

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE LAS MADRES ASISTENTES AL PROGRAMA DE “VASO DE LECHE” EN EL P.P.J.J VILLA EL TRIUNFO DEL DISTRITO DE SACHACA. AREQUIPA 2013

Autora:

DANIELA ALEJANDRA LUNA SALAS

Trabajo de Investigación para optar el Título Profesional
de Médico Cirujano

**Arequipa – Perú
2013**

DEDICATORIAS

*A Dios, por ser el incondicional
en mi vida, por amarme tal como soy; me enseñó lo que significa
defender la vida.*

*A mis padres Edwar y Ada,
por ser mi fortaleza, corregirme, darme siempre una palabra con
amor, por regalarme la fé.*

*A mis hermanas Mariela e Yrina,
son mi alegría, mi inspiración, mis dos grandes amigas.*

*A toda mi familia, siempre a mi lado, en mis momentos de alegría
y tristeza, en especial a Alonso que al lado de Dios siempre ha
estado y está conmigo.*

*A mis amigos, con los que he compartido tantas experiencias,
durante estos años y que espero hacerlas siempre.*

EPÍGRAFE

*La ociosidad camina con lentitud, por eso todos
los vicios la alcanzan.*

San Agustín de Hipona



ÍNDICE GENERAL

<i>RESUMEN</i>	6
<i>ABSTRACT</i>	8
<i>INTRODUCCIÓN</i>	10
<i>CAPÍTULO I</i>	12
MATERIAL Y MÉTODOS	12
<i>CAPÍTULO II</i>	18
RESULTADOS	18
Tabla 1	19
Distribución de las madres según edad	19
Gráfico 1	20
Distribución de las madres según edad	20
Tabla 2	21
Distribución de madres según nivel de instrucción	21
Gráfico 2	22
Distribución de madres según nivel de instrucción	22
Tabla 3	23
Distribución de madres según procedencia	23
Gráfico 3	24
Distribución de madres según procedencia	24
Tabla 4	25
Distribución de madres según estado civil	25
Gráfico 4	26
Distribución de madres según estado civil	26
Tabla 5	27
Distribución de madres según ocupación	27
Gráfico 5	28
Distribución de madres según ocupación	28
Tabla 6	29
Distribución de madres según número de hijos	29
Gráfico 6	30
Distribución de madres según número de hijos	30
Tabla 7	31
Distribución de madres según presencia de morbilidades	31
Gráfico 7	32
Distribución de madres según presencia de morbilidades	32
Tabla 8	33
Niveles de depresión en las madres estudiadas	33
Gráfico 8	34
Niveles de depresión en las madres estudiadas	34
Tabla 9	35
Nivel de conocimientos sobre la alimentación de escolares y preescolares	35
Gráfico 9	36
Nivel de conocimientos sobre la alimentación de escolares y preescolares	36
Tabla 10	37
Prácticas acerca de la alimentación de los niños en las madres estudiadas	37
Gráfico 10	38
Prácticas acerca de la alimentación de los niños en las madres estudiadas	38
Tabla 11	39
Relación entre los niveles de depresión y los conocimientos de preparación de alimentos en las madres estudiadas	39
Tabla 12	41

Relación entre los niveles de depresión y las prácticas de preparación de alimentos en las madres estudiadas.....	41
Tabla 12.....	42
Relación entre los niveles de depresión y las prácticas de preparación de alimentos en las madres estudiadas.....	42
Tabla 13.....	43
Frecuencia de preparación de lonchera de los hijos en las madres estudiadas.....	43
Gráfico 13.....	44
Frecuencia de preparación de lonchera de los hijos en las madres estudiadas.....	44
Tabla 14.....	45
Distribución de personas que preparan la lonchera en la familia.....	45
Gráfico 14.....	46
Distribución de personas que preparan la lonchera en la familia.....	46
Tabla 15.....	47
Percepción acerca de la alimentación de los niños en las madres estudiadas.....	47
Gráfico 15 A.....	48
Percepción acerca de la alimentación de los niños en las madres estudiadas.....	48
Gráfico 15 B.....	49
Razones de la percepción acerca de la alimentación de los niños en las madres estudiadas.....	49
CAPÍTULO III.....	50
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	50
CAPITULO IV.....	55
CONCLUSIONES.....	56
SUGERENCIAS.....	58
BIBLIOGRAFÍA.....	59
ANEXOS.....	66
CUESTIONARIO: Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D).....	67
CUESTIONARIO: Conocimientos y Prácticas Alimentarias de Requena.....	68
RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO DE REQUENA.....	71
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.....	72

RESUMEN

Antecedente: La preparación de alimentos para niños en edad escolar es una responsabilidad principalmente de la madre, que puede verse menoscabada por problemas depresivos en la jefa del hogar.

Objetivo: Determinar la relación entre la depresión, el nivel de conocimientos y prácticas alimentarias en madres asistentes al programa de “Vaso de Leche” en el P.P.J.J Villa el Triunfo del distrito de Sachaca. Arequipa 2013.

Métodos: Encuesta al total de madres inscritas al programa de “Vaso de Leche” que cumplieron criterios de selección, aplicando la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, CES-D, y la Encuesta de Conocimientos y Prácticas Alimentarias de las Loncheras de Requena. Se asocian las variables mediante prueba chi cuadrado y el coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados: La edad promedio de las madres fue de 29,25 años, con rango entre los 18 y 45 años. La educación de las madres fue predominantemente secundaria (64,94%). La procedencia de las madres fue en su mayoría de Puno (33,77%). La ocupación de las madres fue predominantemente como amas de casa (81,82%). Se identificó que 83,12% de madres tienen depresión, siendo predominante la depresión severa (36,36%), seguida de depresión moderada (22,08%) y depresión leve (24,68%). El nivel de conocimiento de prácticas alimentarias en las madres fue alto en 24,68% de casos, medio en 41,56% y bajo en 33,77%. Las prácticas identificadas fueron adecuadas en 5,19% de casos e inadecuada en 94,81% de madres. Hubo una asociación inversa y de baja intensidad ($r = -0,25$) entre los puntajes de depresión y de conocimientos. La relación entre los puntajes de depresión y prácticas fue casi nula aunque negativa ($r = -0,02$).

Conclusión: Existe una relación inversa discreta entre la depresión y el nivel de conocimientos, y casi nula entre depresión y las prácticas que tienen las madres asistentes al programa de “Vaso de Leche” en el P.P.J.J. Villa en Triunfo del distrito de Sachaca.

PALABRAS CLAVE: preparación de alimentos – conocimientos – prácticas – depresión.



ABSTRACT

Background: The preparation of food for school children is primarily the responsibility of the mother, which could be undermined by depressive problems in the head of household.

Objective: To determine the relationship between depression, the level of knowledge and dietary practices among mothers attending the program "Glass of Milk" in PPJJ "Villa el Triunfo" Sachaca district. Arequipa 2013.

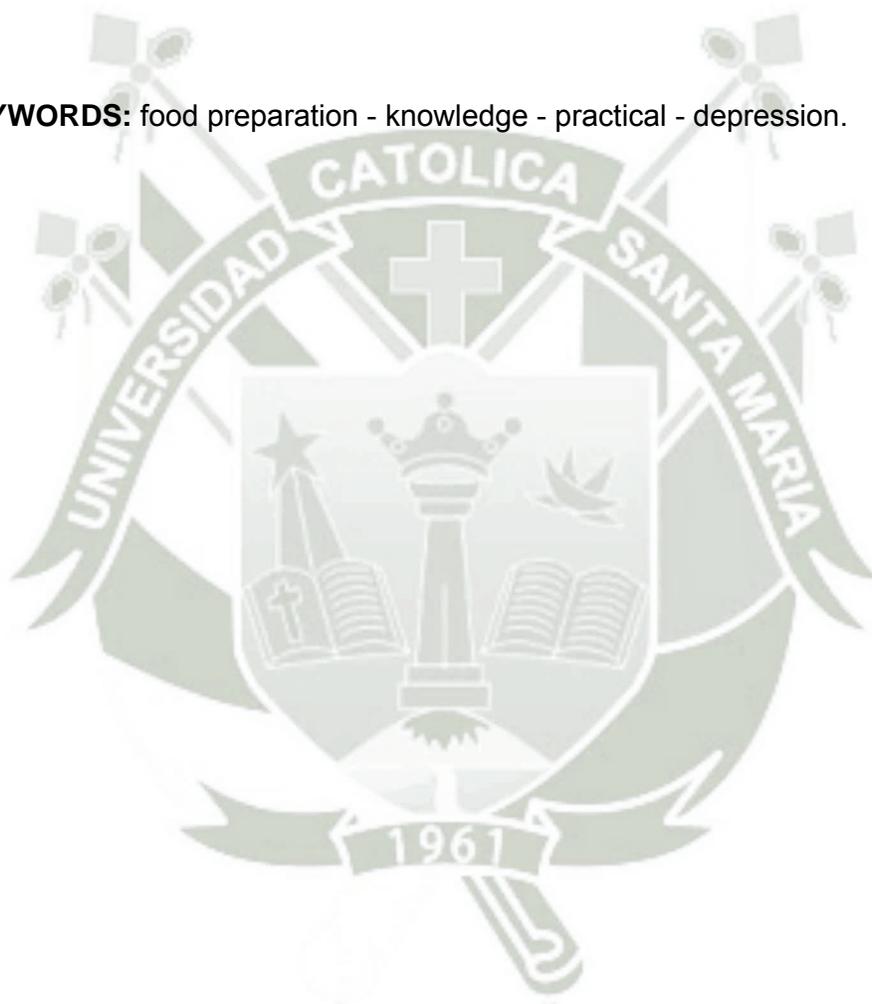
Methods: A survey of total glass of milk mothers who met selection criteria, using the depression scale of the Center for Epidemiologic Studies, CES-D, and the Survey of Knowledge and dietary practices of the Lunchboxes of Requena. Combine variables using chi square test and Pearson correlation coefficient.

Results: The mean age of the mothers was 29.25 years, with a range between 18 and 45. The education of mothers was predominantly high (64.94%). The origin of the mothers was mostly Puno (33.77%). The occupation of the mothers was predominantly as housewives (81.82%). It was found that 83.12% of mothers with depression, severe depression being predominant (36.36%), followed by moderate depression (22.08%) and mild depression (24.68%). The level of knowledge of feeding practices among mothers was high in 24.68% of cases, average 41.56% and 33.77% low. Appropriate practices were identified in 5.19% of cases and inadequate in 94.81% of mothers. There was an inverse and low intensity ($r = -0.25$) between

depression scores and knowledge. The relationship between depression scores and practice was almost zero but negative ($r = -0.02$).

Conclusion: There is an inverse relationship between depression and discrete knowledge level, and almost zero between depression and practices with mothers attending the program "Glass of Milk" in PPJJ "Villa Triunfo" Sachaca district.

KEYWORDS: food preparation - knowledge - practical - depression.



INTRODUCCIÓN

Uno de los grandes problemas en la salud pública, son los problemas de salud mental, esto cobra importancia y se hace más notorio debido a que ha existido un incremento en el número de estudios y se han encontrado resultados alarmantes. Dentro de uno de estos problemas esta la depresión, un problema que es sufrido entre la quinta o cuarta parte de la población de mujeres. Un inconveniente en este punto es que no se están tomando aún las medidas adecuadas para combatir problemas como este.

Otro de los grandes problemas que he visto en pregrado fue la desnutrición, existen muchos factores que se han relacionado directa o indirectamente con este grave problema; y por ello también se han tomado diversas medidas para combatirla atacando en gran parte esas deficiencias que puedan hallarse en los factores relacionados. Se ha tenido grandes mejorías durante los últimos años respecto a este tema, hablando desde el punto de vista epidemiológico, sin embargo aún no se llega al resultado ideal.

Entonces, podemos observar en nuestro medio que una cantidad notable de personas sufren estos problemas y que pese a que se han encontrado relaciones entre estos, para ser más exactos, la relación entre depresión materna y desnutrición infantil, es importante ubicar a que factor asociado de la mala alimentación directamente puede afectar la depresión, y uno de ellos que no ha sido estudiado es el relacionado a los conocimientos y las practicas alimentarias en una población infantil, es por ello que se plantea

este estudio, porque este podría ser un factor importante que no se está tomando en consideración en ningún plan que pueda combatir a la desnutrición.

Luego de realizado el estudio, con un total de 82 madres inscritas, de las cuales 77 cumplieron con los criterios de inclusión, vemos que la edad promedio de las madres fue de 29,25 años, en cuanto a su educación la mayoría con secundaria, procedentes de Puno en un (33,77%), convivientes el (58,44%), amas de casa (81,82%), con una mediana de 2 hijos por madre y un máximo de 7 hijos; el (62,34%) de madres no tuvieron morbilidades

El nivel de depresión que se encontró en las madres fue del 83,12%, en su mayoría de nivel severo.

El nivel de conocimientos sobre la alimentación del preescolar y escolar predominantemente medio (41,56%) y bajo (33,77%).

Las prácticas que tienen las madres inadecuadas en 94,81% de madres.

Concluimos con este estudio de que el nivel de depresión encontrado en las madres de PPJJ Villa el triunfo es en un porcentaje muy alto; mucho más de la mitad, y que esto no repercute en cuanto a las prácticas alimentarias del preescolar y escolar, sobre los conocimientos, vemos que existe una asociación inversa y de baja intensidad, a mayor depresión, el conocimiento disminuye.

CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento que se utilizó consistió en

- Ficha de recolección de datos generales
- Encuesta de la escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, CES-D
- Encuesta de conocimientos y prácticas alimentarias de las loncheras de Requena.

Materiales:

- Cuestionarios y fichas de recolección de datos
- Impresión de los instrumentos
- Material de escritorio
- Tablas con sujetador de hojas
- Computadora portátil
- Sistema Operativo Windows 7
- Paquete Office 2010 para Windows
- Programa SPSS para Windows v.18

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial: El presente estudio se realizó en el comité de Vaso de Leche “Virgen de la Candelaria” ubicado en el PP.JJ Villa el Triunfo del distrito de Sachaca.

2.2. Ubicación temporal: El estudio se realizó en forma coyuntural durante los meses de Enero y Febrero del 2013.

2.3. Unidades de estudio: Madres inscritas de forma regular en el programa de Vaso de Leche “Virgen de la Candelaria” del PP.JJ Villa el Triunfo de Sachaca.

Población: Todas las madres inscritas regularmente en el programa de “Vaso de Leche”, las mismas que hacen un total de 82 madres.

Muestra: No hay muestreo porque se trabajó con toda la población

Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión**
 - Madres con inscripción vigente en el programa de “Vaso de Leche”.
 - Madres entre 18 y 40 años de edad.
 - Madres cuyos hijos oscilen entre 2 y 10 años de edad.
 - Madres que deseen participar del estudio.

- **Criterios de Exclusión**

- Madres con medicación antidepresiva.
- Madres que no completen la encuesta.
- Madres con niños que presenten alguna patología congénita grave, considerando referencias de la misma.
- Madres que tengan adicciones al alcohol, tabaco u otras drogas ilegales, declarado por ellas mismas.

3. Tipo de investigación: Se trata de un estudio de campo.

4. Nivel de investigación: Se trata de un estudio observacional, transversal, analítico.

5. Estrategia de Recolección de datos

5.1. Organización

Una vez aprobado el proyecto de tesis por la Facultad de Medicina, se envió la solicitud para la autorización del permiso a la Municipalidad de Sachaca para la realización del estudio.

Coordinado las fechas del muestreo con el encargado/a del programa de “Vaso de Leche” se procedió a evaluar a los participantes del estudio, previa explicación del objetivo del proyecto así como aceptación mediante su consentimiento informado.

Una vez realizada la toma de muestra adecuada se procedió a la transcripción de los datos a una base para su posterior análisis y resultados.

5.2. Validación de los instrumentos

- La ficha de recolección de datos no requiere de validación previa por ser únicamente un instrumento de recopilación de datos generales.
- Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, CES-D, este instrumento fue desarrollado por Radloff en 1979⁵¹, para el presente trabajo de investigación se utilizará la adaptación de la escala en español para el uso en pacientes no psiquiátricos elaborado por Vasquez y col. Consta de 20 preguntas que son calificadas mediante una escala Likert de 0 a 3 puntos. Luego se suman las respuestas de todos los ítems de acuerdo al puntaje dado, en los que tengan menos de 16 puntos no se indica depresión, los que sumen de 16 a 21 puntos se considera leve depresión clínica, los de 21 a 25 puntos depresión clínica moderada y los que tengan mayor a 26 depresión clínica severa.
- Para la recolección de los datos del conocimiento y las prácticas de las madres se utilizó como instrumento un cuestionario elaborado por Requena, 2005, el cual tuvo una validación mediante juicio de expertos, así como una posterior prueba piloto. El cuestionario de conocimientos tiene 10 ítems, de 3 puntos cada uno, un puntaje de 30 a 18 indica conocimiento alto, conocimiento medio de 17 a 10 puntos y conocimiento bajo de 0 a 9 puntos. Para las prácticas, que tiene 22 ítems, con un valor de dos puntos máximo cada uno, estas son consideradas adecuadas cuando el puntaje va de 23 a 44 y

prácticas inadecuadas cuando se tiene entre 0 a 22, además en este cuestionario existen tres últimas preguntas que sus respuestas no influyen en el puntaje del mismo pero es importante realizarlas para tener una mejor idea del panorama de las prácticas.

5.3. Criterios para manejo de resultados

a) A nivel de recolección

Las encuestas se manejaron de manera anónima asignando un código a cada participante y a cada encuesta, ya sea la ficha de recolección de datos o los cuestionarios.

b) A nivel de sistematización

La información obtenida de las encuestas fue procesada en una base de datos creada en el programa Microsoft Excel 2010, y posteriormente exportadas al paquete estadístico SPSS v.18 para su análisis correspondiente.

c) A nivel de estudio de datos

La descripción de las variables categóricas se presentó en cuadros estadísticos de frecuencias y porcentajes categorizados. Para las variables numéricas se utilizaron la media, la mediana y la desviación estándar para variables continuas; así como valores mínimos y máximos.

Para las asociaciones se usaron pruebas de Chi cuadrado,

Correlación de Pearson, entre otras; dependiendo del tipo de variable. Las pruebas estadísticas se considerarán significativas al tener un $p < 0,05$.





**INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS
ALIMENTARIAS DE LAS MADRES ASISTENTES AL PROGRAMA DE “VASO DE
LECHE” EN EL P.P.J.J VILLA EL TRIUNFO DEL DISTRITO DE SACHACA.**

AREQUIPA 2013

Tabla 1

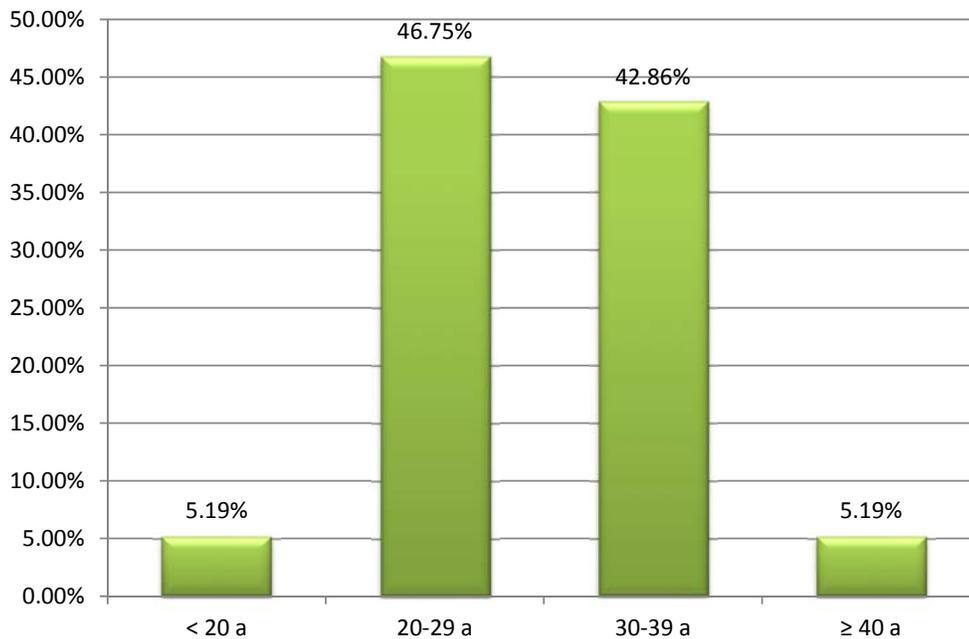
Distribución de las madres según edad

Edad (años)	N°	%
< 20 a	4	5,19%
20-29 a	36	46,75%
30-39 a	33	42,86%
≥ 40 a	4	5,19%
Total	77	100,00%

**INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS
ALIMENTARIAS DE LAS MADRES ASISTENTES AL PROGRAMA DE “VASO DE
LECHE” EN EL P.P.J.J VILLA EL TRIUNFO DEL DISTRITO DE SACHACA.
AREQUIPA 2013**

Gráfico 1

Distribución de las madres según edad



Edad promedio \pm D. est. (Mín – Máx): 29,25 \pm 6,80 (18-45 años)

En este gráfico se observa la distribución de edad de las madres; el 46,75% tenía entre 20 y 29 años, seguida de 42,86% con 30 a 39 años; la edad promedio de las madres fue de 29,25 años, con rango entre los 18 y 45 años.

**INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS
ALIMENTARIAS DE LAS MADRES ASISTENTES AL PROGRAMA DE “VASO DE
LECHE” EN EL P.P.J.J VILLA EL TRIUNFO DEL DISTRITO DE SACHACA.
AREQUIPA 2013**

Tabla 2

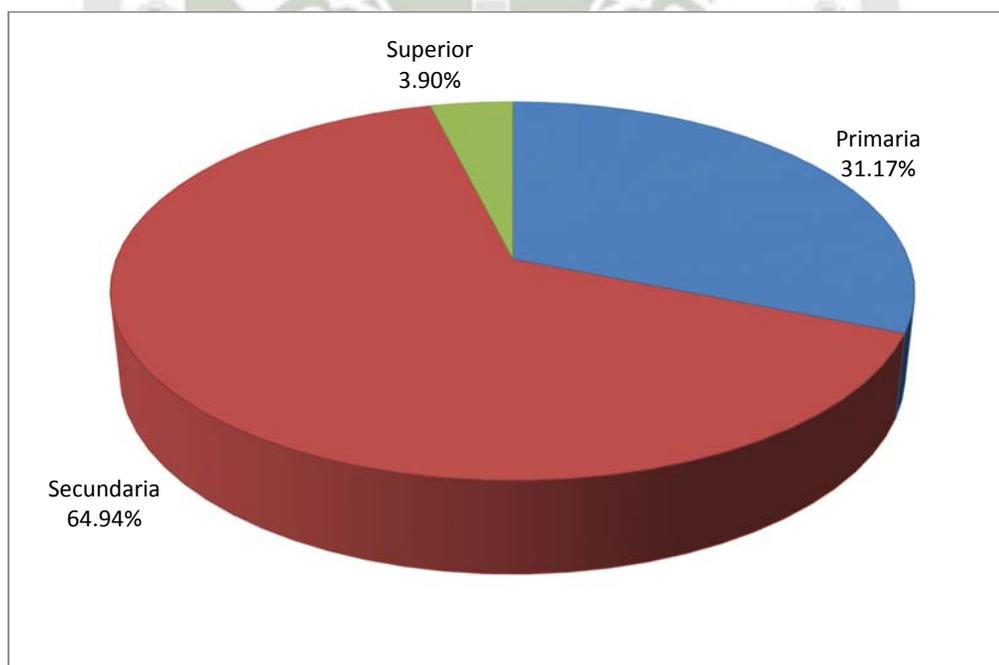
Distribución de madres según nivel de instrucción

	N°	%
Primaria	24	31,17%
Secundaria	50	64,94%
Superior	3	3,90%
Total	77	100,00%

**INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS
ALIMENTARIAS DE LAS MADRES ASISTENTES AL PROGRAMA DE “VASO DE
LECHE” EN EL P.P.J.J VILLA EL TRIUNFO DEL DISTRITO DE SACHACA.
AREQUIPA 2013**

Gráfico 2

Distribución de madres según nivel de instrucción



Aquí observamos que la educación de las madres fue predominantemente secundaria (64,94%), con 31,17% de madres de educación primaria y sólo 3,90% de educación superior.

**INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS
ALIMENTARIAS DE LAS MADRES ASISTENTES AL PROGRAMA DE “VASO DE
LECHE” EN EL P.P.J.J VILLA EL TRIUNFO DEL DISTRITO DE SACHACA.
AREQUIPA 2013**

Tabla 3

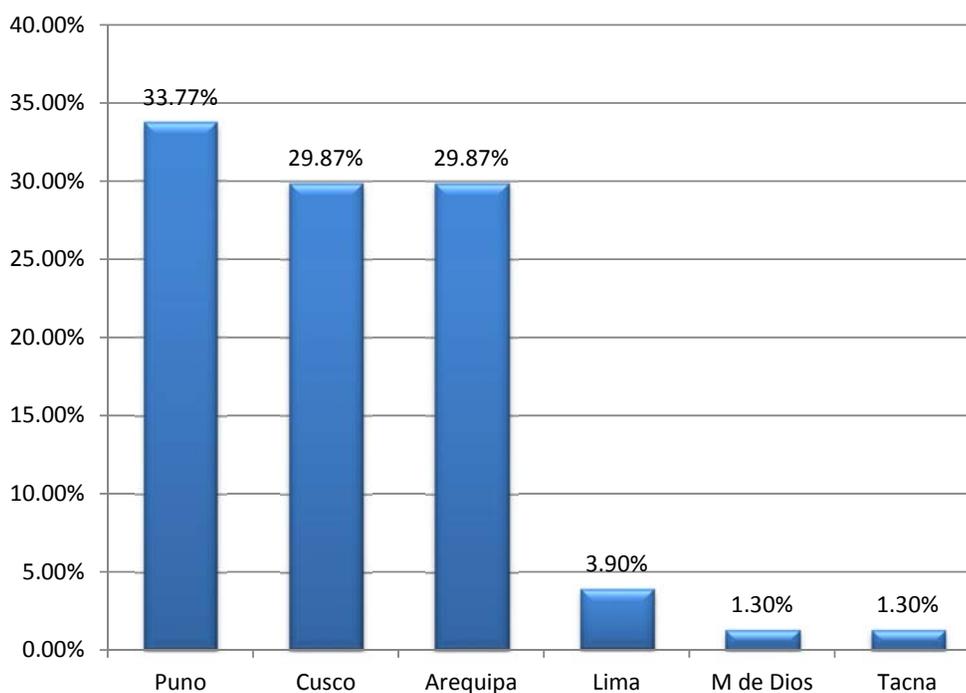
Distribución de madres según procedencia

	N°	%
Puno	26	33,77%
Cusco	23	29,87%
Arequipa	23	29,87%
Lima	3	3,90%
M de Dios	1	1,30%
Tacna	1	1,30%
Total	77	100,00%

**INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS
ALIMENTARIAS DE LAS MADRES ASISTENTES AL PROGRAMA DE “VASO DE
LECHE” EN EL P.P.J.J VILLA EL TRIUNFO DEL DISTRITO DE SACHACA.
AREQUIPA 2013**

Gráfico 3

Distribución de madres según procedencia



La procedencia de las madres fue en su mayoría de Puno (33,77%) o Cusco (29,87%) y en la misma proporción de Arequipa en este P.P.J.J.

**INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS
ALIMENTARIAS DE LAS MADRES ASISTENTES AL PROGRAMA DE “VASO DE
LECHE” EN EL P.P.J.J VILLA EL TRIUNFO DEL DISTRITO DE SACHACA.
AREQUIPA 2013**

Tabla 4

Distribución de madres según estado civil

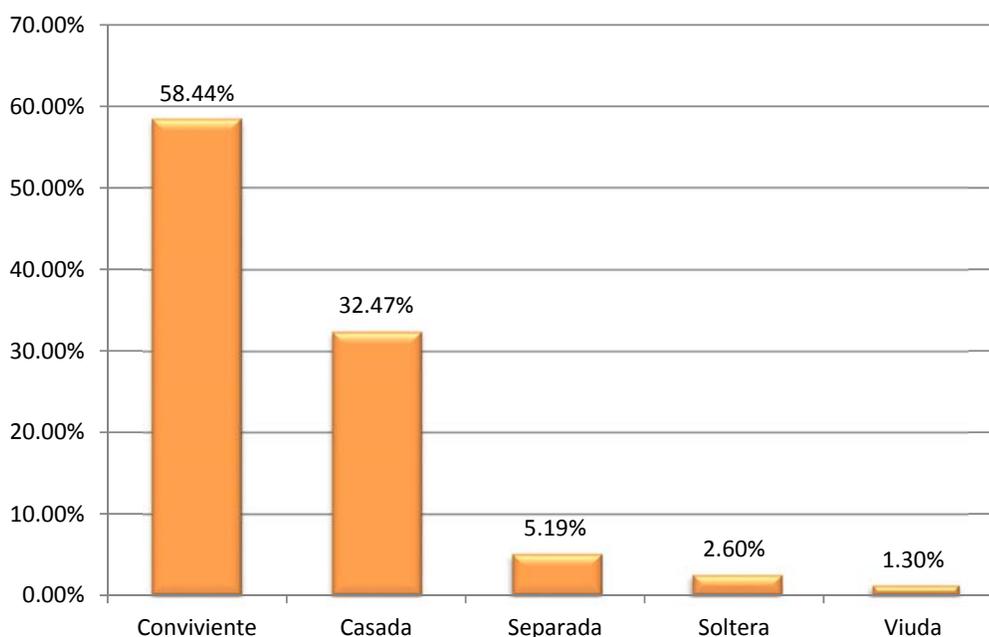
	N°	%
Conviviente	45	58,44%
Casada	25	32,47%
Separada	4	5,19%
Soltera	2	2,60%
Viuda	1	1,30%
Total	77	100,00%

**INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS
ALIMENTARIAS DE LAS MADRES ASISTENTES AL PROGRAMA DE “VASO DE
LECHE” EN EL P.P.J.J VILLA EL TRIUNFO DEL DISTRITO DE SACHACA.**

AREQUIPA 2013

Gráfico 4

Distribución de madres según estado civil



En este gráfico mostramos el estado civil de las madres del comité de leche; el 58,44% fueron convivientes y 32,47% casadas, con menor proporción de madres separadas, solteras o viudas.

**INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS
ALIMENTARIAS DE LAS MADRES ASISTENTES AL PROGRAMA DE “VASO DE
LECHE” EN EL P.P.J.J VILLA EL TRIUNFO DEL DISTRITO DE SACHACA.**

AREQUIPA 2013

Tabla 5

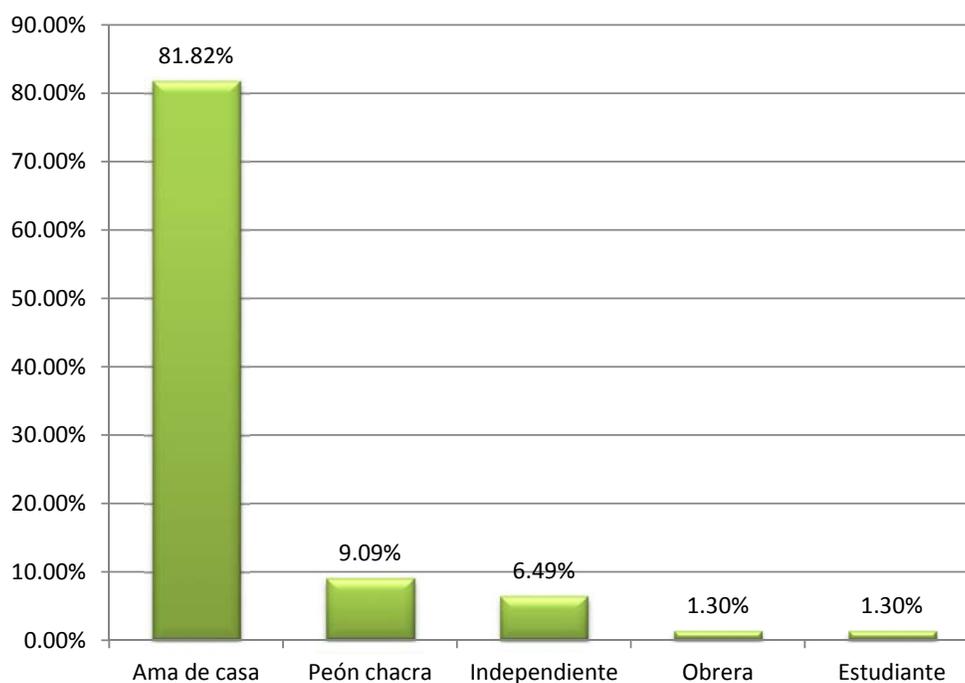
Distribución de madres según ocupación

	N°	%
Ama de casa	63	81,82%
Peón chacra	7	9,09%
Independiente	5	6,49%
Obrera	1	1,30%
Estudiante	1	1,30%
Total	77	100,00%

**INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS
ALIMENTARIAS DE LAS MADRES ASISTENTES AL PROGRAMA DE “VASO DE
LECHE” EN EL P.P.J.J VILLA EL TRIUNFO DEL DISTRITO DE SACHACA.
AREQUIPA 2013**

Gráfico 5

Distribución de madres según ocupación



La ocupación de las madres fue predominantemente como amas de casa (81,82%), con ocupaciones como peón de chacra en 9,09% o independientes en 6,49% entre otras.

**INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS
ALIMENTARIAS DE LAS MADRES ASISTENTES AL PROGRAMA DE “VASO DE
LECHE” EN EL P.P.J.J VILLA EL TRIUNFO DEL DISTRITO DE SACHACA.
AREQUIPA 2013**

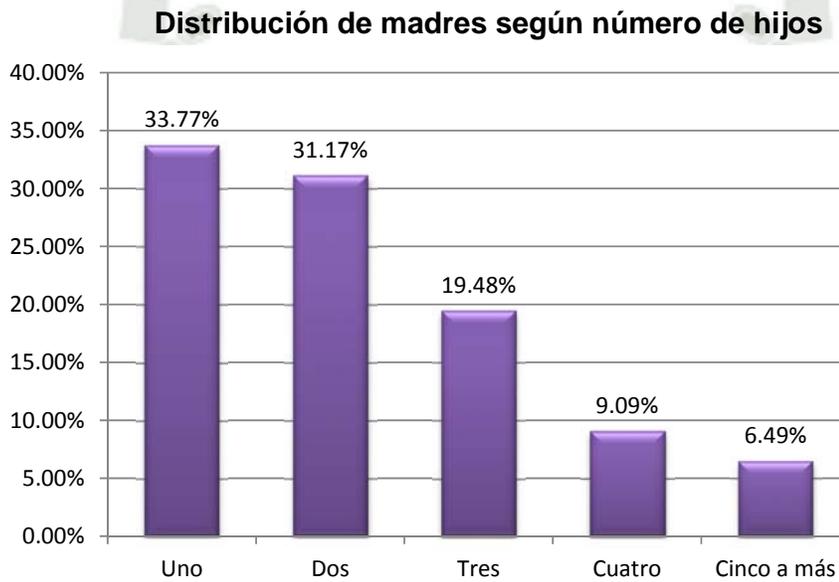
Tabla 6

Distribución de madres según número de hijos

	N°	%
Uno	26	33,77%
Dos	24	31,17%
Tres	15	19,48%
Cuatro	7	9,09%
Cinco a más	5	6,49%
Total	77	100,00%

**INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS
ALIMENTARIAS DE LAS MADRES ASISTENTES AL PROGRAMA DE “VASO DE
LECHE” EN EL P.P.J.J VILLA EL TRIUNFO DEL DISTRITO DE SACHACA.
AREQUIPA 2013**

Gráfico 6



Mediana: 2 hijos (1 a 7 hijos)

Varones: 46,89%;

Mujeres: 53,11%

Edad promedio del hijo menor:

$3,87 \pm 2,51$ años (3 m – 15 a)

Edad promedio del hijo mayor:

$11,41 \pm 6,08$ años (3 a – 27 a)

Según el número de hijos de madres pertenecientes al estudio el 33,77% tuvo un hijo, 31,17% tuvo dos hijos, y 19,48% tres hijos, con una mediana de 2 hijos por madre y un máximo de 7 hijos; del total de hijos el 53,11% fueron mujeres y 46,89% varones, con edad promedio de los hijos menores de ,87 años, y de los hijos mayores de 11,41 años.

INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE LAS MADRES ASISTENTES AL PROGRAMA DE “VASO DE LECHE” EN EL P.P.J.J VILLA EL TRIUNFO DEL DISTRITO DE SACHACA. AREQUIPA 2013

Tabla 7

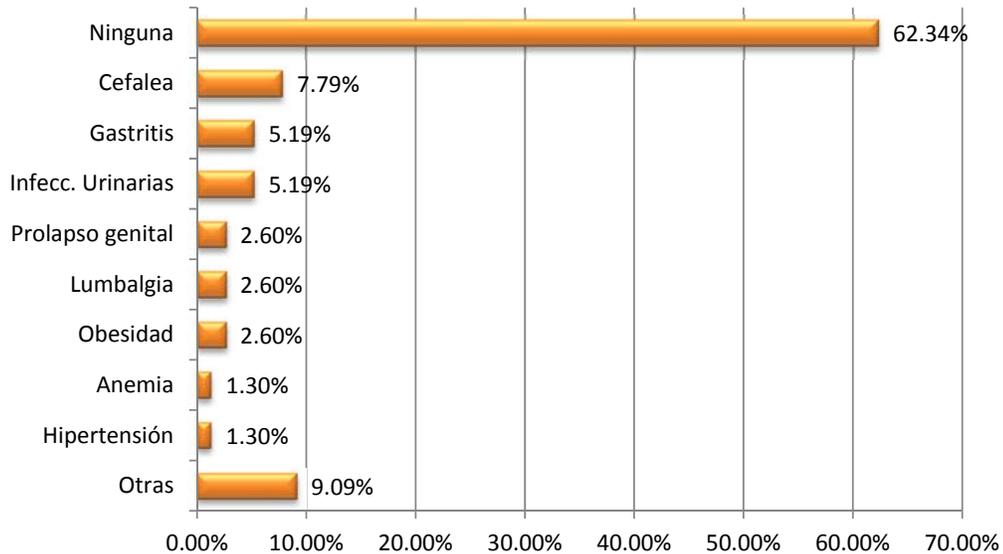
Distribución de madres según presencia de morbilidades

	N°	%
Ninguna	48	62,34%
Cefalea	6	7,79%
Gastritis	4	5,19%
Infec. Urinarias	4	5,19%
Prolapso genital	2	2,60%
Lumbalgia	2	2,60%
Obesidad	2	2,60%
Anemia	1	1,30%
Hipertensión	1	1,30%
Otras	7	9,09%
Total	77	100%

**INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS
ALIMENTARIAS DE LAS MADRES ASISTENTES AL PROGRAMA DE “VASO DE
LECHE” EN EL P.P.J.J VILLA EL TRIUNFO DEL DISTRITO DE SACHACA.
AREQUIPA 2013**

Gráfico 7

Distribución de madres según presencia de morbilidades



Se muestra las morbilidades de las madres; el 62,34% de madres no tuvieron morbilidades, y la más frecuentes fueron la cefalea (7,79%), la gastritis o las infecciones urinarias (5,19%) entre otras.

**INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS
ALIMENTARIAS DE LAS MADRES ASISTENTES AL PROGRAMA DE “VASO DE
LECHE” EN EL P.P.J.J VILLA EL TRIUNFO DEL DISTRITO DE SACHACA.**

AREQUIPA 2013

Tabla 8

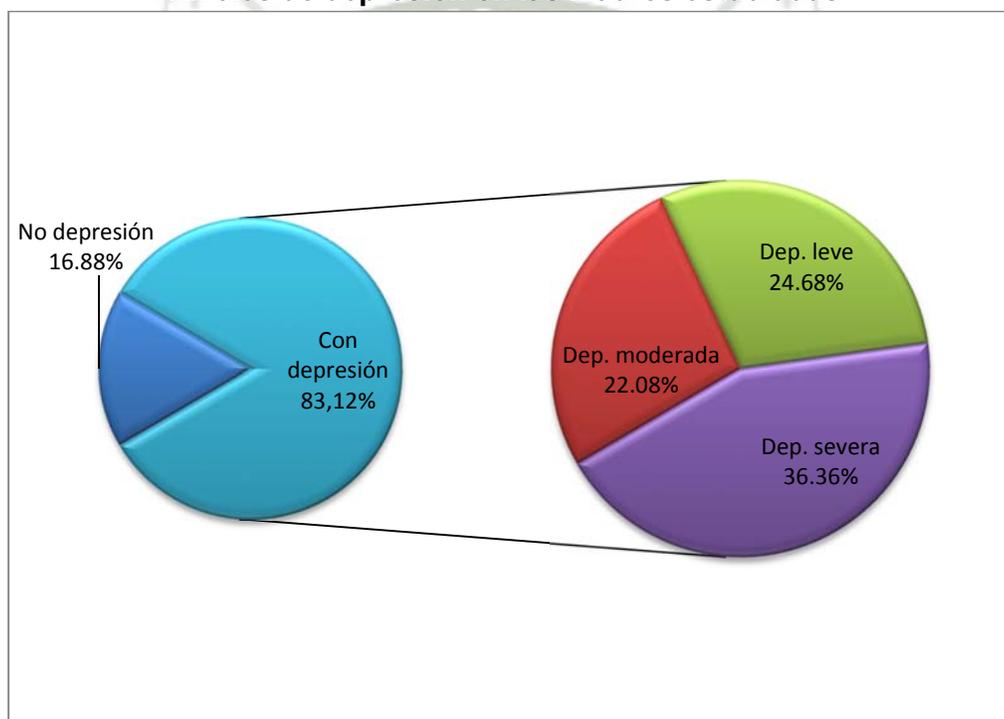
Niveles de depresión en las madres estudiadas

	N°	%
No depresión	13	16,88%
Dep. moderada	17	22,08%
Dep. leve	19	24,68%
Dep. severa	28	36,36%
Total	77	100,00%

**INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS
ALIMENTARIAS DE LAS MADRES ASISTENTES AL PROGRAMA DE “VASO DE
LECHE” EN EL P.P.J.J VILLA EL TRIUNFO DEL DISTRITO DE SACHACA.
AREQUIPA 2013**

Gráfico 8

Niveles de depresión en las madres estudiadas



En este gráfico podemos apreciar el resultado de la aplicación del test de depresión en las madres del estudio; se identificó que 83,12% de madres tienen depresión, siendo predominante la depresión severa (36,36%), seguida de depresión moderada (22,08%) y depresión leve (24,68%).

**INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS
ALIMENTARIAS DE LAS MADRES ASISTENTES AL PROGRAMA DE “VASO DE
LECHE” EN EL P.P.J.J VILLA EL TRIUNFO DEL DISTRITO DE SACHACA.
AREQUIPA 2013**

Tabla 9

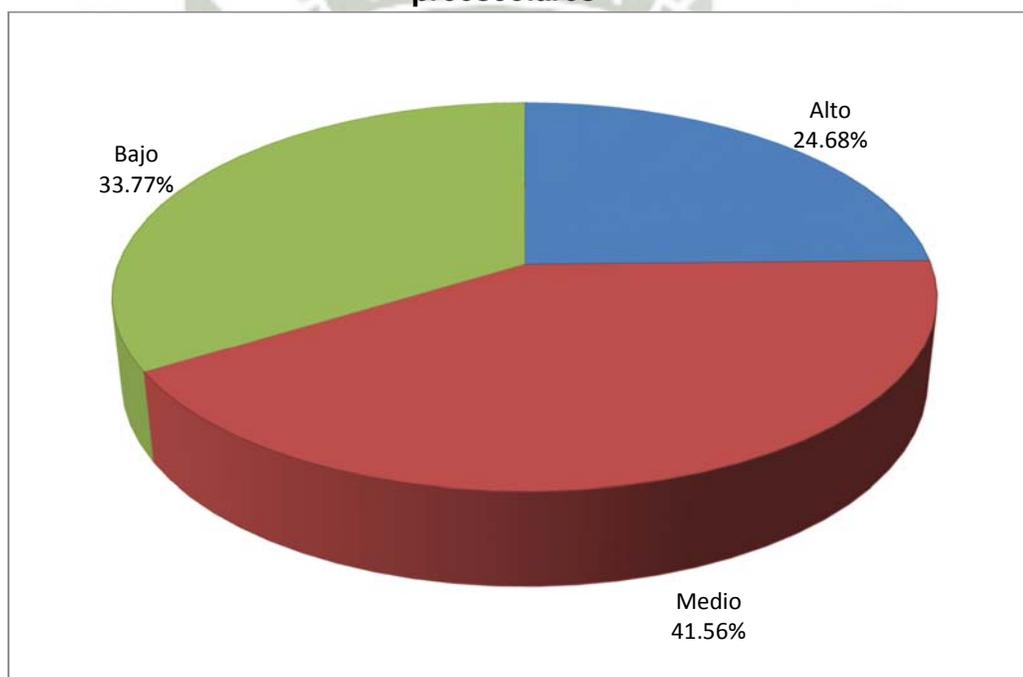
**Nivel de conocimientos sobre la alimentación de escolares y
preescolares**

	N°	%
Alto	19	24,68%
Medio	32	41,56%
Bajo	26	33,77%
Total	77	100,00%

**INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS
ALIMENTARIAS DE LAS MADRES ASISTENTES AL PROGRAMA DE “VASO DE
LECHE” EN EL P.P.J.J VILLA EL TRIUNFO DEL DISTRITO DE SACHACA.
AREQUIPA 2013**

Gráfico 9

**Nivel de conocimientos sobre la alimentación de escolares y
preescolares**



El nivel de conocimiento de prácticas alimentarias en las madres fue alto en 24,68% de casos, medio en 41,56% y bajo en 33,77%

**INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS
ALIMENTARIAS DE LAS MADRES ASISTENTES AL PROGRAMA DE “VASO DE
LECHE” EN EL P.P.J.J VILLA EL TRIUNFO DEL DISTRITO DE SACHACA.
AREQUIPA 2013**

Tabla 10

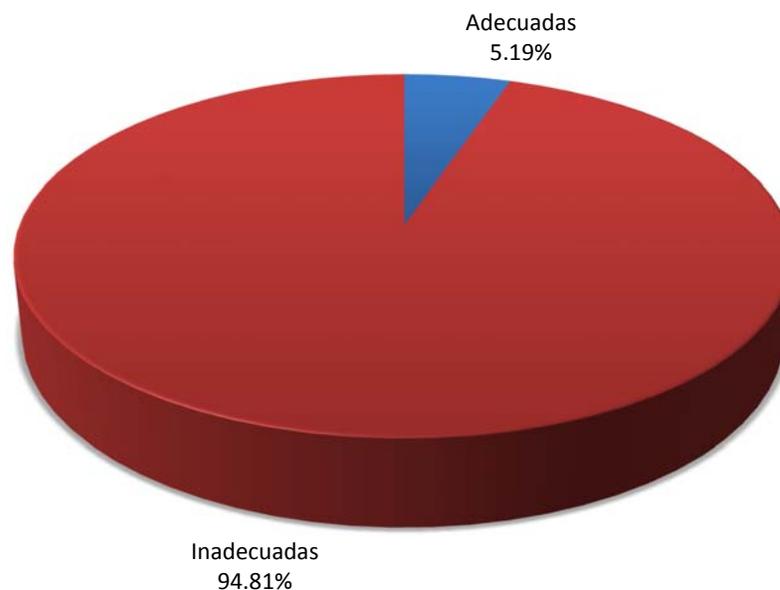
**Prácticas acerca de la alimentación de los niños en las madres
estudiadas**

	N°	%
Adecuadas	4	5,19%
Inadecuadas	73	94,81%
Total	77	100,00%

**INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS
ALIMENTARIAS DE LAS MADRES ASISTENTES AL PROGRAMA DE “VASO DE
LECHE” EN EL P.P.J.J VILLA EL TRIUNFO DEL DISTRITO DE SACHACA.
AREQUIPA 2013**

Gráfico 10

**Prácticas acerca de la alimentación de los niños en las madres
estudiadas**



Las prácticas identificadas fueron adecuadas en 5,19% de casos e inadecuada en 94,81% de madres.

**INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS
ALIMENTARIAS DE LAS MADRES ASISTENTES AL PROGRAMA DE “VASO DE
LECHE” EN EL P.P.J.J VILLA EL TRIUNFO DEL DISTRITO DE SACHACA.
AREQUIPA 2013**

Tabla 11

**Relación entre los niveles de depresión y los conocimientos de
preparación de alimentos en las madres estudiadas**

Depresión	Conocimiento							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Ausente	0	0,00%	9	11,69%	4	5,19%	13	16,88%
Leve	6	7,79%	7	9,09%	6	7,79%	19	24,68%
Moderada	6	7,79%	7	9,09%	4	5,19%	17	22,08%
Severa	14	18,18%	9	11,69%	5	6,49%	28	36,36%
Total	26	33,77%	32	41,56%	19	24,68%	77	100,00%

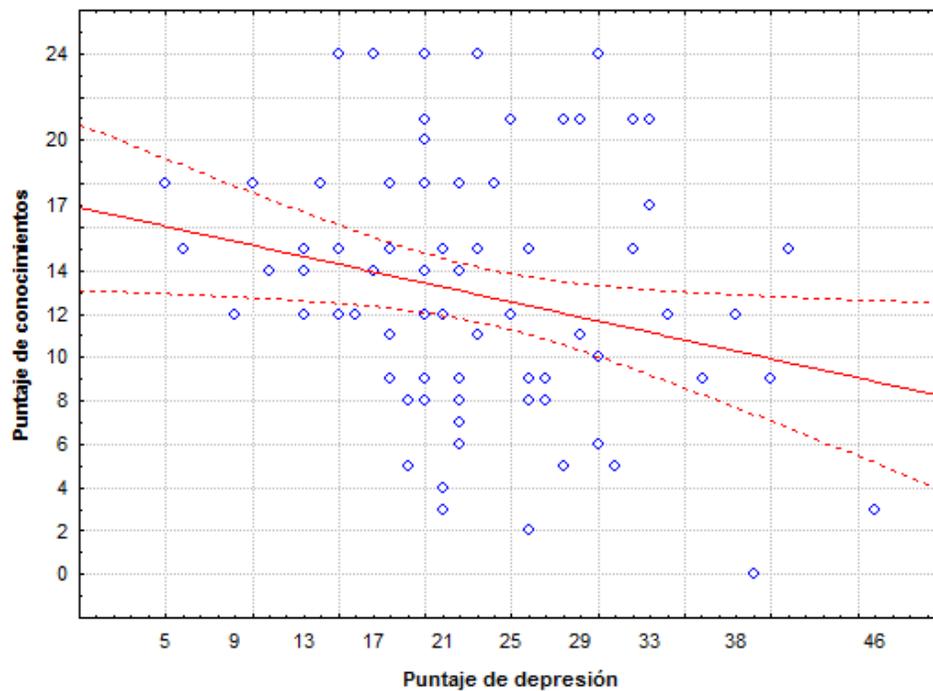
Chi² = 10,81

p = 0,09

**INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS
ALIMENTARIAS DE LAS MADRES ASISTENTES AL PROGRAMA DE “VASO DE
LECHE” EN EL P.P.J.J VILLA EL TRIUNFO DEL DISTRITO DE SACHACA.
AREQUIPA 2013**

Gráfico 11

**Relación entre los niveles de depresión y los conocimientos de
preparación de alimentos en las madres estudiada**



Coeficiente de correlación: $r = -0,2494$ $p = 0,0287$

Las diferencias entre los conocimientos de las madres según sus diferentes niveles de depresión no fueron significativas ($p > 0,05$), y hubo una asociación inversa y de baja intensidad ($r = -0,25$) entre los puntajes de depresión y de conocimientos; es decir, a mayor puntaje de depresión, el conocimiento disminuye.

**INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS
ALIMENTARIAS DE LAS MADRES ASISTENTES AL PROGRAMA DE “VASO DE
LECHE” EN EL P.P.J.J VILLA EL TRIUNFO DEL DISTRITO DE SACHACA.
AREQUIPA 2013**

Tabla 12

**Relación entre los niveles de depresión y las prácticas de
preparación de alimentos en las madres estudiadas**

Depresión	Prácticas					
	Inadecuadas		Adecuadas		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ausente	17	22,08%	2	2,60%	19	24,68%
Leve	16	20,78%	1	1,30%	17	22,08%
Moderada	12	15,58%	1	1,30%	13	16,88%
Severa	28	36,36%	0	0,00%	28	36,36%
Total	73	94,81%	4	5,19%	77	100,00%

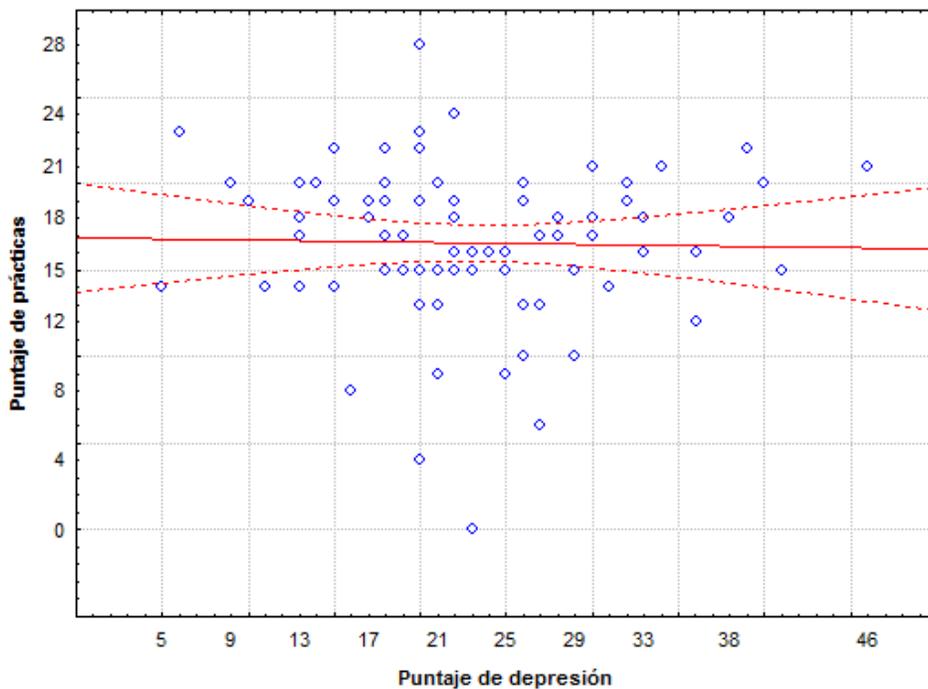
Chi² = 2,81

p = 0,42

**INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS
ALIMENTARIAS DE LAS MADRES ASISTENTES AL PROGRAMA DE “VASO DE
LECHE” EN EL P.P.J.J VILLA EL TRIUNFO DEL DISTRITO DE SACHACA.
AREQUIPA 2013**

Gráfico 12

**Relación entre los niveles de depresión y las prácticas de
preparación de alimentos en las madres estudiadas**



Coeficiente de correlación: $r = -0,0229$ $p = 0,8432$;

Las madres con prácticas adecuadas tuvieron ausencia de depresión, aunque las diferencias no fueron significativas ($p > 0,05$), y se aprecia que la relación entre los puntajes de depresión y prácticas fue casi nula aunque negativa ($r = -0,02$), por lo que puede afirmarse que las prácticas de alimentación no son influidas por la depresión de las madres.

**INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS
ALIMENTARIAS DE LAS MADRES ASISTENTES AL PROGRAMA DE “VASO DE
LECHE” EN EL P.P.J.J VILLA EL TRIUNFO DEL DISTRITO DE SACHACA.
AREQUIPA 2013**

Tabla 13

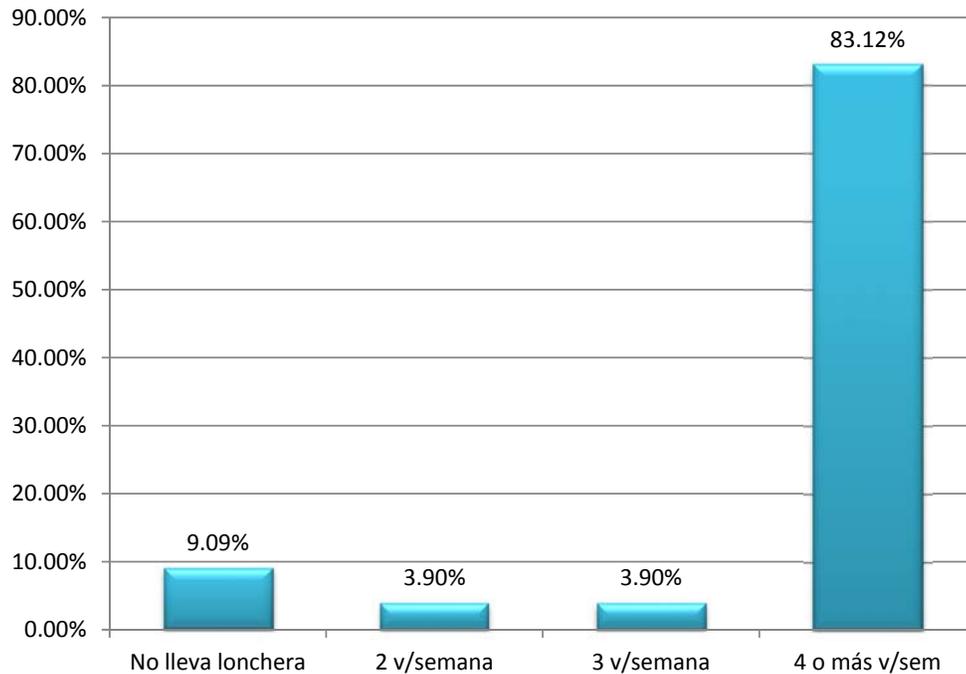
**Frecuencia de preparación de lonchera de los hijos en las madres
estudiadas**

	N°	%
No lleva lonchera	7	9,09%
2 veces por semana	3	3,90%
3 veces por semana	3	3,90%
4 o más veces por semana	64	83,12%
Total	77	100,00%

**INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS
ALIMENTARIAS DE LAS MADRES ASISTENTES AL PROGRAMA DE “VASO DE
LECHE” EN EL P.P.J.J VILLA EL TRIUNFO DEL DISTRITO DE SACHACA.
AREQUIPA 2013**

Gráfico 13

**Frecuencia de preparación de lonchera de los hijos en las madres
estudiadas**



Con la aplicación del cuestionario de conocimientos de preparación de alimentos, se identificó que el 83,12% de madres envía lonchera a sus hijos 4 o más veces por semana, con 9,09% de casos que no llevan lonchera.

**INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS
ALIMENTARIAS DE LAS MADRES ASISTENTES AL PROGRAMA DE “VASO DE
LECHE” EN EL P.P.J.J VILLA EL TRIUNFO DEL DISTRITO DE SACHACA.**

AREQUIPA 2013

Tabla 14

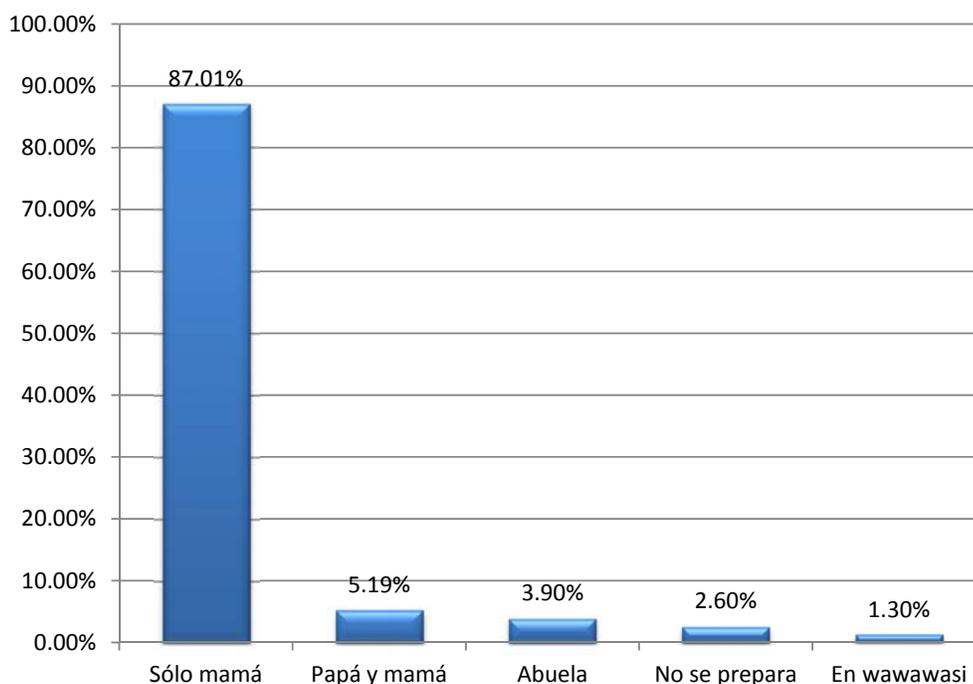
Distribución de personas que preparan la lonchera en la familia

	N°	%
Sólo mamá	67	87,01%
Papá y mamá	4	5,19%
Abuela	3	3,90%
No se prepara	2	2,60%
En wawawasi	1	1,30%
Total	77	100,00%

**INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS
ALIMENTARIAS DE LAS MADRES ASISTENTES AL PROGRAMA DE “VASO DE
LECHE” EN EL P.P.J.J VILLA EL TRIUNFO DEL DISTRITO DE SACHACA.
AREQUIPA 2013**

Gráfico 14

Distribución de personas que preparan la lonchera en la familia



La lonchera es preparada por la mamá en 87,01% de casos, y por papá y mamá en 5,19% de casos, en menor proporción por la abuela, en el wawawasi.

**INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS
ALIMENTARIAS DE LAS MADRES ASISTENTES AL PROGRAMA DE “VASO DE
LECHE” EN EL P.P.J.J VILLA EL TRIUNFO DEL DISTRITO DE SACHACA.
AREQUIPA 2013**

Tabla 15

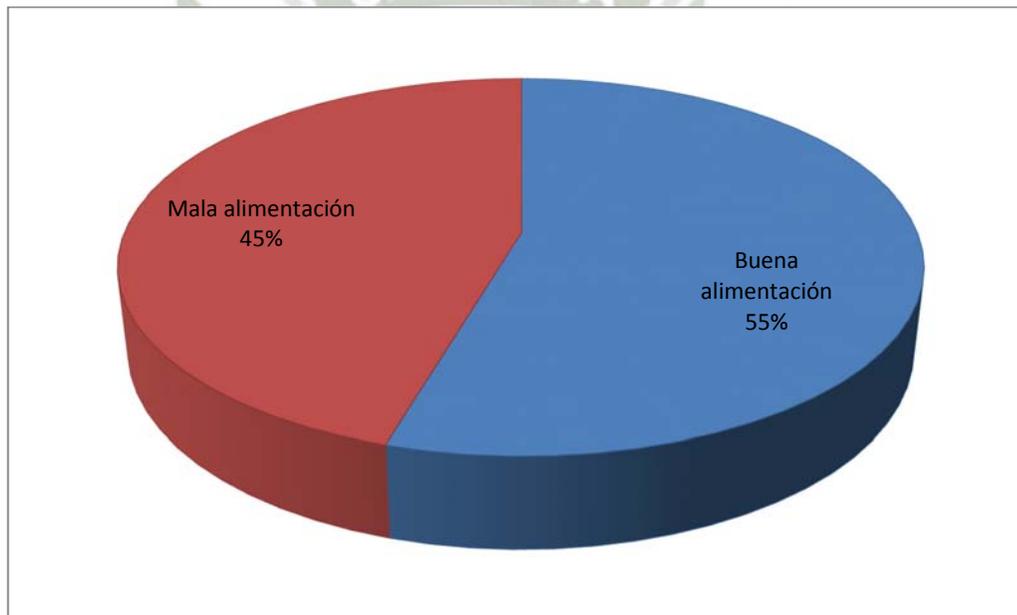
**Percepción acerca de la alimentación de los niños en las madres
estudiadas**

		N°	%
Buena alimentación (n = 42; 54,55%)	Es nutritiva	22	52.38%
	Es natural	12	35.71%
	Es saludable	4	11.90%
Mala alimentación (n = 35; 45,45%)	Falta dinero	13	37,14%
	No tiene tiempo	11	31,43%
	Es incompleta	9	25.71%
	El niño no come	2	5,71%

**INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS
ALIMENTARIAS DE LAS MADRES ASISTENTES AL PROGRAMA DE “VASO DE
LECHE” EN EL P.P.J.J VILLA EL TRIUNFO DEL DISTRITO DE SACHACA.
AREQUIPA 2013**

Gráfico 15 A

**Percepción acerca de la alimentación de los niños en las madres
estudiadas**

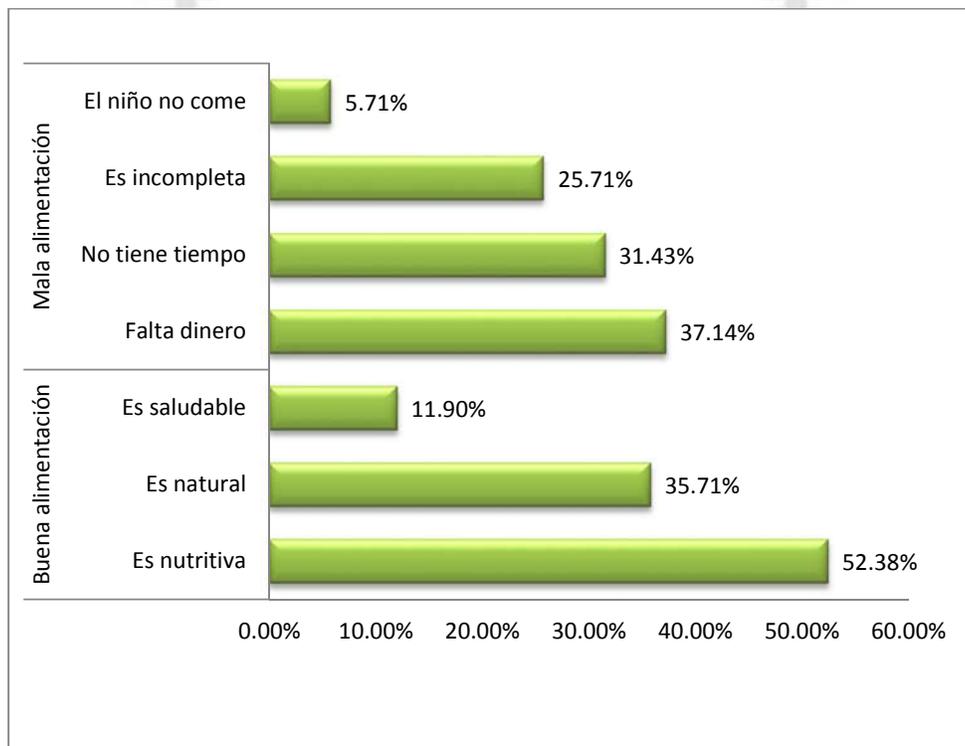


En lo que respecta a la percepción de la preparación de la lonchera en las madres se muestra que el 54,55% considera que la alimentación brindada con la lonchera es buena, por el contrario, 45,45% de madres creen que la alimentación brindada es mala.

INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE LAS MADRES ASISTENTES AL PROGRAMA DE “VASO DE LECHE” EN EL P.P.J.J VILLA EL TRIUNFO DEL DISTRITO DE SACHACA. AREQUIPA 2013

Gráfico 15 B

Razones de la percepción acerca de la alimentación de los niños en las madres estudiadas



El 54,55% de madres que consideran que la alimentación brindada por la lonchera es buena debido a que es nutritiva (52.38%), natural (35.71%) y saludable (11.90%). Y las que consideran que no es buena es principalmente por falta de dinero (37,14%), por falta de tiempo (31,43%) o por considerarla incompleta (25,71%), el 5.71% refiere que es mala o falta de apetito de niño.



DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio buscó determinar la relación entre la depresión, el nivel de conocimientos y prácticas alimentarias en madres asistentes al programa de “Vaso de Leche” en el P.P.J.J Villa el Triunfo del distrito de Sachaca en Arequipa. Se realizó la presente investigación debido a que la nutrición infantil y la depresión actualmente son temas que deben estudiarse localmente para que en base a estos estudios puedan implementarse políticas de salud orientadas a controlar los problemas relacionados. Dentro de los lineamientos de política nutricional las intervenciones educativo comunicacionales deben contar con un enfoque preventivo promocional orientándose a la población materno-infantil, así mismo el estudio de problemas de salud mental forma parte de las cuatro prioridades en investigación del Instituto Nacional de Salud. Al obtenerse nueva información con los resultados de este estudio van llegar a formar parte académica dentro de los contenidos epidemiológicos en los temas de estudio generando conocimientos en las áreas correspondientes, creando un aporte local y actual en esos campos, además al considerar que no se tienen datos locales y nacionales en esos campos esto cobra mayor importancia.

Para tal fin se aplicaron varias encuestas a un grupo de madres asistentes al programa de vaso de leche. La media de la edad de las participantes fue de 29 años teniendo un rango entre 18 y 45 años. La mayoría de dichas madres contaba sólo con educación secundaria (64,97%), sin embargo

este es un porcentaje superior a la media nacional general la cual es de 42%. La mayoría de las participantes son inmigrantes de las ciudades de Puno y Cuzco principalmente, esto obedece a la tendencia que se ha dado en la ciudad de Arequipa durante las últimas décadas. La mayoría de las participantes en el estudio son convivientes (58,44%) y como ocupación tienen el ser amas de casa (82,82%), este es un valor muy alto y alarmante en comparación a la media nacional que es cercano al 40%, probablemente pueda deberse al medio socio cultural donde se están desarrollando, así como el geográfico. La mayoría de mujeres (65%) tienen entre uno y dos hijos, datos que concuerdan con la estadística nacional, sin embargo esta nos muestra que eso se debe a la mayor ocupación por parte de la mujer, pero es discordante con nuestros datos donde la mayoría de madres no tienen una ocupación diferente a la de ser amas de casa ⁴⁸.

En nuestro estudio la evaluación de depresión identificó al menos 82% de las madres participantes presenta algún modo de depresión, donde predominantemente fue la severa (36,36%). Estos resultados son comparables con el estudio realizado por Rojas Castillo y colaboradores en donde 89,3% de las mujeres presentan un cuadro depresivo de intensidad leve a moderada desde un punto de vista clínico. Según otro estudio realizado por Surkan y colaboradores identifican en los países de vía en desarrollo la incidencia de depresión en las mujeres que tienen hijos varían desde 15 a 57% y como diversos factores etiológicos proponen pobreza, conflictos maritales, violencia doméstica y un bajo control de los recursos

económicos, datos bajos encontrados en comparación de nuestros resultados^{46, 47}.

En relación a la preparación de alimentos, la mayoría de las madres envía loncheras a sus hijos (83%) casi todos los días de la semana y dentro de estos la gran mayoría es preparada por la madre (87%).

Respecto al conocimiento sobre la preparación de la lonchera, en más de la mitad (55%) se considera que la alimentación brindada es buena principalmente por su valor nutritivo, sin embargo en los que se percibe que la alimentación brindada es mala (45%) se debe a causas como la falta de dinero, falta de tiempo principalmente. Si bien el nivel de conocimientos no es malo, tampoco es ideal, esta falta de conocimientos nos puede llevar a que un grupo considerable de niños presenten problemas nutritivos los cuales pueden abarcar desde desnutrición hasta obesidad, existen estudios que han evaluado si mejorar el nivel de conocimiento de las madres con niños en edad preescolar, mediante su capacitación sobre nutrición y alimentación, puede influir positivamente en un cambio de hábitos y actitudes alimentarias cuando estos no fueran los adecuados, obteniéndose resultados positivos, donde estas intervenciones educativas si modifican las conductas alimentarias de las madres⁴⁹.

En la evaluación de las prácticas alimentarias, sólo un 5,19% fueron adecuadas, esto es un resultado alarmante, que pese a tener regular conocimiento, su prácticas no son las adecuadas, es necesario investigar qué factores pueden estar interviniendo en este aspecto para tener este

resultado tan bajo, la correlación fue inversa y de baja intensidad ($r=-0,25$); estos resultados son comparables con el realizado por Rojas Castillo y colaboradores donde se encontró que el nivel de depresión encontrado en mujeres se asocia con grados importantes de discapacidad en las actividades de la vida diaria, y dentro de ellas la alimentación de sus hijos⁴⁵. Además otro estudio realizado en la India por Anoop y colaboradores encontraron que la depresión mayor en el período posparto (OR 5,0, IC 95%: 1,0 a 24,0), la depresión mayor actual (OR 3,2, IC 95%: 1,1 a 9,5), y poca inteligencia materna (OR 3,8, IC 95%: 1,3 a 11,1) se asociaron con la desnutrición en el niño ⁵⁰.

Aparentemente existe relación entre la depresión y las prácticas de preparación de los alimentos, es decir las madres con prácticas adecuadas tuvieron ausencia de depresión sin embargo en el análisis estadístico esta relación no tuvo significancia ($p > 0,05$); y por ende la relación entre los puntajes de depresión fue casi nula ($r = -0,02$), por lo que podemos afirmar que las prácticas de alimentación no son influidas por el estado de depresión materno.



CONCLUSIONES

Primera. Se encontró depresión en 83,12% de madres asistentes al programa de “Vaso de Leche” en el P.P.J.J Villa el Triunfo del distrito de Sachaca. Arequipa 2013, siendo de nivel predominantemente severo.

Segunda. El nivel de conocimientos que tienen las madres asistentes al programa de “Vaso de Leche” sobre la alimentación del preescolar y escolar en P.P.J.J Villa el Triunfo del el distrito de Sachaca. Arequipa 2013 es predominantemente medio a bajo.

Tercera.- Las prácticas que tienen las madres asistentes al programa de “Vaso de Leche” sobre la alimentación del preescolar y escolar en el P.P.J.J Villa el Triunfo del distrito de Sachaca. Arequipa 2013 son predominantemente inadecuadas.

Cuarta.- No se pudo demostrar relación entre la depresión y el nivel de conocimientos que tienen las madres asistentes al programa de “Vaso Leche” sobre la alimentación del preescolar y escolar en el P.P.J.J. Villa en Triunfo del distrito de Sachaca. Arequipa 2013.

Quinta.- No se pudo demostrar relación entre la depresión y las prácticas que tienen las madres asistentes al programa de “Vaso de Leche” sobre la alimentación del preescolar y escolar en el P.P.J.J. Villa en Triunfo del distrito de Sachaca. Arequipa 2013.



SUGERENCIAS

- 1) Se sugiere ampliar este estudio a otras poblaciones, ya que el nivel de depresión observada es alto, lo cual podría ayudar a detectar en nuestra población que tan cierta es este porcentaje elevado. Además que se podría evidenciar mayor relación entre los conocimientos y las prácticas
- 2) Crear programas para la salud materno infantil a través del ministerio de Salud; que integre un plan nacional de atención primaria en salud mental, para una mayor accesibilidad de la población a la atención en este aspecto; como ya otros países lo han implementado
- 3) Complementar el estudio, evaluando de forma antropométrica a los preescolares y escolares, para obtener resultados más objetivos, y correlacionar dichos datos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Lizondo R, Llanque V. Depresión. Rev Paceaña med Fam 2008; 5(7): 24-31
- 2) Holford P. Nutrición óptima para la mente. Vencer la depresión 2da Ed. Robinbook: Barcelona, 2005 p. 148-49
- 3) Alberdi J, Taboada O, Castro C, Vazquez C. Depresión. Guías Clínicas 2006; 6 (11): 1-6
- 4) Carrasco MJ, Garcia A. Mujeres ayudando mujeres. Ed Ortega. Madrid, 1997 p. 42-44
- 5) Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. ¡Cada madre y cada niño contarán!. OMS. Ginebra, 2005 p. 42
- 6) Carrasco MJ, Garcia A. Mujeres ayudando mujeres. Ed Ortega. Madrid, 1997 p. 42-44
- 7) Ghodsian M, Power C. Alcohol consumption between the ages of 16 and 23 in Britain: a longitudinal study. Br J Addict. 1987 Feb; 82 (2): 175-80
- 8) Brown GW, Harris T. Social origins of depression: a reply. Psychol Med. 1978 Nov; 8(4):577-88.
- 9) Gordon VC, Ledray LE. Depression in women. J Psychosoc Nurs Ment health Serv. 1985 Jan;23(1): 26-34
- 10) Billings AG, Moos RH. Comparisons of children of depressed and nondepressed parents: a social-environmental perspective. J Abnorm Child Psychol. 1983 Dec; 11(4):463-85.

- 11) Orvaschel H, Weissman MM, Kidd KK. Children and depression--the children of depressed parents; the childhood of depressed patients; depression in children. *J Affect Disord.* 1980 Mar;2(1):1-16.
- 12) Seligman ME, Peterson C, Kaslow NJ et al. Attributional style and depressive symptoms among children. *J Abnorm Psychol.* 1984 May;93(2):235-8.
- 13) Gaensbauer TJ, Harmon RJ, Cytryn L et al. Social and affective development in infants with a manic-depressive parent. *Am J Psychiatry.* 1984 Feb; 141(2):223-9.
- 14) Hernández-Rodríguez M. Alimentación Infantil. Principios Básicos en nutrición infantil. Díaz de Santos Ed. Madrid, 2001 p. 3-25
- 15) Zulueta TD, Valdespino B, Alferova L, Rodríguez SA. Relación entre conocimientos sobre nutrición de un grupo de escolares y algunos índices socioeconómicos familiares. *Rev Cubana Alimentación Nutr.* 1994; 8 (2): 24-7.
- 16) Organización Panamericana de la Salud. Programa Nacional de Alimentación y Nutrición Situación alimentaria y nutricional de Latinoamérica y el Caribe. Washington, DC. OPS, 1990: 2.
- 17) Gil Hernández A, Uauy Dgach R, Serra J. Bases para una alimentación complementaria adecuada de los lactantes y los niños de corta edad. *An Pediatr (Barc).* 2006;65(5):481-95

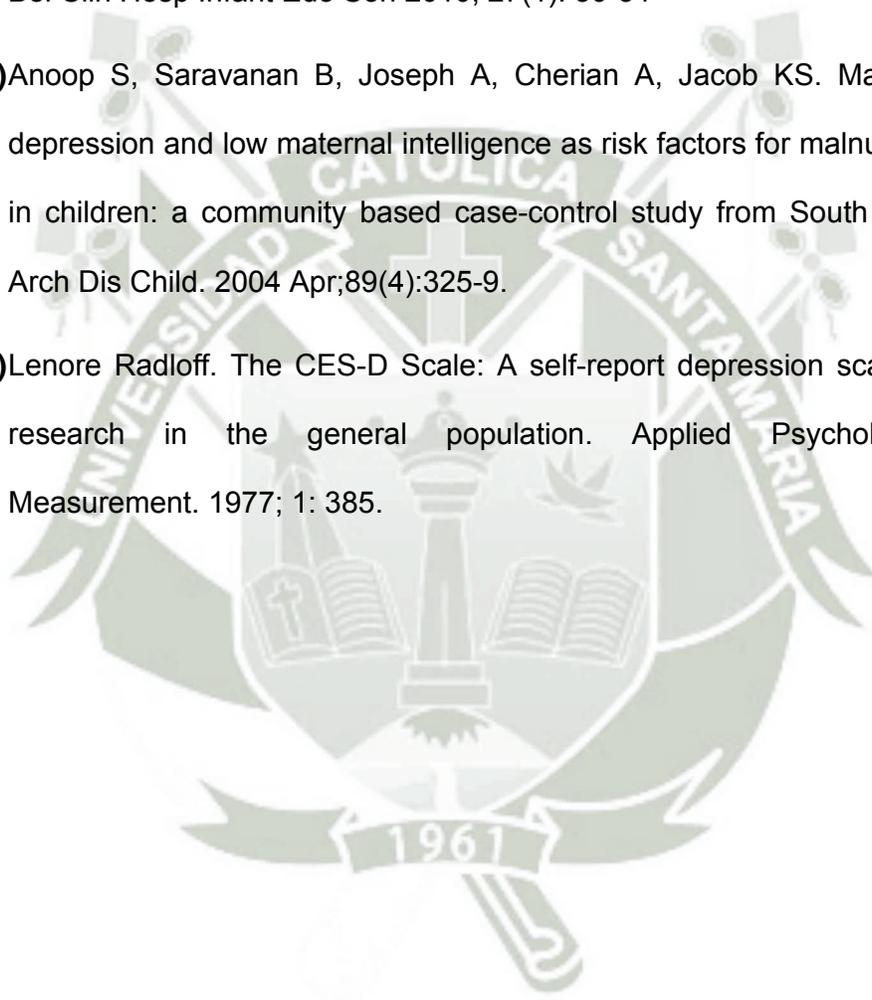
- 18)**Macías Matos C, Pita Rodriguez G, Pérez A et al. Evaluación nutricional de niños de 1 a 5 años de edad en un consultorio médico de familia. Rev Cubana Aliment Nutr 1999;13(2):85-90
- 19)**Sanchez-Chavez NP, Reyes-Hernández D, Reyes-Gómez U. et al. Conductas para Preparar Loncheras Mediante un Programa de Intervención Educativa Sobre Nutrición con Madres de Preescolares. Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2010; 27(1): 30-34
- 20)**Reyes-Hernández D, Reyes-Hernández U, Sánchez-Chávez NP et al. Alimentos Contenidos en Loncheras de Niños que Acuden a un Preescolar. Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2010; 27(1): 35-40
- 21)**de Silva-Sanigorski A, Prosser L, Carpenter L et al. Evaluation of the childhood obesity prevention program Kids--'Go for your life'. BMC Public Health. 2010 May 28; 10:288.
- 22)**Hudson PK, Walley H. Food safety issues and children's lunchboxes. Perspect Public Health. 2009 Mar; 129(2):77-84.
- 23)**Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, Rush AJ, Walters EE, Wang PS. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). Journal of the American Medical Association. 2003; 289(3): 3095–3105.
- 24)**Tsuang MT, Bar JL, Stone WS, Faraone SV. Gene-environment interactions in mental disorders. World Psychiatry. 2004 Jun; 3(2): 73–83.

- 25)** Schmidt PJ, Nieman LK, Danaceau MA, Adams LF, Rubinow DR. Differential behavioral effects of gonadal steroids in women with and in those without premenstrual syndrome. *New England Journal of Medicine*. 1998 Jan 22; 338(4): 209–216.
- 26)** Rubinow DR, Schmidt PJ, Roca CA. Estrogen-serotonin interactions: Implications for affective regulation. *Biological Psychiatry*. 1998; 44(9): 839–850.
- 27)** Ross LE, Steiner M. A Biopsychosocial Approach to premenstrual dysphoric disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 2003; 26(3): 529- 546.
- 28)** Dreher JC, Schmidt PJ, Kohn P, Furman D, Rubinow D, Berman KF. Menstrual cycle phase modulates reward-related neural function in women. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2007 Feb 13; 104(7): 2465–2470.
- 29)** Munk-Olsen T, Laursen TM, Pederson CB, Mores nO, Mortensen PB. New parents and mental disorders. *Journal of the American Medical Association*. 2006 Dec 6; 296(21): 2582–2589.
- 30)** Chaudron LH, Szilagyi PG, Kitzman HJ, Wadkins HI, Conwell Y. Detection of postpartum depressive symptoms by screening at well-child visits. *Pediatrics*. 2004 Mar; 113(3 Pt 1): 551–558.
- 31)** Freeman MP, Wright R, Watchman M, Wahl RA, Sisk DJ, Fraleigh L, Weibrecht JM. Postpartum depression assessments at wellbaby visits:

- screening feasibility, prevalence and risk factors. *Journal of Women's Health*. 2005 Nov 10; 14(10): 929–935.
- 32)** Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Nelson DB. Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. *Archives of General Psychiatry*. 2006 Apr; 63(4): 375–382.
- 33)** Cohen L, Altshuler L, Harlow B, Nonacs R, Newport DJ, Viguera A, Suri R, Burtn V, Hendrick AM, Loughhead A, Vitonis AF, Stowe Z. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *Journal of the American Medical Association*. 2006 Feb 1; 295(5): 499–507
- 34)** Wyngaarden J; Smith, L. *Tratado de medicina interna*. México. Editorial interamericana. 1991 Feb 3; 20(13): 55-56
- 35)** Koda-Kimbl M, Yee Young L. *Applied Therapeutics: the clinical use of drugs*. 7 edición. Lippincott Williams & Wilkins. 2009 p. 200-215
- 36)** Beers M y Berkow R (editors). *Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica*. 10 edición. Merck and Co. Inc. Ediciones Harcourt S.A. 1999
- 37)** Toro R, Yepes L. *Fundamentos de Medicina: Psiquiatría*. Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín, Colombia. 199
- 38)** *A guide to the treatment: Depression*. Lexi-Comp. USA. 2001

- 39)**Isselbacher, K.J.; Braunwald, E.; Wilson, J. 1994. Harrison: Principios de Medicina Interna. 13 Edición Madrid, España Interamericanan Mc Graw-Hill. Volumen I y II. Pp
- 40)**Lawraence .M. et al. Diagnóstico clínico y tratamiento. 1999. Editorial El Manual Moderno. México. pp 997-1004.
- 41)**Villa L. Medimecum- Guía de Terapia Farmacológica. Adis Internacional. España, 2002.
- 42)**Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Base de Datos del Medicamento y Parfarmacia BOT.2001.
- 43)**García-Delgado A, Gastelurrutia MA. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre Depresión. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (GIAF-UGR). 2003. Universidad de Granada, España.
- 44)**Remick, R. Diagnosis and management of depression in primary care: a clinical update and review. CMAJ 2002;167 (11):1253-60.
- 45)**Rev. psiquiatr. clín. (Santiago de Chile);39(1):36-42, oct. 2002. tab.
- 46)**Surkan PJ, Kennedy CE, Hurley KM, Maureen MB. Maternal depression and early childhood growth in developing countries: systematic review and meta-analysis. Bull World Health Organ vol.89 n.8 Genebra Aug. 2011
- 47)**Husain N, Creed F, Tomenson B. Depression and social stress in Pakistan. Psychol Med 2000;30: 395–402

- 48)**Diaz JJ. Educación superior en el Perú: tendencias de la demanda y la oferta. Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE). 2010
- 49)**Sanchez-Chávez NP, Reyes-Hernandez D, Reyes-Gomez U y col. Conductas para Preparar Loncheras Mediante un Programa de Intervención Educativa Sobre Nutrición con Madres de Preescolares. Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2010; 27(1): 30-34
- 50)**Anoop S, Saravanan B, Joseph A, Cherian A, Jacob KS. Maternal depression and low maternal intelligence as risk factors for malnutrition in children: a community based case-control study from South India. Arch Dis Child. 2004 Apr;89(4):325-9.
- 51)**Lenore Radloff. The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement. 1977; 1: 385.





**CUESTIONARIO: Escala de Depresión del Centro de Estudios
Epidemiológicos (CES-D)**

A continuación se muestra una lista de las formas en que podría haberse sentido o comportado usted. Marque (X) con qué frecuencia se ha sentido de esta manera durante la semana pasada (considerando el número de días)

Ítems	Durante la semana pasada			
	Raramente o nada (menos de un día)	Algo de tiempo (1-2 días)	Ocasionalmente (3-4 días)	La mayoría del tiempo (5-7 días)
1. Me molestaron cosas que usualmente no me molestan				
2. No tuve ganas de comer, mi apetito era pobre				
3. Sentía que no podía quitarme de encima la tristeza, ni siquiera con la ayuda de mi familia y amigos				
4. Sentí que era tan bueno como los demás				
5. Tenía dificultad en mantener mi mente en lo que estaba haciendo				
6. Me sentí deprimido				
7. Sentí que todo lo que hacía era un esfuerzo				
8. Me sentí optimista sobre el futuro				
9. Pensé que mi vida había sido un fracaso				
10. Me sentía con miedo.				
11. Mi sueño era inquieto				
12. Estaba feliz				
13. Hablé menos de lo usual				
14. Me sentí solo				
15. La gente no era amistosa				
16. Disfruté de la vida				
17. Pase ratos llorando				
18. Me sentí triste				
19. Sentía que no le caía bien a la gente.				
20. No tenía ganas de hacer nada.				

CUESTIONARIO: Conocimientos y Prácticas**Alimentarias de Requena****INTRODUCCIÓN:**

La encuesta que va a llenar a continuación forma parte del proyecto de investigación titulado "INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LOS CONOCIMIENTOS, PRÁCTICAS ALIMENTARIAS EN MADRES ASISTENTES AL PROGRAMA DE "VASO DE LECHE" EN EL P.P.J.J VILLA EL TRIUNFO DEL DISTRITO DE SACHACA. AREQUIPA 2013"; el mismo que se está realizando en las madres asistentes al Programa "Vaso de Leche" de la Municipalidad de Sachaca, que tienen niños entre 2 a 10 años y que ellos tengan asistencia continua a alguna institución educativa acorde a su edad. El objetivo del proyecto es: Determinar la relación entre la depresión y el nivel de conocimientos y prácticas alimentarias en madres asistentes al programa de "Vaso de Leche" en el PPJJ Villa el Triunfo del distrito de Sachaca.

La presente encuesta se divide en 3 cuestionarios:

- Cuestionario de preguntas generales de la madre participante.
- Escala de depresión del Centro de Control Epidemiológico CED –D
- Cuestionario de conocimientos y prácticas sobre alimentación del preescolar.

Toda la información que se obtenga en base a sus respuestas va a ser tratada con confidencialidad.

Gracias por su participación

CUESTIONARIO #1: DATOS GENERALES:

1. Edad de la madre: _____
2. Grado de Instrucción: _____
¿Completa? (SI) (NO)
3. Lugar _____ de
nacimiento _____
4. Estado Civil: _____
5. Número de hijos, edad y sexo de cada uno:
- _____
- _____
- _____
6. Ocupación:

7. Morbilidad: (HTA, Diabetes, Obesidad, Enfermedad Renal, etc)

CUESTIONARIO #2: CONOCIMIENTOS**MARCAR CON UN ASPA LA ALTERNATIVA QUE CREA MÁS CONVENIENTE**

1. La lonchera es un conjunto de alimentos que ayudan al niño a:
 - a. Recuperar energías
 - b. Calmar el hambre
 - c. Motivar al niño
 - d. Proteger al organismo
 - e. Desarrollar al niño

2. De las alternativas siguientes marque cuales son los alimentos que puede incluir una buena lonchera:

- a. Refresco de naranja, galletas y pan
- b. Gaseosa, galleta y manzana
- c. Refresco de naranja, pan con mantequilla y plátano
- d. Gaseosa, naranja y pan
- e. Frugos, galletas y manzana

3. Los dos alimentos que dan MÁS ENERGÍA, al niño son:

- a. Plátano y zanahoria
- b. Carne y pollo
- c. Manzana y mango
- d. Papa y pan
- e. Pescado y lentejas

4. Los dos alimentos que ayudan al crecimiento del niño son:

- a. Naranja y mango
- b. Pollo y lentejas
- c. Zanahoria y betarraga
- d. Olluco y papa
- e. Yuca y camote

5. Los alimentos que favorecen la absorción de otros alimentos en el organismo son:

- a. Papa y camote
- b. Pan y mantequilla
- c. Carne y pescado
- d. Leche y queso
- e. Naranja y zanahoria

6. La bebida que se debe enviar a los niños en la lonchera es:

- a. Gaseosa
- b. Leche
- c. Refresco de frutas
- d. Té

- e. Infusiones (manzanilla, anís, etc)

7. Los líquidos son importantes para los niños, porque les ayudan a:

- a. Favorecer la digestión
- b. Reponer los líquidos perdidos durante sus actividades
- c. Favorecen la eliminación de orina
- d. Dar más actividad
- e. Prevenir infecciones

8. Las limonadas o naranjadas se deben preparar con agua:

- a. Hervida fría
- b. Hervida tibia
- c. Hervida caliente
- d. Sin hervir
- e. Helada

9. Cuando a su niño le prepara pan con carne/pollo/camote/mantequilla, la bebida que debe llevar es:

- a. Gaseosa
- b. Refresco de frutas
- c. Té
- d. Infusiones
- e. Leche

10. Los alimentos importantes que debe incluir una lonchera son:

PRACTICA

11. Mencionar los alimentos que Ud. incluyó en la lonchera dos días distintos por ejm:

Ayer:

Hoy:

12. A continuación marque la frecuencia con la que incluye en la lonchera de su niño los alimentos que se mencionan:

Alimento	Frecuencia		
	1 vez a la semana	2 veces a la semana	3 a más veces a la semana
Leche			
Té			
Jugo de Frutas			
Refresco de sobres			
Mazamorra			
Arroz con leche			
Gelatina			
Plátano			
Manzana			
Naranja			
Pera			
Pan solo			
Pan con queso			

Pan con mermelada			
Pan con pollo y mayonesa			
Pan con carne			
Pan con camote			
Huevo			
Galletas			
Gaseosas			
Caramelos			

13. ¿Cuántas veces a la semana lleva lonchera su hijo?

- No lleva lonchera
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3 veces a la semana
- 4 o más veces a la semana

14. ¿Quién prepara la lonchera de su hijo?

- Papá y mamá
- Solo mamá
- Solo papá
- Otro:

Especifique

15. ¿Usted cree que está alimentando bien a su niño con lo que le envía en la lonchera?

- Si
- No

¿Porque?

RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO DE REQUENA

Respuestas correctas:

I. CUESTIONARIO

1.A

2.C

3.C

4.B

5.E

6.C

7.B

8.A

9.B

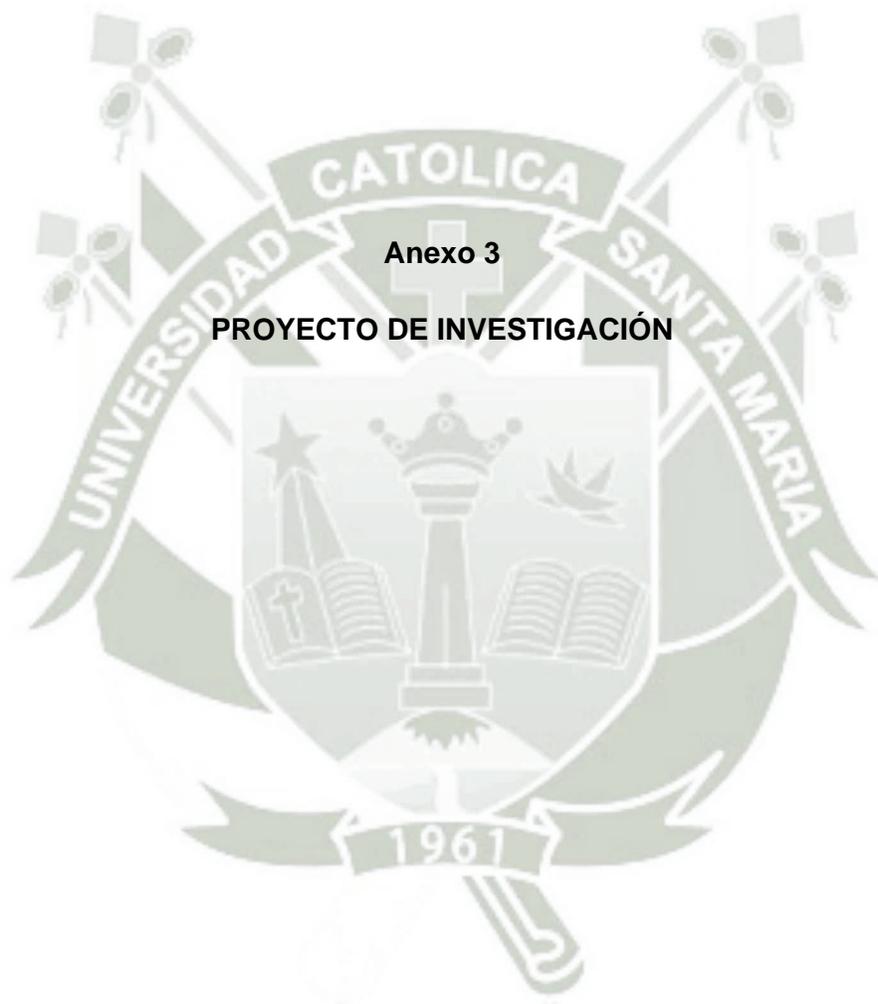
10. Un alimento sólido, una fruta y un refresco (un punto por cada uno de ellos que este dentro de la respuesta)

II. PRACTICAS

11. Dentro de este grupo tienen que estar incluidos un alimento sólido, una fruta y un refresco. Se considera 1 punto por el día de ayer y otro por el día de hoy, 2 puntos en caso de que ambos días sean respondidos correctamente

Alimento	Frecuencia		
	Nunca o 1 vez a la semana	2 veces a la semana	3 a más veces a la semana
Leche	2	0	0
Té	2	0	0
Jugo de Frutas	0	1	2
Refresco de sobres	2		0
Mazamorra		1	2
Arroz con leche	2	0	0
Gelatina	2	0	0
Plátano	0	1	2
Manzana	0	1	2
Naranja	0	1	2
Pera	0	1	2
Pan solo	0	1	2
Pan con queso	0	1	2
Pan con mermelada	0	1	2
Pan con pollo y mayonesa	2	0	0
Pan con carne	0	1	2
Pan con camote	0	1	2
Huevo	0	1	2
Galletas	2	0	0
Gaseosas	2	0	0
Caramelos	2	0	0

Las tres últimas preguntas, 13, 14 y 15 son para tener información más amplia de las prácticas.



Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



TITULO:

“INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LOS
CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE
LAS MADRES ASISTENTES AL PROGRAMA DE “VASO
DE LECHE” EN EL P.P.J.J VILLA EL TRIUNFO DEL
DISTRITO DE SACHACA. AREQUIPA 2013”

Autor:

Daniela Alejandra Luna Salas

Para obtener el título profesional de Médica
Cirujana

Arequipa- Perú

2013

**INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS
ALIMENTARIAS DE LAS MADRES ASISTENTES AL PROGRAMA DE
“VASO DE LECHE” EN EL P.P.J.J VILLA EL TRIUNFO DEL DISTRITO DE
SACHACA. AREQUIPA 2013**

I. PREAMBULO

Uno de los grandes problemas que he visto en pregrado fue la desnutrición, existen muchos factores que se han relacionado directa o indirectamente con este grave problema; y por ello también se han tomado diversas medidas para combatirla atacando en gran parte esas deficiencias que puedan hallarse en los factores relacionados. Se ha tenido grandes mejorías durante los últimos años respecto a este tema, hablando desde el punto de vista epidemiológico, sin embargo aún no se llega al resultado ideal.

Otro de los grandes problemas en la salud pública, son los problemas de salud mental, esto cobra importancia y se hace más notorio debido a que ha existido un incremento en el número de estudios y se han encontrado resultados alarmantes. Dentro de uno de estos problemas esta la depresión, un problema que es sufrido entre la quinta o cuarta parte de la población de mujeres. Un inconveniente en este punto es que no se están tomando aún las medidas adecuadas para combatir problemas como este.

Entonces, podemos observar en nuestro medio que una cantidad notable de personas sufren estos problemas y que pese a que se han encontrado relaciones entre estos, para ser más exactos, la relación entre depresión materna y desnutrición infantil, es importante ubicar a que factor asociado de la mala alimentación directamente puede afectar la depresión, y uno de ellos que no ha sido estudiado es el relacionado a los conocimientos y las practicas alimentarias en una población infantil, es por ello que se plantea este estudio, porque este podría ser un factor importante que no se está tomando en consideración en ningún plan que pueda combatir a la desnutrición.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de Investigación

Enunciado del Problema:

INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE LAS MADRES ASISTENTES AL PROGRAMA DE “VASO DE LECHE” EN EL P.P.J.J VILLA EL TRIUNFO DEL DISTRITO DE SACHACA. AREQUIPA 2013

Descripción del Problema:

a. Área del Conocimiento

Campo: Ciencias de la Salud

Área: Medicina Humana

Especialidad: Psiquiatría

Línea: Depresión y conocimiento y prácticas alimentarias

b. Análisis u Operacionalización de variables

VARIABLE	INDICADOR	VALOR/CATEGORÍA	TIPO DE VARIABLE
Características Generales	Edad	Años Cronológicos	Numérico
	Ocupación	Describir la ocupación a la que se dedica	Nominal
	Edad de sus hijo/a(s)	Años Cronológicos de su hijo/a	Numérico
	Sexo de sus hijo/a(s)	Masculino Femenino	Nominal
	Grado de instrucción	Ninguno Primaria Secundaria Superior	Ordinal
	Estado Civil	Soltera Conviviente Casada Viuda Divorciada	Nominal
	Lugar de Nacimiento	Arequipa Puno Cuzco Moquegua Otros	Nominal
	Número de hijos	Número actual de hijos vivos	Numérico
	Morbilidad	HTA Diabetes Obesidad Enfermedad Renal Otros	Nominal

Depresión	Escala para la Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)	Normal Depresión leve Depresión moderada Depresión severa	Ordinal
Nivel de conocimientos de la madre sobre el contenido de la alimentación preescolar	Cuestionario de Requena 2005	Alto Medio Bajo	Ordinal
Nivel de prácticas de la madre sobre el contenido de la lonchera del preescolar	Cuestionario de Requena 2005	Adecuada No Adecuada	Nominal

c. Interrogantes Básicas

- ¿Cuál es el nivel de depresión que tienen las madres asistentes al programa de “Vaso de Leche” en el P.P.J.J Villa el Triunfo del distrito de Sachaca?
- ¿Cuál es el nivel de conocimientos que tienen las madres asistentes al programa de “Vaso de Leche” sobre la alimentación del preescolar y escolar en el P.P.J.J Villa el Triunfo del distrito de Sachaca?
- ¿Cómo son las prácticas que tienen las madres asistentes al programa de “Vaso de Leche” sobre la alimentación del preescolar y escolar en el P.P.J.J Villa el Triunfo del distrito de Sachaca?
- ¿Existe relación entre la depresión y el nivel de conocimientos que tienen las madres asistentes al programa de “Vaso de Leche” sobre la alimentación del preescolar y escolar en el P.P.J.J Villa el Triunfo del distrito de Sachaca?
- ¿Hay relación entre la depresión y las prácticas que tienen las madres asistentes al programa de “Vaso de Leche” sobre la alimentación del preescolar y escolar en el P.P.J.J Villa el Triunfo del distrito de Sachaca?

d. **Tipo de investigación:** De campo.

e. **Nivel de investigación:** Estudio observacional, transversal, analítico.

Justificación del Problema:

Relevancia Social: La alimentación es vital en el desarrollo de la persona desde sus primeros años debido a que va muy ligado al desarrollo del sistema inmunitario; y además la desnutrición infantil es un grave problema de salud pública en el Perú ya que afecta alrededor de medio millón de niños.

Relevancia Contemporánea: La nutrición infantil y la depresión son temas que actualmente es necesarios estudiarse localmente para que en base a estos estudios puedan implementarse políticas de salud orientadas a controlar los problemas relacionados. Dentro de los lineamientos de política nutricional las intervenciones educativo comunicacionales deben contar con un enfoque preventivo promocional orientándose a la población materno-infantil, así mismo el estudio de problemas de salud mental forma parte de cuatro las prioridades en investigación del Instituto Nacional de Salud.

Relevancia Científica: Al buscar y tratar de responder la hipótesis de este proyecto se está generando conocimientos en las áreas correspondientes, creando un aporte local y actual en esos campos, además al considerar que no se tienen datos locales y nacionales en esos campos esto cobra mayor importancia.

Relevancia Académica: Al obtenerse nueva información con los resultados de este estudio van llegar a formar parte académica dentro de los contenidos epidemiológicos en los temas de estudio.

Factibilidad: Por ser un estudio observacional no se van a generar intervenciones en los participantes y generar efectos negativos, además de que económicamente los costos no van a ser cuantiosos.

Originalidad: No se han encontrado estudios que evalúen estos campos y busquen su relación en madres con niños con edades entre 2 y 10 años, por lo que llegaría a convertirse el primero de este tipo.

2. MARCO TEÓRICO

1. DEPRESIÓN

La depresión se conoce como la presencia de síntomas afectivos, que se ubican dentro del ámbito de las emociones o los sentimientos dentro de los cuales están: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida; aunque en un grado variable también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático¹

Las depresiones son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida del interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. A menudo presentan ansiedad y síntomas somáticos variados³⁷

La depresión es un sentimiento de tristeza intenso, que puede producirse tras una pérdida reciente y otro hecho triste, pero es desproporcionado con respecto a la magnitud del hecho y persiste más allá de un período justificado. Se estima que el 10% de la gente que consulta al médico pensando que tiene un problema físico, tiene en realidad una depresión³⁶ El uso de este término puede extenderse desde una descripción de un estado de duelo, hasta profundos sentimientos de futilidad y desesperación suicida³⁴. En su forma de síndrome integral, la depresión clínica se manifiesta como un trastorno depresivo mayor, con una evaluación episódica y grados variables de manifestaciones residuales entre episodios³⁶

Etiología

La depresión puede deberse a un sinnúmero de razones, esto puede incluir la muerte de algún pariente cercano, una enfermedad, pérdida del empleo, alcoholismo o aislamiento de las familias o de los amigos³⁸.

Algunas personas están en mayor riesgo. Las mujeres han mostrado tener una mayor vulnerabilidad cuando han perdido a su madre siendo aún niñas, o cuando tienen 3 o más niños a su cuidado, cuando no tienen una relación sentimental estable, o cuando necesitando un trabajo, o no lo tienen³⁸.

La causa clínica de la depresión tiene que ver con un desequilibrio en los neurotransmisores que estimulan el cerebro. Mucha o poca concentración de estas sustancias, entre ellos la noradrenalina y la serotonina, pueden desencadenar la depresión³⁵.

Primarias

a. Bioquímicas cerebrales

Es la teoría más popular y postula que un déficit relativo o absoluto en las concentraciones de noradrenalina, serotonina y dopamina es la causa de la depresión, mientras que excesos de ellos producen manía³⁷. Más recientemente se ha sugerido que una disminución de serotonina es el causante de la depresión, inclusive, puede haber una predisposición genética a la disminución de las células que usan ese neurotransmisor³⁷. Adicionalmente se han relacionado con depresión el GABA y la acetilcolina.

b. Neuroendocrinos

Algunos síntomas del síndrome clínico como trastornos del humor disminución de la libido, trastornos del sueño, del apetito y de la actividad autonómica, sugieren disfunción del hipotálamo³⁷. Cerca de la mitad de los pacientes muestran aumento del cortisol. Además existe una relación con la función tiroidea, ya que muchos pacientes con disminución de T3, poseen depresión, sin embargo, muchos pacientes con depresión no tienen ninguna alteración en la función tiroidea.

Otro hallazgo importante es que en pacientes deprimidos existe una disminución en la liberación de hormona del crecimiento (GH) durante las horas de sueño, que permanece hasta un año luego de la desaparición de los síntomas de depresión³⁷.

c. Neurofisiológicos

Un hallazgo importante y común en los pacientes deprimidos a los que se les realiza EEG, es la disminución de los movimientos oculares rápidos (MOR, O REM por las siglas en inglés)³⁷.

d. Genéticos y familiares

Estudio en familiares han revelado relación entre la depresión y la herencia. El trastorno depresivo mayor es de 1,5-3 veces más común en familiares biológicos de primer grado de personas que lo sufren, que en la población general³⁷.

e. Factores Psicológicos

Algunos autores sugieren que en las depresiones, principalmente la de menor intensidad, la presencia de factores psicógenos tiene gran importancia. Se cree que el problema de la depresión es producto de un pensamiento distorsionado que produce una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, el estado depresivo será secundario a estos fenómenos cognoscitivos³⁷.

Secundarias

a. Drogas

Más de 200 medicamentos se han relacionado con la aparición de depresión, la gran mayoría de ellos de forma ocasional, y unos pocos con mayor frecuencia. Entre ellos AINES (indometacina, fenocetina fenilbutazona), antibióticos (cicloserina, griseofulvina, sulfas, isoniazida), hipotensores (clonidina, metildopa, propanolol, reserpina, bloqueadores de canales de calcio), antipsicóticos, drogas cardiacas (digitálicos, procainamida), corticoesteroides y ACTH, disulfirán, L-Dopa, metisérgida y contraceptivos orales³⁷.

b. Enfermedades orgánicas

Cualquier enfermedad, especialmente las graves, puede causar depresión como reacción psicológica, pero algunas enfermedades se relacionan con mayor frecuencia; Alzheimer, Parkinson, Huntington, epilepsias, esclerosis múltiple, hipotiroidismo, trastornos del calcio, feocromocitoma, porfirina, cáncer de páncreas, infarto al miocardio³⁷.

c. Enfermedades infecciosas

Hepatitis, influenza y brucelosis³⁷.

d. Enfermedades psiquiátricas

La esquizofrenia y el trastorno esquizofrénico pueden producir cuadros depresivos. Etapas avanzadas de los trastornos de pánico pueden cursar con depresión. El alcoholismo y la farmacodependencia pueden también producir depresión secundaria.

Depresión en la mujer

Las mujeres son el tripe de vulnerables que los hombres en alteraciones del estado de ánimo. Se ha tratado de explicar de distintos modos esto buscando causas sociológicas, otras psicológicas, somáticas, entre otras. Existen diversos estudios que han mostrado que las mujeres son más proclives a tener bajos niveles de serotonina, en ellas los bajos niveles de este neurotransmisor vienen asociados a la depresión y ansiedad, mientras que en los hombres al alcoholismos y agresividad^{2, 3}.

Entre 10 al 25% de mujeres y entre 5 al 10% de hombres sufren un episodio de depresión mayor en el transcurso de su vida. Esto únicamente se refiere a las tasas de “depresión mayor”, que son una parte mínima de los trastornos depresivos, dentro de estos podemos destacar las “depresiones encubiertas”, las que en la mayoría de casos duran gran parte de la vida y en ellas se pueden observar las siguientes

características: apatía, sentimientos de frustración, pesimismo, falta de placer en la realización de las actividades habituales, sentimientos de vacío, inseguridad, insignificancia, entre otros⁴.

Los cuadros depresivos, incluso los más moderados, afectan seriamente la salud física y constituyen un factor de primer orden en el origen y mantenimiento de la obesidad, bulimia, anorexia, drogodependencia. Por otro lado, el efecto en el área cognitiva puede ser tan difícil que las tareas más simples sean imposibles de cumplir.

Otro de los motivos por los que la mujer puede ser más prevalente para la depresión, podría ser el patrón gestacional que va del 60% al 90%; además del existente aumento de la incidencia en adolescentes y madres jóvenes.

Ocasionalmente, todos nos sentimos melancólicos o tristes, pero estos sentimientos, por lo general, son pasajeros y desaparecen en unos días. Cuando una mujer tiene un trastorno depresivo, éste interfiere con la vida diaria y el desempeño normal, y le causa dolor a ella y a quienes se preocupan por ella. La depresión es una enfermedad común, pero grave, y la mayoría de las personas que la padecen necesitan tratamiento para mejorar.

La depresión afecta tanto a los hombres como a las mujeres, pero las mujeres tienen más probabilidades de que se les diagnostique con depresión que a los hombres en un determinado año²³.

Actualmente se están haciendo esfuerzos para explicar esta diferencia mientras los investigadores examinan determinados factores (biológicos, sociales, etc.) que son exclusivos de las mujeres.

Muchas mujeres que padecen una enfermedad depresiva nunca buscan tratamiento. Pero la gran mayoría, incluso aquellas con los casos más graves de depresión, pueden mejorar con tratamiento.

Causas de depresión en las mujeres

Los científicos están examinando muchas causas que podrían explicar el aumento en el riesgo de padecer depresión que tienen las mujeres y muchos factores que pueden contribuir a que esto sea así. Es probable que los factores genéticos, biológicos,

químicos, hormonales, ambientales, psicológicos y sociales se unan o crucen para contribuir a la depresión.

a. La genética

Si una mujer tiene antecedentes familiares de depresión, puede tener mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. Pero, esta no es una regla que siempre aplica. La depresión puede ocurrir en mujeres sin antecedentes familiares de depresión y es posible que ciertas mujeres de familias con antecedentes de depresión no la padezcan.

Las investigaciones genéticas indican que es posible de que el riesgo de padecer de la depresión implique la combinación de múltiples genes con factores ambientales o con otros factores²⁴.

b. Las sustancias químicas y las hormonas

La química del cerebro parece ser un factor muy importante en los trastornos depresivos. Las tecnologías modernas de obtención de imágenes del cerebro, como la resonancia magnética (RM), han demostrado que el cerebro de las personas que padecen de la depresión es diferente a la del cerebro de quienes no la padecen. Las partes del cerebro responsables de regular el estado de ánimo, pensamiento, sueño, apetito y la conducta parecen no funcionar normalmente. Además, los neurotransmisores parecen estar fuera de balance. Pero estas imágenes no revelan el motivo por el cual se produce la depresión.

Los científicos también están estudiando la influencia de las hormonas femeninas, las cuales cambian a lo largo de la vida. Los investigadores han demostrado que las hormonas afectan directamente la química del cerebro que controla las emociones y el estado de ánimo. Existen etapas específicas durante la vida de una mujer que son de especial interés, como la pubertad; los días antes de los períodos menstruales; antes, durante el posparto, y la perimenopausia.

c. El Trastorno disfórico premenstrual

Algunas mujeres pueden ser propensas a un tipo de síndrome premenstrual grave llamado trastorno disfórico premenstrual o TDPM. Durante la semana antes de la menstruación, las mujeres afectadas por el TDPM generalmente padecen depresión, ansiedad, irritabilidad y cambios de estado de ánimo, de tal manera que interfieren con su desempeño normal. Las mujeres con TDPM debilitante no necesariamente tienen cambios hormonales inusuales, pero si responden diferente a estos cambios.²⁵

Además, pueden tener antecedentes de otros trastornos del estado de ánimo y diferencias en la química del cerebro que hacen que sean más sensibles a los cambios hormonales relacionados con la menstruación. Los científicos están investigando de qué manera el aumento y la disminución cíclica de los estrógenos y otras hormonas pueden afectar

la química del cerebro que está relacionada con la enfermedad depresiva.^{26,27,28}

d. La Depresión posparto

Las mujeres son especialmente vulnerables a la depresión después de dar a luz, cuando los cambios hormonales y físicos y la nueva responsabilidad de cuidar al recién nacido pueden resultar muy pesados. Muchas madres primerizas padecen un breve episodio de cambios leves en el estado de ánimo que se conocen como “tristeza posparto”, pero algunas sufren depresión posparto, una enfermedad más grave que requiere de tratamiento activo y de apoyo emocional para la madre primeriza. En un estudio se demostró que las mujeres en etapa posparto tienen un riesgo mayor de padecer varios trastornos mentales, incluso depresión, durante muchos meses después de dar a luz.²⁹

Algunos estudios sugieren que las mujeres que padecen depresión posparto, a menudo han padecido episodios depresivos anteriormente. Algunas de ellas los padecen durante embarazo, pero estos episodios depresivos suelen pasar sin que ellas se den

cuenta. Las investigaciones sugieren que las consultas con el médico durante el embarazo y en el período posparto pueden ser una buena oportunidad para detectar la depresión.^{30, 31}

e. La Menopausia

Los cambios hormonales aumentan durante la transición entre la premenopausia y la menopausia. Aunque algunas mujeres pueden entrar en la menopausia sin problemas de estado de ánimo, otras tienen mayor riesgo de padecer depresión. Esto parece ocurrir incluso entre las mujeres que no tienen antecedentes de depresión.^{32, 33}

Pero, la depresión es menos común en las mujeres durante el período posterior a la menopausia.

Síntomas básicos de la depresión

No todas las mujeres con enfermedades depresivas presentan los mismos síntomas. Además, la gravedad, frecuencia y duración de los síntomas pueden variar según la persona y su enfermedad en particular.

Los síntomas de la depresión incluyen:

- Sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad o “vacío”.
- Sentimientos de desesperanza y/o pesimismo.
- Irritabilidad, inquietud, ansiedad.
- Sentimientos de culpa, inutilidad y/o impotencia.
- Pérdida de interés en las actividades o los pasatiempos que antes resultaban placenteros, incluso las relaciones sexuales.
- Fatiga y falta de energía.
- Dificultad para concentrarse, recordar detalles y tomar decisiones.
- Insomnio, despertar durante la noche o dormir demasiado.
- Comer demasiado o perder el apetito.
- Pensamientos suicidas, intentos de suicidio.

- Dolores o malestares persistentes, dolores de cabeza, retorcijones en el estómago (cólicos) o problemas digestivos que no se alivian, ni siquiera con tratamiento

Efectos de la depresión materna: Madres e hijos

Las mujeres tienen entre dos y tres veces más probabilidades que los hombres de padecer depresión y ansiedad. Las embarazadas y las madres que cuidan de lactantes o niños pequeños son más vulnerables. La depresión durante el embarazo y el año siguiente al parto es un trastorno descrito en todas las culturas. Las tasas varían mucho, pero la media ronda el 10%-15% en los países industrializados. En contra de lo que se pensaba, los países en desarrollo registran tasas aún más elevadas, y ello contribuye en grado considerable a la morbilidad materna. El para suicidio, que comprende los pensamientos suicidas y las lesiones auto afligidas, se da hasta en el 20% de las madres del mundo en desarrollo. Se asocia al hecho de verse atrapadas en situaciones intolerables como embarazos no deseados (sobre todo en solteras jóvenes), desplazamientos forzosos como refugiadas o una pobreza sin remedio. El suicidio es la principal causa de mortalidad materna en países tan diversos como el Reino Unido y Vietnam.

Muchos factores contribuyen a la depresión materna durante el embarazo y después del parto, entre ellos⁵:

- Un embarazo no deseado
- Una mala relación con la pareja: por ejemplo, no está disponible durante el parto, ofrece un apoyo práctico o emocional insuficiente, se involucra poco en el cuidado del niño, mantiene unas rígidas expectativas tradicionales respecto a los roles de los sexos, o es coercitivo o violento
- La falta de apoyo práctico y emocional por parte de la madre o la suegra
- Un apoyo social insuficiente: por ejemplo, no estar vinculada a un grupo de personas afines, tener pocas relaciones de confianza y no contar con ayuda en las crisis.

- La pobreza y la adversidad social: por ejemplo, vivir en condiciones de hacinamiento y carecer de empleo
- Los antecedentes personales de depresión o de hospitalizaciones psiquiátricas
- Los problemas persistentes de salud física
- La coincidencia de sucesos adversos , como la pérdida de la pareja

La depresión materna tiene graves consecuencias físicas y psicológicas para los niños. Al margen de otros factores de riesgo, los hijos de madres deprimidas, y en especial de las que están en situación de desventaja social, tienen un peso significativamente más bajo al nacer, el doble de probabilidades de pesar menos de lo normal a los seis meses y el triple de medir menos de lo normal a los seis meses; su desarrollo cognitivo a largo plazo es significativamente peor, tienen mayores tasas de comportamiento antisocial, hiperactividad y trastornos de la atención, y padecen con más frecuencia problemas emocionales⁵.

Contamos con estrategia terapéuticas eficaces para la depresión, tanto psicológicas como farmacológicas. Sin embargo, en los países industrializados, menos de la mitad de las madres reciben efectivamente estos tratamientos que mejorarían su estado. La situación es mucho peor en los países en desarrollo, en los que llega a darse el caso de que apenas el 5% de las mujeres tengan acceso a ellos. Es importante que los programas de salud materna, neonatal e infantil reconozcan la importancia de estos problemas y ofrezcan apoyo y formación a los agentes de salud para que identifiquen, evalúen y traten a las madres con depresión.

Depresión materna y trastornos mentales de los niños⁴

Estudios de las últimas décadas establecen que la depresión materna es un gran factor de riesgo para los trastornos de desarrollo del niño, tanto graves como leves.

Los estudios han tenido las siguientes conclusiones^{4, 7, 8, 9, 10}:

- Los efectos de la depresión paterna sobre los hijos pueden ser muy precoces.

- La depresión materna tiene un impacto sobre el niño superior a la paterna.
- La duración de la depresión materna es importante en su impacto sobre los hijos.
- La gravedad de la depresión se correlaciona con la gravedad de la depresión en los niños.
- El impacto de la depresión unipolar en la madre parece que incrementa el riesgo de depresión en los hijos, frente a otro tipo de depresión.
- Las etapas agudas de depresión paterna tienen más impacto que las crónicas.

Hay acuerdo en que la depresión es de mayor proporción entre los hijos de padres deprimidos, y las razones identificadas para esto son diversas^{4, 11, 12, 13}:

- La dimensión perturbadora de las formas de interacción típicas del comportamiento de los padres deprimidos.
- La vía, más psicoanalítica, de la identificación.
- La indefensión aprendida derivada de los refuerzos irregulares de los padres deprimidos.
- Se la ha relacionado también con una ruptura precoz de los patrones de apego.
- El efecto de espejo que se produce en la interacción padre-hijo cuando el padre está deprimido.

No existe ningún trabajo que demuestre la prioridad de una de estas interpretaciones sobre la otra, aunque todas apuntan a poner de relieve la importancia de la intersubjetividad⁶.

Una de las explicaciones más convincentes de esta conexión es la que contempla los efectos de las actitudes, comportamientos de las figuras de apego para los niños/as en edad temprana. La importancia de la interacción y de las cualidades globales de la experiencia interactiva: intensidad, frecuencia, ritmo, modulación del contacto. Cuanto una madre hable, cante, ría, favorezca la intersubjetividad es una condición de vitalidad y afectividad esenciales. La depresión afecta la sensiblemente el cuerpo, el tono, la actividad y el rostro, así como genera irritabilidad, actitudes destempladas, intolerancia y dosis extraordinarias de esfuerzo

voluntario para mantener la conexión mental. La mente depresiva busca el aislamiento, de manera que una madre deprimida, con la mejor buena voluntad puede alimentar a su niño/a como si fuera un tubo digestivo, desconectada de la subjetividad de ese cuerpo que alimenta. Esta es la condición de riesgo para la cría humana que no entenderá tal desconexión sino en términos de furioso ataque o desamparo⁶.

Tratamiento

La depresión que se vincula con trastornos reactivos, por lo general no requiere farmacoterapia y pueden tratarse con psicoterapia y con el paso del tiempo. Sin embargo, en los casos graves, particularmente cuando los signos vegetativos son significativos y los síntomas han persistido por más de unas cuantas semanas, a menudo la terapéutica con fármacos antidepresivos es eficaz. La terapéutica medicamentosa también se sugiere por una historia familiar de depresión mayor en pacientes de primer grado o una historia de episodios previos⁴⁰.

La planificación del tratamiento requiere coordinar la remisión de los síntomas a corto plazo con las estrategias de continuación y mantenimiento a largo plazo, diseñadas para prevenir las recaídas y las recidivas. La intervención más efectiva para lograr la remisión y prevenir la recaída es la medicación, pero el tratamiento combinado, que incorpora la psicoterapia para ayudar al paciente a afrontar su pérdida de autoestima y su desmoralización, mejora significativamente los resultados³⁹. Se ha encontrado que el 40% de los pacientes de atención primaria con depresión abandonan el tratamiento e interrumpen la medicación cuando no aprecian mejoría sintomática en el plazo de un mes, salvo que reciban apoyo adicional. Por lo tanto, el tratamiento requiere una terapia no solo medicamentosa sino que para que la evolución de la misma mejore, se requiere de³⁹:

1. Mayor intensidad y frecuencia de las visitas durante las primeras 4 ó 6 semanas de tratamiento.
2. Adición de material educativo.
3. Consulta psiquiátrica cuando procede.

Psicoterapia

La tendencia actual de tratamiento consiste en combinar psicofármacos y técnicas psicológicas en la mayoría de los casos de depresión^{42 43}. Sin embargo, en casos muy leves con historias estresantes psicosociales que explican el cuadro depresivo, y también en ciertas depresiones crónicas, el tratamiento puede ser exclusivamente psicoterapéutico, de tipo dinámico, conductual, grupal y aún psicoanalítico. Las mismas deben ser llevadas a cabo por un especialista⁴². La psicoterapia individual o de grupo puede ayudar a la persona a reasumir de modo gradual antiguas responsabilidades y adaptarse a las presiones habituales de la vida, acrecentando la mejoría conseguida por el tratamiento farmacológico⁴¹.

La intervención psicoterapéutica específica es tan efectiva como la terapia con antidepresivos en los trastornos depresivos. La terapia conductual cognitiva y la terapia interpersonal son las intervenciones con eficacia documentada. Ambas terapias pueden ser administradas individualmente o en grupo y se requiere de 8 a 16 sesiones semanales⁴⁴.

Con la psicoterapia interpersonal, el individuo recibe una guía para adaptarse a los diferentes papeles de la vida. La terapia cognitiva puede ayudar a cambiar la desesperanza de la persona y los pensamientos negativos. La psicoterapia aislada puede ser tan eficaz como la terapia farmacológica en casos de depresiones leves⁴¹. Aunque la combinación farmacoterapia - psicoterapia es ampliamente utilizada en la comunidad psiquiátrica, la evidencia de efectos aditivos es limitada⁴⁴.

Terapia medicamentosa

La terapia con agentes antidepresivos es el tratamiento preferido en casos de depresión moderada a severa grave. La tasa de respuesta de un antidepresivo es de aproximadamente un 60% y cerca de un 80% si la terapia con un segundo medicamento es utilizada luego de una falla del antidepresivo inicial⁴⁴.

El 6% de los pacientes con depresión grave tendrán una respuesta clínica al tratamiento adecuado (3 a 6 semanas) de antidepresivos. Sin embargo, si no hay respuesta después de 3 semanas, la probabilidad de respuesta es menor al 20%, y el cambio a un antidepresivo de otra clase debe ser contemplado. Si luego de 3 a 6 semanas hay una respuesta parcial, pero aún no se ha logrado la

recuperación total, el médico debe considerar cualquier aumento de la dosis del antidepresivo si el paciente puede tolerar una dosis más alta con efectos secundarios mínimos. La adición de una pequeña dosis de litio, liotironina sódica o un psicoestimulante puede rápidamente convertir una respuesta parcial en una respuesta total en el 25% de los pacientes⁴⁴.

Los antidepresivos constituyen el tratamiento farmacológico más utilizado en los trastornos depresivos por su eficacia, pocas contraindicaciones, relativo margen de seguridad y reversibilidad de los efectos adversos. Los antidepresivos tienen además otros usos clínicos como por ejemplo enuresis nocturna en niños, dolor crónico de tipo neuropático, fibromialgia y profilaxis de la migraña⁴¹.

Los medicamentos antidepresivos pueden clasificarse convenientemente en cuatro grupos^{40 43}:

Antidepresivos tricíclicos (ATC) y fármacos clínicamente semejantes.

1. Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS)
2. Los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO).
3. Los antidepresivos atípicos o misceláneos o de acción dual dentro de los cuales figuran los inhibidores de la recaptación de dopamina y noradrenalina (IRDN); inhibidores de la recaptación de la serotonina y la noradrenalina (IRSN), antagonistas de receptores 5-HT₁ e inhibidores de la recaptura de serotonina (ASIR), de acción noradrenérgica, serotoninérgica e histaminérgica específica (NASSA) y antidepresivos selectivos de la recaptación de noradrenalina (ISRN)⁴³.

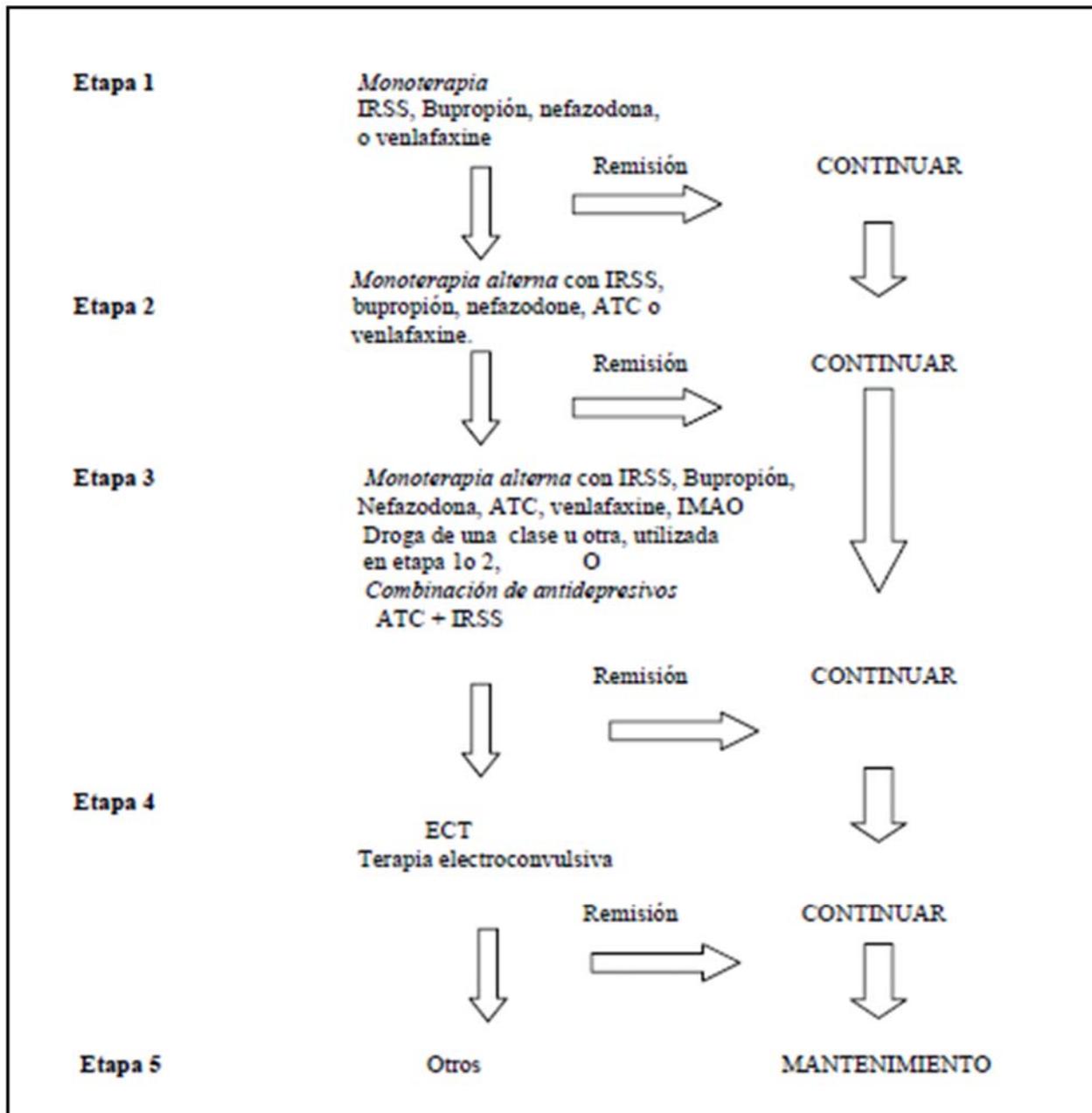


FIG 1: Proyecto Texas Algoritmos Medicación (TMAP); en los mayores desórdenes depresivos sin manifestaciones Psicóticas, Abreviación: ECT = terapia electroconvulsiva, IMAO = Inhibidor de aminooxidasa, IRSS = Inhibidor de la recaptura de serotonina, ATC = Antidepresivos Tricíclicos

2. ALIMENTACIÓN INFANTIL

El ser humano se encuentra en un constante cambio, que es el crecimiento, este es un proceso de remodelación morfológica y maduración funcional; para que se pueda llevar a cabo es necesario un aporte de adicional de energía y nutrientes esenciales para la formación de nuevas moléculas. Además los órganos encargados de la transformación de los alimentos y absorción de nutrientes también se encuentran en un proceso de crecimiento como resultado de esto su eficacia y capacidad de respuesta frente a errores alimentarios es menor que la del adulto, esto es uno de los motivos por los cuales la nutrición del niño sea un proceso más vulnerable. El único modo de mantener un estado nutritivo satisfactorio y un adecuado ritmo de crecimiento es teniendo una apropiada dieta acorde a la edad que este cursando el infante¹⁴.

Entonces, podemos observar que la nutrición es el factor más influyente en el crecimiento y desarrollo de los niños, su falta puede detener dichos procesos ¹⁵.

El acto de la alimentación varía según la cultura, lo hábitos y el entorno, por ser voluntaria varía. Durante los últimos tiempos los hábitos alimenticios han experimentado una transformación notable producto del cambio en los estilos de vida; esto está llevando a que las tendencias actuales se basen en la ingesta de comida rápida precocinada y de conservas, debido a la reducción del tiempo destinado a la elaboración de las comidas y a la integración de productos procedentes de otras áreas y su incorporación a nuestra dieta¹⁶.

La etapa preescolar empieza a partir de los 2 a 5 años, el niño entra en un período madurativo en el que se produce un rápido aprendizaje del lenguaje, de la marcha y de la socialización. Asimismo, existe un enlentecimiento de la tasa de crecimiento, y de la maduración de las funciones digestivas y metabólicas. A esta edad, las necesidades calóricas son bajas, por la desaceleración del crecimiento, aunque existe un aumento de las necesidades proteicas, por el crecimiento de los músculos y otros tejidos. En esta etapa, aumenta entre 2 y 2,5 kg por año

y crece aproximadamente 12 cm el segundo año, 8-9 cm durante el tercero y 5-7 cm a partir de esta edad. Todo ello justifica el "poco apetito", así como el desinterés por los alimentos.

En general, no deben adoptarse normas nutricionales rígidas, recomendándose las dietas individualizadas. Deben tenerse en cuenta la preferencia y la aversión del niño sobre los distintos alimentos y su actividad social. Un menú variado suministra las necesidades nutricionales del niño. Es aconsejable acostumbrarle a realizar las comidas en familia o con otros niños si lo hace en guarderías, evitando la televisión, en un buen ambiente, relajado y de forma reglada (desayuno, almuerzo, merienda y cena), evitando las ingestas entre horas.

Los alimentos son sustancia que introducida en la sangre, nutren, reparan el desgaste y dan energía y calor al organismo, sin perjudicarlo ni provocarle pérdida de su actividad funcional, contiene principios nutritivos, los cuales proveen materia y energía. Se clasifican en:

Energéticos:

Necesarios para el mantenimiento de las funciones del organismo y el movimiento de los músculos, aportan energía fundamentalmente, los alimentos ricos en calorías son las grasas y los carbohidratos. Si se comen en exceso se acumulan en el tejido adiposo ocasionando que la persona engorde¹⁷.

Las fuentes alimentarias de los carbohidratos son: cereales y tubérculos. Los cereales son granos pequeños, todos los cereales brindan la misma cantidad de energía, es decir un kilo de arroz alimenta igual que un kilo de trigo o un kilo de fideo.

El maíz cuando está seco se le considera como cereal, cuando está fresco (choclo) se le ubica dentro de los alimentos reguladores. Los cereales más conocidos son: trigo, arroz, maíz, avena, quinua, pan harinas, galletas, fideos.

Los tubérculos tienen como característica crecer bajo tierra, es decir son raíces. Algunos de ellos como la papaliza debido a su alto contenido de agua pierden su poder energético y más bien se le considera en el grupo de los alimentos reguladores.

La papa y el camote aportan la misma cantidad de energía con la diferencia que el camote brinda vitamina A. Los tubérculos más conocidos son: papa, camote, yuca¹⁸.

Constructores y Reparadores:

Necesarios para la formación y reparación de órganos y tejidos, alimentos “básicos” de la mayor parte de las dietas actuales. Este grupo es una fuente importante de proteína, aunque también producen 4 calorías por gramo de proteínas. Si se comen en exceso no se acumulan en el organismo.

Los grupos de alimentos formadores son: menestras y los de origen animal. Las menestras se caracterizan porque el fruto generalmente se encuentra en vainas y solo cuando se les encuentra en forma seca o de harinas se le considera menestras, si se encuentran frescas se les considera alimentos reguladores. Todas las menestras tienen el mismo valor nutritivo. El hierro que se encuentra en las menestras para ser útil a nuestro organismo requiere ser acompañado de vitamina C, porque si no el intestino no puede absorberlo. Las menestras más conocidas son los frijoles, lentejas, arvejas, garbanzos, pallares, habas.

Los de origen animal están constituidos por todos los tipos de carne (pescado, pollo, etc.), vísceras (hígado, sangrecita, bofe, etc), productos lácteos (leche, queso, yogurt, etc.) y los huevos. Las carnes además de proteínas brindan proteínas del complejo B y hierro. El hierro de las carnes para ser absorbido no necesita de vitamina C. En el pescado las partes negras de su carne son las que contienen la mayor cantidad de hierro.

Alimentos Reguladores:

Ayuda a que los otros alimentos (energéticos y formadores) cumplan con sus funciones. Se caracterizan por tener en su composición vitaminas y minerales. Los grupos de alimentos reguladores están compuestos por las frutas y verduras. El grupo de frutas y verduras es el único insustituible por ser la única fuente de ácido ascórbico. Aporta además carotenos, vitamina K, ácido fólico, disacáridos, algo de hierro y calcio.

Los alimentos prohibidos en las edades de 2 a 5 años son los alimentos viscosos o adherentes, difíciles de ser eliminados de la cavidad bucal y con alto contenido en carbohidratos¹⁸. No deben estar prescritos en la dieta el pan dulce y las golosinas designadas popularmente como “alimento chatarra”. Los alimentos que le ofrezcan habrán de ser de preparación sencilla prefiriendo el cocido y el asado como técnicas de cocción, y conviene desalentar el abuso de la sal.

2.1. LA LONCHERA

La lonchera es el término que proviene del inglés *lunch* que significa almuerzo, en nuestro país usualmente se refiere al refrigerio que, en este caso, es transportado por los pre-escolares y escolares a sus respectivas instituciones educativas en un envase, maletín, mochila o bolsa. El refrigerio sirve como complemento de la alimentación entre el desayuno y el almuerzo¹⁹.

Son dos las características que debemos considerar para tener una lonchera escolar saludable:

- Que sea nutritiva y que se adecúe a las necesidades nutricionales de los niños.
- Que contenga alimentos con una correcta higiene y que estos no incluyan ninguna clase de químicos, tóxicos o sustancias extrañas.

Los padres de familia de estos tiempos suelen cometer errores muy frecuentes al momento de decidir que alimentos preparar que su hijo lleve en la lonchera al colegio. Entre los errores más resaltantes se encuentran el enviar golosinas, gaseosas y alimentos con alto contenido en grasas,

los cuales van a comenzar a generar malos hábitos alimenticios en los niños

Por el hecho de que cada vez se observa que los preescolares están sobrealimentados pero mal nutridos se debe intervenir directamente informando a los padres de familia ya que la alimentación de sus hijos se encuentra bajo responsabilidad directa de ellos.

Un estudio realizado Reyes-Hernandez y col. buscó explorar los alimentos contenidos en las loncheras que las madres proporcionan a los niños que acuden a un preescolar, hallando que los padres están proporcionando en las loncheras alimentos no nutritivos, por lo que necesitan una mayor educación nutricional ²⁰.

Cuando los infantes comienzan a extender su ámbito social y alejándose un poco de sus padres, aproximadamente desde los 2 años que comienzan a asistir a instituciones educativas, como los nidos, jardines, entran a una nueva etapa en la vida infantil que no sólo implica drásticos cambios en la rutina afectiva y de juegos del pequeño, sino en su alimentación, porque la lonchera comienza a formar parte de su rutina diaria.

Entonces, la lonchera se convierte en un objeto transportador de alimentos que contribuyen a que el niño mantenga una dieta balanceada y realmente nutritiva, debe contener alimentos energéticos, reguladores y constructores. Sus funciones son: mantener suficientes reservas de nutrientes durante el día escolar, suministrar alimentos nutritivos que al pequeño le gusten y crear hábitos saludables de alimentación

Por ende la lonchera favorece a que el niño conserve una dieta balanceada durante el día con suficientes reservas de nutrientes para recuperar las pérdidas durante sus actividades.

El fin de preparar una lonchera es que cada día el niño, al abrir su lonchera se encuentre con alimentos variados y balanceados presentados en forma agradable de manera que no tenga ningún problema ni complejo al momento de consumirlos ²¹.

Dentro del contenido de una lonchera debe estar: un alimento sólido, una fruta y un refresco²³.

- El alimento sólido puede ser:

Pan: Untado con mermelada, mantequilla, jamón o acompañado de huevo, queso, tortilla, entre otros.

Huevo: De preferencia duro. Debe ir con cáscara, porque si se pela y se coloca en recipientes cerrados despiden olor desagradable.

Carnes: De preferencia que sean asadas o hervidas por ser más suaves que las fritas.

Pescados: No son adecuados porque al cerrar el envase acumulan un fuerte olor. Se puede usar atún.

Otros: Pueden usarse también camote frito u horneado, cancha.

- Las frutas deben ser de la época, fácil de pelar o mandarla pelada o cortada. Se les puede rociar un poco de limón para evitar que se negreen.
- Los refrescos ser preparados con agua hervida fría y colados; los jugos de frutas deben evitarse porque fácilmente fermentan.

Se debe evitar salsas como la mayonesa, porque actuaría como un caldo de cultivo muy efectivo para las bacterias, principalmente *salmonella tiphy*, también evitar leche.

3. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS APLICADOS A LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO

El conocimiento es un proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce en el pensamiento humano; dicho proceso está condicionado por el proceso del devenir social y se halla unido a la actividad práctica.

En cuanto al marco conceptual de práctica se le define como sinónimo de experiencia, para que el ser humano ponga en práctica su conocimiento sea este científico o vulgar; es necesario en primera instancia un contacto directo, mediante el uso de los sentidos y conducta psicomotriz. El cual constituirá la experiencia que será evaluada a través de la observación de las habilidades y destrezas psicomotoras del sujeto o mediante el uso del lenguaje también se puede referir sobre las prácticas; sólo pueden ser valoradas en este caso.

El conocimiento vincula procedimientos mentales (*subjetivos*) con actividades prácticas (*objetivas*). Sin embargo, la ciencia busca el predominio de lo objetivo a través de explicaciones congruentes, predicciones y control de los fenómenos naturales. Si bien el proceso mental es subjetivo, el contenido de las teorías no lo es en modo alguno. La verdad se presenta con teorías, la realidad se *aprehende* con herramientas teórico-metodológicas. A medida que se profundiza en el conocimiento, aparecen nuevos elementos originados por las contradicciones internas.

Los padres de familia como agentes protectores cumplen un rol fundamental en la alimentación de sus hijos, ellos deben tener un conocimiento bueno y unas prácticas adecuadas sobre la alimentación de sus hijos, ya que de ellos depende que mantengan una dieta balanceada y realmente nutritiva para su crecimiento y desarrollo, siendo la madre la que tiene mayor responsabilidad en la preparación de la lonchera ya que ellas las preparan, proporcionándoles los requerimientos nutricionales necesarios para recuperar la energía que pierden durante sus actividades.

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Salud mental de la madres y crecimiento del infant: Un studio casos y controles de Rawalpindi, Pakistán.

Revista: *Child Care Health Dev.* Año: 2004 Volumen/Numero: 30/1

Autores: Rahman A, Lovel H, Bunn J, Iqbal Z, Harrington R.

ANTECEDENTES:

Los estudios epidemiológicos en Pakistán muestran altas tasas de depresión en las mujeres, mientras que las tasas de desnutrición en los niños también son altas. Este estudio tuvo como objetivo determinar si la mala salud mental materna se asocia con un mayor riesgo de desnutrición infantil.

MÉTODOS:

Este fue un estudio de casos y controles basado en clínica. Un total de 172 niños consecutivos y sus madres que asisten a la inmunización contra el sarampión de 9 meses fueron reclutados durante un período de 3 meses. Ochenta y dos niños desnutridos [peso para la edad por debajo del Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS) / Organización Mundial de la Salud (OMS) en tercer percentil] fueron agrupados en 90 controles (peso para la edad por encima de percentil 10), y sus madres entrevistadas por angustia mental con el Cuestionario de Auto-informes (OMS SRQ-20, un instrumento de seguimiento psiquiátrico). Se midió exposición de los bebés a estrés materno (puntuación ≥ 10 en SRQ-20) y otros factores de riesgo potencial o de protección biológicos, factores sociales, socio-económicos y familiares.

RESULTADOS:

La angustia mental determinada por la OMS SRQ-20 se asoció con un mayor riesgo de desnutrición en los niños (odds ratio 3,91, 95% intervalo de confianza 1,95-7,86). Esta asociación siguió siendo significativa después de controlar los factores relacionados al peso de nacimiento y sociales.

CONCLUSIONES

La exposición a la angustia mental materna está asociada con la desnutrición en niños de 9 meses en Pakistán urbano. Estas madres pueden representar un grupo cuyos niños están en mayor riesgo de problemas de salud y, potencialmente, ser un objetivo específico para el asesoramiento en el cuidado infantil. La detección precoz y el tratamiento de problemas de salud mental en las madres pueden ayudar a reducir la morbilidad y mortalidad en los niños.

Efecto de la sintomatología depresiva materna en las conductas maternas relacionadas con la salud infantil.

Revista: Health Educ Behav.

Año: 2002

Volúmen/Número:

29/5

Autor: Leiferman J.

Las tasas nacionales de prevalencia de depresión entre las mujeres se dobla en comparación con los de los hombres, y las mujeres en edad fértil están en mayor riesgo. La depresión materna no sólo afecta negativamente a la salud de la madre, también puede influir en la salud y desarrollo de sus hijos. Este estudio examinó la relación entre la depresión materna y su influencia en ciertas conductas maternas relacionadas con la salud infantil. Se utilizó una muestra representativa a nivel nacional, un conjunto de datos longitudinales con información sobre variables demográficas, de atención de la conducta y la salud obtenidas de mujeres en 1988 y 1991. Los resultados del modelo de regresión logística indican que la depresión materna se asocia con ciertas conductas maternas (es decir, un aumento de la probabilidad de la participación del consumo de tabaco, al no administrar vitaminas a un niño, y no se siente a sus hijos en los asientos de seguridad apropiados). Por otra parte, diferencias raciales se encontraron entre estas relaciones. Las implicaciones de estos resultados sugieren la necesidad de detectar la depresión en las madres de niños pequeños.

Impacto de la depresión materna en el estado nutricional y la enfermedad: un estudio de cohorte.

Revista: Arch Gen Psychiatry. Año: 2004 Volumen/Número:
61/9

Autores: Rahman A, Iqbal Z, Bunn J, Lovel H, Harrington R.

ANTECEDENTES:

Se sabe que es elevado el riesgo de sufrir problemas emocionales y de comportamiento entre los niños de madres deprimidas, pero poco se sabe sobre el impacto de la depresión prenatal y postnatal en la salud física de los niños.

OBJETIVO:

Determinar si la depresión materna es un factor de riesgo de desnutrición y enfermedades en los lactantes que viven en un país de bajos ingresos.

DISEÑO: Estudio de cohortes prospectivo

UBICACION: Comunidad rural de Rawalpindi, Pakistan.

PARTICIPANTES:

Seiscientos treinta y dos mujeres físicamente saludables fueron evaluadas en su tercer trimestre de embarazo para obtener al nacimiento una cohorte de 160 recién nacidos de madres deprimidas y 160 recién nacidos de madres psicológicamente sanas.

RESULTADOS

Los bebés de madres deprimidas prenatalmente mostraron retraso de crecimiento significativamente más que los controles en todos los puntos temporales. El riesgo relativo de tener bajo peso (peso para la edad puntuación z inferior a -2) fue de 4,0 (95% intervalo de confianza [IC], 2,1 a 7,7) a los 6 meses de edad y 2.6 (95% CI, 1,7 a 4,1) a los 12 meses de edad, y los riesgos relativos de retraso en el crecimiento (talla para la edad puntuación z inferior a -2) fueron de 4,4 (95% IC, 1,7 a 11,4) a los 6 meses de edad y 2.5 (95% CI, 1,6 a 4,0) a los 12 meses de edad. El riesgo relativo de 5 o más episodios de diarrea por año fue de 2,4 (95% IC, 1,7 a 3,3). La depresión crónica lleva a un mayor riesgo de mala evolución de la depresión episódica. Las asociaciones siguieron siendo significativas después de ajustar por factores de confusión mediante análisis multivariado.

CONCLUSIONES:

La depresión materna en el período prenatal y postnatal predice un peor crecimiento y un mayor riesgo de diarrea en una muestra comunitaria de los niños. Como la depresión puede ser identificado con relativa facilidad, podría ser un marcador importante para un grupo infante de alto riesgo. El tratamiento temprano de la depresión prenatal y postnatal podría beneficiar no sólo a la salud mental de la madre, sino también la salud física del niño y desarrollo.

Depresión materna e inteligencia materna baja como factores de riesgo de desnutrición en los niños: un estudio de casos y controles basados en comunidad al sur de la India.

Revista: Arch Dis Child. Año: 2004 Volumen/Número: 89/4

Autores: Anoop S, Saravanan B, Joseph A, Cherian A, Jacob KS.

4. OBJETIVOS

- **Objetivo General**

Determinar la relación entre la depresión, el nivel de conocimientos y prácticas alimentarias en madres asistentes al programa de “Vaso de Leche” en el P.P.J.J Villa el Triunfo del distrito de Sachaca. Arequipa 2013

- **Objetivos Específicos**

- Determinar el nivel de depresión que tienen las madres asistentes al programa de “Vaso de Leche” en el P.P.J.J Villa el Triunfo del distrito de Sachaca. Arequipa 2013
- Evaluar el nivel de conocimientos que tienen las madres asistentes al programa de “Vaso de Leche” sobre la alimentación del preescolar y escolar en P.P.J.J Villa el Triunfo del el distrito de Sachaca. Arequipa 2013
- Determinar las prácticas que tienen las madres asistentes al programa de “Vaso de Leche” sobre la alimentación del preescolar y escolar en el P.P.J.J Villa el Triunfo del distrito de Sachaca. Arequipa 2013
- Determinar la relación entre depresión y el nivel de conocimientos que tienen las madres asistentes al programa de “Vaso de Leche” sobre la alimentación del preescolar y escolar en el P.P.J.J. Villa en Triunfo del distrito de Sachaca. Arequipa 2013
- Determinar la relación entre la depresión y las prácticas que tienen las madres asistentes al programa de “Vaso de Leche” sobre la

alimentación del preescolar y escolar en el P.P.J.J. Villa en Triunfo del distrito de Sachaca. Arequipa 2013.

HIPÓTESIS

Dado que la alimentación de niños depende principalmente de sus madres, es probable que esta se vea alterada (en cuanto a conocimientos y prácticas) si existe un estado de depresión materna.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y Materiales de Verificación

- **Técnicas:** Encuesta tipo cuestionario
- **Instrumentos:**
 - Ficha de recolección de datos generales
 - Encuesta de la escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, CES-D
 - Encuesta de conocimientos y prácticas alimentarias de las loncheras.
- **Materiales de Verificación**
 - Cuestionarios y fichas de recolección de datos
 - Impresión de los instrumentos
 - Material de escritorio
 - Tablas con sujetador de hojas
 - Computadora portátil
 - Sistema Operativo Windows 7
 - Paquete Office 2010 para Windows
 - Programa SPSS para Windows v.18

2. Campo de Verificación

2.1. Ubicación Espacial

El estudio se llevará a cabo en el comité de Vaso de Leche “Virgen de la Candelaria” ubicado en el PP.JJ Villa el Triunfo del distrito de Sachaca.

Ubicación Temporal

El estudio se realizará durante los meses de Enero y Febrero del 2013.

2.2. Unidades de Estudio

Las unidades de estudio estarán conformadas por las fichas de evaluación que llenen las madres que estén inscritas de forma regular en el programa de “Vaso de Leche” al momento de ser evaluadas

2.2.1. Población

La población se encuentra conformada por todas las madres inscritas regularmente en el programa de “Vaso de Leche”, las mismas que hacen un total de 82 madres.

2.2.2. Muestra y Muestreo

No hay muestreo porque se trabajará con toda la población

2.3. Criterios de Selección

2.3.1. Criterios de Inclusión

- Madres con inscripción vigente en el programa de “Vaso de Leche”.
- Madres entre 18 y 40 años de edad.
- Madres cuyos hijos oscilen entre 2 y 10 años de edad.
- Madres que deseen participar del estudio.

2.3.2. Criterios de Exclusión

- Madres con medicación antidepresiva.
- Madres que no completen la encuesta.
- Madres con niños que presenten alguna patología congénita grave, considerando referencias de la misma.
- Madres que tengan adicciones al alcohol, tabaco u otras drogas ilegales, declarado por ellas mismas.

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Una vez aprobado el proyecto de tesis por la Facultad de Medicina, se enviará la solicitud para la autorización del permiso a la Municipalidad de Sachaca para la realización del estudio.

Coordinado las fechas del muestreo con el encargado/a del programa de “Vaso de Leche” se procederá a evaluar a los participantes del estudio, previa explicación del objetivo del proyecto así como aceptación mediante su consentimiento informado.

Una vez realizado la toma de muestra adecuada se procederá a la transcripción de los datos a una base para su posterior análisis y resultados.

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos Humanos

- **Autor:** Daniela Alejandra Luna Salas
- **Asesor:** Dr Alex Brander Calla Tovar

3.2.2. Recursos Físicos

- Fichas impresas de recolección de datos
 - Cuestionarios impresos
 - Computadora portátil con sistema operativo Windows 7, paquete Office 2010 y paquete estadístico SPSS v.18
- Material de escritorio

3.2.3. Recursos Financieros

- Recursos del propio autor

3.3. Validación de los Instrumentos

- La ficha de recolección de datos no requiere de validación previa por ser únicamente un instrumento de recopilación de datos generales.
- Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, CES-D, este instrumento fue desarrollado por Radloff en 1979 (A), para el presente trabajo de investigación se utilizará la adaptación de la escala en español para el uso en pacientes no psiquiátricos elaborado por Vasquez y col. Consta de 20 preguntas que son

calificadas mediante una escala Likert de 0 a 3 puntos. Luego se suman las respuestas de todos los ítems de acuerdo al puntaje dado, en los que tengan menos de 16 puntos no se indica depresión, los que sumen de 16 a 21 puntos se considera leve depresión clínica, los de 21 a 25 puntos depresión clínica moderada y los que tengan mayor a 26 depresión clínica severa.

- Para la recolección de los datos del conocimiento y las prácticas de las madres se utilizó como instrumento un cuestionario elaborado por Requena, 2005, el cual tuvo una validación mediante juicio de expertos, así como una posterior prueba piloto. El cuestionario de conocimientos tiene 10 ítems, de 3 puntos cada uno, un puntaje de 30 a 18 indica conocimiento alto, conocimiento medio de 17 a 10 puntos y conocimiento bajo de 0 a 9 puntos. Para las prácticas, que tiene 22 ítems, con un valor de dos puntos máximo cada uno, estas son consideradas adecuadas cuando el puntaje va de 23 a 44 y prácticas inadecuadas cuando se tiene entre 0 a 22, además en este cuestionario existen tres últimas preguntas que sus respuestas no influyen en el puntaje del mismo pero es importante realizarlas para tener una mejor idea del panorama de las prácticas.

3.4. Criterios o estrategias para el manejo de los resultados

3.4.1. A nivel de recolección

Las encuestas se manejarán de manera anónima asignando un código a cada participante y a cada encuesta, ya sea la ficha de recolección de datos o los cuestionarios.

3.4.2. A nivel de sistematización

La información que se obtenga de las encuestas serán procesadas en una base de datos creada en el programa Microsoft Excel 2010, y posteriormente serán pasadas al

paquete estadístico SPSS v.18 para su análisis correspondiente.

3.4.3. A nivel de estudio de datos

La descripción de las variables categóricas se presentará en cuadros estadísticos de frecuencias y porcentajes categorizados.

Para las variables numéricas se utilizarán la media, la mediana y la desviación estándar para variables continuas; así como valores mínimos y máximos.

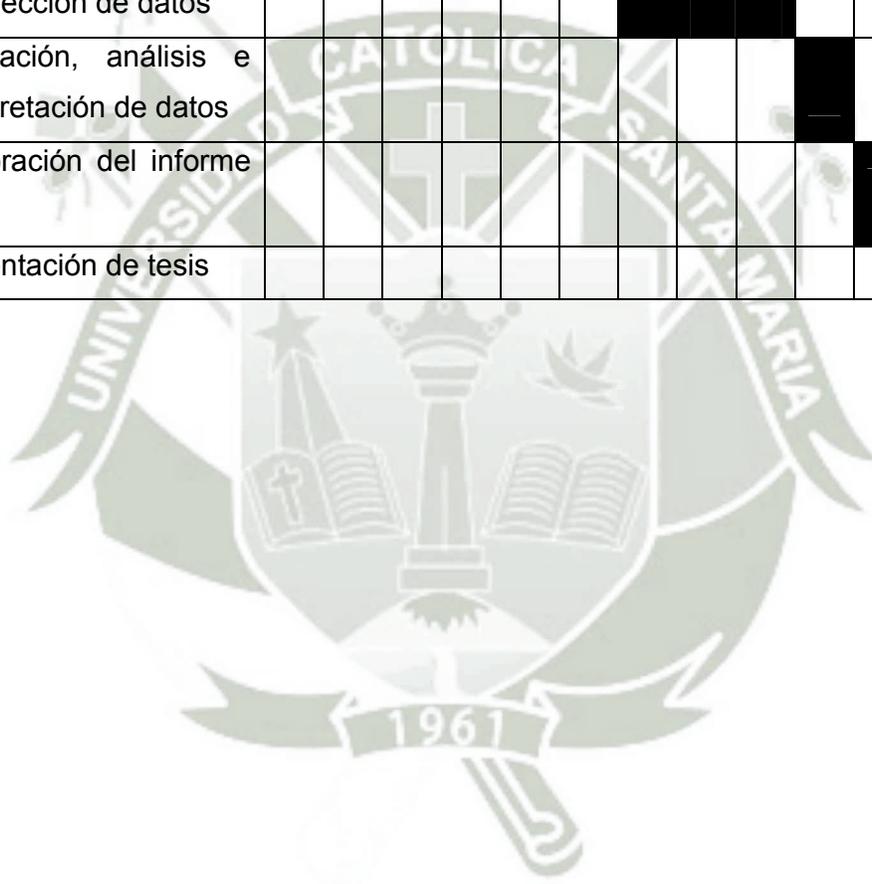
Para las asociaciones se usarán pruebas Chi cuadrado, t de student, entre otras; dependiendo del tipo de variable.

Las pruebas estadísticas se considerarán significativas al tener un $p < 0,05$.



IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Meses	Diciembre				Enero				Febrero			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Actividades/ Semanas												
Elaboración del Proyecto	■	■	■	■								
Presentación y aprobación del proyecto					■	■	■	■				
Recolección de datos							■	■	■	■	■	■
Tabulación, análisis e interpretación de datos										■	■	■
Elaboración del informe final											■	■
Sustentación de tesis												■



V. BIBLIOGRAFÍA

1. Lizondo R, Llanque V. Depresión. Rev Paceaña med Fam 2008; 5(7): 24-31
2. Holford P. Nutrición óptima para la mente. Vencer la depresión 2da Ed. Robinbook: Barcelona, 2005 p. 148-49
3. Alberdi J, Taboada O, Castro C, Vazquez C. Depresión. Guías Clínicas 2006; 6 (11): 1-6
4. Carrasco MJ, Garcia A. Mujeres ayudando mujeres. Ed Ortega. Madrid, 1997 p. 42-44
5. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. ¡Cada madre y cada niño contarán!. OMS. Ginebra, 2005 p. 42
6. Carrasco MJ, Garcia A. Mujeres ayudando mujeres. Ed Ortega. Madrid, 1997 p. 42-44
7. Ghodsian M, Power C. Alcohol consumption between the ages of 16 and 23 in Britain: a longitudinal study. Br J Addict. 1987 Feb; 82 (2): 175-80
8. Brown GW, Harris T. Social origins of depression: a reply. Psychol Med. 1978 Nov; 8(4):577-88.
9. Gordon VC, Ledray LE. Depression in women. J Psychosoc Nurs Ment health Serv. 1985 Jan;23(1): 26-34
10. Billings AG, Moos RH. Comparisons of children of depressed and nondepressed parents: a social-environmental perspective. J Abnorm Child Psychol. 1983 Dec;11(4):463-85.
11. Orvaschel H, Weissman MM, Kidd KK. Children and depression--the children of depressed parents; the childhood of depressed patients; depression in children. J Affect Disord. 1980 Mar; 2(1):1-16.
12. Seligman ME, Peterson C, Kaslow NJ et al. Attributional style and depressive symptoms among children. J Abnorm Psychol. 1984 May; 93(2):235-8.
13. Gaensbauer TJ, Harmon RJ, Cytryn L et al. Social and affective development in infants with a manic-depressive parent. Am J Psychiatry. 1984 Feb;141(2):223-9.
14. Hernandez-Rodriguez M. Alimentación Infantil. Principios Básicos en nutrición infantil. Diaz de Santos Ed. Madrid, 2001 p. 3-25

15. Zulueta TD, Valdespino B, Alferova L, Rodríguez SA. Relación entre conocimientos sobre nutrición de un grupo de escolares y algunos índices socioeconómicos familiares. *Rev Cubana Alimentación Nutr.* 1994; 8 (2): 24-7.
16. Organización Panamericana de la Salud. Programa Nacional de Alimentación y Nutrición Situación alimentaria y nutricional de Latinoamérica y el Caribe. Washington, DC. OPS, 1990: 2.
17. Gil Hernández A, Uauy Dgach R, Serra J. Bases para una alimentación complementaria adecuada de los lactantes y los niños de corta edad. *An Pediatr (Barc).* 2006;65(5):481-95
18. Macías Matos C, Pita Rodríguez G, Pérez A et al. Evaluación nutricional de niños de 1 a 5 años de edad en un consultorio médico de familia. *Rev Cubana Aliment Nutr* 1999;13(2):85-90
19. Sanchez-Chavez NP, Reyes-Hernández D, Reyes-Gómez U. et al. Conductas para Preparar Loncheras Mediante un Programa de Intervención Educativa Sobre Nutrición con Madres de Preescolares. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son* 2010; 27(1): 30-34
20. Reyes-Hernández D, Reyes-Hernández U, Sánchez-Chávez NP et al. Alimentos Contenidos en Loncheras de Niños que Acuden a un Preescolar. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son* 2010; 27(1): 35-40
21. de Silva-Sanigorski A, Prosser L, Carpenter L et al. Evaluation of the childhood obesity prevention program Kids--'Go for your life'. *BMC Public Health.* 2010 May 28; 10:288.
22. Hudson PK, Walley H. Food safety issues and children's lunchboxes. *Perspect Public Health.* 2009 Mar; 129(2):77-84.
23. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, Rush AJ, Walters EE, Wang PS. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association.* 2003; 289(3): 3095–3105.
24. Tsuang MT, Bar JL, Stone WS, Faraone SV. Gene-environment interactions in mental disorders. *World Psychiatry.* 2004 Jun; 3(2): 73–83.

25. Schmidt PJ, Nieman LK, Danaceau MA, Adams LF, Rubinow DR. Differential behavioral effects of gonadal steroids in women with and in those without premenstrual syndrome. *New England Journal of Medicine*. 1998 Jan 22; 338(4): 209–216.
26. Rubinow DR, Schmidt PJ, Roca CA. Estrogenserotonin interactions: Implications for affective regulation. *Biological Psychiatry*. 1998; 44(9): 839–850.
27. Ross LE, Steiner M. A Biopsychosocial Approach to premenstrual dysphoric disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 2003; 26(3): 529- 546.
28. Dreher JC, Schmidt PJ, Kohn P, Furman D, Rubinow D, Berman KF. Menstrual cycle phase modulates reward-related neural function in women. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2007 Feb 13; 104(7): 2465–2470.
29. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pederson CB, Mores nO, Mortensen PB. New parents and mental disorders. *Journal of the American Medical Association*. 2006 Dec 6; 296(21): 2582–2589.
30. ChaudronLH, Szilagyi PG, Kitzman HJ, Wadkins HI, Conwell Y. Detection of postpartum depressive symptoms by screening at well-child visits. *Pediatrics*. 2004 Mar; 113(3 Pt 1): 551–558.
31. FreemanMP, Wright R, Watchman M, Wahl RA, Sisk DJ, Fraleigh L, Weibrecht JM. Postpartum depression assessments at wellbaby visits: screeningfeasibility, prevalence and risk factors. *Journal of Women's Health*. 2005 Nov 10; 14(10): 929–935.
32. Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Nelson DB. Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. *Archives of General Psychiatry*. 2006 Apr; 63(4): 375–382.
33. Cohen L, Altshuler L, Harlow B, Nonacs R, Newport DJ, Viguera A, Suri R, Burtn V, Hendrick AM, Loughhead A, Vitonis AF, Stowe Z. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *Journal of the American Medical Association*. 2006 Feb 1; 295(5): 499–507

34. Wyngaarden J; Smith, L. Tratado de medicina interna. México. Editorial interamericana.1991 Feb 3; 20(13): 55-56
35. Koda-Kimbli M, Yee Young L. Applied Therapeutics: the clinical use of drugs. 7edición. Lippincott Williams & Wilkins.2009 p. 200-215
36. Beers M y Berkow R (editors). Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica. 10 edición. Merck and Co. Inc. Ediciones Harcourt S.A. 1999
37. Toro R, Yepes L. Fundamentos de Medicina: Psiquiatría. Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín, Colombia. 199
38. A guide to the treatment: Depression. Lexi-Comp. USA. 2001
39. Isselbacher, K.J.; Braunwald, E.; Wilson, J. 1994. Harrison: Principios de Medicina Interna. 13 Edición Madrid, España Interamericanan Mc Graw-Hill. Volumen I y II. Pp
40. Lawraence .M. et al. Diagnóstico clínico y tratamiento. 1999. Editorial El Manual Moderno. México. pp 997-1004.
41. Villa L. Medimecum- Guía de Terapia Farmacológica. Adis Internacional. España, 2002.
42. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Base de Datos del Medicamento y Parfarmacia BOT.2001.
43. García-Delgado A, Gastelurrutia MA. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre Depresión. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (GIAF-UGR). 2003. Universidad de Granada, España.
44. Remick, R. Diagnosis and management of depression in primary care: a clinical update and review. CMAJ 2002; 167 (11):1253-60.