



UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA ACADÉMICO DE MEDICINA

Asociación entre síntomas depresivos maternos y comunicación verbal efectiva en  
niños(as) de 9-36 meses de edad: Sub-análisis ENDES 2020.

TESIS

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

AUTORES

Pandzic Saba, Shadya del Carmen (<https://orcid.org/0000-0002-2167-4229>)

Pandzic Saba, Samir Alejandro (<https://orcid.org/0000-0002-0833-9733>)

ASESOR

Blitchtein-Winicki, Dora (<https://orcid.org/0000-0002-9986-7442>)

Lima, 28 de octubre 2022

## DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedicamos a nuestros padres por habernos enseñado a ser perseverantes con nuestros sueños.

## RESUMEN

**Antecedentes:** El presente estudio fue realizado en el año 2020, año extraordinario por efecto de la pandemia por COVID-19.

**Objetivo:** Determinar la asociación entre síntomas depresivos maternos y comunicación verbal efectiva (CVE) en niños(as) entre 9 a 36 meses de edad, Perú 2020.

**Método:** El diseño del estudio fue transversal, analítico, secundario de la ENDES 2020. La población fue el binomio madre – hijo(a) entre los 9 - 36 meses. El indicador de CVE se evaluó mediante preguntas según tramo evolutivo utilizando como instrumento el Inventario de Battelle. Se empleo el instrumento PHQ-9 para evaluar los síntomas depresivos maternos (SDM) en los últimos 14 días y modificado para el último año. Para el análisis estadístico se utilizó un modelo de regresión lineal generalizado y se reportaron los resultados en forma de razón de prevalencia (RP).

**Resultados:** El indicador CVE fue logrado por el 36,8% de los niños(as) entre 9 a 36 meses. La prevalencia de SDM en los últimos 14 días y último año fue de 4,9% y 10,4% respectivamente. Además, el 27,0% de niños(as) de madres con síntomas depresivos tienen menor probabilidad de tener una CVE adecuada en comparación con aquellos niños(as) de madres que no presentan esta sintomatología (RP 0,73 IC 95% 0,54 a 0,99 p = 0,042).

**Conclusiones:** Los síntomas depresivos maternos en el último año tienen una asociación significativa con una CVE inadecuada en niños(as) peruanos de 9-36 meses. Variables que resultaron asociadas a una CVE adecuada fue la edad en meses, el sexo femenino y un peso al nacer mayor a 2,500 gramos.

**MESH:** Niños; comunicación; desarrollo del lenguaje; depresión; madres.

## ABSTRACT

**Background:** This study analyzed a national survey conducted in 2020, an extraordinary year due to the COVID-19 pandemic.

**Purpose:** This study aims to determinate the association between maternal depressive symptoms (MDS) and effective verbal communication (EVC) in children between 9-36 months, Perú 2020.

**Methodology:** A cross-sectional study design, secondary of the ENDES 2020. The participants were the mother-child binomial between 9-36 months. The ECV indicator was evaluated by questions according to age, using the Battelle Inventory as an instrument. The PHQ-9 instrument was used to assess maternal depressive symptoms in the last 14 days and modified for the last year. For statistical analysis, a generalized lineal regression model was used, and results were reported in the form of prevalence ratio (PR).

**Results:** The ECV indicator was achieved by 36,8% of children between 9-36 months. The prevalence of MDS in the last 2 weeks and in the last year was 4,9% and 10,4% respectively. In addition, 27,0% of children of mothers with depressive symptoms are less likely to have an adequate ECV compared to those children who theirs mothers doesn't have depressive symptoms (PR 0,73 IC 95% 0,54 a 0,99  $p = 0,042$ ).

**Conclusion:** Maternal depressive symptoms in the past year have a significant association with inadequate ECV in children between 9-36 months. Variables that were associated with an adequate ECV were age in months, female sex, and birthweight greater than 2,500gr.

**Keywords:** children; communication; language development; depression; mothers.

# N° 2976\_Asociación entre síntomas depresivos maternos y comunicación verbal efectiva en niños(as) de 9-36 meses de edad: Sub-análisis ENDES 2020

INFORME DE GRADEMARK

NOTA FINAL

COMENTARIOS GENERALES

**/0**

**Instructor**

PÁGINA 1

PÁGINA 2

PÁGINA 3

PÁGINA 4

PÁGINA 5

PÁGINA 6

PÁGINA 7

PÁGINA 8

PÁGINA 9

PÁGINA 10

PÁGINA 11

PÁGINA 12

PÁGINA 13

PÁGINA 14

PÁGINA 15

PÁGINA 16

PÁGINA 17

PÁGINA 18

PÁGINA 19

## Tabla de contenido

<i>1</i>	<i>INTRODUCCIÓN</i> .....	<i>1</i>
1.1	Objetivos.....	4
1.1.1	Objetivo general .....	4
1.1.2	Objetivos específicos .....	4
<i>2</i>	<i>METODOLOGÍA</i> .....	<i>4</i>
2.1	Diseño, población y tipo de muestreo .....	4
2.2	Potencia del estudio .....	5
2.3	Variables .....	5
2.4	Procedimientos del estudio .....	7
2.5	Consideraciones éticas.....	8
2.6	Análisis estadístico .....	8
<i>3</i>	<i>RESULTADOS</i> .....	<i>10</i>
<i>4</i>	<i>DISCUSIÓN</i> .....	<i>11</i>
4.1	Fortalezas y limitaciones .....	14
<i>5</i>	<i>CONCLUSIONES</i> .....	<i>15</i>
<i>6</i>	<i>RECOMENDACIONES</i> .....	<i>15</i>
<i>7</i>	<i>BIBLIOGRAFÍA</i> .....	<i>15</i>
<i>8</i>	<i>ANEXOS</i> .....	<i>23</i>

## Índice de Tablas

Tabla 1: Características sociodemográficas de niños(as) entre 9 a 36 meses y sus madres. Perú 2020.....	26
Tabla 2: Asociación entre comunicación verbal efectiva (CVE) y características sociodemográficas de niños(as) entre 9 a 36 meses y sus madres.....	29
Tabla 3: Asociación entre los síntomas depresivos maternos y comunicación verbal efectiva en niños(as) entre los 9 a 36 meses. Perú. ENDES 2020.....	33

## Índice de Figuras

Figura 1: Cálculo de potencia del estudio: Indicador expresión del lenguaje .....	23
Figura 2: Cálculo de potencia del estudio: Indicador comprensión verbal .....	23
Figura 3: Instrumento PHQ-9 .....	24
Figura 4: Flujograma de selección de participantes del estudio .....	25

## 1 INTRODUCCIÓN

La comunicación verbal efectiva (CVE) pertenece a uno de los siete lineamientos del desarrollo infantil temprano (1). Se define como la capacidad de los niños(as) de poder expresar y comunicar sus sentimientos, conocimientos y pensamientos a través de su lengua materna; así como también, la capacidad de comprender y producir el habla (2).

Durante los primeros meses de vida los niños van desarrollando ciertas habilidades en términos de lenguaje, desarrollo cognitivo, psicomotor y exploración del ambiente (3). Es principalmente durante los primeros 36 meses el período de tiempo más intensivo referente al desarrollo del habla y el lenguaje (4). El lenguaje abarca los componentes de comprensión y expresión, lo cuales predominan según la etapa de vida del niño. Durante los primeros meses, la comunicación se da principalmente a través del llanto. Entre los 10 a 18 meses, los niños expresan sus necesidades mediante gestos y pre-palabras. A partir de los 19 a los 36 meses, los niños presentan mayores habilidades referentes al habla, pues son capaces de seguir algunas indicaciones, responder a preguntas simples, sostener conversaciones con adultos empleando tanto oraciones como preguntas e inclusive logran establecer una conversación grupal alternando y respetando turnos (5).

El desarrollo del lenguaje es considerado uno de los desafíos más complejos durante la etapa del desarrollo del niño (3). Según la OMS, más de 200 millones de niños menores de 5 años presentan un alto riesgo de tener un desarrollo cognitivo y emocional deficiente, lo cual está condicionado por múltiples factores como el estado de salud del menor, el cuidador primario, la relación con los padres, el contexto familiar, entorno ambiental, el nivel socioeconómico, los recursos sociales, entre otros (3,6). Además, se estima que el 40% de los niños que debido a alteraciones durante su desarrollo no presentan un lenguaje correspondiente a su edad, tienen mayor probabilidad de presentar un trastorno persistente del lenguaje a partir de los 4 años (7).

La etapa fértil de la mujer es considerada el periodo de mayor vulnerabilidad para presentar síntomas depresivos, siendo las edades de mayor prevalencia entre los 25 a 45 años (8). Durante la gestación, posterior al parto e inclusive meses después, las mujeres

atravesan múltiples cambios fisiológicos, psicológicos y sociales, los cuales predisponen a las mismas a padecer con mayor frecuencia de este trastorno (9,10). Por consiguiente, se estima que entre un 10 a 30% de las mujeres sufrirán de depresión en el período posterior al parto y un 10-20% de las madres presentarán en algún momento de su vida síntomas depresivos (10–12).

Según la literatura, se correlacionaron los síntomas depresivos maternos con otros factores subyacentes, tales como el estado civil de la madre, el haber presentado complicaciones durante el embarazo y si este había sido planificado o no. Otro factor importante por considerar es el apoyo de pareja o de la familia, diversos estudios refieren que un pobre apoyo por parte de su pareja, sea en el ámbito emocional como en las labores de la casa, representan un factor de riesgo para el desarrollo de depresión materna (13).

En base a datos epidemiológicos, se registró en México en el año 2012 que un 19.9% de madres que tenían por lo menos un niño(a) menor de 5 años presentaban síntomas depresivos, y que a su vez, cerca de 4.6 millones de niños(as) viven con madres que presentan síntomas depresivos de gravedad moderada a severa, la cual no es correctamente atendida (14). Respecto a los datos de depresión materna en Lima - Perú, se realizó un estudio en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, reportando una prevalencia de 40% de depresión mayor en gestantes (15). La importancia de esto radica en que las mujeres que desarrollan síntomas depresivos durante la gestación presentan un riesgo mayor de continuar con este trastorno hasta los 4 años posteriores (16). Por consiguiente, si esta sintomatología no se detecta y aborda tempranamente, afectará negativamente a la mujer y repercutirá en su transición a la maternidad, impactando en el desarrollo del niño(a) (12).

Diferentes estudios demuestran que los síntomas depresivos maternos, como la marcada tristeza, irritabilidad y las ideas pesimistas sobre el futuro, interfieren indirectamente en el desarrollo del lenguaje en los niños, principalmente en menores de 3 años (17). Además, en otro estudio se evaluó la depresión materna y la violencia general por parte de la pareja, incluyendo violencia física, emocional y sexual, con el desarrollo del lenguaje, en donde se evidenció que los hijos(as) de mujeres que habían sido víctimas de violencia presentaban un menor score en la escala de Bailey referente al desarrollo psicomotor y la comunicación (18).

Asimismo, varios estudios hacen hincapié en ciertas variables demográficas como el nivel socioeconómico de la familia y el grado de instrucción de la madre como factores de riesgo tanto para el desarrollo del lenguaje, como para el desarrollo de una sintomatología depresiva en las madres (17). Se ha reportado que las madres con menor nivel educativo son más susceptibles a presentar una sintomatología depresiva (19). Asimismo, la edad materna también es considerada una variable que puede influir directamente en el desenvolvimiento verbal y no verbal de los niños, pues se ha reportado que los hijos de madres jóvenes presentan un mejor desarrollo en comparación con las madres de mayor edad (3). Otro factor relevante es el sexo del niño, pues se ha evidenciado que los niños de madres deprimidas presentan mayores deficiencias en la evolución del habla en comparación con las niñas (20).

Finalmente, la pandemia por COVID-19, desencadenó en gran parte de la población consecuencias a nivel emocional, físico, social y económico. Con la finalidad de controlar la transmisión del virus, se impusieron restricciones como cuarentena y aislamiento social, las cuales han generado un impacto negativo tanto para las madres como para los niños (21). Según los resultados de un estudio actual, se evidenció un incremento en los trastornos del estado de ánimo durante la época COVID-19, aumentando en cinco veces más la prevalencia de depresión materna (22). Por otro lado, el estrés inherente de la pandemia, y factores como el cierre de las instituciones educativas y la poca socialización han influenciado negativamente en el desarrollo del niño. Según los resultados de un estudio reciente, se evidenció que la vivencia de la actual pandemia esta asociada a un alto riesgo de retraso en la comunicación en niños de 1 año (RR: 1,13 IC 95% 1,02,1.25) (23).

Por lo tanto, con este estudio se quiere identificar si en el año 2020 se presentó asociación entre los síntomas depresivos maternos y la comunicación verbal efectiva en los niños(as) entre 9 y 36 meses en un análisis secundario de una encuesta nacional.

## 1.1 Objetivos

### 1.1.1 Objetivo general

Determinar la asociación entre síntomas depresivos maternos y comunicación verbal efectiva en niños(as) entre 9 – 36 meses, Perú 2020.

### 1.1.2 Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de los niños(as) entre 9-36 meses de edad y sus madres, Perú 2020.
- Identificar la asociación entre las características sociodemográficas de las madres y la comunicación verbal efectiva de niños(as) entre 9-36 meses, Perú 2020.
- Evaluar la asociación entre los síntomas depresivos maternos y la comunicación verbal efectiva en los niños(as) entre 9 – 36 meses, ajustado por variables confusoras.

## 2 METODOLOGÍA

### 2.1 Diseño, población y tipo de muestreo

El estudio se caracterizó por ser de tipo observacional, transversal, analítico, secundario de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) realizada en el año 2020.

La población fue el binomio madre – niño(a) que cumplieron con los criterios de selección. Se incluyeron a todos los niños(as) entre 9 a 36 meses de edad, y de los que se haya registrado información del Modulo de Desarrollo Infantil Temprano (DIT). Asimismo, se incluyeron a las madres de los niños(as) que hayan respondido al cuestionario de depresión (PHQ9) en los últimos 14 días y modificado para los últimos 12 meses. Sólo se incluyó un hijo(a) por mamá. Se excluyeron aquellas madres que tuvieran un hijo menor de 3 meses, por la posibilidad de depresión postparto, madres que no vivían con su hijo(a) o niños(as) que reportaron una discapacidad permanente diagnosticada.

El tipo de muestreo del estudio primario se caracterizó por ser bietápico, aleatorio, de tipo equilibrado, estratificado e independiente, por departamentos y área de residencia (rural y urbana). La unidad de análisis y muestreo para el área urbana fue el conglomerado y vivienda particular ocupada, y para el área rural fue el área de empadronamiento rural y vivienda particular ocupada.

## 2.2 Potencia del estudio

Utilizando como referencia el estudio “Chronicity of Maternal Depressive Symptoms, Maternal Sensitivity, and Child Functioning at 36 Months” se tomaron dos indicadores, los cuales fueron el lenguaje expresivo y la comprensión verbal del niño con respecto a las madres que nunca habían estado deprimidas y las madres que presentaban depresión crónica. Se utilizaron las medias (M) y desviación estándar (DS) de cada indicador. Tomando en cuenta que de nuestra población 189 madres presentaban síntomas depresivos crónicos y 1,643 no presentaban esta sintomatología; y considerando un 95% de confianza, se calculó la potencia con el programa Open epi versión 3.0.

Para el indicador de expresión del lenguaje con una M de 98.61 y DS de 13.68 para los hijos de madres que nunca habían estado deprimidas y una M de 89.68 y DS de 15.63 para los hijos de madres con depresión crónica. Se obtuvo una diferencia de medias de 8.93 (Figura 1). De igual forma, se realizó con la variable de comprensión verbal con una M de 100.56 y DS 14.83 para los hijos de madres sin depresión y una M de 90.86 y una DS de 15.42 para los hijos de madres con sintomatología crónica de depresión. Se obtuvo una diferencia de medias de 9.7 (Figura 2) (24). Para ambos indicadores, la potencia fue mayor de 80%, incluso considerando un efecto de diseño de dos.

## 2.3 Variables

La variable dependiente de este estudio fue la comunicación verbal efectiva. Se definió como la destreza de los niños(as) de poder expresarse y comunicarse mediante su lengua materna (2). Esta variable se midió a través del cuestionario del Modulo DIT aplicado en

la ENDES 2020. Se evaluó considerando los tramos evolutivos de 9-12 meses, 13-18 meses, 19 – 23 meses y 24 – 36 meses, considerando el dominio de comunicación medida en el Inventario de desarrollo Battelle, el cual tiene una sensibilidad entre 0,72 a 0,93 y una especificidad entre 0.79 y 0.88 de alfa de Cronbach y omega de McDonald (25–27).

Se operacionalizó considerando un total de 16 preguntas, estableciéndose 4 preguntas específicas para cada rango de edad. Las 8 preguntas pertenecientes a los dos primeros tramos evolutivos midieron la habilidad de los niños(as) de comprensión del lenguaje, mientras que las 8 preguntas restantes fueron empleadas para medir la capacidad de expresión del lenguaje, evaluando la participación del menor en conversaciones con adultos (2).

La variable independiente de este estudio fue los síntomas depresivos maternos. Se definió como la presencia de alteraciones principalmente anímicas en las madres, las cuales pueden estar presentes por periodos intermitentes durante el día o los días. Dentro de estos síntomas se puede encontrar sentimientos de tristeza profunda, disminución de interés, irritabilidad, sentimiento de inutilidad, problemas de sueño, entre otros. Para medir esta variable se utilizó la versión en español del cuestionario de depresión PHQ-9 (Patient Health Questionnaire), el cuál consta de 9 preguntas que evalúan durante los últimos 14 días la presencia de síntomas depresivos, siguiendo los criterios del DSMV para el diagnóstico. Cada ítem tenía un puntaje de 0 – 3, que corresponde a un índice de severidad, donde 0 = “ningún día”, 1 = “varios días”, 2 = “más de la mitad de los días” y 3 = “casi todos los días” (Figura 3). Se empleó este mismo cuestionario modificado para medir los síntomas depresivos maternos en los últimos 12 meses.

El puntaje máximo fue de 27 y se tomó el punto de corte  $\geq 10$  para considerar que la madre tenía síntomas depresivos de moderada gravedad a más. Se decidió utilizar este punto de corte debido a su mayor sensibilidad y especificidad (28,29). Asimismo, se categorizó la variable como dicotómica, siendo el valor de 1: síntomas depresivos moderados a más y 0: sin síntomas depresivos o síntomas depresivos leves.

Este instrumento ha sido previamente validado en múltiples países, inclusive Perú (30–32).

Otras variables consideradas en este estudio referente al menor fueron: edad del niño(a) en meses, sexo, peso al nacer, tipo de parto, si recibió lactancia materna, cuidador principal del menor y castigos físicos al menor por los padres. Las variables referentes a

las características sociodemográficas fueron área de residencia actual y nivel socioeconómico. Finalmente, las variables empleadas para describir las características de la madre fueron: nivel educativo alcanzado, lengua materna, estado civil, número de hijos, ocupación remunerada, tipo de seguro de salud, violencia general por la pareja en los últimos 12 meses y consumo de alcohol en los últimos 30 días.

#### 2.4 Procedimientos del estudio

La recolección de datos durante el 2020 se realizó a través de entrevistas directas por personal capacitado mediante el uso de Tablets. En vista de las limitaciones impuestas por el gobierno debido a la pandemia por COVID-19, la aplicación de los tres cuestionarios (Cuestionario del Hogar, Cuestionario Individual y Cuestionario de Salud) fueron adaptados para realizarse por vía telefónica, por lo que un 50% de entrevistas se realizaron de manera virtual y la información del 50% restante se registró de manera presencial (33). La información recolectada por las entrevistadoras fue transferida inmediatamente a la supervisora para asegurar la calidad de la recolección.

Respecto a la evaluación del Módulo DIT, la entrevista consistió en una conversación a base de preguntas directas que fueron realizadas a las madres según la edad en meses de su hijo(a). Las entrevistadoras realizaron las preguntas de manera literal y esperaron que la madre responda espontáneamente, con el objetivo de brindarle una mayor comodidad durante la entrevista. De no quedar clara la respuesta en contraste con el código a marcar, se debería efectuar más preguntas a la madre con la finalidad de esclarecer la respuesta. Asimismo, si las madres no comprendían la pregunta, las entrevistadoras repreguntaban, para poder conseguir la respuesta adecuada (2).

Respecto al desarrollo de las preguntas referentes a la sección de salud mental, se ambientó un espacio para asegurar la privacidad de la entrevistada y brindarle mayor tranquilidad y confianza. Asimismo, fue importante recalcar que toda la información recaudada se mantuvo bajo absoluta confidencialidad (2).

Para el presente estudio se descargaron las bases de datos pertenecientes a ENDES 2020 de la sección “Microdatos” del portal web del INEI, disponible en el siguiente enlace:

[http://inei.inei.gob.pe/microdatos/Consulta\\_por\\_Encuesta.asp](http://inei.inei.gob.pe/microdatos/Consulta_por_Encuesta.asp). Estas bases de datos son de dominio público, por lo que se puede acceder a ellas con total libertad.

Para el procesamiento de la información, los datos se descargaron en formato .sav, se transformaron al formato .dat, y posteriormente fueron exportados en el programa Stata 16 MP. Se unieron las bases de datos para tener una sola base final que incluyó las variables del presente estudio. En la base final se recategorizaron las variables según nuestro cuadro de variables (ver Anexo 3).

## 2.5 Consideraciones éticas

Este estudio no presentó un riesgo para los participantes, ya que se utilizó una base de datos previamente recolectada y anonimizada, la cual no permitió la identificación de los participantes evaluados. De este modo, al trabajar con un base de datos secundaria no se requirió el consentimiento informado de los participantes.

Se respetaron la Declaración de Helsinki y Taipéi, que al complementarse logran proteger a los participantes de los riesgos asociados y buscar un equilibrio entre los derechos de las personas que participan en encuestas, en las cuales se solicita la información personal de los participantes como parte de una investigación, en base a reglas de confidencialidad. Además reconocen que la información de salud brindada es una herramienta esencial para las futuras investigaciones (34).

Finalmente, fue aprobado el protocolo por el Comité de Ética e Investigación de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC) registrado con el código PI 350-21.

## 2.6 Análisis estadístico

Para el análisis se consideró un 95% de confianza y se tomó en consideración los valores  $p < 0,05$  estadísticamente significativos. Se utilizó el software estadístico Stata 16 MP.

Para el análisis estadístico se consideró el diseño complejo del estudio primario utilizando los comandos “svyset”

Para la ejecución del análisis descriptivo se presentaron las variables categóricas con frecuencias simples y porcentajes ponderados.

Para el desarrollo del análisis bivariado se comparó la variable dependiente con las variables sociodemográficas. Para las variables categóricas se utilizó la prueba estadística de  $\chi^2$  de Pearson con corrección de Rao-Scott.

Para el análisis con múltiples variables se utilizó un modelo lineal generalizado de la familia y opción de enlace Log Poisson y los resultados se reportaron en forma de Razón de Prevalencia (RP). Se presentó un modelo crudo y dos modelos ajustados; para estos últimos, el ingreso de las variables independientes se realizó en base a un criterio epidemiológico. Además, se realizó un análisis de colinealidad de las variables independientes utilizando el factor de inflación de varianzas (vif), se consideró como criterio  $vif > 10$ , identificándose que, para ambos modelos ajustados, síntomas depresivos maternos en los últimos 14 días y en los últimos 12 meses, las variables de nivel educativo alcanzado de la madre y lactancia materna tuvieron valores  $> 10$ , por lo que fueron excluidas de los mismos. Asimismo, se analizó la correlación entre las variables de los modelos ajustados a través del comando estat vce,correlation, identificándose correlación con un valor  $> 0.5$  entre área de residencia actual y nivel socioeconómico para el modelo ajustado de síntomas depresivos maternos en los últimos 14 días, por lo cual se excluyó esta última variable del modelo ajustado final.

Las variables de mayor importancia consideradas para el estudio fueron edad del niño(a) en meses, sexo del niño, peso al nacer del menor, lactancia materna exclusiva, nivel socioeconómico, área de residencia actual, grado de instrucción de la madre, número de hermanos, lengua materna, cuidador principal del menor (3,17,20).

### 3 RESULTADOS

El presente estudio analizó el binomio madre – hijo(a) dentro del grupo etario entre los 9 a 36 meses de edad. El total de participantes que cumplieron con los criterios de selección fue 1,832 (Figura 4). De cada diez niños, seis tenían entre 19 a 36 meses de edad (63,5%), cinco eran de sexo masculino (50,0%), y sólo tres tuvieron como cuidadoras principales a sus madres (31,5%). Como características generales, de cada diez, casi ocho residían en el área urbana (76,0%) y casi cinco se encuentran en los dos quintiles inferiores en cuanto a nivel socioeconómico (48,3%). La lengua materna predominante fue el castellano con un 84,9%. Se encontró que sólo un 4,9% de las madres han presentado sintomatología depresiva en las últimas dos semanas, mientras que 10,4% refieren haber presentado estos síntomas en el último año (Tabla 1).

Referente a la comunicación verbal efectiva, se obtuvo un mejor resultado en los niños entre a 9 a 12 meses en comparación con los menores entre 19 a 23 meses (66,5% vs 19,8% respectivamente,  $p < 0,001$ ). Se observó una mayor prevalencia de comunicación verbal inadecuada en los niños que nacieron con un peso menor a 2,500gr en comparación con los que nacieron con un peso mayor a este (75,1% vs 62,3% respectivamente,  $p = 0,023$ ). Asimismo, los hijos de madres sin educación o con educación inicial tuvieron un mayor porcentaje de comunicación verbal efectiva inadecuada en comparación con los hijos de madres con educación superior no universitaria, superior universitaria o postgrado (92,1% vs 57,9% y 57,8% respectivamente,  $p = 0,012$ ). Finalmente, los hijos de madres que no han presentado sintomatología depresiva en el último año presentaron una mayor comunicación verbal efectiva adecuada en comparación con los hijos de madres con síntomas depresivos (37,9% vs 27,8% respectivamente,  $p = 0,030$ ) (Tabla 2).

En el modelo crudo para síntomas depresivos maternos en los últimos 14 días, se identificó que el 16,0% de niños(as) de madres con síntomas depresivos de leve a más tienen menor probabilidad de tener una comunicación verbal efectiva adecuada en comparación con los niños(as) de madres sin sintomatología depresiva, siendo no significativa esta asociación (RP 0,84 IC 95% 0,58 a 1,21  $p = 0,343$ ). Se encontró la misma probabilidad de presentar comunicación verbal efectiva adecuada en los niños(as) con madres con síntomas depresivos en comparación con las que no presentaban esta sintomatología, en el modelo ajustado por edad en meses, sexo, peso al nacer, cuidador

principal del menor, área de residencia actual, lengua materna y número de hijos (RP 0,84 IC 95% 0,59 a 1,21  $p = 0,375$ ) (Tabla 3).

En el modelo crudo para síntomas depresivos maternos en los últimos 12 meses, se identificó que el 27,0% de niños(as) de madres con síntomas depresivos de leve a más tienen menor probabilidad de tener una comunicación verbal efectiva adecuada en comparación con aquellos niños(as) de madres sin síntomas depresivos, siendo esta asociación significativa (RP 0,73 IC 95% 0,54 a 0,99  $p = 0,042$ ). De igual forma, se mantiene esta probabilidad al ajustarlo por las mismas variables empleadas en el modelo ajustado para síntomas depresivos en los últimos 14 días (RP 0,74 IC 95% 0,55 a 0,99  $p = 0,041$ ) (Tabla 3).

Otros factores asociados a comunicación verbal efectiva en el modelo ajustado fueron edad del niño, sexo y peso al nacer. Referente a la edad en meses, en comparación con los menores de 24 a 36 meses, los niños(as) entre 9 a 12 meses tuvieron 80,0% más probabilidad de tener comunicación verbal efectiva adecuada (RP 1,80 IC 95% 1,53 a 2,12  $p < 0,001$ ); no obstante, los menores de 19 a 23 meses tuvieron 47,0% menos probabilidad de desarrollar comunicación verbal efectiva adecuada comparado con estos (RP 0,53 IC 95% 0,38 a 0,72  $p < 0,001$ ). Además, se observó que el sexo femenino presentó 25,0% más probabilidad de tener una comunicación verbal efectiva adecuada en comparación con el sexo masculino (RP 1,25 IC 95% 1,07 a 1,46  $p = 0,005$ ). Finalmente, los menores que presentaron un peso al nacer mayor de 2,500gr tuvieron 42,0% más probabilidad de desarrollar una adecuada comunicación verbal efectiva en comparación con los que presentaron bajo peso al nacer (RP 1,42 IC 95% 1,00 a 2,03  $p = 0,052$ ) (Tabla 3).

#### 4 DISCUSIÓN

En base a lo investigado, este es el primer estudio a nivel nacional realizado durante la pandemia por COVID – 19 que busca identificar la relación entre los síntomas depresivos maternos y la comunicación verbal efectiva de sus hijos. La presente investigación comparó la presencia de estos síntomas en las madres en los últimos 14 días y en los

últimos 12 meses. No se encontró relación en cuanto a los resultados obtenidos en el periodo de tiempo agudo. No obstante, referente a los síntomas depresivos maternos en el último año y su impacto en la comunicación verbal efectiva, si se evidenció una asociación significativa, resultando en que la presencia de esta sintomatología en las madres de forma crónica interfiere negativamente en la comunicación verbal efectiva de los menores. Este hallazgo coincide con un estudio publicado en el año 2022, el cual describe como el rol de la madre influye en la copia de conductas de su hijo. Se menciona que, cuando la relación madre-hijo se ve afectada por un trastorno del estado de ánimo, sea ansiedad, trastorno depresivo persistente o trastorno depresivo mayor, se produce una alteración a nivel de la co-regulación emocional, impidiendo que el niño pueda imitar y generar interacciones positivas (35).

Diversos estudios refieren que las madres que experimentan síntomas depresivos por un periodo de tiempo prolongado, tienden a ser poco comunicativas con sus hijos tanto verbal como físicamente (36). Asimismo, es probable que no se comprometan emocionalmente con ellos, muestren un cierto rechazo y no estén al pendiente de sus necesidades básicas (37,38). Por consiguiente, este lábil nexo madre – hijo, resulta en una estimulación deficiente y un bajo desarrollo (19). Este hallazgo es congruente con los resultados reportados en el presente estudio, demostrando que la principal vía por la cual la depresión materna afecta en la CVE del menor, es a través de la calidad del cuidado y afecto que les brindan (17). Según Valla et al, los niños de madres que han experimentado una sintomatología depresiva persistente, presentan significativamente menores habilidades comunicativas a los 12 meses, comparados con aquellos niños que han sido expuestos a un entorno depresivo sólo por un periodo de tiempo único, o que nunca han estado expuestos (39). No obstante, no solo es el tiempo un factor determinante, sino también la severidad de la sintomatología. Se ha evidenciado que los hijos de madres que presentan una sintomatología depresiva clínicamente significativa obtienen peores resultados en comparación con los niños cuyas madres presentan síntomas menores (40).

A nivel internacional, específicamente en Canadá, se reportó una prevalencia de retraso del habla de 12,6% en infantes entre 24 y 30 meses de edad (41). Cifras a nivel de Sudamérica, precisamente al norte de Ecuador, evidenciaron que dicha prevalencia, tanto en el lenguaje comprensivo como expresivo en niños entre 12 a 47 meses de edad fue de 22,1% y 42,2% respectivamente (42). A nivel nacional, para el año 2018 la prevalencia

de comunicación verbal efectiva adecuada fue de 49,8%, decreciendo en 0,9% para el año 2019 (48,9%) (1,43). Sin embargo, para el año 2020 aumentó en 0,1% (44). En contraste con nuestro estudio, obtuvimos que, en el año 2020, sólo el 36,8% de los niños(as) entre 9 a 36 meses lograron alcanzar resultados favorables. Por consiguiente, consideramos como principal factor atribuible a este resultado a la pandemia por COVID-19, debido a los innumerables efectos que una pandemia trae consigo. Estudios revelan que la vivencia de un periodo crítico, como la pandemia, durante los tres primeros años de vida, afecta ineludiblemente el desarrollo neurobiológico y psicológico del niño, trayendo consigo subsecuentes problemas cognitivos, de comportamiento y de salud (45). Además, a causa de las restricciones sociales, los menores han perdido la oportunidad de interactuar con otros niños de su misma edad y de establecer relaciones interpersonales obstaculizando así su desarrollo. Se ha evidenciado que los niños que están más expuestos al habla y que participan en las conversaciones tempranamente, presentan un desarrollo más favorable y precoz del lenguaje (36).

Otros factores que resultaron asociados a la comunicación verbal efectiva fueron la edad en meses del niño(a) y el sexo. Según Aoyagi et al, la presencia de un entorno depresivo entre el primer y tercer mes de edad del infante puede afectar ciertas regiones del cerebro, las cuales tienen funciones a nivel del desarrollo del lenguaje, predominantemente en el componente expresivo. Esto desencadena resultados inferiores a los esperados a nivel del habla, que se van haciendo más notorios a partir de los 18 meses de edad (46). Esto apoya el resultado obtenido en nuestro estudio, demostrando que los niños entre 19 a 36 meses de edad, a los cuales se les evaluó el criterio de lenguaje expresivo, tienen resultados deficientes, comparados con el grupo entre los 9 a 18 meses, a quienes se les evaluó principalmente el lenguaje comprensivo. Por otro lado, en lo que respecta al sexo del menor, la investigación arrojó resultados superiores para el sexo femenino, que haciendo la comparativa con los resultados obtenidos para el 2018, se mantiene esta prevalencia (1). Esto, a su vez, se asemeja con los resultados reportados en estudios similares, los cuales sustentan que las niñas tienen notablemente un mejor desempeño verbal, no sólo en el sentido de expresar antes sus primeras palabras, sino también cuentan con un vocabulario más amplio y son capaces de elaborar oraciones más complejas, en comparación con los niños de su mismo grupo etario. No obstante, no se conoce con exactitud ningún motivo evidente que explique dichos resultados (17,20).

#### 4.1 Fortalezas y limitaciones

Consideramos como principales fortalezas que el presente estudio es de tipo poblacional a nivel nacional, la muestra es representativa y para su elaboración se han empleado instrumentos estandarizados de medición para las variables principales. Es necesario resaltar que para emplear el Módulo DIT en la ENDES, se realizó un estudio piloto previo, no obstante, los resultados no pueden ser extrapolados para hacer una comparativa a nivel mundial (25). Por otro lado, el cuestionario de PHQ-9 está validado para evaluar la presencia de síntomas depresivos durante los últimos 14 días, sin embargo, la ENDES utilizó también un cuestionario PHQ-9 modificado para los últimos 12 meses, para el cual no existe una validación específica referente a la evaluación de la sintomatología de depresión durante el último año. No obstante, de acuerdo con el portal web del PHQ, el score de PHQ-9 puede ser utilizado con el objetivo de sospechar de un trastorno depresivo persistente, para lo cual se debe tomar en consideración la sintomatología referida en el año previo (47).

Otras limitaciones por considerar es que es un estudio de tipo transversal por lo que solo se puede determinar una asociación, más no es posible identificar los factores de causalidad ni temporalidad. Además, la totalidad de los datos recolectados referente al desarrollo del niño provienen de un reporte de las madres, por lo que existe la posibilidad de presentar sesgos de memoria y de deseabilidad social. A su vez, la encuesta fue desarrollada en tiempo de pandemia, por lo que un 50% de la data fue adaptada para ser registrada por vía telefónica. Cabe resaltar que la data recolectada corresponde en su totalidad al año 2020, sin embargo, la pandemia inició en el mes de marzo, siendo por consiguiente los primeros dos meses del año, un periodo que no tendría injerencia sobre la variable Covid-19. No obstante, dicho primer bimestre del año no ha sido excluido del análisis. También, existen factores que no han podido ser medidos y que han podido influenciar en el desarrollo del presente trabajo, como por ejemplo el fallecimiento de un familiar o inclusive alguno de los padres del menor a causa de la pandemia, pues se ha reportado que la pérdida de un ser querido es considerado un factor determinante en el vínculo madre – hijo (10).

## 5 CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio sugieren que los síntomas depresivos maternos en los últimos 12 meses tienen asociación con una comunicación verbal efectiva inadecuada en niños(as) peruanos entre 9 a 36 meses de edad en el año 2020. Asimismo, existe una asociación significativa entre el sexo del niño(a), el peso al nacer y la edad de estos, con la comunicación verbal efectiva. Más a detalle, se mostró que el sexo femenino, tener un peso al nacer mayor a 2,500gr y pertenecer al grupo etario de 9 a 12 meses, poseen una probabilidad más alta de tener una comunicación verbal efectiva adecuada.

## 6 RECOMENDACIONES

En base al trabajo realizado, se pueden establecer diversas pautas para obtener así un mayor beneficio del estudio. En primer lugar, y debido a que la depresión materna es considerada un problema de salud pública, es relevante mencionar que se deben identificar tempranamente los síntomas depresivos mediante métodos de screening en los centros médicos de atención primaria, para establecer así parámetros de intervención tanto para la madre como para los hijos. Por otro lado, y para investigaciones a futuro, sería fundamental obtener más datos con relación a quien es el cuidador principal del menor, y a su vez desarrollar estrategias para que el niño(a) no tenga influencias que provengan únicamente de su apoderado. Asimismo, sería valioso realizar posteriormente investigaciones longitudinales, para poder conocer, más a detalle, la adaptación de los niños(as) a la vida cotidiana en un contexto post pandemia.

## 7 BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Desarrollo Infantil Temprano en niñas y niños menores de 6 años de edad – ENDES 2018 [Internet]. INEI; 2019 [citado el 10 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/320706/modulo-DIT-A5-DES-INFANTIL.pdf?v=1560433794>

2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Manual de la Entrevistadora - ENDES 2018 [Internet]. INEI; 2018 [citado el 10 de agosto de 2022]. Disponible en:  
[https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2018/documentos\\_2018/MANUAL\\_DE\\_LA\\_ENTREVISTADORA\\_2018\\_ENERO.pdf](https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2018/documentos_2018/MANUAL_DE_LA_ENTREVISTADORA_2018_ENERO.pdf)
3. Quevedo LA, Silva RA, Godoy R, Jansen K, Matos MB, Tavares Pinheiro KA, et al. The impact of maternal post-partum depression on the language development of children at 12 months. Child Care Health Dev [Internet]. 2012 [citado el 5 de octubre de 2022];38(3):420–4. Disponible en:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21651606/>
4. National Institute on Deafness and Other Communication Disorders. Etapas del desarrollo del habla y el lenguaje [Internet]. NIDCD; 2010 [citado el 10 de agosto de 2022]. Disponible en:  
[https://www.nidcd.nih.gov/sites/default/files/Documents/health/spanish/NIDCD-Speech-Lang-Development-Spanish\\_0.pdf](https://www.nidcd.nih.gov/sites/default/files/Documents/health/spanish/NIDCD-Speech-Lang-Development-Spanish_0.pdf)
5. Ministerio de Desarrollo e Inclusión social. Componente Desarrollo y Aprendizaje de las niñas y niños de 0 a 5 años: documento técnico de sistematización de evidencias para lograr el desarrollo infantil temprano [Internet]. MIDIS; 2013 [citado el 5 de octubre de 2022]. Disponible en:  
<http://repositorio.minedu.gob.pe/handle/20.500.12799/5091?show=full>
6. Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C. Desarrollo de la primera infancia: Un Potente Ecuilizador [Internet]. 2007 [citado el 5 de octubre de 2022]. Disponible en:  
<https://www.almendron.com/tribuna/wp-content/uploads/2020/12/early-child-dev-ecdkn-es.pdf>
7. Sala Torrent M. Trastornos del desarrollo del lenguaje oral y escrito [Internet]. Aepap.org. 2020 [citado el 5 de octubre de 2022]. Disponible en:  
[https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/congreso2020/251-264\\_trastornos\\_del\\_desarrollo\\_del\\_lenguaje.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/congreso2020/251-264_trastornos_del_desarrollo_del_lenguaje.pdf)
8. Burguera Campillo B. Depresión materna y complicaciones biopsicosociales del niño [Tesis de pregrado]. España: Universitat de les Illes Balears; 2018 [citado el 7 de septiembre de 2022]. Disponible en:  
<https://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/147856>

9. Pedraza-Seco J, Tolaza-Luna K, Uribe-Jaimes Y. Factores de riesgo asociados a depresión postparto [Tesis de pregrado]. Colombia: Universidad Cooperativa de Colombia; 2019 [citado el 7 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/900111eb-afae-44cb-bdc9-cc0eb0bca41f/content>
10. Liu CH, Hyun S, Mittal L, Erdei C. Psychological risks to mother-infant bonding during the COVID-19 pandemic. *Pediatr Res* [Internet]. 2022 [citado el 7 de septiembre de 2022];91(4):853–61. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s41390-021-01751-9>
11. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* [Internet]. 2003 [citado el 7 de septiembre de 2022];289(23):3095–105. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.289.23.3095>
12. Papworth R, Harris A, Durcan G, Wilton J, Sinclair C. Maternal mental health during a pandemic: A rapid evidence review of Covid-19's impact [Internet]. Centre for Mental Health. 2021 [citado el 10 de octubre de 2022]. Disponible en: [https://maternalmentalhealthalliance.org/wp-content/uploads/CentreforMH\\_MaternalMHPandemic\\_FullReport.pdf](https://maternalmentalhealthalliance.org/wp-content/uploads/CentreforMH_MaternalMHPandemic_FullReport.pdf)
13. Espinoza-Lecca E, La madre, seguridad y visión de futuro frente al rol materno.. *Revista Peruana de Epidemiología* [Internet]. 2011 [citado el 7 de septiembre de 2022];15(2):102-105. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203122516006>
14. De Castro F, Place JM, Villalobos A, Allen-Leigh B. Sintomatología depresiva materna en México: prevalencia nacional, atención y perfiles poblacionales de riesgo. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2015 [citado el 7 de septiembre de 2022];57(2):144. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342015000200009](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200009)
15. Luna Matos ML, Salinas Piélago J, Luna Figueroa A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2009 [citado el 7 de septiembre de 2022];26(4):310–4. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2009.v26n4/310-314/>

16. Woolhouse H, Gartland D, Mensah F, Brown SJ. Maternal depression from early pregnancy to 4 years postpartum in a prospective pregnancy cohort study: implications for primary health care. *BJOG* [Internet]. 2015 [citado el 7 de septiembre de 2022];122(3):312–21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.12837>
17. Stein A, Malmberg L-E, Sylva K, Barnes J, Leach P, FCCC team\*\*. The influence of maternal depression, caregiving, and socioeconomic status in the post-natal year on children’s language development. *Child Care Health Dev* [Internet]. 2008 [citado el 7 de septiembre de 2022];34(5):603–12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2214.2008.00837.x>
18. Neamah HH, Sudfeld C, McCoy DC, Fink G, Fawzi WW, Masanja H, et al. Intimate partner violence, depression, and child growth and development. *Pediatrics* [Internet]. 2018 [citado el 7 de septiembre de 2022];142(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29891566/>
19. Treat AE, Sheffield Morris A, Hays-Grudo J, Williamson AC. The impact of positive parenting behaviors and maternal depression on the features of young children’s home language environments. *J Child Lang* [Internet]. 2020 [citado el 7 de septiembre de 2022];47(2):382–400. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31741432/>
20. Smith-Nielsen J, Tharner A, Krogh MT, Væver MS. Effects of maternal postpartum depression in a well-resourced sample: Early concurrent and long-term effects on infant cognitive, language, and motor development. *Scand J Psychol* [Internet]. 2016 [citado el 7 de septiembre de 2022];57(6):571–83. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27611177/>
21. Araújo LA, Veloso CF, Souza MC, Azevedo JMC, Tarro G. The potential impact of the COVID-19 pandemic on child growth and development: a systematic review. *J Pediatr (Rio J)* [Internet]. 2021 [citado el 10 de octubre de 2022];97(4):369–77. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32980318/>
22. Loret de Mola C, Martins-Silva T, Carpena MX, Del-Ponte B, Blumenberg C, Martins RC, et al. Maternal mental health before and during the COVID-19 pandemic in the 2019 Rio Grande birth cohort. *Rev Braz J Psychiatry* [Internet]. 2021 [citado el 10 de octubre de 2022];43(4):402–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33605399/>

23. Huang P, Zhou F, Guo Y, Yuan S, Lin S, Lu J, et al. Association between the COVID-19 pandemic and infant neurodevelopment: A comparison before and during COVID-19. *Front Pediatr* [Internet]. 2021 [citado el 10 de octubre de 2022];9:662165. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34692602/>
24. Chronicity of maternal depressive symptoms, maternal sensitivity, and child functioning at 36 months. NICHD Early Child Care Research Network. *Dev Psychol* [Internet]. 1999 [citado el 10 de octubre de 2022];35(5):1297-310. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10493655/>
25. Ministerio C, Docente S. Modulo de desarrollo infantil temprano DIT ENDES. 2019 [citado el 7 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://evidencia.midis.gob.pe/wp-content/uploads/2019/07/Magaly-Noblega-Validacion-ENDES-19072019.pdf>
26. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Manual para la evaluación de menores de cinco años con riesgo de retraso en el desarrollo [Internet]. México: CNPSS; 2013 [citado el 7 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://himfg.com.mx/descargas/documentos/EDI/ManualparaEvaluacionaMenoresde5conRiesgodeRetrasoenelDesarrollo.pdf>
27. Berls AT, McEwen IR. Battelle developmental inventory. *Phys Ther* [Internet]. 1999 [citado el 10 de agosto de 2022];79(8):776–83. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10440664/>
28. Levis B, Benedetti A, Thombs BD; DEPRESSion Screening Data (DEPRESSD) Collaboration. Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: individual participant data meta-analysis. *BMJ* [Internet]. 2019 [citado el 10 de agosto de 2022];365:l1476. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30967483/>
29. Saldivia S, Aslan J, Cova F, Vicente B, Inostroza C, Rincón P. Propiedades psicométricas del PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en centros de atención primaria de Chile. *Rev Med Chil* [Internet]. 2019 [citado el 10 de agosto de 2022];147(1):53–60. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872019000100053](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872019000100053)
30. Villarreal-Zegarra D, Copez-Lonzoy A, Bernabé-Ortiz A, Melendez-Torres GJ, Bazo-Alvarez JC. Valid group comparisons can be made with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): A measurement invariance study across groups by

- demographic characteristics. PLoS One [Internet]. 2019 [citado el 10 de agosto de 2022];14(9):e0221717. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31498796/>
31. Calderón M, Gálvez-Buccollini JA, Cueva G, Ordoñez C, Bromley C, Fiestas F. Validación de la versión peruana del PHQ-9 para el diagnóstico de depresión. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2012 [citado el 10 de agosto de 2022];29(4):578–9. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342012000400027](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000400027)
  32. Baader M T, Molina F JL, Venezian B S, Rojas C C, Farías S R, Fierro-Freixenet C, et al. Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. Rev Chil Neuro-Psiquiatr [Internet]. 2012 [citado el 10 de agosto de 2022];50(1):10–22. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272012000100002](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272012000100002)
  33. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2020. Principales resultados [Internet]. INEI; 2021 [citado el 7 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/presentacion-resultados-endes-2020.pdf>
  34. Asociación Médica Mundial. Declaración de Taipei [Internet]. 2021 [citado el 7 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/que-hacemos/etica-medica/declaracion-de-taipei/>
  35. Verde-Cagiao M, Nieto C, Campos R. Mother-infant co-regulation from 0 to 2 years: The role of copy behaviors. A systematic review. Infant Behav Dev [Internet]. 2022 [citado el 7 de septiembre de 2022];68(101749):101749. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35952425/>
  36. Lam-Cassettari C, Kohlhoff J. Effect of maternal depression on infant-directed speech to prelinguistic infants: Implications for language development. PLoS One [Internet]. 2020 [citado el 7 de septiembre de 2022];15(7):e0236787. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0236787>
  37. Sohr-Preston SL, Scaramella LV. Implications of timing of maternal depressive symptoms for early cognitive and language development. Clin Child Fam Psychol

- Rev [Internet]. 2006 [citado el 7 de septiembre de 2022];9(1):65–83. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16817009/>
38. Bigatti SM, Cronan TA, Anaya A. The effects of maternal depression on the efficacy of a literacy intervention program. *Child Psychiatry Hum Dev* [Internet]. 2001 [citado el 7 de septiembre de 2022];32(2):147–62. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11758880/>
39. Valla L, Wentzel-Larsen T, Smith L, Birkeland MS, Slinning K. Association between maternal postnatal depressive symptoms and infants' communication skills: A longitudinal study. *Infant Behav Dev* [Internet]. 2016 [citado el 7 de septiembre de 2022];45(Pt A):83-90. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27744111/>
40. Tuovinen S, Lahti-Pulkkinen M, Girchenko P, Lipsanen J, Lahti J, Heinonen K, et al. Maternal depressive symptoms during and after pregnancy and child developmental milestones. *Depress Anxiety* [Internet]. 2018 [citado el 7 de septiembre de 2022];35(8):732–41. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29667739/>
41. Collisson BA, Graham SA, Preston JL, Rose MS, McDonald S, Tough S. Risk and protective factors for late talking: An epidemiologic investigation. *J Pediatr* [Internet]. 2016 [citado el 7 de septiembre de 2022];172:168-174.e1. Disponible en: [https://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(16\)00181-5/fulltext](https://www.jpeds.com/article/S0022-3476(16)00181-5/fulltext)
42. Hurtado Gamboa MF. Prevalencia de retraso en el desarrollo del lenguaje comprensivo y expresivo en niños de 1 a 3 años 11 meses, en los Centros de Desarrollo Infantil Santa Marianita de Jesús, San José Grande, Luz y Vida, Chiquitines del Amanecer y Nelson Molina de la Parroquia Tabacundo, cantón Pedro Moncayo, provincia Pichincha, periodo marzo –agosto 2018 [Tesis de pregrado]. Ecuador: Universidad Central del Ecuador; 2018 [citado el 7 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/16662>
43. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Desarrollo Infantil Temprano en niñas y niños menores de 6 años de edad – ENDES 2019 [Internet]. INEI; 2020 [citado el 10 de agosto de 2022]. Disponible en: [https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2019/DESARROLLO\\_INFANTIL/Desarrollo Infantil Temprano ENDES 2019.pdf](https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2019/DESARROLLO_INFANTIL/Desarrollo%20Infantil%20Temprano%20ENDES%202019.pdf)

44. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Desarrollo Infantil Temprano en niñas y niños menores de 6 años de edad – ENDES 2020 [Internet]. INEI; 2021 [citado el 10 de agosto de 2022]. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1797/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1797/libro.pdf)
45. Imboden A, Sobczak BK, Griffin V. The impact of the COVID-19 pandemic on infant and toddler development. J Am Assoc Nurse Pract [Internet]. 2021 [citado el 10 de octubre de 2022];34(3):509–19. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34519673/>
46. Aoyagi S-S, Takei N, Nishimura T, Nomura Y, Tsuchiya KJ. Association of late-onset postpartum depression of mothers with expressive language development during infancy and early childhood: the HBC study. PeerJ [Internet]. 2019 [citado el 10 de octubre de 2022];7(e6566):e6566. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30863683/>
47. Pfizer. Patient Health Questionnaire (PHQ) Screeners [Internet]. 2016 [citado el 10 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.phqscreeners.com>

## 8 ANEXOS

Figura 1: Cálculo de potencia del estudio: Indicador expresión del lenguaje

**Potencia para comparar dos medias**

---

**Información de entrada**

Intervalo de confianza del 95% de dos colas			
	Grupo 1	Grupo 2	Diferencia *
Media	98.61	89.68	8.93
Tamaño de la muestra	1643	189	
Desviación estándar	13.68	15.63	
Varianza	187.142	244.297	

---

**Power = 100%**  
**por el método de aproximación normal**

---

\* diferencia de Medias= (Media Grupo 1) - (Media del grupo 2)

Figura 2: Cálculo de potencia del estudio: Indicador comprensión verbal

**Potencia para comparar dos medias**

---

**Información de entrada**

Intervalo de confianza del 95% de dos colas			
	Grupo 1	Grupo 2	Diferencia *
Media	100.56	90.86	9.7
Tamaño de la muestra	1643	189	
Desviación estándar	14.83	15.42	
Varianza	219.929	237.776	

---

**Power = 100%**  
**por el método de aproximación normal**

---

\* diferencia de Medias= (Media Grupo 1) - (Media del grupo 2)

Figura 3: Instrumento PHQ-9

## CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un "□" para indicar su respuesta)	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING   0   +        +        +       

=Total Score:       

**Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?**

No ha sido difícil

Un poco difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil

Elaborado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, mediante una subvención educativa otorgada por Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, presentar o distribuir.

Figura 4: Flujo de selección de participantes del estudio

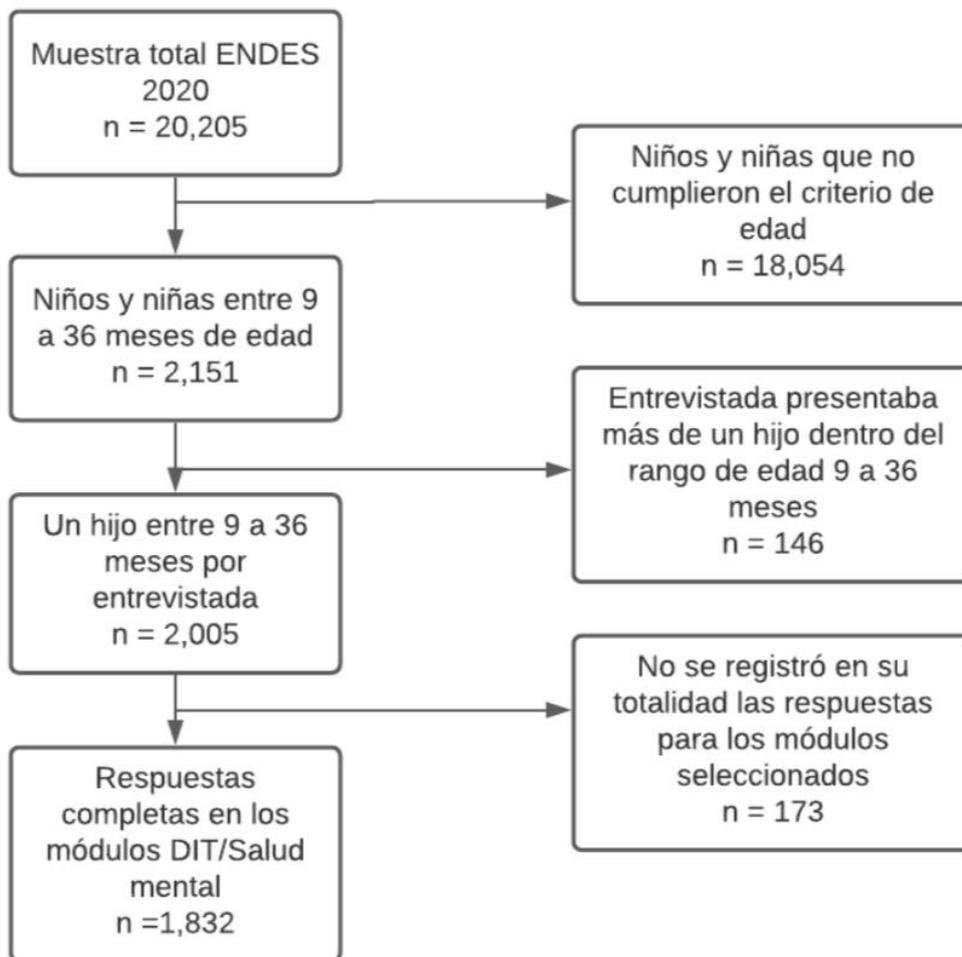


Tabla 1: Características sociodemográficas de niños(as) entre 9 a 36 meses y sus madres. Perú 2020.

Tabla 1. Características sociodemográficas de niños entre 9-36 meses y sus madres. Perú 2020 (n=1832)

		n	(%)*	IC 95%	
				(LI	LS)
<b>Características del niño</b>					
<b>Edad (meses)</b>					
	9 a 12 meses	257	( 13.22 )	11.41	15.27
	13 a 18 meses	421	( 23.25 )	20.68	26.04
	19 a 23 meses	304	( 15.94 )	13.81	18.34
	24 a 36 meses	850	( 47.59 )	44.59	50.61
<b>Sexo</b>					
	Masculino	904	( 50.02 )	46.95	53.10
	Femenino	928	( 49.98 )	46.90	53.05
<b>Peso al nacer</b>					
	Menos de 2500gr	121	( 7.07 )	5.62	8.85
	2500gr a más	1,711	( 92.93 )	91.15	94.38
<b>Tipo de parto</b>					
	Natural	1,189	( 61.42 )	58.36	64.39
	Cesárea	643	( 38.58 )	35.61	41.64
<b>Recibió lactancia materna</b>					
	No recibió LM	24	( 1.65 )	0.88	3.05
	Recibió LM por menos de 6 meses	49	( 2.91 )	1.98	4.25
	Recibió LM 6 meses o más	847	( 44.93 )	42.00	47.89
	Sigue amamantando	912	( 50.52 )	47.41	53.63
<b>Cuidador principal del menor</b>					
	Madre	621	( 31.53 )	28.87	34.32
	Otros	1,211	( 68.47 )	65.68	71.13
<b>Castigos físicos al menor por los padres</b>					
	No	1,558	( 83.96 )	81.48	86.17
	Si	274	( 16.04 )	13.83	18.52
<b>Características sociodemográficas</b>					
<b>Área de residencia actual</b>					
	Urbano	1,298	( 75.98 )	74.28	77.59
	Rural	534	( 24.02 )	22.41	25.72
<b>Nivel socioeconómico</b>					
	Quintil inferior	496	( 21.56 )	19.70	23.54
	Segundo quintil	536	( 26.78 )	24.21	29.51
	Tercer quintil	371	( 20.40 )	17.90	23.15
	Cuarto quintil	248	( 16.32 )	14.17	18.73
	Quintil superior	181	( 14.94 )	12.73	17.46

<b>Características de la madre</b>					
<b>Nivel educativo alcanzado</b>					
	Sin educación/Inicial	27	( 1.50 )	0.97	2.31
	Primaria	303	( 14.82 )	12.94	16.93
	Secundaria	919	( 49.63 )	46.63	52.63
	Sup. no Universitaria	319	( 18.33 )	16.03	20.89
	Sup. Universitaria/ Postgrado	264	( 15.71 )	13.56	18.14
<b>Lengua materna</b>					
	Castellano	1,458	( 84.90 )	82.92	86.68
	Quechua	303	( 12.51 )	10.87	14.36
	Aymara	31	( 1.07 )	0.62	1.84
	Otras	40	( 1.52 )	0.97	2.37
<b>Estado civil</b>					
	Soltera	82	( 4.36 )	3.34	5.67
	Casada	390	( 23.19 )	20.66	25.93
	Conviviente	1,108	( 57.93 )	54.91	60.90
	Separada y Divorciada	250	( 14.49 )	12.38	16.90
	Viuda	2	( 0.02 )	0.01	0.10
<b>Número de hijos</b>					
	Un hijo	524	( 29.42 )	26.89	32.09
	Dos hijos	601	( 33.20 )	30.34	36.19
	Tres o más hijos	707	( 37.38 )	34.55	40.29
<b>Ocupación remunerada de la entrevistada</b>					
	No	852	( 47.79 )	44.84	50.76
	Sí	980	( 52.21 )	49.24	55.16
<b>Tipo de seguro de salud</b>					
	No tiene	304	( 18.85 )	16.53	21.41
	SIS	1,202	( 60.26 )	57.23	63.21
	ESSALUD	288	( 16.62 )	14.41	19.09
	Otros	38	( 4.27 )	2.81	6.45
<b>Síntomas depresivos maternos en los últimos 14 días</b>					
	Sin síntomas depresivos	1,732	( 95.07 )	93.67	96.17
	Con síntomas depresivos	100	( 4.94 )	3.83	6.33
<b>Síntomas depresivos maternos en los últimos 12 meses</b>					
	Sin síntomas depresivos	1,643	( 89.64 )	87.57	91.40
	Con síntomas depresivos	189	( 10.36 )	8.60	12.43
<b>Violencia general por la pareja en los últimos 12 meses</b>					
	No	1,574	( 85.31 )	83.11	87.27
	Sí	258	( 14.69 )	12.73	16.89
<b>Consumo de alcohol último mes</b>					
	No	1,328	( 69.26 )	66.30	72.07
	Sí	504	( 30.74 )	27.93	33.70

\* porcentajes ponderados

Tabla 2: Asociación entre comunicación verbal efectiva (CVE) y características sociodemográficas de niños(as) entre 9 a 36 meses y sus madres.

**Tabla 2.** Asociación entre comunicación verbal efectiva (CVE) y características sociodemográficas de niños y niñas entre 9 a 36 meses y sus madres

Características sociodemográficas de niños y niñas entre 9 a 36 meses y sus madres	Comunicación verbal efectiva		p **	PR	IC 95%		P
	Inadecuada 1,172 (63.18) n (%)*	Adecuada 660 (36.82) n (%)*			(LI	LS)	
<b>Edad (meses)</b>							
9 a 12 meses	87 (33.54)	170 (66.46)		1.77	1.51	2.07	<0,001
13 a 18 meses	291 (69.95)	130 (30.05)	<0,001	0.80	0.64	0.99	0,048
19 a 23 meses	250 (80.17)	54 (19.83)		0.53	0.38	0.73	<0,001
24 a 36 meses	544 (62.41)	306 (37.59)		Ref.			
<b>Sexo</b>							
Masculino	626 (67.05)	278 (32.95)	0,011	Ref.			
Femenino	546 (59.30)	382 (40.70)		1.23	1.05	1.45	0,011
<b>Peso al nacer</b>							
Menos de 2500gr	85 (75.09)	36 (24.91)	0,023	Ref.			
2500gr a más	1,087 (62.27)	624 (37.73)		1.51	1.02	2.24	0,038
<b>Tipo de parto</b>							
Natural	769 (62.70)	420 (37.30)	0,675	1.03	0.88	1.21	0,676
Cesárea	403 (63.94)	240 (36.06)		Ref.			
<b>Recibió lactancia materna</b>							
No recibió LM	17 (75.76)	7 (24.24)	0,460	Ref.			
Recibió LM por menos de 6 meses	31 (51.39)	18 (48.61)		2.01	0.69	5.84	0,202
Recibió LM 6 meses o más	546 (63.20)	301 (36.80)		1.52	0.57	4.05	0,404
Sigue amamantando	578 (63.43)	334 (36.57)		1.51	0.56	4.09	0,418
<b>Cuidador principal del menor</b>							
Madre	401 (63.33)	220 (36.67)	0,939	0.99	0.85	1.17	0,940
Otros	771 (63.10)	440 (36.90)		Ref.			

<b>Castigos físicos al menor por los padres</b>							
No	989 (62.69)	569 (37.31)		Ref.			
Si	183 (65.72)	91 (34.28)	0,480	0.92	0.72	1.17	0,487
<b>Área de residencia actual</b>							
Urbano	823 (62.63)	475 (37.37)		Ref.			
Rural	349 (64.92)	185 (35.08)	0,464	0.94	0.79	1.11	0,467
<b>Nivel socioeconómico</b>							
Quintil inferior	331 (65.86)	165 (34.14)		Ref.			
Segundo quintil	345 (64.94)	191 (35.06)		1.03	0.83	1.27	0,806
Tercer quintil	240 (63.52)	131 (36.48)	0,580	1.07	0.84	1.36	0,590
Cuarto quintil	151 (60.43)	97 (39.57)		1.16	0.91	1.48	0,233
Quintil superior	105 (58.66)	76 (41.34)		1.21	0.92	1.59	0,164
<b>Nivel educativo alcanzado</b>							
Sin educación/Inicial	23 (92.13)	4 (7.87)		Ref.			
Primaria	202 (68.58)	101 (31.42)		3.99	1.20	13.25	0,024
Secundaria	611 (64.33)	308 (35.67)	0,012	4.53	1.39	14.76	0,012
Sup. no Universitaria	178 (57.93)	141 (42.07)		5.34	1.62	17.59	0,006
Sup. Universitaria/Postgrado	158 (57.78)	106 (42.22)		5.36	1.63	17.70	0,006
<b>Lengua materna</b>							
Castellano	929 (63.21)	529 (36.79)		Ref.			
Quechua	193 (62.83)	110 (37.17)	0,063	1.01	0.81	1.26	0,929
Aymara	18 (40.08)	13 (59.92)		1.63	1.17	2.26	0,003
Otras	32 (80.40)	8 (19.60)		0.53	0.26	1.09	0,086

<b>Estado civil</b>							
Soltera	54 (64.97)	28 (35.03)		Ref.			
Casada	236 (61.62)	154 (38.38)		1.10	0.74	1.63	0,653
Conviviente	724 (64.43)	384 (35.57)	0,732	1.02	0.69	1.49	0,937
Separada y Divorciada	157 (60.12)	93 (39.88)		1.14	0.76	1.71	0,531
Viuda	1 (62.30)	1 (37.70)		1.08	0.18	6.29	0,935
<b>Número de hijos</b>							
Un hijo	325 (62.07)	199 (37.93)		Ref.			
Dos hijos	384 (61.60)	217 (38.40)	0,484	1.01	0.83	1.23	0,903
Tres o más hijos	463 (65.45)	244 (34.55)		0.91	0.75	1.10	0,340
<b>Ocupación remunerada de la entrevistada</b>							
No	544 (63.96)	308 (36.04)		Ref.			
Sí	628 (62.46)	352 (37.54)	0,608	1.04	0.89	1.22	0,609
<b>Tipo de seguro de salud</b>							
No tiene	201 (64.50)	103 (35.50)		Ref.			
SIS	772 (62.93)	430 (37.07)	0,923	1.04	0.84	1.30	0,701
ESSALUD	180 (63.71)	108 (36.29)		1.02	0.77	1.36	0,879
Otros	19 (58.77)	19 (41.23)		1.16	0.69	1.95	0,570

**Síntomas depresivos maternos  
en los últimos 14 días**

Sin síntomas depresivos	1,104 (62.87)	628 (37.13)	0,323	Ref.				
Con síntomas depresivos	68 (68.99)	32 (31.01)		0.84	0.58	1.21	0,343	

**Síntomas depresivos maternos  
en los últimos 12 meses**

Sin síntomas depresivos	1,046 (62.13)	597 (37.87)	0,030	Ref.				
Con síntomas depresivos	126 (72.25)	63 (27.75)		0.73	0.54	0.99	0,042	

**Violencia general por la pareja  
en los últimos 12 meses**

No	998 (62.02)	576 (37.98)	0,055	Ref.				
Sí	174 (69.91)	84 (30.09)		0.79	0.62	1.02	0,068	

**Consumo de alcohol  
último mes**

No	868 (64.86)	460 (35.14)	0,098	Ref.				
Sí	304 (59.38)	200 (40.62)		1.16	0.98	1.37	0,092	

\* porcentajes ponderados

\*\* chi2 de Pearson

\*\*\* Modelo Lineal Generalizado crudo de la familia Poisson link logarítmico. Los resultados se presentan en forma de razones de prevalencia (PR). Para todo el análisis se considera el muestreo complejo (svy).

Tabla 3: Asociación entre los síntomas depresivos maternos y comunicación verbal efectiva en niños(as) entre los 9 a 36 meses. Perú. ENDES 2020.

Tabla 3. Asociación entre los síntomas depresivos maternos y comunicación verbal efectiva en niños y niñas entre los 9 a 36 meses. Perú ENDES 2020

Comunicación verbal efectiva en niños y niñas entre 9 a 36 meses de edad	Modelo crudo				Modelos ajustado							
	PRc	IC 95%		P	Síntomas depresivos en los últimos 14 días				Síntomas depresivos en los últimos 12 meses			
		(LI	LS)		PRa	(LI	LS)	P	PRa	(LI	LS)	P
<b>Síntomas depresivos maternos en los últimos 14 días</b>												
Sin síntomas depresivos	Ref.				Ref.							
Con síntomas depresivos	0.84	0.58	1.21	0,343	0.84	0.59	1.21	0,357				
<b>Síntomas depresivos maternos en los últimos 12 meses</b>												
Sin síntomas depresivos	Ref.								Ref.			
Con síntomas depresivos	0.73	0.54	0.99	0,042					0.74	0.55	0.99	0,041
<b>Edad (meses)</b>												
9 a 12 meses	1.77	1.51	2.07	<0,001	1.82	1.55	2.15	<0,001	1.80	1.53	2.12	<0,001
13 a 18 meses	0.80	0.64	0.99	0,048	0.81	0.65	1.01	0,058	0.81	0.65	1.00	0,055
19 a 23 meses	0.53	0.38	0.73	<0,001	0.53	0.38	0.72	<0,001	0.53	0.38	0.72	<0,001
24 a 36 meses	Ref.				Ref.				Ref.			
<b>Sexo</b>												
Masculino	Ref.				Ref.				Ref.			
Femenino	1.23	1.05	1.45	0,011	1.25	1.07	1.46	0,005	1.25	1.07	1.46	0,005
<b>Peso al nacer</b>												
Menos de 2500gr	Ref.				Ref.				Ref.			
2500gr a más	1.51	1.02	2.24	0,038	1.41	0.98	2.01	0,063	1.42	1.00	2.03	0,052
<b>Cuidador principal del menor</b>												
Madre	0.99	0.85	1.17	0,940	0.94	0.80	1.10	0,413	0.94	0.81	1.10	0,466
Otros	Ref.				Ref.				Ref.			

<b>Área de residencia actual</b>												
Urbano	Ref.				Ref.					Ref.		
Rural	0.94	0.79	1.11	0,467	0.96	0.81	1.12	0,584	0.94	0.80	1.11	0,493
<b>Lengua materna</b>												
Castellano	Ref.				Ref.				Ref.			
Quechua	1.01	0.81	1.26	0,929	1.01	0.82	1.24	0,931	1.04	0.84	1.29	0,704
Aymara	1.63	1.17	2.26	0,003	1.40	0.94	2.08	0,093	1.39	0.94	2.05	0,102
Otras	0.53	0.26	1.09	0,086	0.51	0.24	1.08	0,078	0.51	0.24	1.07	0,076
<b>Número de hijos</b>												
Un hijo	Ref.				Ref.				Ref.			
Dos hijos	1.01	0.83	1.23	0,903	0.97	0.81	1.17	0,737	0.96	0.80	1.16	0,682
Tres o más hijos	0.91	0.75	1.10	0,340	0.91	0.75	1.09	0,307	0.91	0.76	1.09	0,307

PR: Razones de Prevalencia, IC 95%: Intervalo de Confianza al 95%

\*\*\* Modelo Lineal Generalizado crudo de la familia Poisson link logarítmico. Los resultados se presentan en forma de razones de prevalencia (PR). Para todo el análisis se considera el muestreo complejo (svy)

\*\*\*\* Modelo Lineal Generalizado ajustado de la familia Poisson link logarítmico. Los resultados se presentan en forma de razones de prevalencia (PR). Para todo el análisis se considera el muestreo complejo (svy), además de las variables del modelo: edad en meses, sexo, peso al nacer, cuidador principal del menor, área de residencia actual, nivel socioeconómico, lengua materna y número de hijos.