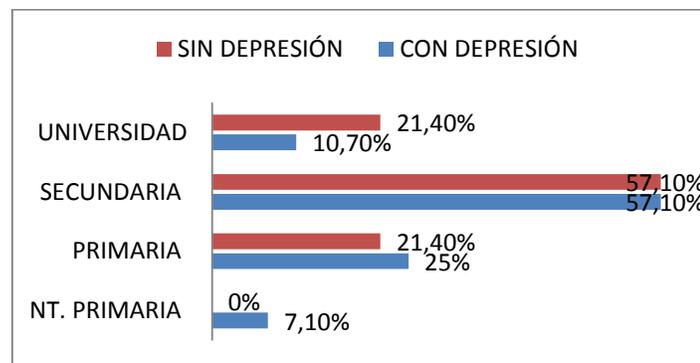


Ilustración 3 Educación

- Situación laboral

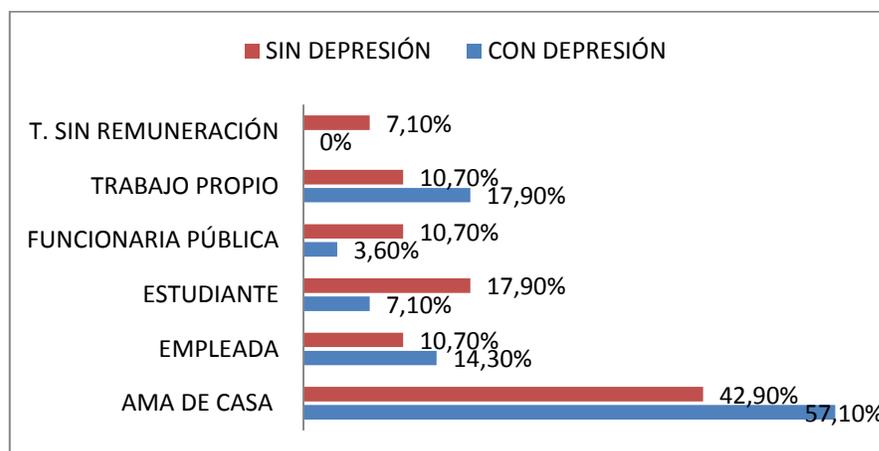


Ilustración 4 Situación Laboral

- Paridad

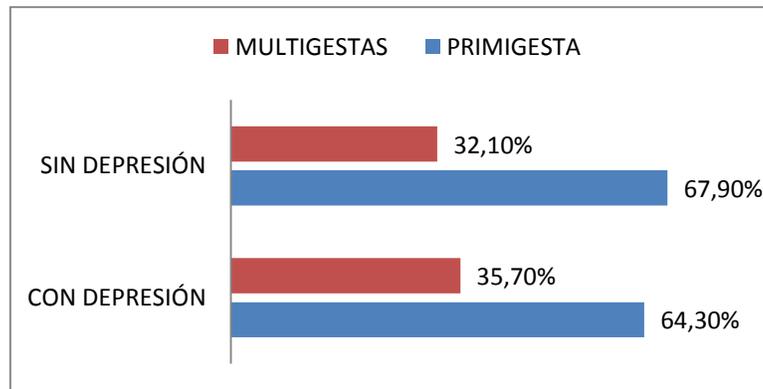


Ilustración 5 Paridad

ANEXO 11. DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE INGESTA SALUDABLE

- Consumo de Frutas y verduras por porciones

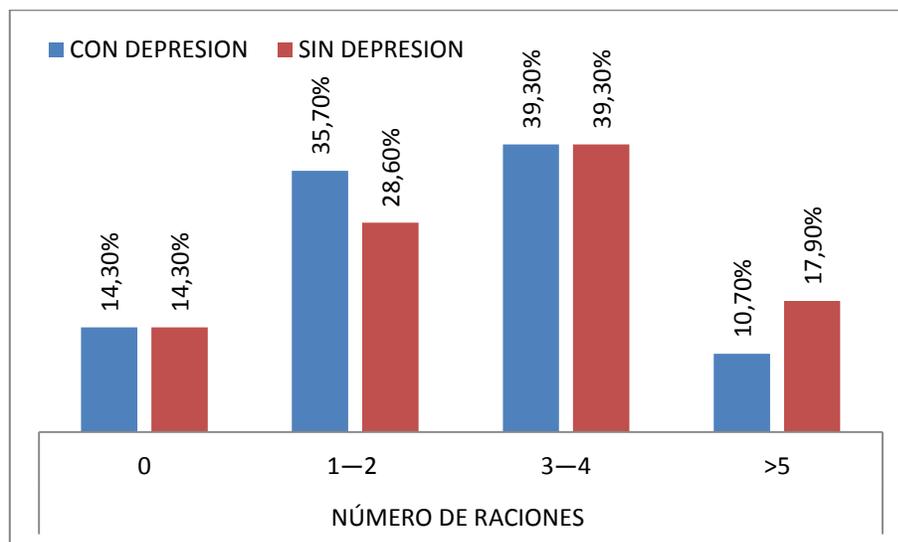


Ilustración 6 Consumo de frutas y verduras

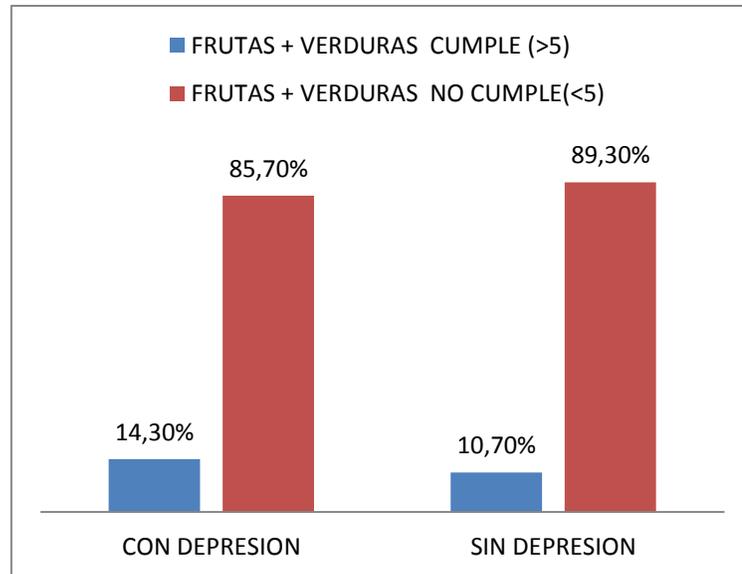


Ilustración 7 Cumplimiento de la ingesta

- Consumo de sal

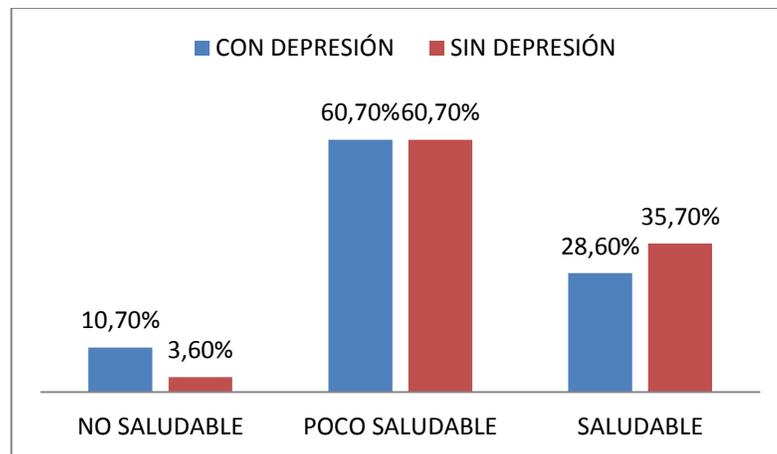


Ilustración 8 Consumo de sal

- Consumo de aceites

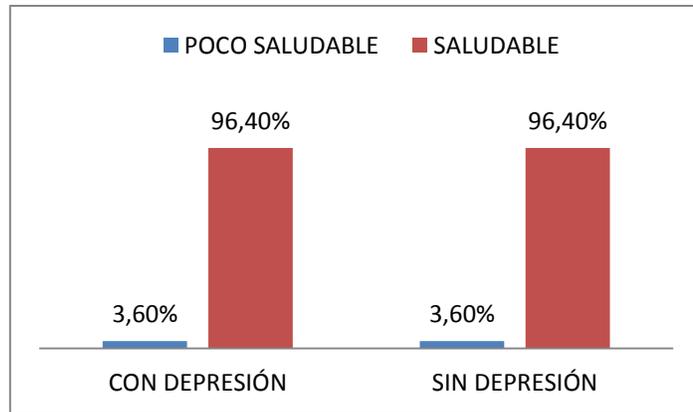


Ilustración 9 Consumo de aceites

ANEXO 12. DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE ÍNDICE DE MASA CORPORAL

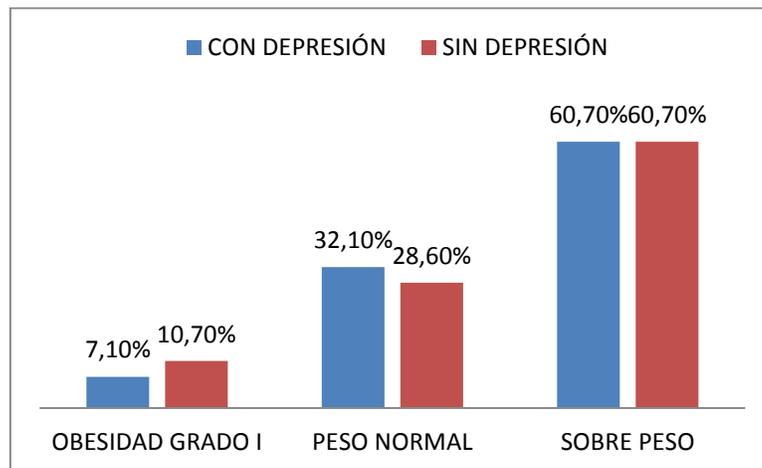


Ilustración 10 Índice de Masa Corporal

ANEXO 13. DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE NIVEL SOCIOECONÓMICO

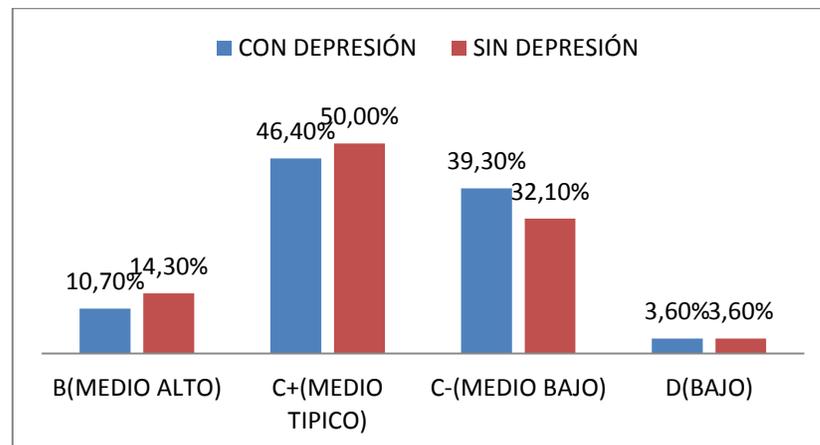




Ilustración 11 Nivel Socioeconómico