

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE NUTRICIÓN



Trabajo de Investigación de la Licenciatura en Nutrición

**“Consumo de ácidos grasos poliinsaturados omega-3 y omega-6
de origen dietario, lactancia y riesgo de depresión postparto
en mujeres de la ciudad de Córdoba”.**

AUTORAS

Alumnas: Cattay, Evangelina Beatriz

Cejas, Aldana Yaet

Miranda, Virginia Soledad

Directora: Dra. Román, María Dolores

Co-directora: Mgter. Grande, María del Carmen

Noviembre 2019

PÁGINA DE APROBACIÓN

Trabajo de Investigación de la Licenciatura en Nutrición

**“Consumo de ácidos grasos poliinsaturados omega-3 y omega-6
de origen dietario, lactancia y riesgo de depresión postparto en mujeres
de la ciudad de Córdoba”**

Autoras

Cattay, Evangelina Beatriz

Cejas, Aldana Yaet

Miranda, Virginia Soledad

Directora

Dra. Román, María Dolores

Co-directora

Mgter. Grande, María del Carmen

Tribunal

Presidente: Lic. Eppens, María Eugenia

Miembro: Lic. Cortez, Silvina

Miembro: Dra. Román, María Dolores

Calificación:

Córdoba 20/11//2019

Art. 28 del Reglamento Seminario Final: “Las opiniones expresadas por los autores de este Seminario Final no representan necesariamente los criterios de la Escuela de Nutrición de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba”.

Córdoba, Noviembre de 2019

AGRADECIMIENTOS

A nosotras mismas, por la perseverancia y lo aprendido todos estos años.

A nuestros padres por el apoyo incondicional de siempre para alcanzar esta meta.

A nuestras familias, por la contención a la distancia.

A todos nuestros amigos que han acompañado todo este tiempo, por los mates, las llamadas y las risas compartidas que alivianaron el camino.

A nuestras mascotas, fieles compañeros que alegran nuestros días.

A Dolo y Marita, por ser maestras de altísima calidad humana.

A la cátedra Nutrición Materno Infantil, por ser tan hermoso espacio y por habernos formado no solamente en aspectos académicos.

A la Universidad Nacional de Córdoba, “nuestra” universidad, laica y gratuita, por la oportunidad de crecimiento en todo sentido.

Muchas gracias...

Aldi, Eva y Vir.

“Consumo de ácidos grasos poliinsaturados omega-3 y omega-6 de origen dietario, lactancia y riesgo de depresión postparto en mujeres de la ciudad de Córdoba”

Área de investigación: Nutrición Clínica y Dietoterapia

Autoras: Cattay EB, Cejas AY, Miranda VS, Grande MC, Román MD.

Introducción: El consumo de ácidos grasos poliinsaturados (AGPI) omega-3 (ω -3) y omega-6 (ω -6) durante el postparto materno es esencial. En este período la mujer es vulnerable de padecer depresión postparto (DPP), que aumentaría el riesgo al abandono temprano de la lactancia materna (LM) y a la desnutrición infantil. **Objetivo:** Analizar el consumo de AGPI ω -3 y ω -6, el tipo de lactancia y asociación con el riesgo de DPP en mujeres atendidas en centros de salud públicos y privados de Córdoba entre mayo y junio del 2019. **Metodología:** Estudio descriptivo, correlacional, transversal. Se encuestaron 50 mujeres de 18-45 años, sin patologías crónicas, de hasta seis meses de postparto inclusive con un cuestionario de frecuencia alimentaria, un atlas de alimentos y la Escala de Edimburgo para DPP. Los datos se analizaron con los softwares NutrioV2 y StataV14, se utilizaron test de chi cuadrado o test exacto de Fisher ($\alpha=0,05$) para valorar la asociación entre las variables de interés. Se ajustó un modelo de regresión logística de respuesta binomial (presencia/ausencia DPP) incluyendo como covariables la ingesta de AGPI, LM y otros determinantes. **Resultados:** 68% de las mujeres no alcanzaron a cubrir las recomendaciones nutricionales de AGPI ω -3 y el 100% cumplió las de ω -6. La LM fue exclusiva en un 46%, 38% acompañada con sucedáneos y 16% no lactaba. El 58% no presentó riesgo de DPP. Se halló una relación inversa para riesgo de DPP ante la presencia de LM (OR0,05; IC95% 0,003-0,972), la ingesta de AGPI ω -6 (OR1,14; IC95% 1,031-1,267). Se observó un incremento riesgo de DPP a mayor tiempo transcurrido desde el parto (OR1,77; IC95% 1,057-2,979) y una menor ocurrencia de DPP en mujeres de nivel socioeconómico alto ($p=0,047$). **Conclusión:** Durante el período postparto existen factores potencialmente modificables como la práctica de LM y la ingesta alimentaria que pueden disminuir el riesgo de DPP y contribuir al bienestar de mujeres y familias.

Palabras Claves: postparto - lactancia - ácidos grasos omega 3 - ácidos grasos omega 6 - depresión postparto.

ÍNDICE

❖	Introducción.....	7
❖	Planteamiento y delimitación del problema.....	9
❖	Objetivos general y específicos.....	9
❖	Marco teórico.....	10
▪	La mujer en postparto.....	10
▪	Lactancia materna: implicancias en la salud materna postparto.....	11
▪	Depresión postparto.....	13
▪	Epidemiología.....	15
▪	Causas.....	16
▪	El papel de los ácidos grasos esenciales en la salud perinatal.....	17
▪	Importancia de los ácidos grasos esenciales para la salud maternal.....	19
▪	Composición nutricional de la leche humana: ácidos grasos esenciales.....	19
▪	Depresión postparto, ácidos grasos esenciales y lactancia materna.....	20
▪	Tratamiento y consecuencias de la depresión postparto.....	21
❖	Hipótesis.....	23
❖	Variables.....	23
❖	Diseño metodológico y tipo de estudio.....	23
❖	Universo y muestra.....	24
❖	Operacionalización de variables.....	24
▪	Edad.....	24
▪	Meses de postparto.....	24
▪	Número de hijos.....	25
▪	Máximo nivel de instrucción alcanzado.....	25
▪	Nivel socioeconómico.....	25
▪	Consumo de alimentos fuente de AGPI ω -3.....	26
▪	Consumo de alimentos fuente de AGPI ω -6.....	26
▪	Ingesta diaria de AGPI ω -3.....	26
▪	Ingesta diaria de AGPI ω -6.....	27
▪	Tipo de lactancia.....	27
▪	Riesgo de depresión postparto.....	28
❖	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	29

❖ Plan de tratamiento de los datos.....	30
❖ Resultados.....	31
❖ Discusión.....	48
❖ Conclusiones.....	54
❖ Referencias bibliográficas.....	55
❖ Anexos.....	62

INTRODUCCIÓN

La maternidad, incluyendo el embarazo, parto y postparto, constituye un hecho biopsicosocial muy importante (1). El período postparto es la transición desde una etapa de estrecha relación entre la madre y su hijo durante el embarazo, hacia un período de mayor autonomía para ambos. Es decir, todo el período que la mujer necesita para recuperar la condición endocrina y nutricional que tenía antes del embarazo y a su vez, en el que el niño es tan dependiente de la madre (2). Los desafíos claves para la madre en esta etapa incluyen ajustarse a la pérdida de hormonas placentarias, establecer la lactancia y enfrentar el factor estresante de cuidar a un nuevo bebé (3).

Las reservas nutricionales de una mujer puérpera pueden verse afectadas como resultado del embarazo y la pérdida de sangre en el parto (4). A su vez, la LM aumenta las necesidades de nutrientes de la madre (5). Uno de los nutrientes que puede sufrir depleción son los AGPI ω -3, a causa de la transferencia de estos al feto en el embarazo y a través de la lactancia (6).

Los AGPI ω -3 y ω -6 son lípidos esenciales, ya que el organismo humano no puede sintetizarlos, y deben ser incorporados con la dieta, donde el consumo equilibrado entre ambos refiere importancia. Durante el embarazo y el postparto, son cruciales para el desarrollo encefálico fetal y del lactante. También se ha demostrado que el consumo de AGPI ω -3 tiene acciones preventivas en varios trastornos psiquiátricos; en relación con la maternidad, la DPP. La calidad de la dieta y el estado nutricional global de la mujer madre pueden influir en el riesgo de DPP y a pesar de la pérdida de nutrientes a través de la LM, algunas investigaciones dan cuenta que la DPP es menor en mujeres lactantes (7).

La DPP constituye un importante problema de salud pública por su frecuencia y consecuencias negativas sobre la salud y bienestar de la madre y de los infantes (8, 9). La literatura científica ha mostrado una prevalencia a nivel mundial que oscila entre 10 y 20% (9, 10). Los estudios demuestran que las mujeres con DPP tienen una interacción deficiente con sus hijos, una percepción más negativa sobre el comportamiento del niño, un riesgo aumentado de interrupción temprana de la lactancia materna exclusiva (LME) y una asociación positiva con la desnutrición infantil (11).

Al considerar la relevancia que tienen el consumo de AGPI ω -3 y ω -6, la LM, y la salud mental de la puérpera para la mejoría de los índices de morbilidad infantil y materna; sumado a la escasa información en nuestro ambiente sobre dichas prácticas, es que en el

presente trabajo de investigación se analizará tanto el consumo actual de alimentos fuente de AGPI ω -3 y ω -6 como las prácticas de amamantamiento y su asociación con el riesgo de DPP según la Escala de Edimburgo para la depresión postparto (EDPE), en mujeres atendidas en distintos centros de salud públicos y privados de la ciudad de Córdoba entre mayo y junio del 2019.

PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existe asociación entre el consumo de AGPI ω -3 y ω -6, la práctica de amamantamiento y el riesgo de depresión postparto en mujeres madres atendidas en distintos centros de salud públicos y privados de la ciudad de Córdoba entre mayo y junio del año 2019?

OBJETIVO GENERAL

Analizar el consumo de AGPI ω -3 y ω -6 de origen dietario, el tipo de lactancia y asociación con el riesgo de depresión postparto en mujeres madres atendidas en distintos centros de salud públicos y privados de la ciudad de Córdoba entre mayo y junio del año 2019.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Describir características sociodemográficas de las mujeres.
- ❖ Evaluar el riesgo materno de DPP según la Escala de Edimburgo para la depresión postparto.
- ❖ Caracterizar el consumo de alimentos fuente de AGPI ω -3 y ω -6 de las mujeres madres.
- ❖ Describir el tipo lactancia ofrecida por las mujeres.
- ❖ Analizar la asociación entre el consumo de alimentos fuente de AGPI ω -3 y ω -6, el tipo y duración de la lactancia y el riesgo materno de DPP.

MARCO TEÓRICO

La mujer en postparto

El *postparto* es el período que atraviesa la mujer/madre luego de parir, como bien indica su nombre. Por mucho tiempo su atención sanitaria se redujo al puerperio precoz, temprano y tardío, reconociéndose el riesgo de posibles complicaciones médicas derivadas del parto. Sin embargo, la atención de otros aspectos médicos, como la nutrición y la salud mental eran ignorados, tanto por los servicios de salud como por la sociedad en general (12). Es un período que inicia al final del alumbramiento y se cumple con la total recuperación del organismo femenino. Su definición es variable y compleja; puede durar algunos meses y aún más de un año si la LM es prolongada. Fisiológicamente implica transformaciones progresivas anatómicas y funcionales, mediante un proceso involutivo que tiene como fin restituir la condición endocrina y nutricional previa al embarazo (13, 14).

Desde una perspectiva psicosocial tanto la gestación como el postparto son eventos enmarcados en lo cultural, que guardan relación con la propia concepción de la maternidad, sus prácticas y creencias que tendrán el fin de conservar la salud del bebé y cumplir con sus nuevas funciones maternas (13). Desde lo nutricional, es un período en el que el peso ganado durante el embarazo y la ingesta de la mujer/madre juegan un rol importante para cumplir con las nuevas funciones maternas y para lograr la recuperación de su estado nutricional, puesto que de él depende su salud y la del recién nacido (7). Los cambios más notorios a nivel físico ocurren dentro del puerperio, en las primeras seis semanas, donde se experimenta la recuperación del aparato genital.

La mujer/madre y el niño siguen íntimamente unidos después del parto por medio de la LM. En esta etapa la glándula mamaria reemplaza muchas de las funciones de la placenta, tanto nutricionales como inmunológicas y endocrinas. Además, el peso ganado durante la gestación cumple la función de depósito, lo cual es importante tanto para la LM como para proteger el estado nutricional materno (2).

Para amamantar se requiere de la conjugación de varios factores hormonales y de varios mecanismos fisiológicos correspondientes a la llamada “lactogénesis”. Bajo este término, se contemplan los cambios que van desde una glándula mamaria indiferenciada en el inicio del embarazo, a una lactancia plena en el postparto. Luego del parto, la progesterona y los estrógenos disminuyen drásticamente de la circulación materna; al bajar estos niveles, se suprime la acción inhibitoria que la progesterona tiene sobre la síntesis de la leche y ésta

se activa, acompañado de una transformación del epitelio mamario. Una vez que se inicia la lactancia, se va a mantener gracias a la succión que realiza el bebé, que estimula la acción de dos hormonas: la prolactina, que actúa sobre las células epiteliales lumbinales de la glándula para mantener la secreción de leche, y la oxitocina, que actúa sobre las células mioepiteliales para producir la salida de leche. Si se suspende la succión, ocurre involución y el epitelio secretor retoma a su estado previo al embarazo (15).

Para la mujer lactante, el costo energético de producir leche conlleva alrededor de 700 kilocalorías (kcal) por día en el primer semestre y 500 kcal/día en el segundo semestre. Se estima que alrededor de 200 kcal/día provienen de las reservas nutricionales maternas y las otras de su dieta. Se considera que el organismo de una mujer promedio recupera su composición original después de unos seis meses postparto, si es que utiliza esta reserva grasa durante la LM (16). Además, la succión mantiene inhibida la fertilidad al estar deprimida la función ovárica, ya que la hipófisis mantiene bajos los niveles de hormona luteinizante y folículo estimulante. Consecuentemente, la inhibición del ovario retrasa la primera ovulación: se extiende a meses si la mujer/madre amamanta y puede durar entre 4 a 8 semanas en la que no lo hacen. Con el tiempo, la interacción entre madre-hijo cambiará paulatinamente a medida que disminuya la frecuencia de succiones y el lactante comience a recibir otros alimentos. Es así que en la mujer se inician nuevamente los ciclos menstruales, con la consiguiente recuperación de la fertilidad, aunque la duración del período de amenorrea e infertilidad es variable e individual. La mujer se recuperará paulatinamente del desgaste nutricional del embarazo y la lactancia (14).

Lactancia materna: implicancias en la salud materna durante el postparto

La leche humana contiene todos los elementos indispensables que necesita el recién nacido y es su vehículo exclusivo de nutrientes durante los primeros 6 meses de vida. Muchas organizaciones sanitarias profesionales en el mundo han respaldado esta recomendación por los beneficios inigualables que representa la alimentación al pecho para la madre y el niño; estos son biológicos, psicoafectivos, económicos, sociales, entre otros (8, 17).

La LM va más allá de ofrecer alimento, porque presupone que existe una relación de amor y afecto, debido al contacto físico tan íntimo producido por vía del amamantamiento. Por su parte, la mujer/madre no está exenta de beneficios al amamantar: la confianza que esta tarea le genera aumenta su autoestima y la percepción que tiene acerca de sí, se asocia a

sentimientos de logro, satisfacción personal y aprobación social por el desempeño como madre, produciendo mayor sensación de bienestar lo que disminuye la probabilidad de atravesar síntomas de DPP (18). Estudios observacionales han informado de asociación entre el destete temprano y experiencias negativas de lactancia con la DPP (19, 20, 21).

En el postparto, el cuidado del recién nacido representa un factor estresante y la complejidad de la crianza se refleja en la relación madre-hijo. Se conoce que la falta de adaptación a los cambios que se suscitan en el rol materno, pueden llevar a la mujer/madre a pasar por situaciones de estrés, afectando su socialización y en muchos casos hasta su propia salud. El término “*estrés de la crianza*” se introdujo por Burke y Adibin (1980)/ Lloyd y Abidin (1985), y está referido a la disposición para la crianza a partir de la conducta materna, la percepción de sus recursos personales, de su ambiente, su pareja y de las características del niño (22). En relación a esto, se conoce que, para el organismo, el *estrés* conlleva el desarrollo de un ambiente y procesos inflamatorios, que se da debido al aumento del cortisol en sangre y la alteración de la homeostasis (23). Para las madres, especialmente primerizas, la práctica de amamantamiento impulsa beneficios psico-neuro-inmunológicos que reducen la actividad inflamatoria al atenuar la liberación de cortisol, adrenocorticotropina, epinefrina y norepinefrina, y consecuentemente disminuir la reactividad materna al estrés. Si bien la glándula mamaria es un órgano único, diseñado para apoyar al bebé en su supervivencia, tiene implicancias en la salud materna ya que varios estudios dan cuenta de que el cese brusco o la corta duración de la LM, se ha asociado a una mayor probabilidad de ocurrencia de DPP (24, 25,26).

Stuebe et al. (2013) (3) reclutaron una cohorte prospectiva de mujeres en el tercer trimestre del embarazo que pretendían amamantar, y midieron el efecto y las respuestas neuroendocrinas a la LM durante sesiones de alimentación a las dos y ocho semanas tras el parto. Concluyeron que los síntomas del estado de ánimo materno están asociados con cambios en los marcadores neuroendocrinos frente a la LM y tales diferencias pueden predisponer a las mujeres a la DPP y también interferir con la LM. Además, las mujeres con sintomatología depresiva en el postparto temprano pueden tener un mayor riesgo de resultados negativos en la alimentación del lactante y menos probabilidades de iniciar la LM y hacerlo exclusivamente (7).

Como se mencionó anteriormente, llevar a cabo la lactancia materna impone necesidades de nutrientes especiales para el par madre-feto/lactante. La mayoría de las

investigaciones llevadas a cabo sobre las necesidades de grasa durante este período se centran en el AG docosahexaenoico (DHA) -de la familia de los ω -3-. Puntualmente, el consumo de este nutriente parece ser un factor protector contra el estrés, ya que tiene una actividad antiinflamatoria beneficiosa (27).

Depresión postparto

Los sentimientos de abatimiento o de depresión son viejos compañeros de los humanos y seguramente, en sus formas menos graves, pueden tener funciones adaptativas; pero no siempre. En ocasiones, bien por su duración, por su frecuencia, por su intensidad o por su aparente “autonomía”; estos sentimientos pueden interferir con la capacidad adaptativa de la persona y llegar a ser patológicos (23).

La ***depresión*** es un trastorno del estado de ánimo ampliamente estudiado hoy en día, caracterizado por sentimientos de tristeza y/o disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades, entre otro conjunto covariante de síntomas que describe el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) y que transita un curso de al menos dos semanas consecutivas (10). Entre las distintas clases de síntomas que presenta, se encuentran los de tipo cognitivo, conductuales, anímicos, interpersonales y físicos (23) por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva (28). Es uno de los trastornos psíquicos más frecuentes en la población de adultos a nivel mundial, más presente en la población femenina que en la masculina (29). A los fines de esta investigación se tomará el trastorno depresivo como eje central de estudio en relación con el periparto, es decir DPP.

La ***DPP*** es definida rigurosamente como todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, de inicio en el periparto (9, 30); su particularidad es que se desarrolla durante el embarazo o durante las primeras cuatro semanas postparto (31). No obstante, en la especificación de este lapso, a los fines investigativos, el periodo perinatal generalmente abarca desde la gestación hasta el primer año postparto (8). En la sintomatología de la DPP aparecen síntomas como el insomnio o la hipersomnia, la agitación o la retardación psicomotora, la fatiga, los cambios de apetito, la baja autoestima, la culpabilidad, el descenso de la concentración, las ideas obsesivas sobre el cuidado del recién nacido (31, 32), ansiedad e incluso ideas suicidas (33, 34, 35), síntomas que afectan a la funcionalidad de la madre y al cuidado del bebé (25). Gran parte de los casos requieren tratamiento y supervisión del

personal sanitario (36). La sintomatología de la DPP suele empezar a manifestarse con mayor frecuencia en las primeras 2-4 semanas tras el alumbramiento (32, 33, 34), y entre el 40-67% de las mujeres con DPP comienzan a padecer los síntomas sobre todo durante los tres primeros meses (25, 33, 37). No obstante, también se encuentran artículos en los que se expresa que la DPP puede darse inmediatamente tras el parto o al cabo de pocos días de haber dado a luz (30, 35). El período de tiempo en el que pueden darse a conocer los síntomas se alarga hasta los seis meses en algunos artículos (25, 36) mientras que en otros se alarga hasta un año tras el parto (30, 32, 33, 14). Entre 3-7 mujeres de cada 10 pueden experimentar la depresión durante más de un año (33).

Además de la DPP, los desórdenes mentales del postparto incluyen el “baby blues” o tristeza postparto y la psicosis puerperal, que son dos padecimientos afectivos diferentes de la DPP y suelen confundirse. La *tristeza postparto* suele aparecer entre los dos y cuatro días posteriores al parto y el cuadro se presenta con irritabilidad, llanto fácil, ansiedad y desesperación por la dificultad del manejo del recién nacido; pero estos particularmente se resuelven espontáneamente y no requieren intervención alguna más allá de comprensión y apoyo (8, 30). La *psicosis postparto*, en cambio, es un trastorno afectivo con síntomas psicóticos como alucinaciones o delirios (constituyen el factor diferencial principal), cambios repentinos de humor y desorganización conductual; que suele aparecer en los dos primeros días posteriores al alumbramiento y se presenta en uno o dos de cada 1000 partos (30, 38). Es una condición muy grave que afecta de manera dramática la vida de la madre y requiere de tratamiento inmediato incluyendo la hospitalización, para proteger su vida y la de la persona recién nacida (8, 30, 39).

Los *trastornos del estado de ánimo* de la mujer en postparto suelen no ser reconocidos como una enfermedad y generalmente se atribuye a un proceso transitorio esperable, a una dificultad en la capacidad de la madre, o a la falta de fortaleza para superar un periodo difícil de la maternidad, por lo que su diagnóstico resulta complejo. Esto se puede ver reforzado por algunas actitudes sociales de “idealizar” esta etapa, sumado a que los profesionales de la salud pueden llegar a sub diagnosticar o confundir con otras patologías (30).

Varios métodos y herramientas se usan para reconocer trastornos depresivos durante la gestación y el postparto. Sin embargo, la *Escala de Depresión Postparto de Edimburgo* (EDPE) es la prueba más conocida y utilizada para identificar el riesgo de DPP en mujeres

puérperas, ya que fue diseñada específicamente para esto (29). Es una escala autoadministrada aplicable a mujeres que estén atravesando el puerperio, incluso desde el primer día que dan a luz, y se basa en preguntas somáticas o físicas que indaga sobre los síntomas comunes de un episodio o de un trastorno depresivo, mayor o menor, que hayan ocurrido siete días anteriores a su aplicación. Reconocida internacionalmente, es accesible de reproducirla sin costo, sumado a que es rápida y de fácil aplicación, calificación e interpretación (30).

La EDPE consta de 10 ítems de auto reporte, donde el formato de respuesta está basado en la frecuencia. Por orden en su presentación, analiza lo siguiente: 1. Capacidad de reír 2. Anhedonia 3. Culpabilidad 4. Ansiedad 5. Ataques de pánico 6. Angustia (abrumado) 7. Trastornos del sueño 8. Tristeza 9. Llanto 10. Ideas suicidas (40). Cada ítem se puntúa del 0 al 3 según la gravedad sintomática, donde el puntaje total mínimo alcanzado es 0 y el máximo puede ser de 30. Una puntuación de 12 o más ha demostrado consistentemente estar correlacionado con diagnóstico clínico de trastorno depresivo mayor, cuando es comparado con una entrevista clínica estructurada. No obstante, puntuaciones de 10 a 12 se asocian con un diagnóstico preciso de trastorno depresivo menor. Muchos reportes en la literatura han documentado que la escala demuestra una buena sensibilidad y especificidad en la identificación de mujeres que sufren depresión perinatal (29, 40). En la presente investigación, se utilizó una puntuación de corte de mayor o igual a 10 como positivo para riesgo global de DPP.

Como en todos los instrumentos que se utilizan para el diagnóstico o evaluación de un problema, en la EDPE también se pueden dar falsos positivos y falsos negativos, por lo que la escala debe usarse como herramienta complementaria para un diagnóstico clínico (40). Para llegar a un diagnóstico certero de DPP en una mujer que presente síntomas relacionados a depresión, es necesario la evaluación integral de un Licenciado en Psicología y/o Médico Psiquiatra mediante entrevistas y evaluaciones clínicas en profundidad, que concluya y confirme el diagnóstico.

Epidemiología

Durante el embarazo y el puerperio se presentan cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad en la mujer para la aparición de trastornos psíquicos, es así que cerca del 80% de las mujeres sufren algún tipo de

alteración durante estas etapas (30). La prevalencia de DPP reportada en la literatura para países desarrollados es de aproximadamente 10-20% de las madres, y la prevalencia de “baby blues” puede llegar a ser tan alta como 50–80% (39), en cambio la prevalencia de psicosis postparto se reporta en un 0,1-0,2% de las mujeres. Si hablamos de recurrencia de DPP, existe una probabilidad del 10 al 35% de volverla a presentar en embarazos posteriores (8, 30).

En cambio, la prevalencia de DPP en países menos desarrollados va de 6,6% a 24,6% – por entrevista clínica– y de 10% a 20% –por autoinforme–, en zonas urbanas. Aunque algunas de estas cifras se acercan a las prevalencias de estudios internacionales, la mayoría son más elevadas. Las diferencias en este sentido entre países más y menos desarrollados son referidas en diversos estudios. La mayor exposición a condiciones adversas como violencia, enfermedad, trabajo arduo, carencia de recursos para satisfactores básicos, etc., que caracteriza a los países con mayores índices de pobreza y que afecta mayoritariamente a las mujeres, puede explicar las diferencias (9).

Causas

La incidencia de esta patología presenta variaciones con base en la cultura. A pesar de que la etiología de la DPP aún es desconocida, existen determinados factores que se asocian a su aparición y remisión. En cuanto a lo biológico, se relacionan con los cambios hormonales, alteración en la función de la tiroides y depleción de ácidos grasos ω -3 (41). Otros factores son: antecedentes de depresión; alteraciones psicológicas en el embarazo; complicaciones obstétricas; embarazo no planeado y/o no deseado; falta de redes de apoyo; problemas familiares y/o sociales; abandono, separación de la pareja o no contar con pareja; pareja que no proporcione apoyo emocional; situaciones estresantes; dificultades económicas; abuso en la infancia, fallecimiento, abandono o separación de un ser querido; mala relación con la madre, antecedente de pérdidas perinatales; dificultades en la lactancia; problemas de salud del recién nacido y bebé difícil de calmar. Sin embargo, este padecimiento se puede presentar incluso cuando la madre no ha mostrado ningún antecedente (30).

Además de la influencia de lo antes mencionado, cabe destacar que se ha observado que personas afectadas por episodios de depresión mayor poseen disminuidos niveles de AGPI ω -3 en fosfolípidos plasmáticos, ésteres de colesterol, en membranas de eritrocitos y

en tejido adiposo. También, que se ha asociado en algunas regiones que tienen un bajo consumo de alimentos que aportan estos AGPI, con elevadas prevalencias de depresión (7).

El papel de los ácidos grasos esenciales en la salud perinatal

Los *lípidos* son constituyentes importantes de la estructura de las membranas celulares, cumplen funciones energéticas y de reserva metabólica, y forman la estructura básica de algunas hormonas y de las sales biliares. También tienen otras funciones como termorregulación, protección de órganos internos, síntesis de hormonas, transporte de vitaminas liposolubles (A, D, E, K) relacionadas con el buen estado de la piel, absorción de calcio y coagulación (42).

Casi todos los lípidos se encuentran formados por AG. Los AG son ácidos orgánicos con un solo grupo carboxilo, de cadena lineal, con número par de átomos de carbono, cuyas longitudes de cadena puede variar entre cuatro y treinta átomos de carbono. Los más abundantes son los de cadena larga (entre 14 y 22 átomos de carbono). Se encuentran en todas las membranas celulares (43) y la mayor parte de ellos formando triacilgliceroles (tres AG unidos a glicerol). Una de las clasificaciones de los AG es según la presencia y número de dobles enlaces. Los AG saturados no poseen dobles enlaces en la cadena, mientras que los insaturados que, a su vez, se subdividen en monoinsaturados, son aquellos que presentan un solo doble enlace en su cadena y, por último, los poliinsaturados (AGPI) que poseen dos o más dobles enlaces (44).

Dentro de los AGPI, hay un grupo de AG que tienen carácter de “esenciales” (*AGE*) debido a que las células humanas carecen de vías bioquímicas capaces de producirlos y no pueden ser sintetizados a partir de estructuras precursoras. Es así que deben ser incorporados con la alimentación (43). Solo dos AG reúnen tales condiciones: el ácido alfa-linolénico (ALA) y el ácido linoleico (LA).

- ***Ácido alfa-linolénico (ALA)*** (18:3 ω -3) es parte de la familia ω -3 porque posee el primero de sus tres dobles enlaces a partir del carbono 3, contando desde el extremo metilo de la cadena. Se encuentra en las hojas de las plantas y en algunos aceites vegetales. En el organismo, es precursor de otros dos AG muy poliinsaturados de la familia ω -3, que revisten especial interés, los AG *DHA* (22:6 ω -3) y eicosapentaenoico (*EPA*) (20:5 ω -3). Estos además pueden estar presente en la naturaleza en peces grasos de aguas frías.

- **Ácido linoleico (LA)** (18:2 ω -6) es parte de la familia ω -6 porque tienen la particularidad de tener el primero de sus dos dobles enlaces tras el carbono 6, contando desde el extremo metilo de la cadena. Este AGE es muy abundante en la naturaleza, se encuentra particularmente en semillas y sus aceites. Es muy relevante porque a partir de él se sintetiza el ácido araquidónico (AA) (20:4 ω -6). Otros AG que forman la familia ω -6 son ácido gamma-linolénico (GLA) (18:3) y ácido dihomo-gamma-linolénico (DGLA) (20:3) (44).

Los AGE tienen importancia fisiológica como precursores de eicosanoides tales como prostaglandinas, tromboxanos y leucotrienos, implicados en la inflamación, vasoconstricción y múltiples regulaciones metabólicas. (44)

Basándose en la evidencia y en las limitaciones conceptuales, no parece razonable hacer recomendaciones específicas para la relación ω -6/ ω -3, o la relación LA/ALA siempre que las ingestas de ambos tipos de AG se sitúen dentro de las recomendaciones establecidas (27). Esto es importante, ya que hay fuertes indicios de que una proporción incrementada en la membrana celular de la relación ω -6/ ω -3 está involucrada en la patogénesis de la depresión y, hasta ahora, la suplementación con AG ω -3 ha mostrado efectos positivos en ensayos clínicos (45).

Actualmente se recomienda una ingesta media diaria de DHA de 200 mg durante el embarazo y la lactancia (46), pero están en marcha estudios que prueban beneficios de cantidades más altas (47). Ni en Estados Unidos ni en Argentina existe una IDR (Ingesta Diaria Recomendada) para el EPA ni el DHA en este período y aún han de determinarse los valores de la ingesta que aportan beneficio (7).

Las principales fuentes alimentarias de ALA son las hojas de las plantas y algunas semillas y sus aceites (aceite de soja, oliva, canola, lino), nueces, aceites de pescados, pescados grasos y en menor proporción carnes y huevos. (43, 44, 48)

Las fuentes de DHA y EPA son principalmente los peces de aguas frías con alto contenido graso (salmón, trucha arcoiris, anchoa, sardina, caballa), aceites de pescado de bajo contenido graso (bacalao, lenguado, merluza, dorado), algas y mariscos. (43,44, 48)

El LA se encuentra principalmente en semillas (chía, lino, sésamo, calabaza) y sus aceites, frutos secos y cereales integrales. De los aceites se destaca girasol, maíz, cártamo, soja y oliva, entre los frutos secos (nueces, maní, almendras, avellanas, etc.). Las margarinas y otras grasas de untar, que suelen estar producidas a partir de aceites de semillas, pueden ser

una fuente importante de LA en los países occidentales. Dentro de las fuentes animales se encuentran los aceites de pescado de agua fría (salmón, arenque, pescado azul, atún, caballa). (43,44, 48)

El AA predomina en carnes de pollo, pavo, huevos y carnes rojas. (48)

El GLA se encuentra en alimentos de origen animal principalmente carnes, lácteos, grasa animal, fiambres y embutidos. (48)

Importancia de los ácidos grasos esenciales para la salud materna

Los efectos sobre la salud perinatal de los *ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga* (AGPICL) más firmemente establecidos son la mejoría de la función cognitiva y visual del lactante, el tratamiento y la prevención de la depresión materna y el ligero incremento en la duración de la gestación para reducir la prevalencia de prematuridad (27, 43).

Al ser ALA y LA AGPI esenciales para el organismo, con el fin de convertirse en sus derivados y cumplir sus funciones, cabe destacar que la tasa de conversión de ALA en EPA es de aproximadamente de un 5-10%, y la conversión de ALA en DHA es incluso menor (<3%). De hecho, tanto el LA como el ALA compiten por los mismos sistemas de enzimas (desaturasa y elongasa) en la biosíntesis de AGPICL y, lo que es aún más importante, para su incorporación a las membranas. Un alto contenido de LA reduce el contenido de AGPICL ω -3 en los tejidos mediante los dos mecanismos nombrados anteriormente, de ahí que la investigación sobre los requerimientos de AG en la etapa perinatal se haya centrado principalmente en la suficiencia de ω -3 para la madre y el lactante (27).

Composición nutricional de la leche materna: ácidos grasos esenciales

Si bien se sabe que la leche de la mujer/madre mantiene su calidad incluso aunque la ingesta de nutrientes sea subóptima (7), se debe asegurar la incorporación de alimentos que contienen vitaminas A, B1, B2, B3, B6, B12, C y D, AG y yodo; puesto que su concentración en la leche depende de sus reservas corporales como de la dieta materna (24). Es así que la selección de alimentos puede aumentar o disminuir determinados AG en la leche materna y además, una restricción energética sería produce una movilización de la grasa corporal materna, y la leche tendrá una composición de AG similar a la grasa corporal de la mujer (7).

Los lípidos presentes en la leche cumplen una gran función energética para los recién nacidos, aportan aproximadamente el 50% de las calorías totales. Un balance adecuado de

AGPI ω -3 y ω -6 es importante para el crecimiento y desarrollo del encéfalo y sistema nervioso en el niño (49). A diferencia de los demás, los AGE no son producidos por la glándula mamaria y deben ser provistos con la alimentación para evitar su deficiencia y posibles consecuencias negativas en la mujer (24). Los AGE y sus derivados de cadena larga presentes en la leche, vehiculizan vitaminas liposolubles que favorecen su absorción. Se encuentran en una amplia gama de concentraciones en la leche humana, en función de la dieta de la madre (49).

El lactante que recibe LME obtiene DHA cuando la mujer/madre se alimenta con cantidades suficientes de alimentos que lo contengan. Además, se encontró en la literatura estudios de investigación estadounidenses que recomiendan administrar un suplemento al lactante si la madre que lo alimenta exclusivamente con LM no consume pescado o suplementos de DHA. La suplementación parece tener la ventaja de ser inocua durante el embarazo y la lactancia, además de traspasarse al feto durante estos períodos, permitiendo su adecuado desarrollo cerebral (7). Valentine et al. (2013) demostraron que la suplementación con DHA preformado de 1 g/día resultó en un aumento de las concentraciones de DHA en la leche de las mujeres participantes de su investigación, sin resultados adversos para los infantes ni las madres (50).

Depresión postparto, ácidos grasos esenciales y lactancia materna

La DPP puede ocurrir después de tiempo transcurrido el parto, pero se presenta con más frecuencia a la segunda o tercera semana después del mismo y puede durar hasta un año (30,51).

Según la FAO, la ingesta de AGE en concentraciones bajas o problemas de equilibrio entre sus tipos pueden constituir un factor implicado en el desarrollo de diversas patologías (27). Los AGPI ω -3 son los AG favoritos del encéfalo y sistema nervioso; en todo el ciclo vital, el EPA y DHA contribuyen de forma exclusiva e irremplazable al funcionamiento global del encéfalo y sistema nervioso (43). Como ejemplo de la importancia de los AGPI en la constitución del sistema nervioso central (SNC), se puede considerar que el cerebro contiene una alta concentración de estos ácidos, que corresponde alrededor del 20% de su peso seco y en el SNC uno de cada tres AG es poliinsaturado. Es así que, en animales, se ha demostrado que dietas deficientes en AGPI ω -3 modifican la composición de lípidos y funciones neuroquímicas en áreas específicas del cerebro (6).

La investigación clínica ha demostrado acciones prometedoras del EPA y DHA en varios trastornos psiquiátricos, como la DPP (7). En este período los AGPICL que provienen de la dieta son absorbidos, reesterificados en triacilgliceroles, entran a la circulación como quilomicrones y son rápidamente transferidos a la leche de la madre para la alimentación del bebé (8,52). Se cree que la mujer lactante sufre una depleción de sus propios AGE mediante la lactancia, exponiéndose al riesgo de sufrir sintomatología de DPP. En esta línea, también se ha hipotetizado en base a estudios observacionales, que una de las posibles causas de la DPP en las mujeres sería la consecuencia de la depleción de DHA que sufren al transferir gran cantidad de éste, al feto para la formación del cerebro (6).

Sin embargo, cuando están presentes signos precoces de DPP y la madre cesa la lactancia, su sintomatología puede hacerse incluso más grave; los valores de oxitocina caen abruptamente y sus sentimientos de fracaso pueden hacerse aún más pronunciados. Además, la DPP puede afectar la producción y secreción de leche, así como la capacidad para mantener un suministro adecuado para el niño, ya que los valores de cortisol elevados en la DPP pueden retrasar la lactogenia (7). Al ser utilizada la EDPE Hamdan y Tamim (2012) en un estudio prospectivo, las mujeres que amamantaban a los 2 y 4 meses tuvieron puntuaciones más bajas y tenían menos probabilidades de ser diagnosticadas con DPP a los 4 meses posteriores al parto. Además, hallaron que puntuaciones más altas en la EDPE y el diagnóstico de DPP a los 2 meses, fueron predictivos para tasas más bajas de LM a los 2 meses, lo que sugiere una relación recíproca entre estas variables (53). Asimismo, la LM ha demostrado ser un factor protector porque los niveles de prolactina forman una curva inversa a la de los niveles de estrógenos y progesterona durante el posparto, y se ha asumido que las madres que no amamantan a sus bebés, producen un rápido declive en su prolactina y podrían tener una mayor incidencia de DPP (54).

Tratamiento y consecuencias de la depresión postparto

Es fundamental que las familias sean conscientes y que los médicos detecten sistemáticamente los síntomas iniciales de DPP, no solo para prevenir los efectos más serios de la enfermedad, sino también para proteger y preservar la LM. Los profesionales de la salud materno-infantil deben preparar a las madres y sus familias para los desafíos esperados de la lactancia, proponer un entorno de apoyo en los hospitales y fomentarla como norma cultural en la comunidad, de modo que la relación mediante la misma se establezca precozmente y

con éxito en el período postparto (7,9). En el caso que se confirme un diagnóstico para DPP en una puérpera, ella deberá recibir atención especializada por parte de un equipo de salud, dependiendo de su condición; ya que, por lo general, no se resuelve sin ser tratada (9).

El tratamiento médico de la DPP durante la lactancia se basa en medicamentos como sertralina, paroxetina y fluoxetina. Estos deben tomarse inmediatamente después de una mamada, para permitir un tiempo máximo de aclaramiento del fármaco de la leche antes de la siguiente toma del niño. Además, la madre puede extraer y desechar la leche recogida cuando están presentes las concentraciones máximas del fármaco (7).

Con una intervención adecuada, la DPP es temporal y se puede alcanzar una completa recuperación. Por el contrario, si no se recibe atención médica o psicológica, la depresión que inició en el periparto puede durar meses o años y además de afectar la salud de la madre, puede interferir con su capacidad de relacionarse con su bebé. Ellas suelen percibir de forma negativa a sus hijos y presentar dificultades y estrés para cuidar al recién nacido. Estos bebés pueden presentar retraso en el desarrollo psicomotor, temperamento difícil o irritabilidad, así como mostrar un apego inseguro y también puede generar déficits en el área social y cognitiva. Finalmente, se puede convertir en un padecimiento crónico, recurrente y/o refractario, y en algunos casos, tener graves consecuencias (30).

HIPÓTESIS

El consumo de AGPI ω -3 y ω -6 por debajo de lo recomendado, se asocia al riesgo de DPP en mujeres que practican la lactancia materna.

VARIABLES

- ❖ Edad
- ❖ Meses de postparto
- ❖ Número de hijos
- ❖ Máximo nivel de instrucción alcanzado
- ❖ Nivel socioeconómico
- ❖ Consumo de alimentos fuente de AGPI ω -3
- ❖ Consumo de alimentos fuente de AGPI ω -6
- ❖ Ingesta diaria de AGPI ω -3
- ❖ Ingesta diaria de AGPI ω -6
- ❖ Tipo de lactancia
- ❖ Riesgo de depresión postparto

DISEÑO METODOLÓGICO

El presente estudio es de tipo *descriptivo*, ya que está dirigido a determinar “cómo es” o “cómo está” la situación de las variables que se estudian en la población (55). Además, es de tipo *correlacional* porque se utiliza para conocer la relación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto particular (56). Según el momento en que se recolectan los datos, será una investigación de tipo *transversal*, ya que se estudian las variables simultáneamente en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo (55). La presente investigación cuenta con el acompañamiento de profesionales psicólogos durante su elaboración, para lograr el abordaje pertinente relacionado a la temática de la depresión postparto.

UNIVERSO

Todas las mujeres de 18 a 45 años, residentes en la ciudad de Córdoba, que se encuentren cursando el postparto durante el periodo mayo-junio 2019.

MUESTRA

Se realizó un muestreo intencional a partir del cual se incluyeron en el estudio mujeres de 18 a 45 años residentes de la ciudad de Córdoba (n=50) que se encontraban transitando el período postparto durante el periodo mayo-junio 2019.

Criterio de inclusión a la investigación:

- ❖ Periodo de postparto: desde el parto hasta los 6 meses inclusive.
- ❖ Tener entre 18 y 45 años.
- ❖ No poseer patologías crónicas tales como hipertensión, diabetes, etc. ni trastornos mentales.
- ❖ Brindar el consentimiento para participar en el estudio.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

■ **Edad:**

Definición teórica: tiempo de vida de una persona, expresado en años cumplidos al momento de realizar la entrevista (57). Es una variable cuantitativa continua.

Definición empírica:

- **Adulta joven:** entre 18 y 26 años.
- **Adulta:** entre 27 y 45 años (58).

■ **Meses de postparto:**

Definición teórica: variable cualitativa nominal que refiere al período que la madre necesita para recuperar la condición endocrina y nutricional que tenía antes del embarazo y toda la etapa de transición en que el niño o niña es dependiente de la madre (2). Este período es variable y puede durar algunos meses y aún más de dos años si la lactancia es prolongada (10).

A los fines de esta investigación, se tomó como período postparto desde el nacimiento hasta los 6 meses inclusive.

Definición empírica: “meses cursados de postparto”.

■ ***Número de hijos:***

Definición teórica: variable cuantitativa discreta que expresa la cantidad de hijos/as nacidos vivos hasta el momento de la entrevista (59).

Definición empírica: “número de hijos al momento de la entrevista”.

■ ***Máximo nivel de instrucción alcanzado:***

Definición teórica: variable cualitativa ordinal que indica el máximo nivel de estudio alcanzado por la mujer madre en postparto, ya sea que lo haya completado o no (60).

Definición empírica:

- ***Sin instrucción / Nunca asistió:*** son las mujeres en postparto que nunca concurrieron a un establecimiento de enseñanza formal.
- ***Primario incompleto/completo:*** incluye a las mujeres en postparto que asistían a algún instituto de enseñanza formal y según el caso, no llegaron o llegaron a aprobar el último grado de este nivel.
- ***Secundario incompleto/completo:*** incluye a las mujeres en postparto que asistían a algún instituto de enseñanza formal y según el caso, no llegaron o llegaron a aprobar el último grado de este nivel.
- ***Terciario/Universitario incompleto/completo:*** incluye a las mujeres en postparto que asistían a algún instituto de enseñanza formal y según el caso, no llegaron o llegaron a aprobar el último grado de este nivel.

■ ***Nivel socioeconómico (NSE):***

Definición teórica: variable cualitativa ordinal que indica la posición económica y social individual o familiar en relación con otras familias (61).

Definición empírica: para construir esta variable se siguió el modelo (*Anexo I*) empleado por la Asociación Argentina de Marketing (AAM) del año 2006 (61). A partir de la combinación de sus dimensiones (nivel educativo y ocupación) se conformó la variable NSE, que permitió caracterizar la situación de las mujeres en postparto en estudio. Para la

determinación de estas dimensiones se tuvo en cuenta el/la principal sostén del hogar (PSH). El/la mismo/a es aquella persona que recibe mayor remuneración dentro del hogar y que además realiza el aporte más importante a la economía familiar.

La AAM establece siete categorías para la variable NSE, sin embargo, se realizó una adaptación para obtener las siguientes categorías:

- **NSE Alto:** (alto + medio alto).
- **NSE Medio:** (medio medio + medio bajo + bajo superior).
- **NSE Bajo:** (bajo inferior + marginal).

■ **Consumo de alimentos fuente de AGPI ω -3:**

Definición teórica: variable cuantitativa continua que indica la ingesta de aquellos alimentos que contienen mayor cantidad de AG ω -3 o que lo contiene en forma altamente biodisponible (62); por ejemplo, pescados (salmón, trucha, arco iris, sardina y caballa y sus aceites) y alimentos de origen vegetal (aceite de lino, oliva y canola) (63).

Definición empírica: cantidad en gramos (g) o centímetros cúbicos (cc).

■ **Consumo de alimentos fuente de AGPI ω -6:**

Definición teórica: variable cuantitativa continua que indica la ingesta de aquellos alimentos que contienen mayor cantidad de AG ω -6 o que lo contiene en forma altamente biodisponible (62); por ejemplo, pescados (salmón, arenque, atún, caballa, pescado azul y sus aceites) y alimentos de origen vegetal (frutos secos, semillas y sus aceites como lino, chía, cártamo, sésamo, oliva, calabaza) (42).

Definición empírica: cantidad en gramos (g) o centímetros cúbicos (cc).

■ **Ingesta diaria de AGPI ω -3:**

Definición teórica: variable cuantitativa continua que refiere a la cantidad en gramos de AG ω -3 consumidos en la alimentación habitual. En este trabajo será categorizada de acuerdo a los puntos de corte de las recomendaciones de la FAO 2008 (27).

Definición empírica:

- **Cumple la recomendación:** aquellas que su consumo se ubica dentro de los parámetros recomendados de AG ω -3 de FAO 2008, 0.3g

diarios de EPA y DHA, de los cuales al menos 0.2g diarios deben corresponder al DHA (27).

- **Por debajo de la recomendación:** aquellas que su consumo es inferior a la recomendación de AG ω -3 de FAO 2008, 0.3g diarios de EPA y DHA, de los cuales al menos 0.2g diarios deben corresponder al DHA (27).

- **Ingesta diaria de AGPI ω -6:**

Definición teórica: variable cuantitativa continua que refiere a la cantidad en gramos de AG ω -6 consumidos según alimentación habitual (27).

Definición empírica:

- **Cumple la recomendación:** aquellas que su consumo se ubica dentro de los parámetros recomendados de AG ω -6 de FAO 2008, de 2-3% de energía total (27).
- **Por debajo de la recomendación:** aquellas que su consumo es inferior a la recomendación de AG ω -6 de FAO 2008, de 2-3% de energía total (27).

- **Tipo de lactancia**

Definición teórica: variable cualitativa nominal que indica el modo en que la mujer madre brinda alimentación láctea (54).

Definición empírica:

- **Lactancia Materna Exclusiva (LME):** se refiere a la madre que brinda solo LM al niño; sin agua, ni jugos, ni té, exceptuando medicamentos y vitaminas o minerales.
- **Lactancia Materna más sucedáneos:** se refiere a la madre que brinda LM complementada con sucedáneos de leche materna y/o leche de vaca al niño.
- **Sólo sucedáneos:** se refiere a la madre que solo brinda sucedáneos de leche materna y/o leche de vaca al niño.

■ ***Riesgo de depresión postparto:***

Definición teórica: es una variable cualitativa nominal que se refiere a trastorno depresivo mayor de inicio en el periparto, considerando su desarrollo durante el embarazo o en las primeras cuatro semanas del postparto y que transita un curso de al menos dos semanas consecutivas (9,10). A los fines de esta investigación se tomarán los primeros seis meses postparto para la recolección de datos.

Definición empírica: se utilizará la EDPE (64) para determinar si la mujer presenta riesgo de DPP. La escala consta de diez preguntas de auto-registro, donde se presenta a la puérpera cuatro opciones de respuesta para cada ítem. Las opciones tienen un puntaje que varía de cero a tres puntos en forma creciente (ejemplo: 0, 1, 2, 3) de acuerdo a la severidad de los síntomas, salvo las preguntas 3, 5 y 10 que tienen puntuación inversa (ejemplo: 3, 2, 1, 0). Luego al finalizar la escala, se realizará la suma total y en base al puntaje obtenido se clasificará la variable como:

- ***Presenta riesgo de DPP:*** una puntuación de 10 o más.
- ***No presenta riesgo de DPP:*** una puntuación de 9 o menos.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En un primer momento, se contactó a mujeres que asisten a distintos centros de salud de gestión pública y privada, especializados en maternidad e infancia y que se encontraban atravesando su período postparto. Se las invitó a participar de la presente investigación, considerando si cumplían con los criterios de inclusión para así, luego, dar inicio a la entrevista.

La entrevista fue dirigida por las investigadoras y contiene un cuestionario estructurado que consta de preguntas acerca de la práctica del amamantamiento y de datos socioeconómicos, tales como nivel de instrucción, ocupación, número de hijos, entre otros (*Anexo 2*).

El consumo alimentario de AGPI ω -3 y ω -6 fue evaluado utilizando un cuestionario de frecuencia alimentaria validado (65) (*Anexo 2*) y para precisar el tamaño de las porciones de los alimentos reportados, un atlas fotográfico de alimentos validado (66). A partir del cuestionario de frecuencia realizado sobre la alimentación materna, se obtuvieron datos acerca de la ingesta promedio diaria de alimentos y bebidas, a partir de los cuales se estimó el aporte dietario de AGPI de las mujeres en postparto participantes.

Para evaluar el riesgo de DPP se solicitó a las mujeres participantes que respondan un cuestionario correspondiente a la “Escala de Edimburgo” (64) (*Anexo 3*), que fue completado de forma individual, auto administrada, luego de la solicitud y de las indicaciones dadas por las investigadoras. El mismo contiene diez preguntas referidas a cuestiones somáticas o físicas, que indagan sobre los síntomas comunes de un episodio o de un trastorno depresivo mayor o menor, que hayan ocurrido siete días anteriores a su aplicación (30). El formato de respuesta está basado en la frecuencia y contiene cuatro opciones por pregunta, donde el puntaje total máximo posible puede ser de 30. Si bien la EDPE no fue diseñada para confirmar un diagnóstico de depresión puerperal, propone un puntaje de corte para ser utilizado como tamizaje para determinar si la mujer presenta o no riesgo de DPP, es un instrumento reconocido por su sensibilidad y especificidad (64). En el presente estudio se utilizó un valor de corte de 10 (diez) puntos para la evaluación de la escala.

Consideraciones éticas: participaron de la investigación aquellas mujeres que firmaron el consentimiento informado (*Anexo 4*), expresando su voluntad de participar y los datos recolectados fueron tratados bajo estrictas normas de confidencialidad.

PLAN DE TRATAMIENTO DE LOS DATOS

Los datos recolectados en las entrevistas se cargaron en primera instancia en una planilla de cálculo de Microsoft Excel. Se utilizó el software “Nutrio V2” para traducir los datos del consumo alimentario relevados a partir del cuestionario de frecuencia alimentaria, en g o cc/día de cada alimento y bebida, como así también para estimar la ingesta de AGPI ω -3 y ω -6. Posteriormente, se construyeron las variables consumo de alimentos fuente de AGPI ω -3 y alimentos fuente de AGPI ω -6 a partir de la sumatoria de los consumos de los alimentos que corresponden para cada grupo.

Se inició el análisis estadístico mediante una exhaustiva exploración de las variables de interés, este se llevó a cabo con el software Stata v14. Se construyeron tablas y gráficos de acuerdo a la naturaleza de las variables. Las variables cuantitativas continuas fueron descritas mediante el cálculo de medidas resumen (media, mediana) y de dispersión (desvío estándar, valor mínimo y máximo). Para las variables cualitativas se construyeron tablas de frecuencias absolutas y relativas y gráficos de barras y sectores.

Para el análisis de la relación de la ingesta de AGPI, práctica de amamantamiento y el riesgo de DPP se utilizaron diferentes test estadísticos, de acuerdo a la variable estudiada: test de chi cuadrado o test exacto de Fisher. Las asociaciones con un valor de $p < 0.05$ fueron consideradas estadísticamente significativas ($\alpha = 0,05$). Asimismo, se propusieron modelos de regresión logística de respuesta binaria (presenta riesgo de DPP/ no presenta) para valorar su asociación con la ingesta de AGPI ω -3 y ω -6 ajustando por posibles confundentes como el máximo nivel de instrucción alcanzado, nivel socioeconómico y práctica de amamantamiento.

RESULTADOS

Características de la muestra

La muestra quedó conformada por un total de 50 mujeres que cursaban su período de postparto, y fueron encuestadas en diferentes instituciones de salud de gestión estatal y privada de la ciudad de Córdoba, durante los meses de mayo y junio del año 2019. La distribución de las principales variables de descripción de las mujeres en postparto se presenta en la **Tabla 1**, las mismas tenían entre 18 y 43 años, con un promedio de edad de 29,1 años (DE 6,93); el mayor porcentaje (52%) correspondió a mujeres que cursaban los dos primeros meses postparto y tenían un solo hijo al momento de la entrevista (60%).

Tabla 1. Distribución de la muestra según edad, meses postparto y número de hijos de mujeres en periodo postparto de 18 años a 45 años de la ciudad de Córdoba, mayo-junio 2019.

<i>Variable</i>	<i>n (%)</i>
<i>Edad</i>	
Adulta joven (18-26 años)	20 (40)
Adulta (27-45 años)	30 (60)
<i>Meses de postparto</i>	
0,5 - 2 meses	26 (52)
2 a 4 meses	19 (38)
4 a 6 meses	5 (10)
<i>Número de hijos</i>	
1	30 (60)
2	10 (20)
3	7 (14)
4	2 (4)
5	1 (2)

Nivel de instrucción materno

Del total de mujeres encuestadas, la mayor proporción (40%) se encontraba cursando o no completó el nivel terciario y/o universitario, mientras que un 24% concluyó alguno de estos dos niveles. Del resto de las mujeres, la educación secundaria fue completada por un 24% y no finalizada por un 12% (**Figura 1**).

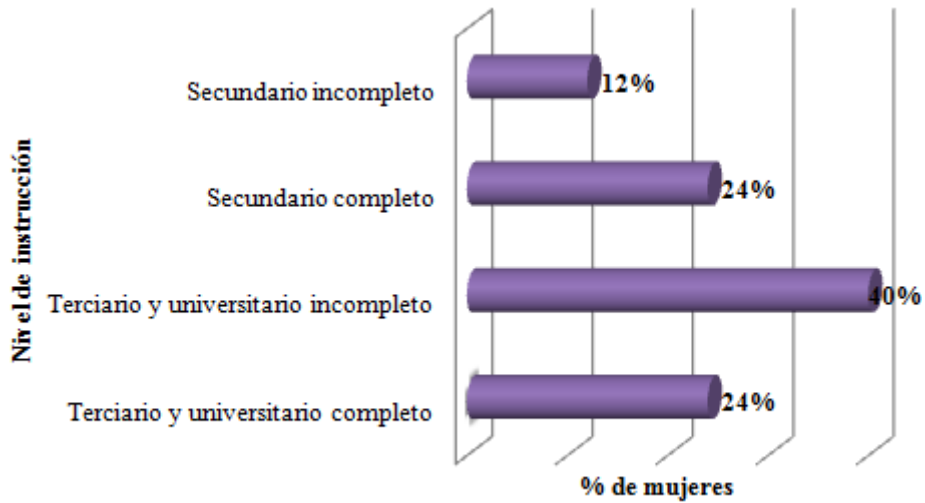


Figura 1. Distribución del máximo nivel de instrucción alcanzado en mujeres en periodo postparto de 18 años a 45 años de la ciudad de Córdoba, mayo-junio 2019.

Nivel socioeconómico

Respecto a la variable NSE, la **Figura 2** presenta cómo se distribuyó la muestra, ubicándose el 74% de la misma en el NSE medio y el resto en el alto, no registrándose ninguna mujer en el NSE bajo.

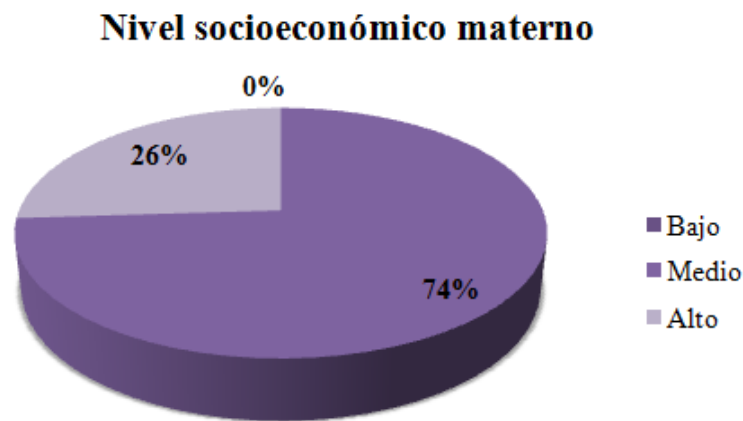


Figura 2: Distribución de la muestra según nivel socioeconómico en mujeres en periodo postparto de 18 años a 45 años de la ciudad de Córdoba, mayo-junio 2019.

Consumo de alimentos fuentes de AGPI ω -3 y ω -6

A continuación, en la **Tabla 2**, se presentan las medidas resumen de los principales alimentos fuente de AGPI ω -3 y ω -6 presentes en la alimentación de las mujeres. De la media registrada para cada uno de estos, el mayor consumo le corresponde al pollo sin piel (106,34 g/día) mientras que, las almendras (0,14 g/día) fueron lo menos consumido por las mujeres de la muestra.

El único alimento cuya mínima de consumo fue distinta a 0 es el aceite de girasol con 1,1 g/día y las máximas de consumo registradas fueron las de leche y yogur enteros (485,71 g/día) y pollo sin piel (480 g/día). Se observa que todos los alimentos anteriormente mencionados son fuente de ω -6.

Tabla 2. Medidas resumen del consumo de alimentos fuentes de AGPI ω -3 y ω -6 (g/día) en mujeres en periodo postparto de 18 años a 45 años de la ciudad de Córdoba, mayo-junio 2019.

<i>Alimentos fuente de AGPI ω-3 y ω-6</i>	Media (DE)	Mín.	Máx.
Lácteos (cc/día) y huevo (g/día)			
<i>Leche y yogur enteros</i> [°] (cc/día)	93,20 (132, 24)	0	485,71
<i>Leche y yogur descremados</i> [°] (cc/día)	82,95 (124,60)	0	400
<i>Quesos</i> ^{**} (g/día)	50,53 (31,95)	0	132,57
<i>Crema de leche</i> [°] (cc/día)	2,67 (3,24)	0	9
Huevo [°] (g/día)	26,82 (18,96)	0	74,48
Carnes (g/día)			
<i>Rojas grasas</i> [°]	41,17 (41,23)	0	162,85
<i>Rojas magras</i> [°]	48,99 (50,81)	0	230
<i>Cerdo</i> [°]	8,71 (16,89)	0	85,71
<i>Pollo con piel</i> [°]	22,63 (40,73)	0	154,28
<i>Pollo sin piel</i> [°]	106,34(103,29)	0	480
<i>Pescados</i> [°]	6,75 (14,64)	0	71,42
<i>Conserva de atún</i> [°] / <i>caballa</i> [°]	4,04 (6,34)	0	25,71
Fiambres/embutidos ^{**} (g/día)	40,48 (36,45)	0	160,04
Fruta oleosa (g/día)			
<i>Palta</i> [°]	2,21 (4,63)	0	21
<i>Aceituna verde</i> [°]	1,59 (2,73)	0	12,85
Frutos secos (g/día)			
<i>Maní</i> [°]	2,18 (4,06)	0	17,14
<i>Nueces</i> [°]	0,44 (1,55)	0	8,57
<i>Almendras</i> [°]	0,14 (0,49)	0	2,85
<i>Semillas</i> [°] (g/día)	0,57 (1,57)	0	7,5
Aceites (cc/día) – grasa vegetal			
<i>Girasol</i> [°]	24,17 (14,83)	1,1	74,61
<i>Maíz</i> [°]	0,58 (2,14)	0	10
<i>Oliva</i> [°]	1,33 (2,70)	0	11,42
Margarina [°] (g/día)	0,71 (5,05)	0	35,71

[°]Fuente de ω -3

[°]Fuente de ω -6

**Quesos: queso untable semidescremado - descremado y clásico, ricota, semiduro, rallado, mantecoso y de rallar.*

***Fiambres y embutidos: bondiola, chorizo, jamón cocido, jamón crudo, chinchulín, morcilla, mortadela, panceta, salame milán, salamín, salchicha parrillera, salchicha viena y salchichón.*

En las **Figuras 3 y 4** se plasmaron las medias del consumo de los alimentos fuente de AGPI ω -3 y ω -6 registrados por las mujeres, según sea de origen animal o vegetal.

Respecto a los de origen animal, los alimentos fuente de ω -3 con mayor consumo fueron huevo, pescados, conservas de atún y caballa; por su parte los de ω -6, pollo sin piel, lácteos y carnes rojas. En cuanto a los de origen vegetal, los alimentos fuente de ω -3 mayormente consumidos por las mujeres fueron palta, aceituna y aceite de oliva; por su parte los de ω -6, el aceite de girasol, ampliamente el más consumido, seguido del maní.

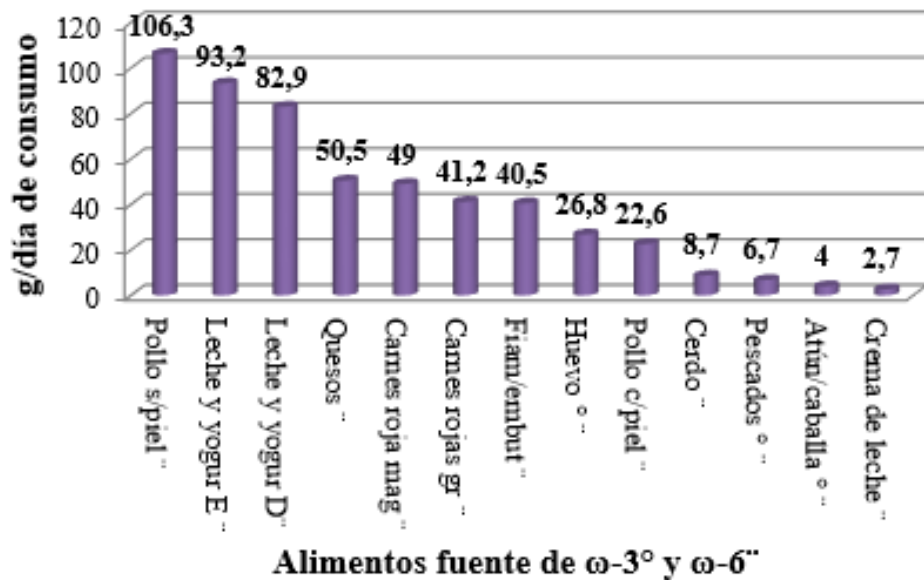


Figura 3. Media de consumo de los alimentos fuente de AGPI ω -3 y ω -6 de origen animal (g/día) en mujeres en periodo postparto de 18 años a 45 años de la ciudad de Córdoba, mayo-junio 2019.

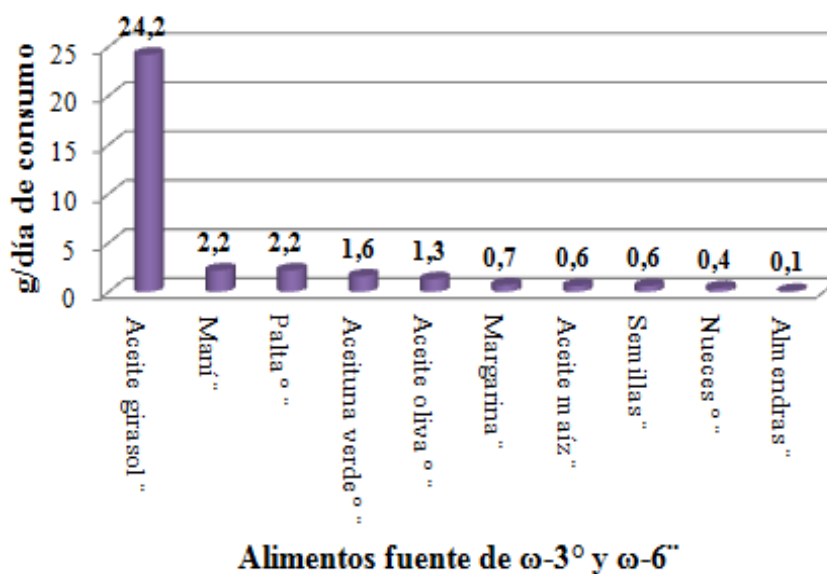


Figura 4. Media del consumo de alimentos fuentes de AGPI ω -3 y ω -6 de origen vegetal (g/día) en mujeres en periodo postparto de 18 años a 45 años de la ciudad de Córdoba, mayo-junio 2019.

Ingesta diaria de AGPI ω -3 y ω -6 dietarios

En la **Tabla 3**, se puede observar de forma global, las medidas resúmenes para la ingesta diaria de cada AGPI halladas.

Tabla 3. Medidas resumen de la ingesta diaria de AGPI ω -3 y ω -6 (g/día) en mujeres en periodo postparto de 18 años a 45 años de la ciudad de Córdoba, mayo-junio 2019.

AGPI	Media (DE) g/día	Min. (g/día)	Máx. (g/día)
<i>Omega-3</i>	0,28 (0,41)	0	2,27
Docosaenoico (DHA)	0,19 (0,26)	0	1,44
Eicosapentaenoico (EPA)	0,09 (0,15)	0	0,83
<i>Omega-6</i>	23,63 (9,56)	7,89	49,72
Linoleico (LA)	21,90 (9,24)	7,22	47,46
Gamma linolénico (GLA)	1,45 (0,51)	0,50	2,68
Ácido araquidónico (AA)	0,27 (0,16)	0,006	0,70

Ingesta diaria de AGPI ω -3

Las mujeres encuestadas registraron una media de la ingesta diaria de AGPI ω -3 de 0,28 g/día. Tal como refleja la **Figura 5**, la menor ingesta fue 0 g/día y la mayor 2,27 g/día.

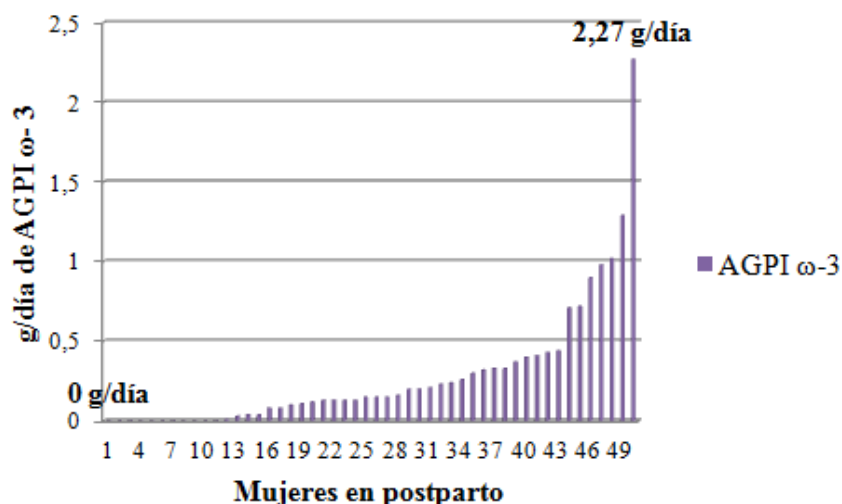


Figura 5. Ingesta diaria de AGPI ω -3 (g/día) en mujeres en periodo postparto de 18 años a 45 años de la ciudad de Córdoba, mayo-junio 2019.

En relación al consumo particular de cada AG ω -3, se observa que las mujeres participantes tuvieron una ingesta promedio mayor de DHA que de EPA (**Figura 6**).

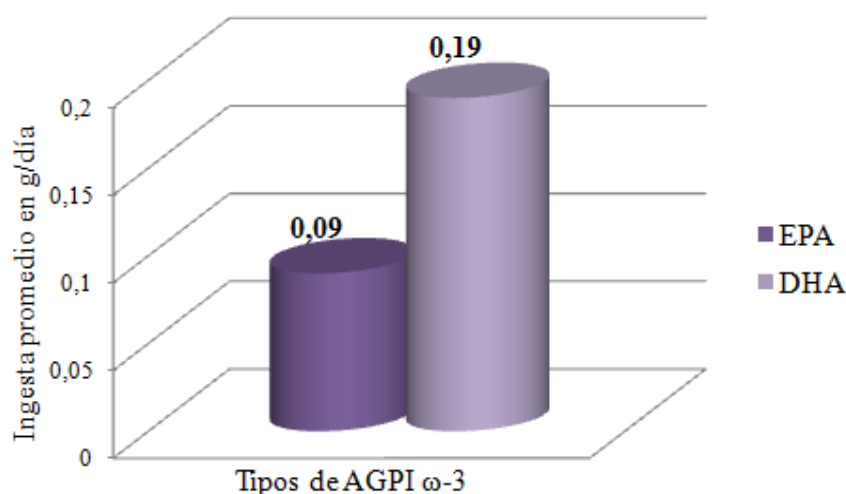


Figura 6. Ingesta diaria promedio de EPA y DHA (g/día) en mujeres en periodo postparto de 18 años a 45 años de la ciudad de Córdoba, mayo-junio 2019.

Ingesta diaria de AGPI ω -6

Del total de mujeres encuestadas, se registró una media de la ingesta diaria de AGPI ω -6 de 23,63 g. Tal como refleja la **Figura 7**, la menor ingesta estuvo representado por 7,89 g/día y la mayor por 49,72 g/día.

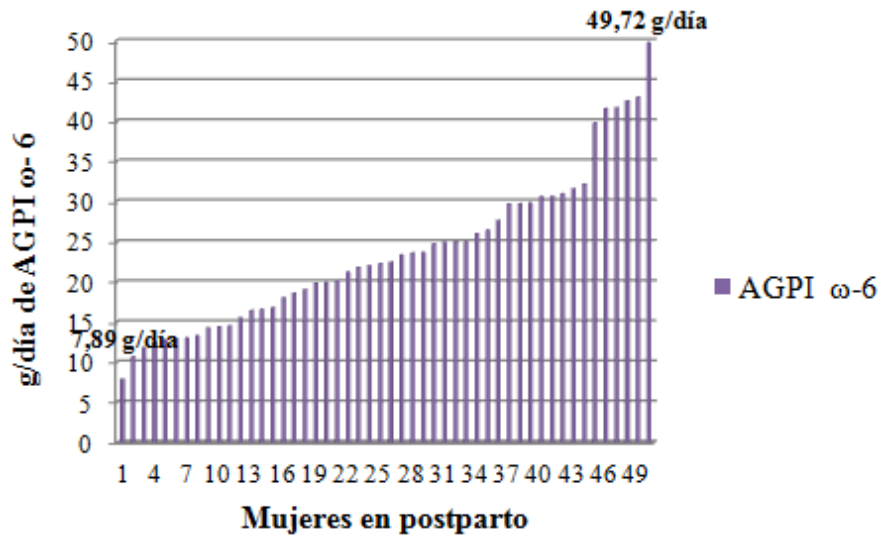


Figura 7. Ingesta diaria de AGPI ω -6 (g/día) en mujeres en periodo postparto de 18 años a 45 años de la ciudad de Córdoba, mayo-junio 2019.

En la **Figura 8** se representa la ingesta promedio de cada AGPI ω -6 en g/día. Con ello se puede observar que las mujeres tuvieron una ingesta promedio ampliamente mayor de LA que de AA y GLA.

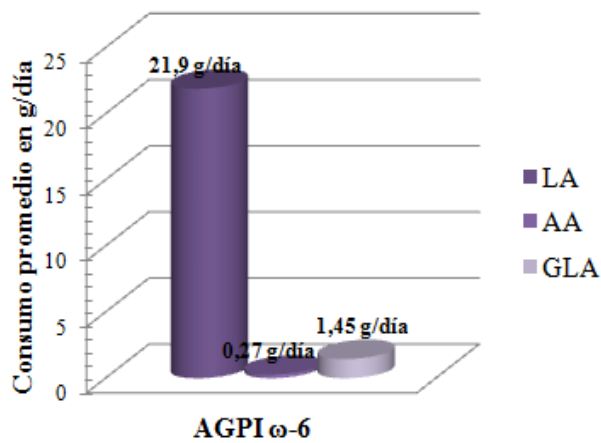


Figura 8. Ingesta promedio diaria de LA, AA y GLA (g/día) en mujeres en periodo postparto de 18 años a 45 años de la ciudad de Córdoba, mayo-junio 2019.

Ingesta de AGPI ω -3 y ω -6 según las recomendaciones de la FAO 2008 para mujeres período de lactancia

Dentro del consumo puntual de DHA recomendado, sólo 17 mujeres (34%) lograron cubrirlo, pero finalmente, el consumo conjunto de DHA y EPA con el cual se evalúa el cumplimiento de la ingesta del ω -3, sólo fue alcanzada por 16 mujeres en total (32%). Es decir que una elevada proporción de mujeres (68%, n=34) no alcanzó las correspondientes recomendaciones para la ingesta de AG ω -3 (**Figura 9**).

Recomendación ingesta ω -3 FAO 2008

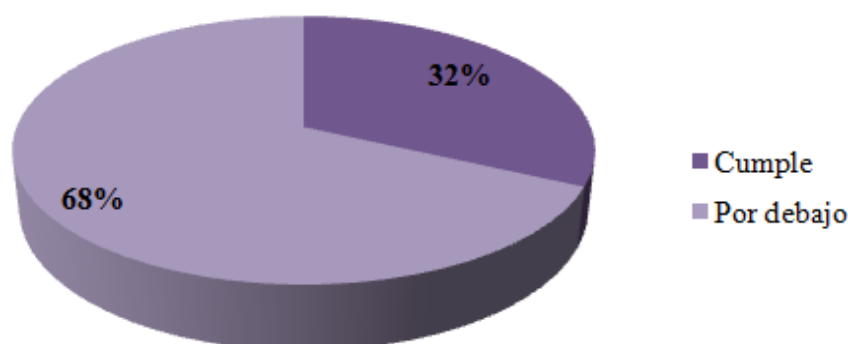


Figura 9. Proporción que consume por debajo o por encima de la recomendación de la FAO 2008 para la ingesta de AGPI ω -3, de mujeres en periodo postparto de 18 años a 45 años de la ciudad de Córdoba, mayo-junio 2019.

Lo que respecta a la ingesta de AGPI ω -6 efectuada por las mujeres encuestadas, se halló que la totalidad (100%) de la muestra realizó un consumo del mismo que cumple con lo propuesto por la FAO 2008. El consumo promedio de este nutriente representó el 7,3% del Valor Energético Total (VET) con una mínima de consumo de 3% del VET y una máxima de 12,8% del VET.

Tipo de la lactancia ofrecida

En cuanto al tipo de lactancia ofrecida por las mujeres, se reportó que la amplia mayoría (84%) ofrecía LM. El 46% brindaba LM de forma exclusiva mientras que un 38%

la acompañaba con sucedáneos de leche materna y/o leche de vaca. Solo el 16% restante de las mujeres empleaba otra alternativa de alimentación para su hijo -sucedáneos de forma exclusiva- (*Figura 10*).

Tipo de lactancia ofrecida

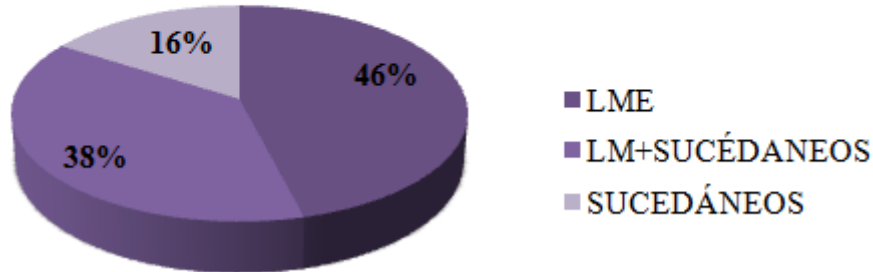


Figura 10. Distribución de tipo de lactancia ofrecida para la alimentación de su hijo por mujeres en periodo postparto de 18 años a 45 años de la ciudad de Córdoba, mayo-junio 2019.

Riesgo de depresión postparto

La *Figura 11* representa el porcentaje de mujeres encuestadas que presentaron o no presentaron riesgo de cursar una DPP. Se observó que más de la mitad de estas mujeres (58%) no tenía riesgo según lo propuesto por la EDPE.

Riesgo de depresión postparto

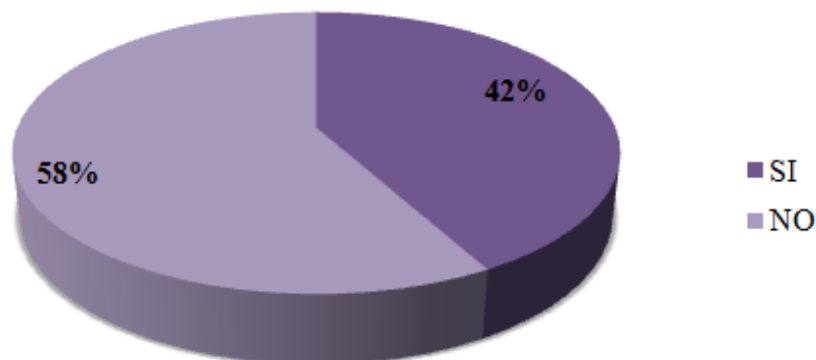


Figura 11. Distribución del riesgo de depresión postparto en mujeres en periodo postparto de 18 años a 45 años de la ciudad de Córdoba, mayo-junio 2019.

En la **Tabla 4** se presenta la frecuencia de respuestas de cada ítem de la EDPE. Los resultados evidencian que una proporción importante de la muestra se sintió capaz de reír y ver el lado positivo de las cosas tanto como siempre (78%) y ha podido mirar el futuro con placer (70%). No obstante, más de la mitad de las mujeres (56%) reportó que algunas veces ha tenido sentimientos de culpabilidad cuando algo no salía bien y un 24% lo tuvo la mayoría de las veces. Más de la mitad de la muestra (54%) ha presentado ansiedad y preocupación sin motivo algunas veces. Más de un tercio (34%) de la muestra no ha sentido miedo y pánico sin motivo, mientras que un 30% sí tuvo estos sentimientos algunas veces. Así también podemos decir que casi la mitad (48%) de esta muestra evidencia sentirse agobiada a veces. Sin embargo, el 62% de la muestra no ha manifestado dificultades para dormir, tampoco se ha evidenciado síntomas de tristeza un 50% de la misma. Un 62% de las madres han llorado, solo en ocasiones. El 96% de las mujeres nunca pensó en hacerse daño a sí misma.

Tabla 4. Distribución de las respuestas para las preguntas de la EDPE en mujeres en periodo postparto de 18 años a 45 años de la ciudad de Córdoba, mayo-junio 2019.

<i>Escala de Edimburgo (síntoma que evalúa)</i>	n (%)
<i>Pregunta 1: He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas (capacidad de reír)</i>	
Tanto como siempre	39 (78)
No tanto ahora	10 (20)
Mucho menos	1 (2)
No, no he podido	0 (0)
<i>Pregunta 2: He mirado el futuro con placer (anhedonia)</i>	
Tanto como siempre	35 (70)
Algo menos de lo que solía hacer	13 (26)
Definitivamente menos	1 (2)
No, nada	1 (2)
<i>Pregunta 3: Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien (culpabilidad)</i>	
Sí, la mayoría de las veces	12 (24)

	Sí, algunas veces	28 (56)
	No muy a menudo	7(14)
	No, nunca	3 (6)
Pregunta 4: He estado ansiosa y preocupada sin motivo (ansiedad)		
	No, para nada	9 (18)
	Casi nada	8 (16)
	Sí, a veces	27 (54)
	Sí, a menudo	6 (12)
Pregunta 5: He sentido miedo y pánico sin motivo alguno (ataques de pánico)		
	Sí, bastante	6 (12)
	Sí, a veces	15 (30)
	No, no mucho	12 (24)
	No, nada	17 (34)
Pregunta 6: Las cosas me oprimen o agobian (angustia)		
	Sí, la mayoría de las veces	7 (14)
	Sí, a veces	24 (48)
	No, casi nunca	11 (22)
	No, nada	8 (16)
Pregunta 7: Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir (trastornos del sueño)		
	Sí, la mayoría de las veces	1 (2)
	Sí, a veces	5 (10)
	No muy a menudo	13 (26)
	No, nada	31 (62)
Pregunta 8: Me he sentido triste y desgraciada (tristeza)		
	Sí, casi siempre	1 (2)
	Sí, bastante a menudo	6 (12)
	No muy a menudo	18 (36)
	No, nada	25 (50)
Pregunta 9: He sido tan infeliz que he estado llorando (llanto)		
	Sí, casi siempre	2 (4)
	Sí, bastante a menudo	0 (0)

	Solo en ocasiones	25 (50)
	No, nunca	23 (46)
Pregunta 10: He pensado en hacerme daño a mí misma (ideas suicidas)		
	Sí, bastante a menudo	0 (0)
	A veces	1 (2)
	Casi nunca	1 (2)
	No, nunca	48 (96)

La **Figura 12** representa el porcentaje distribución de mujeres y el mes de postparto al momento de la entrevista, según el riesgo de DPP que presentaron. El mayor porcentaje (n=19 - 65,5%) de las que no presentaron riesgo se encontraba dentro de los 2 meses postparto, y de las que presentaron riesgo, la mayor proporción (n=10 – 47,5%) cursaba entre el tercer y cuarto mes postparto.

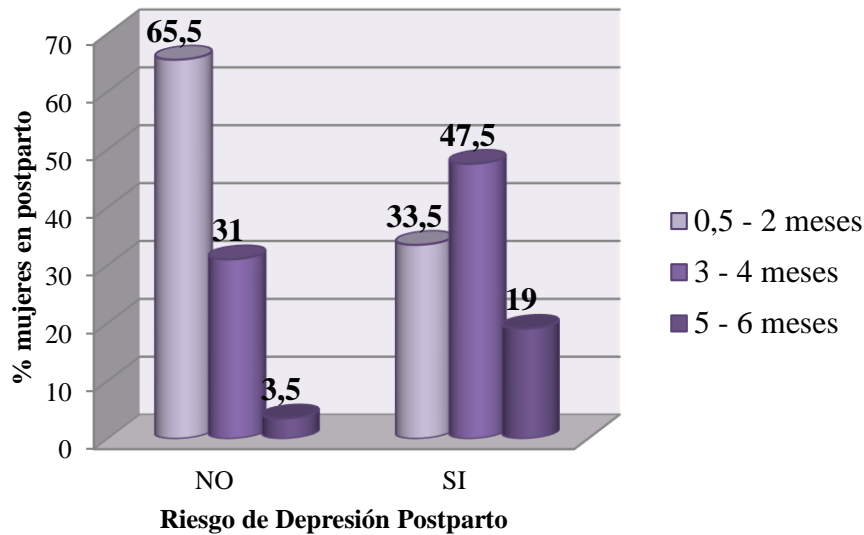


Figura 12. Distribución del riesgo de depresión postparto y el mes de postparto cursado por las mujeres en periodo postparto de 18 años a 45 años de la ciudad de Córdoba, mayo-junio 2019.

Riesgo de DPP y su relación con la ingesta recomendada de AGPI ω -3 y ω -6

Analizando la asociación de la variable riesgo de DPP con el cumplimiento de la recomendación para la ingesta de AGPI ω -3 propuesto por la FAO, mediante la prueba chi cuadrado, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre ambas ($p=0,658$). La distribución de ambas variables se encuentra en la **Figura 13**. En la **Figura 14** se puede observar la distribución del riesgo de DPP y el cumplimiento de las recomendaciones de FAO 2008 para la ingesta de AGPI ω -6, que se cumple en la totalidad de la muestra.

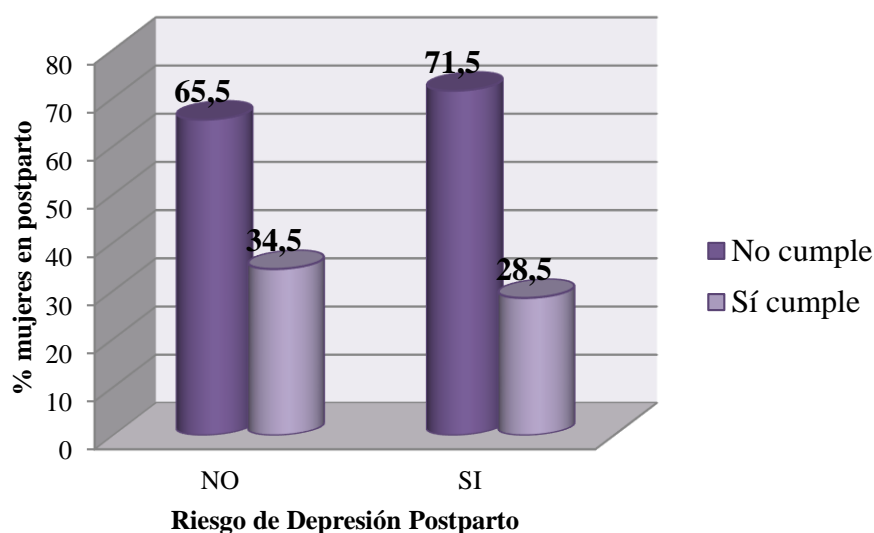


Figura 13. Distribución del riesgo de DPP y el cumplimiento de las recomendaciones de FAO 2008 para la ingesta de AGPI ω -3 de las mujeres en periodo postparto de 18 años a 45 años de la ciudad de Córdoba, mayo-junio 2019.

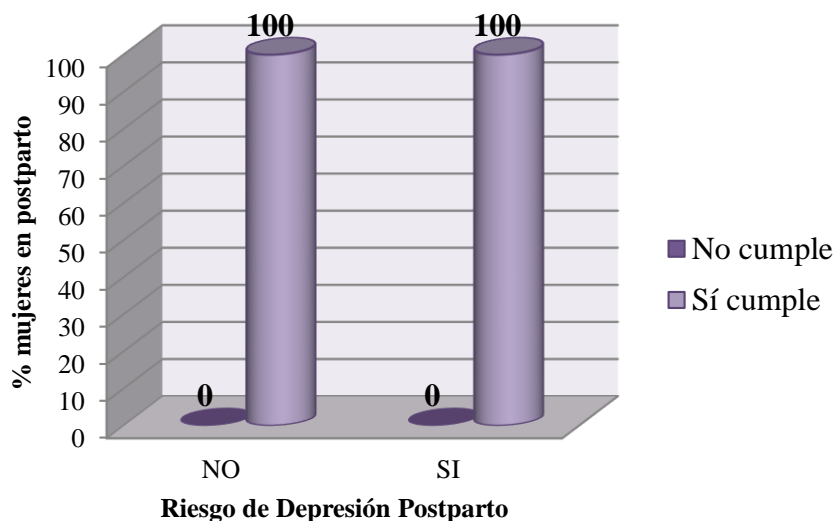


Figura 14. Distribución del riesgo de DPP y el cumplimiento de las recomendaciones de FAO 2008 para la ingesta de AGPI ω -6 de las mujeres en periodo postparto de 18 años a 45 años de la ciudad de Córdoba, mayo-junio 2019.

Adicionalmente se realizaron otros análisis para valorar la posible asociación entre el riesgo de DPP y demás variables de interés. En la **Tabla 5** se puede observar que el 66,7% de las mujeres sin riesgo de DPP estaban alimentando a sus bebés con pecho materno y de las mujeres con riesgo de DPP, el 87,5% no practicaban LM. Evaluando estas dos variables mediante la prueba exacta de Fisher, se encontró una asociación estadísticamente significativa para concluir que existe relación entre la presencia de LM y el riesgo de DPP materno ($p=0,007$). Esta relación está representada en la **Figura 15** plasmada según el riesgo de DPP. Además, se encontró una asociación estadísticamente significativa también por medio de la prueba exacta de Fisher para la relación entre el riesgo de DPP y los meses de postparto materno ($p=0,040$) y entre riesgo de DPP y nivel socioeconómico ($p=0,047$). No se halló asociación entre el riesgo de DPP y el nivel de instrucción ($p= 0,167$).

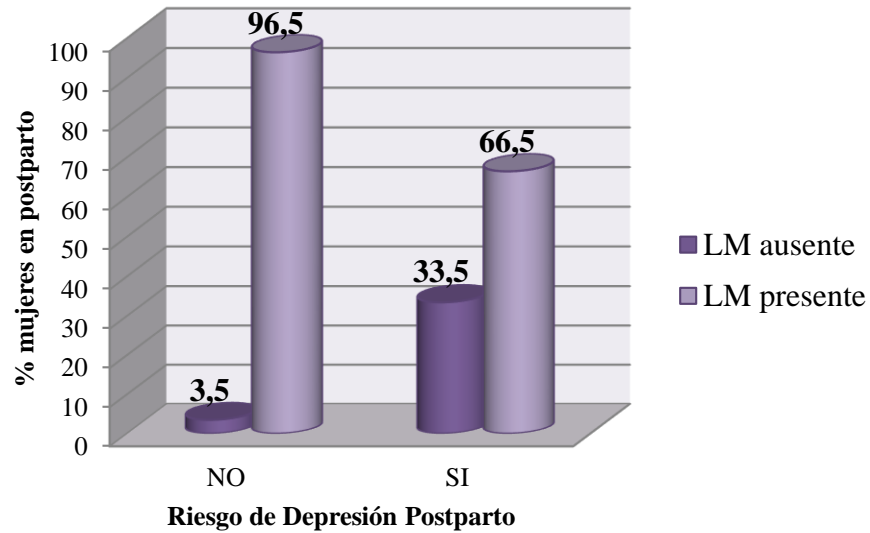


Figura 15. Distribución del riesgo de DPP y la presencia de amamantamiento en mujeres en periodo postparto de 18 años a 45 años de la ciudad de Córdoba, mayo-junio 2019.

Tabla 5. Riesgo de DPP en relación a distintas variables analizadas en la presente investigación, en mujeres en periodo postparto de 18 años a 45 años según riesgo de DPP de la ciudad de Córdoba, mayo-junio 2019.

Variables	Sin riesgo de DPP n (%)	Con riesgo de DPP n (%)	P Fisher
<i>Lactancia Materna</i>			
Ausente	1 (12,5)	7 (87,5)	0,007
Presente	28 (66,67)	14 (33,33)	
<i>Nivel socioeconómico</i>			
Bajo	0 (0)	0 (0)	0,047
Medio	18 (48,65)	19 (51,35)	
Alto	11 (84,62)	2 (15,38)	
<i>Nivel de instrucción</i>			
Secundario incompleto	2 (33,33)	4 (66,67)	0,167
Secundario completo	5 (41,67)	7 (58,33)	
Terciario y universitario incompleto	15 (75,00)	5 (25,00)	
Terciario y universitario completo	7 (58,33)	5 (41,67)	

<i>Meses de postparto</i>				
	0,5 - 2 meses	19 (73,08)	7 (26,92)	0,040
	3 a 4 meses	9 (47,37)	10 (52,63)	
	5 a 6 meses	1 (20,00)	4 (80,00)	

Por último, se muestran en la **Tabla 6** los Odds Ratio (OR) y sus Intervalos de Confianza (IC) del 95% para la estimación de la asociación entre el riesgo de DPP y la ingesta de AGPI ω -3 y ω -6 materno, ajustado por la presencia de LM y el tiempo de transcurrido en meses desde el parto. Según puede observarse, la presencia de LM se asocia a una menor ocurrencia del riesgo de DPP (OR 0,05; IC95% 0,003-0,972). Se observó además que el riesgo de DPP es mayor a medida que aumenta el tiempo transcurrido desde el parto (OR 1,77; IC95% 1,057-2,979). La ingesta de AGPI ω -3 no evidenció asociación con el riesgo de DPP (OR 0,35; IC95% 0,051-2,484); no obstante, el valor obtenido de OR parece sugerir un posible efecto protector de la ingesta de estos AG, que no alcanza a ser estadísticamente significativa posiblemente por el pequeño tamaño muestral. Por el contrario, la ingesta de AGPI ω -6 se asoció positivamente a riesgo de DPP (OR 1,14; IC95% 1,031-1,267), es decir, a medida que aumenta la ingesta de ω -6 en una unidad de medida (g/día) incrementa la ocurrencia del riesgo de DPP en un 14%.

Tabla 6. Estimaciones de riesgo de DPP según las ingestas de AGPI ω -3 y ω -6 y otras variables de interés en mujeres en periodo postparto de 18 años a 45 años de la ciudad de Córdoba, mayo-junio 2019.

Variables	OR	IC 95 %	P-valor
<i>Lactancia Materna</i>			
Ausente*	-	-	-
Presente	0,05	0,003 - 0,972	0,048
<i>Meses postparto</i>	1,77	1,057 - 2,979	0,030
<i>Ingesta de AGPI ω-3 (g/día)</i>	0,35	0,051 - 2,484	0,298
<i>Ingesta de AGPI ω-6 (g/día)</i>	1,14	1,031 - 1,267	0,011

*Categoría de referencia. OR: Odds ratio. IC Intervalo de confianza.

DISCUSIÓN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo analizar el consumo de alimentos fuente de AGPI ω -3 y ω -6, el tipo, duración de la lactancia y asociación con el riesgo de DPP en mujeres madres atendidas en distintos centros de salud de gestión pública y privada en la ciudad de Córdoba entre mayo y junio del 2019.

La muestra estuvo constituida por 50 mujeres/madres con un promedio de edad de 29,1 años y la mayoría de ellas (52%) se encontraban en los primeros dos meses postparto. El 60% de las mujeres evaluadas tenía un sólo hijo; respecto al nivel de instrucción el 40% estaba cursando o no finalizó estudios terciarios y/o universitarios y 24% completó uno de estos dos niveles. Además, todas las madres se encontraban entre un NSE medio (74%) y alto (26%).

Al evaluar el riesgo de DPP materno, más de la mitad de las mujeres (58%) no obtuvo un puntaje que indique riesgo de DPP y la mayor proporción de este grupo (38%) cursaba los dos primeros meses postparto. Del 42% de mujeres que presentaron riesgo de DPP, la mayoría cursaba entre el tercer y cuarto mes postparto (20%). Estos datos sugieren que un gran porcentaje de mujeres presentan síntomas depresivos perinatales, lo que resulta de gran importancia ya que justifica la detección temprana de mujeres en riesgo durante el postparto como método de prevención y acompañamiento oportuno y adecuado. En nuestro país, Paolini et al. (2010) utilizaron la EDPE en el postparto inmediato y hallaron que el 75,6% de las mujeres bonaerenses presentaban síntomas depresivos, valor superior a lo encontrado en el presente estudio (67). Estos resultados son consistentes a numerosos estudios que aplicaron la EDPE en distintos países de América Latina: Masías y Arias (2015) describieron una prevalencia para riesgo de DPP en mujeres peruanas del 59,3% (68), Ortiz et al. (2015) en un 40,20% de mujeres colombianas (69), Poó et al. (2008) en un 50,7% de mujeres chilenas (70) y Urdaneta et al. (2009) en un 96% de mujeres venezolanas, valor muy superior a los anteriores (71). Los resultados de esta investigación sumado a la evidencia ofrecida por los estudios mencionados, demuestran que la DPP es un problema de salud pública frecuente en la región.

El embarazo y el postparto suponen una etapa en la que el riesgo de aparición de deficiencias nutricionales se incrementa, es por ello que la alimentación materna representa un factor clave en este período vital y puede influir en la aparición o desarrollo de trastornos del estado de ánimo (7). En Argentina, el perfil alimentario tradicional está caracterizado por

un alto consumo de proteínas y grasas animales, obtenidas principalmente de las carnes rojas, y una baja ingesta de pescado, frutas y verduras (72). Al analizar los alimentos fuente de AGPI ω -3 presentes en la alimentación de las mujeres, el consumo de origen animal de éste estuvo dado a través de huevo, pescados y conservas de atún y caballa y el consumo de origen vegetal, por palta, aceituna verde y aceite de oliva. Estos resultados concuerdan con García et al. (2016) donde mujeres puérperas cordobesas también consumieron pescados, atún y caballa en conserva como principales alimentos fuentes de este AGPI (73). Además, estos alimentos fuente tuvieron consumos sumamente bajos, tal como lo evidencian las medias de consumo halladas, teniendo correspondencia con el patrón alimentario tradicional de nuestro país. Siguiendo el informe de consulta de expertos de la FAO 2008, el requerimiento para madres en período de lactancia de AGPI ω -3 sería 0,3 g/día, de los cuales 0,2 g/día deben corresponder al DHA; sin embargo, a pesar de la relevancia de este nutriente para la salud materna y desarrollo infantil, muchas veces las madres no logran una ingesta adecuada, quizá porque desconocen los alimentos fuente o su importancia. Como pudo observarse en el presente estudio, el mayor porcentaje de las mujeres (68%) realizó un consumo menor a lo recomendado y tuvieron una ingesta media de AGPI ω -3 de 0,28 g/día, siendo la ingesta media diaria mayor de DHA (0,19 g/día) que de EPA (0,09 g/día).

En cuanto a los alimentos fuente de AGPI ω -6, las mujeres registraron un consumo de origen animal realizado principalmente por pollo sin piel, lácteos enteros, lácteos descremados, quesos, carnes rojas magras y grasas, y el consumo de origen vegetal por aceite de girasol y maní. Según la FAO 2008, el consumo de AGPI ω -6 está estipulado en 2-3% de energía total y se encontró que la totalidad de las mujeres cumplió esta recomendación e incluso la superó, siendo el 7,3% del VET el consumo promedio de este nutriente. Las mujeres tuvieron una ingesta media de AGPI ω -6 de 23,63 g/día, siendo ampliamente superior la ingesta promedio de LA (21,90 g/día) que de AA (0,27 g/día) y GLA (1,45 g/día).

Según el informe de expertos de la FAO (27), las ingestas de ambos tipos de AGPI se deben situar dentro de las recomendaciones ya que una razón ω -6/ ω -3 diferente, alteraría el metabolismo lipídico y reduciría la formación de DHA y EPA. Este hecho contrasta con el elevado consumo de AGPI ω -6 de los países occidentales, donde se ubica Argentina y que quedó demostrado en los resultados de este estudio.

En cuanto a estos nutrientes, se determinó una correlación positiva estadísticamente significativa entre la ingesta materna de AGPI ω -6 y el riesgo de DPP (OR 1,14; IC 95%

1,031-1,267), esto posiblemente se deba a que un incremento en la proporción AG ω -6/ ω -3 en sangre podría conducir a la producción creciente de citoquinas proinflamatorias, consistente con la respuesta inflamatoria incrementada en pacientes con depresión planteado por Gutiérrez García y Contreras (2008) (74). No así con la ingesta de AGPI ω -3, que la correlación no alcanzó a ser estadísticamente significativa en esta investigación, posiblemente por el pequeño tamaño muestral. Sin embargo, el valor de OR encontrado (OR 0,35; IC 95% 0,051-2,484) puede sugerir un posible efecto protector de estos. Existen numerosos estudios que afirman que el AGPI ω -3 es un factor asociado a la depresión en el embarazo y postparto (6,75,76,77) aunque es necesario mayor indagación para afirmar el efecto o la causalidad, puesto que los resultados son mixtos. Por un lado, Otto et al. (75) evidencian de que la disponibilidad sanguínea de DHA en el período postparto es menor en las mujeres que desarrollan síntomas depresivos. Por otro, Sallis et al. (76) sugieren una posible relación inversa, donde niveles altos de estos AG podrían incrementar la vulnerabilidad para la DPP, si bien la relación entre EPA, DHA y depresión perinatal no fue significativa en este artículo.

Luego del nacimiento, una de las preocupaciones que requieren la atención materna es la alimentación del bebé. La promoción de la LM se centra en difundir los beneficios para la salud tanto del lactante como de la madre, es por ello que inequívocamente es el método preferible para la alimentación del niño (7). Respecto a la misma, el 84% de las mujeres la practicaba y solo una pequeña parte (16%) brindaba únicamente sucedáneos de leche materna. Del total que amamantaban, casi la mitad (46%) ofrecía LME y 38% ofrecía LM mixta acompañada de sucedáneos. Estos hallazgos son superiores a los resultados de la “Encuesta Nacional de Lactancia Materna Argentina” (ENaLac) del año 2017 (78) para Córdoba, donde el 36% de las madres cordobesas amamantaba exclusivamente. En cuanto a la duración, se encontró que las madres que amamantaron lo habían hecho en promedio durante 1,8 meses al momento de la entrevista, tiempo que coincide con los meses postparto que cursaba la mayoría de las madres.

Esta investigación mostró que la presencia de LM se asocia a una menor ocurrencia de riesgo para DPP según la EDPE en las mujeres en postparto (OR 0,05; IC 95% 0,003-0,972), evidenciando la posible asociación entre LM y salud mental materna confirmada en múltiples artículos internacionales, aunque los resultados no sean concluyentes sobre la dirección de la asociación. En relación a esto, Olza et al. (2017) establecen que la dificultad

que presenta la lactancia puede ser un síntoma o un desencadenante de depresión en algunas mujeres (79); Ortiz et al. (2015) concluyeron que el hecho de no poder lactar es un factor asociado a DPP (69) y Figueiredo et al. (2013) apoyaron esta premisa, concluyendo que si bien la dirección sigue poco clara, existe en la literatura evidencia acerca del efecto protector que brinda la LM frente a la DPP, debido a que promueve una respuesta hormonal en la madre, atenuando los niveles del cortisol y por ende, el estrés materno. Además, ayuda a la regularización del sueño materno y mejora el desarrollo afectivo-psicosocial entre madre-hijo (80). Evidencia de lo contrario la dan Vieira et al. (2018) demostrando que la DPP se configura como un factor de riesgo para la LME, determinando además que la autoeficacia para el amamantamiento es un factor de protección para la LME (11). Finalmente, Borra et al. (2015) reportaron que la relación entre síntomas de DPP y amamantamiento parece estar mediada por la intención de la mujer, durante la gestación, de practicar LM después del nacimiento y, por lo tanto, no poder amamantar como se esperaba aumenta el riesgo de DPP (81). Estos últimos observaron, además, que los efectos beneficiosos de la LM fueron más fuertes a las 8 semanas después del nacimiento, y que la asociación fue más débil a partir de los 8 meses. Esta parece ser una posible explicación para la asociación entre el riesgo de DPP que se incrementa a medida que aumenta el tiempo transcurrido desde el parto -meses postparto- (OR 1,77; IC 95% 1,057-2,979) hallado en este estudio, donde la mayor parte de las madres eran lactantes; abriendo una posibilidad para estudios futuros.

Finalmente, se determinó que hay una asociación entre el riesgo de DPP con el NSE materno ($p=0,047$). Como en este, otras investigaciones (39, 70, 71) evidencian la relación, más cabe destacar, que en la presente investigación ninguna mujer se clasificó para NSE bajo. Este estrato social podría recibir mayor impacto del riesgo de síntomas depresivos en puérperas según lo reportado por Mendoza et al. (2015) que encontró una asociación entre DPP y bajo NSE en mujeres chilenas (31), similar a lo referido por Hurtado (2017), que encontró una mayor tendencia a la depresión en las pacientes con un NSE bajo en relación con el alto (82).

Es claro el desafío fisiológico enfrentado en el postparto, pero se ha encontrado que el peso de las variables biológicas en la relación de la DPP aún no ha podido demostrarse de forma consistente, probablemente debido a la diversidad de variables confundentes que interaccionan en la compleja red causal de los procesos de salud. Se torna necesario profundizar su estudio, de manera tal que puedan incluirse otras variables psicosociales y

contextuales que permitan una mejor comprensión e interpretación de la DPP.

Este trabajo de investigación presenta ciertas limitaciones, en cuanto al acotado número de la muestra, la elección de los establecimientos no fue al azar, la inexistencia de espacios disponibles en las instituciones para realizar de una manera óptima las entrevistas y la posible existencia de sesgo en el relevamiento de datos por sobreestimación o subestimación de la propia ingesta, por parte de las mujeres participantes. No obstante, la utilización de un cuestionario de frecuencia alimentaria validado en la población local y ampliamente utilizado en numerosos estudios epidemiológicos realizados en Córdoba, ha contribuido a minimizar estos sesgos.

Para finalizar, esta investigación alcanza a evidenciar que la mujer se enfrenta con la maternidad a un desafío único en su vida, donde demuestra la capacidad de enfrentar situaciones novedosas, adaptándose a los cambios necesarios para lograrlo. Este rol también se modifica por apreciaciones sociales desde donde el autocuidado de la madre se ha ido empoderando y demanda en servicios de salud su adecuada oferta. Es una necesidad en nuestro medio incorporar a las prácticas profesionales el enfoque de género y la interdisciplina, para una atención integral de la salud, y particularmente en la atención de los problemas y trastornos mentales, poco visibilizados al abordar a la mujer púérpera.

Si bien el interés en la temática es creciente, la mayoría de los estudios nacionales, regionales e internacionales indican que la atención del postparto todavía se centra en el cuidado del recién nacido, circunscribiendo la atención al aparato genital de la mujer púérpera. Se destaca que esta investigación es uno de los primeros estudios realizados en lo que respecta a la temática en la provincia de Córdoba y propone profundizar acerca del estudio de AGPI ω -3 y ω -6 en el puerperio y su implicancia en la salud mental materna, considerándose una parte inicial para tal fin.

Es de importancia para la salud pública reconocer la DPP oportunamente y así contribuir a la asistencia de mujeres y familias de manera integral e interdisciplinaria. Cabe destacar el rol del Licenciado en Nutrición en ese proceso, participar del desarrollo de políticas públicas y estrategias que fomenten el acceso y consumo adecuado de éstos AGPI debido a su importancia para el período de lactancia y para la salud mental; visibilizar las necesidades de la mujer en edad reproductiva y sus derechos individuales, realizando monitoreo alimentario-nutricional de esta etapa para detectar deficiencias o excesos de estos nutrientes de manera precoz y poder tomar medidas pertinentes. Finalmente, es necesario

proveer soporte profesional para las mujeres que desean amamantar; pero también para las que no lo desean o para mujeres que tenían intenciones, pero no han podido lograrlo, enfatizando en la libre elección materna.

CONCLUSIONES

Del presente estudio realizado en la ciudad de Córdoba, en mayo-junio del año 2019 en un total de 50 mujeres puérperas, puede concluirse que:

- * La media de AGPI ω -3 consumido fue de 0,28 g/día, siendo mayor la ingesta de DHA que de EPA.
- * La ingesta de ω -3 fue nula en un importante número de madres (22%).
- * Se pudo observar que el consumo de alimentos fuente de ω -3 provenían de huevo, pescados, conservas de atún y caballa, palta, aceituna verde y aceite de oliva.
- * Los AGPI ω -6 fueron aportados por mayor variedad de alimentos en su mayoría de origen animal.
- * La media de ω -6 consumido fue de 23,64 g/día; y 7,3% del valor energético total.
- * El consumo en g/día de LA fue notablemente superior que el del GLA y AA.
- * Solo el 32% de las madres cubrió la recomendación de consumo de AGPI ω -3 y la totalidad de la muestra cumplió la de ω -6, superándola ampliamente.
- * 16% de las madres no lactaba, 46% ofrecía LME y 38% LM acompañada de sucedáneos de leche materna.
- * 42% presentó riesgo de DPP según la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo.
- * Se encontró relación estadísticamente significativa para determinar la relación entre riesgo de DPP con la presencia de LM, los meses postparto, la ingesta de AGPI ω -6 y el NSE de las mujeres en postparto.
- * No se encontró relación estadísticamente significativa para determinar la relación entre el consumo de ω -3 materno y el riesgo de DPP.

La hipótesis planteada se acepta parcialmente ya que, la mayor proporción de las mujeres en este estudio no presentó riesgo para DPP y, sin embargo, la mayoría ofrece LM y en su alimentación no cumplen con las recomendaciones para la ingesta diaria de AGPI ω -3 y cumplen con las de AGPI ω -6, establecidas por la FAO 2008 para mujeres en período de lactancia; relacionado con los hábitos alimentarios locales. Estos resultados son significativos debido a la importancia de estos nutrientes para la salud materna y para el desafío fisiológico y psicológico enfrentado en el postparto y la maternidad.

Se espera que este trabajo sirva como herramienta de apoyo para la realización de investigaciones complementarias futuras, que permitan ahondar sobre esta temática y obtener datos de ingesta de estos nutrientes a nivel poblacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mirabal Martínez G, Martínez MM, Pérez Domínguez D. Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia. *Rev Cubana Enfermer*. 2002;8(3):175-183.
2. Grande MC, Román MD. *Nutrición y salud materno infantil*. 2a ed. ampliada. Córdoba: Brujas; 2015.
3. Stuebe AM, Grewen K, Meltzer-Brody S. Association between maternal mood and oxytocin response to breastfeeding. *J Womens Health (Larchmt)*. 2013; 22(4):61-352.
4. Tapia A. Nutrición durante períodos específicos del ciclo vital: embarazo, lactancia, infancia, niñez y vejez. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2004;69(5):399-403.
5. Latham MC. Nutrición durante períodos específicos del ciclo vital: embarazo, lactancia, infancia, niñez y vejez. *Nutrición humana en el mundo en desarrollo*. [Internet]. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). Roma; FAO; 2002. [citado 8 mayo 2018]. Disponible en:
<http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s0a.htm>.
6. Tapia SA. Ácidos grasos omega-3 para la prevención y tratamiento de las depresiones en el embarazo y post parto. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2004;69(5):399-403.
7. Cox JT, Carney VH. Nutrición para la salud reproductiva y la lactancia. En: Mahan KL, Raymond JL, editores. *Krause, Dietoterapia*. 14° Ed. España: Elsevier; 2017;289-300.
8. Latorre JF, Contreras Pezzotti LM, García Rueda S, Arteaga Medina J. La depresión postparto en madres adolescentes de Bucaramanga. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2006; 57(3):147-155.
9. Lara MA, Patiño P, Navarrete L, Nieto L. Depresión postparto, un problema de salud pública que requiere de mayor atención en México. *Gob.mx* [Internet]. México [citado 3 septiembre 2018] Disponible en:
<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/280078/2-depresionpostparto.pdf>.
10. Moreno Zaconeta A, Domingues Casulari da Motta L, França PS. Depresión postparto: prevalencia de test de rastreo positivo en púerperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. *Rev Chi Obstet Ginecol*. 2004; 69(3):209-213.
11. Vieira ES, Caldera NT, Eugenio DS, Lucca MM, Silva IA. Autoeficacia para la lactancia materna y la depresión posparto: estudio de cohorte. *Rev. Latino-Am. Enfermería*. 2018;26:30-35.

12. Casado ME, editora. Período de postparto: recursos para una atención humanizada. [Internet]. Santiago, Chile: ICIMER: Instituto Chileno de Medicina Reproductiva; 2006 [citado 7 septiembre 2018]. Disponible en: https://www.icmer.org/documentos/lactancia/recursos_postparto_mec.pdf.
13. Moreno Mojica C, Rincón Villa Mil T, Arenas Cárdenas YM, Sierra Medina D, Cano Quintero AP, Cárdenas Pinzón DL. La mujer en postparto: un fenómeno de interés e intervención para la disciplina de enfermería. *Rev Cuid*. 2014;5(2):47-739.
14. Díaz S. El periodo postparto. [Internet]. Chile: Unicef Chile; 2001. [citado 24 mayo 2018] Disponible en: <http://www.unicef.cl/lactancia/mod04/index.html>.
15. González Marino MA. La lactancia y la madre. *Médicas Vis*. 2012; 25(1):55-62.
16. Instituto chileno de Medicina Reproductiva [Internet]. Santiago: ICIMER; 2006 [citado 31 enero 2019]. Nutrición de la mujer en el postparto. Disponible en: https://www.icmer.org/documentos/lactancia/nutricion_de_mujer_en_postparto.pdf.
17. Macías SM, Rodríguez S, Ronayne de Ferrer PA. Leche materna: composición y factores condicionantes de la lactancia. *Arch Argent Pediatr*. 2006;104 (5):423-430.
18. Vargas Bonilla A. La lactancia materna y sus beneficios. *Enferm Actual Costa Rica*. 2008; 100 (15):1-9.
19. Dennis CL, McQueen K. The relationship between infantfeeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review [Abstract]. *Pediatrics*. 2009;123:736–751.
20. Taveras EM, Capra AM, Braveman PA, Jensvold NG, Escobar GJ, Lieu TA. Clinician Support and Psychosocial Risk Factors Associated With Breastfeeding Discontinuation [Abstract]. *Pediatrics*. 2003; 112:108–115.
21. Watkins S, Meltzer-Brody S, Zolnoun D, Stuebe A. Early breastfeeding experiences and postpartum depression [Abstract]. *Obstet Gynecol*. 2011; (118):214–221.
22. Quihui Andrade AL. Estrés materno y el desarrollo infantil en comunidades del sur del estado de Sonora [Tesis]. México: Universidad de Sonora; 2003.
23. Belloch A, Sandín B, Ramos F. Manual de psicopatología Volumen II. España: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U; 2009.
24. Valentine CJ, Wagner CL. Nutritional Management of the Breastfeeding Dyad. *Pediatr Clin N Am*. 2013;(60):261–274.

25. Dois Calderón A. Actualizaciones en Depresión posparto. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2012; 38(4):576-586.
26. Marshall J, Baston H, Hall J. Guía de enfermería obstétrica y materno-infantil lactancia. 1ra ed. Barcelona: Elsevier; 2018.
27. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), Fundación Iberoamericana de Nutrición (FINUT). Grasas y ácidos grasos en nutrición humana: consulta de expertos [Internet]. Granada, España: FAO y FINUT; 2012 [citado 26 julio 2018]. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/017/i1953s/i1953s.pdf>.
28. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de la depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalía-t 2013/06.
29. Campos Arias A, Ayola Castillo C, Peinado Valencia HM, Amor Parra M, Cogollo Z. Escala de Edinburgh para depresión posparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2007;58(4):277-283.
30. Medina Serdán E. Diferencias entre la depresión posparto, la psicosis posparto y la tristeza posparto. *Perinatol Reprod Hum.* 2013;27(3):93-185.
31. Mendoza BC, Saldivia S. Actualización en depresión posparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev Med Chile.* 2015;(143):887-894.
32. O'Hara MW. Postpartum depression: Causes and consequences. Series in Psychopathology. Iowa United States: University of Iowa, 2013.
33. Thurgood S, Avery DM, Williamson L. Postpartum depression (PPD). *J Appl Clin Med Phys.* 2009;6(2):17-22.
34. Rai S, Pathak A, Sharma I. Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian J Psychiatry.* 2015;57(2):216.
35. Roy Byrne P. Postpartum blues and unipolar depression: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis. *Matern Child Health J.* 2017;21(4):903–914.
36. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2014;28(1):3-12.

37. Takahashi Y, Tamakoshi K. Factors associated with early postpartum maternity blues and depression tendency among Japanese mothers with full-term healthy infants. *Nagoya J Med Sci* 2014 Feb;76(1-2):129-138.
38. Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5ta ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2013.
39. De la Aorta MS. Factores psicosociales que intervienen en el desarrollo de la depresión postparto en usuarias de 16 a 24 años atendidas en el Centro de Salud N° 3 [tesis]. Guayaquil Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2018.
40. Perez, L.B. Análisis de escalas diagnósticas para la identificación del postparto blues. Vizcaya, España: Euskal Herriko Unibertsitatea; 2016.
41. Oviedo Lugo GF, Mondragón VJ. Trastornos afectivos posparto. *Universitas Médica*. 2006;47(2):40-131.
42. Ros E, López Miranda J, Picó C, Rubio MA, Babio N, Sala Vila A et al. Consenso sobre las grasas y aceites en la alimentación de la población española adulta; postura de la Federación Española de Sociedades de Alimentación, Nutrición y Dietética (FESNAD). *Nutr Hosp*. 2015;32(2):435-477.
43. Mahan KL. Apéndice 34: Datos nutricionales sobre los ácidos grasos esenciales (omega). En: Raymond JL editor. *Krause, Dietoterapia*. 14° Ed. España: Elsevier; 2017. p. 1047-1048.
44. Asaduroglu A. Lípidos. En: Asaduroglu A. *Manual de Nutrición y Alimentación Humana*. Córdoba Argentina: Brujas; 2016. 87-162.
45. Soborg Husted K, Bouzinova E. The importance of n-6/n-3 fatty acids ratio in the major depressive disorder. *Medicina*. 2016;(52):139-147.
46. Koletzko B, Cetin I, Brenna JT. Dietary fat intakes for pregnant and lactation women. *Br J Nutr*. 2007;98:7-873.
47. Carlson SE, Colombo J, Gajewski BJ, Gustafson KM, Mundy D, Yeast J et al. DHA supplementation and pregnancy outcomes. *Am J Clin Nutr*. 2013;97:15-808.
48. Martin DS, Vallejos F. Consumo de ácidos grasos omega-3 y omega-6 de origen dietario en mujeres embarazadas en el segundo y tercer trimestre de gestación en dos instituciones asistenciales de la ciudad de Córdoba [tesis]. Córdoba, Argentina: Universidad Nacional de Córdoba; 2016.
49. McKean KN, Mazon MO. Nutrición en la lactancia. En: McKean KN, Mazon MO, editores. *Krause, Dietoterapia*. 14° Ed. España: Elsevier; 2017. 300-313.

- 50.** Valentine CJ, Morrow G, Pennell M, Morrow AL, Hodge A, Haban-Bartz A et al. Randomized controlled trial of docosahexaenoic acid supplementation in midwestern U. S. human milk donors. *Breastfeed Med.* 2013; 8(1): 86–91.
- 51.** Urdaneta MJ, Rivera SA, García IJ, Guerra VM, Baabel ZN, Contreras BA. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la Escala de Edimburgo. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2010;75 (5):20-312.
- 52.** Mena NP. Suplementación en lactancia materna. *Rev Chill Pediatr.* 2002;73(3):28-225.
- 53.** Hamdan A, Tamim H. The relationship between postpartum depression and breastfeeding [Abstract]. *Int J Psychiatry Med.* 2012;43(3):59-243.
- 54.** Aguayo Maldonado A, Gómez Papí A, Hernández Aguilar MT, Lasarte Velillas JJ, Lozano de la Torre MJ, Pallas Alonso CR. *Manual de Lactancia Materna de la teoría a la práctica.* 2da edición. Madrid: Editorial Panamericana, 2009.
- 55.** Pineda EB, Alvarado ML. *Metodología de la investigación.* 3ra Edición. Washington D.C.: OPS. 2008.
- 56.** Bonita R, Beaglehole R, Kjellstrom T. *Epidemiología básica.* 2 edición. Organización Mundial de la Salud: Washington D.C.; 2008.
- 57.** Asale R. *Diccionario de la lengua española - Edición del Tricentenario* [Internet]. *Diccionario de la lengua española.* [citado 23 agosto 2018]. Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=EN8xffh>.
- 58.** Ministerio de Salud. *Ciclo de vida* [Internet]. Bogotá: Ministerio de salud y protección social; 2013 [actualizada 6 septiembre 2018; citado 8 septiembre 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx>.
- 59.** Asale R. *Diccionario de la lengua española - Edición del Tricentenario* [Internet]. *Diccionario de la lengua española.* [citado 30 agosto 2018]. Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=KOGiy39>.
- 60.** INDEC, Sistema de estadísticas sociodemográficas, área Educación [Internet]. Argentina: Instituto Nacional de Estadística y Censos; [citado 27 julio 2018]. Disponible en: https://www.indec.gov.ar/nuevaweb/cuadros/7/definiciones_sesd_educacion.pdf.
- 61.** Sociedad Argentina de Investigadores de Marketing y Opinión [Internet]. Buenos Aires: Estudio Relieve; [citado 5 mayo 2018]. Disponible en: <http://www.saimo.org.ar/archivos/observatorio-social/NSE2006-23nov2006-Informe-final.pdf>.

62. Burgess A, Glasauer P. Guía de nutrición de la familia [Internet]. Roma: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación: 2006 [citado 25 de mayo 2018]. Disponible en <http://www.fao.org/3/a-y5740s.pdf>.
63. Castro González MI. Ácidos grasos omega 3: beneficios y fuentes. *Interciencia*. 2002;27(3):128-136.
64. Ascaso TC, García EL, Navarro P, Aguado J, Ojuel J, Tarragona MJ. Prevalence of postpartum depression in spanish mothers: comparison of estimation by mean of the structured clinical interview for DSM-IV with the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Med Clin (Barc)*. 2003;120:9-326.
65. Navarro A, Osella AR, Guerra V, Muñoz SE, Lantieri MJ, Eynard AR. Reproducibility and validity of a food-frequency questionnaire in assessing dietary intakes and food habits in epidemiological cancer studies in Argentina. *J Exp Clin Cáncer Res*. 2001; 20(3):8-203.
66. Navarro A, Cristaldo PE, Andreatta MM, Díaz MP, Muñoz SE, Lantieri MJ, et al. Atlas de Alimentos. Córdoba: Editorial Universidad Nacional de Córdoba; 2007. 86 p.
67. Paolini CI, Oiberman AJ, Balzano S. Factores psicosociales asociados a un alto, medio y bajo riesgo de síntomas depresivos en el posparto inmediato. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2012;12(1):65-73.
68. Masías Salinas MA, Arias Gallegos WL. Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú. *Rev Med Hered*. 2018;29(4):226-231.
69. Ortiz R, Gallego C, Buitron E, Meneses Munoz N, González MA. Prevalencia de tamiz positivo para depresión postparto en un hospital de tercer nivel y posibles factores asociados. *Rev. Colombiana de Psiquiatría*. 2016;45(4): 253-261.
70. Póo F AM, Espejo SC, Godoy PC, Gualda de la C M, Hernández OT, Pérez HC. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. *Rev. méd. Chile*. 2008;136(1):44-52.
71. Urdaneta MJ, Rivera SA, García IJ, Guerra VM, Baabel ZN, Contreras BA. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Rev. chil. obstet. ginecol*. 2011;76(2):102-112.
72. Pou SA, Niclis C, Aballay LR, Tumas N, Román MD, Muñoz SE, et al. Cáncer y su asociación con patrones alimentarios en Córdoba (Argentina). *Nutr Hosp*. 2014; 29:28-618.
73. García, RA. Peloso Grigolo, MC. Rubbera, VA. Perfil de consumo de alimentos fuente de ácidos grasos omega-3 y trans, y su relación con la calidad lipídica de la leche de madres

lactantes de la Ciudad de Córdoba año 2016 [tesis]. Córdoba Argentina: Universidad Nacional de Córdoba; 2016.

74. Gutiérrez García AG, Contreras CM. El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos. Primera parte. Salud Ment. 2008;31(4):321-330.

75. Otto SJ, de Groot RH, Hornstra G. Increased risk of postpartum depressive symptoms is associated with slower normalization after pregnancy of the functional docosaheanoic acid status. Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids. 2003;69(4):43-237.

76. Sallis H, Steer C, Paternoster L, Davey Smith G, Evans J. Perinatal depression and omega-3 fatty acids: a mendelian randomisation study. J affect disorder. 2014; 166:31-124.

77. Vázquez M B, Míguez M C. Marcadores nutricionales y depresión perinatal. Una revisión. Matronas Prof. 2016; 17(2):70-83.

78. Ministerio de Salud. La Encuesta Nacional de Lactancia Materna (ENaLac) [Internet]. Argentina: Dirección Nacional de Maternidad, infancia y adolescencia; 2018 [actualizada 16 septiembre 2019; citado 18 septiembre 2019]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/plan-reduccion-mortalidad/boletin/lactancia/noti1.php>.

79. Olza I, Ruiz Berdún D, Villarrea S. La culpa es de las madres: promover la lactancia sin presionar a las mujeres. Dilemata. 2017; 25: 217-225.

80. Figueiredo B, Dias CC, Brandão S, Canário C, Nunes Costa R. Lactancia materna y depresión posparto: revisión del estado del arte. Jornal Pedriatic. 2013;89(4):332-338.

81. Borra C, Iacovou M, Sevilla A. New evidence on breastfeeding and postpartum depression: the importance of understanding women's intentions. Matern Child Health J. 2015;19:897.

82. Pinos Vergara EA. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en el Hospital Darío Machuca Palacios del Cantón La Troncal, 2017- 2018 [tesis]. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2019. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/32251/1/TESIS.pdf>

ANEXOS

Anexo 1:

TABLA DE CARACTERÍSTICAS TÍPICAS DE SEGMENTOS DE LA AAM

Segmento	Ocupación principal del PSH		Educación del PSH
	Calificación	Descripción	
AB	Profesional	<ul style="list-style-type: none"> Socio/dueño de empresas medianas o grandes. Directivos de grandes empresas. Rentista. 	<ul style="list-style-type: none"> Universidad completa. Posgrado.
C1	Profesional	<ul style="list-style-type: none"> Directivos de pymes. Directivos de 2da. línea de gran empresa. Socio/dueño de empresas pequeñas. Profesionales independientes con ocupación plena. Profesional dependiente. Rentista. 	<ul style="list-style-type: none"> Universidad completa. Posgrado.
C2	Técnico profesional	<ul style="list-style-type: none"> Profesional dependiente. Profesionales independientes sin ocupación plena. Jefes en empresas medianas y grandes. Docente universitario ocupado pleno. 	<ul style="list-style-type: none"> Universidad incompleta. Terciario completo.
C3	Técnico	<ul style="list-style-type: none"> Empleado. Jefes de empresas chicas y medianas. Cuentapropista ocupado pleno. Docente primario/ secundario ocupado pleno. Jubilados/pensionados c/educación terciaria completa. 	<ul style="list-style-type: none"> Secundaria completa. Terciaria incompleta. Universitaria incompleta.
D1	Operario sin calificación	<ul style="list-style-type: none"> Empleado. Cuentapropista de calificación operario. Jubilados/ pensionados c/educación secundaria completa. 	<ul style="list-style-type: none"> Secundaria incompleta. Primaria completa.
D2	Sin calificación	<ul style="list-style-type: none"> Empleado. Cuentapropista no calificado. Empleada doméstica. Jubilados/pensionados c/educación primaria o inferior. 	<ul style="list-style-type: none"> Primaria incompleta.
E	Sin calificación	<ul style="list-style-type: none"> Trabajo inestable. Cartonero. Plan "Trabajar". 	<ul style="list-style-type: none"> Primaria incompleta. Sin estudios.

TABLA DE ASIGNACIÓN DE NIVELES

NSE			Adaptación categórica para el presente trabajo
7	AB	Alto	Alto
6	C1	Medio alto	
5	C2	Medio medio	Medio
4	C3	Medio bajo	
3	D1	Bajo superior	
2	D2	Bajo inferior	Bajo
1	E	Marginal	

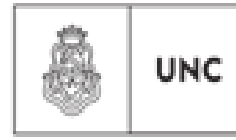
OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE NSE

NSE	Ocupación principal del PSH		Educación del PSH
	Categoría	Descripción	
Alto	A	<ul style="list-style-type: none"> ● Socio/a - dueño/a – directivo/a de empresas grandes, medianas y/o pequeñas. ● Profesionales independientes/ dependiente con ocupación plena. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Universitario completo. ● Posgrado.
Medio	B	<ul style="list-style-type: none"> ● Profesional dependiente. ● Profesional independiente sin ocupación plena. ● Jefe/a en empresas grandes, medianas y/o pequeñas. ● Cuentapropista ocupado pleno. ● Docente primario/ secundario/ universitario con ocupación plena. ● Cuentapropista de calificación operaria. ● Empleado/a con ocupación plena. ● Jubilado/a o pensionado/a con educación terciaria/ secundaria completa. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Universitario/ terciario completo/ incompleto. ● Secundario completo/ incompleto. ● Primaria completa.
Bajo	C	<ul style="list-style-type: none"> ● Empleado/a sin ocupación plena. ● Cuentapropista no calificado. ● Trabajo inestable. ● Planes estatales de trabajo. ● Jubilado/a o pensionado/a con educación primaria o inferior. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Primaria completa/ incompleta. ● Sin estudios.

Anexo 2:



FCM
Facultad de
Ciencias Médicas



UNC
Universidad
Nacional
de Córdoba

Código del participante

Los datos son confidenciales y están resguardados por el secreto estadístico

USO INTERNO		
No llenar los datos de estos recuadros		
Ingresada Fecha	Controlada Fecha	Corregida Fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nombre entrevistador/a

Fecha / / Hora comienzo : hs Duración min

1. Fecha nacim. / / Edad años -Adulta -Adulta joven

2. N° de hijos -Un hijo -Hasta tres hijos -Más de tres hijos

3. Fecha de nac. del último hijo/a -----> Meses de postparto Etapa del postparto:
-Puerperio
-Postparto

4. Enfermedades crónicas: SI NO
¿Cuál/es? _____

Marque con un círculo la opción correcta

5. Lactancia materna: SI NO

6. Tipo de lactancia:

<input type="text"/>	LME
<input type="text"/>	LME + Fórmula y/o leche vaca
<input type="text"/>	Sólo fórmula y/o leche vaca



FCM
Facultad de
Ciencias Médicas



UNC

Universidad
Nacional
de Córdoba

Código del participante _____

7. Duración de amamantamiento:

<input type="checkbox"/>	Nunca
<input type="checkbox"/>	Hasta los 3 meses
<input type="checkbox"/>	Más de 3 meses

8. Máximo nivel de instrucción alcanzado

<input type="checkbox"/>	Primario completo	<input type="checkbox"/>	Primero incompleto
<input type="checkbox"/>	Secundario completo	<input type="checkbox"/>	Secundario incompleto
<input type="checkbox"/>	Terciario completo	<input type="checkbox"/>	Terciario incompleto
<input type="checkbox"/>	Universitario completo	<input type="checkbox"/>	Universitario incompleto
<input type="checkbox"/>	Sin estudios	<input type="checkbox"/>	

9. Ocupación del principal sosten del hogar: _____ NSE: -bajo -medio -alto

Categoría A: socio/a; dueño/a; directivo/a de empresas, profesional independiente con ocupación plena, profesional dependiente con ocupación plena.

Categoría B: profesional dependiente, profesional independiente sin ocupación plena, docente universitario/secundario/primario de ocupación plena, jefe/a de empresa, empleado/a con ocupación plena, jubilado/a y/o pensionado/a con educación secundaria completa.

Categoría C: trabajo inestable, planes estatales de trabajo, jubilado/a y/o pensionado/a con educación primaria incompleta/completa, desocupado/a.

Alimentación

¿Podes decirnos dos de tus comidas preferidas?

1- Nombre _____

Principales ingredientes y forma de cocción _____

¿Cuántas veces al mes la comes? _____

¿Quién la prepara? _____

2- Nombre _____

Principales ingredientes y forma de cocción _____

¿Cuántas veces al mes la comes? _____

¿Quién la prepara? _____

¿Cuántas comidas realizas al día? (marcar con una X)

-Desayuno

-Cena

-Media mañana

-Otra

-Almuerzo

-Merienda



FCM
Facultad de
Ciencias Médicas



Universidad
Nacional
de Córdoba

Código del participante

ENCUESTA ALIMENTARIA

(¿Qué alimentos consumía habitualmente?)

(¿Con qué frecuencia?)

(¿Qué cantidad?)

COD.	ALIMENTOS Tipos de cocción	N	Frecuencia			Cantidad			Observaciones
			Días/ Mes	Días/ Sem.	Veces /Día	P	M	G	
L808	LECHE DESCREMADA								
L804	LECHE ENTERA								
L832	YOGUR ENTERO								
L243	YOGUR DESCREMADO								
L000	QUESO UNTABLE								
L768	QUESO MANTECOSO								
L337	QUESO SEMI-DURO (Tipo Senda)								
L135	QUESO DE RALLAR								
L380	QUESO RALLADO								
L578	RICOTTA								
H800	HUEVO FRITO								
H380	HUEVO ENTERO								
H000	CLARA								
H000	YEMA								
C000	CARNE DE VACA MAGRA								
C000	CARNE DE VACA GRASA								
C000	CERDO								
C000	POLLO CON PIEL								
C000	POLLO SIN PIEL								
C000	RESCADO (¿Cuales?)								
C000	ATUN/CABALLA ENLATADOS								
C000	MILANESA DE CARNE								Frito?
C000	MILANESA DE CERDO								Frito?
C000	MILANESA DE POLLO								Frito?
C192	MOLEJA								
C284	LENGUA								
C886	CHINCHUJIN								
C000	CHORIZO								
C000	MORCILLA								
C017	BONDIVOLA								
C380	SALAMIN								
C578	JAMON CRUDO								
C388	JAMON COCIDO-PALETA								
C105	MORTADELA								
C724	SALCHICHON								
C383	SALAME								
C306	PANCETA-TOCINO								
C000	SALCHICHA DE VIENA								
C000	HAMBURGUESA (Tipo Patty)								



FCM
Facultad de
Ciencias Médicas



UNC
Universidad
Nacional
de Córdoba

Código del participante

COD.	ALIMENTOS Tipos de cocción	N	Días/ Mes	Días/ Sem.	Veces /Día	P	M	G	Observaciones
V698	ACELGA								
V118	ACHICORIA								
V318	AJO								
V822	ALCAUCIL								
V282	APIO								
V426	ARVEJAS FRESCAS O EN LATA								
V406	BATATA								
V804	BERENJENA								
V889	BERRO								
V017	BROCOLI								
V231	CALABAZA O CALABACIN								
V927	CEBOLLA								
V953	CHAUCHA								
V629	CHOCLO								
V242	COLIFLOR								
V243	ESPARRAGO								
V862	ESPINACA								
V380	LECHUGA								
V016	PAPA FRITA								
V078	PAPA OTRA COCCION								
V404	PEPINO								
V947	PIMIENTO								
V089	RABANITO CRUDO								
V373	REMOLACHA								
V803	REPOLLO								
V000	RUCULA								
V041	TOMATE CRUDO								
V746	TOMATE OTRA COCCION								
V938	ZANAHORIA CRUDA								
V310	ZANAHORIA OTRA COCCIO								
V192	ZAPALLITO								
V269	ZAPALLO								
V000	PALTA								
V000	ACEITUNAS								
F211	ANANA								En lata?
F337	BANANA								
F254	CIRUELA								
F472	DAMASCO								
F432	DURAZNO								En lata?
F663	FRUTILLA								
F077	KIWI								
F208	LIMON								
F675	MANDARINA								
F434	MANZANA								
F242	MELON								
F867	NARANJA								



FCM
Facultad de
Ciencias Médicas



UNC
Universidad
Nacional
de Córdoba

Código del participante

F394	PERA									
F377	POMELO									
F453	SANDIA									
F804	UVA									
COD.	ALIMENTOS Tipos de cocción	N	Días/ Mes	Días/ Sem.	Veces /Día	P	M	G	Observaciones	
N371	MANI								Con sal?	
N373	NUEZ									
N711	ALMENDRA									
N000	PASAS DE UVA									
N000	SEMILLAS (¿Cubles?)								Con sal?	
T379	PAN FRANCES									
T000	PAN LACTAL									
T631	PAN NEGRO									
T613	CRIOLOS									
T301	PAN CON GRASA									
T300	TORTA FRITA									
T297	TORTA									
T303	FACTURAS									
T000	BIZCOCHUELO									
T811	GALLETITAS DULCES									
T892	GALLETITAS SALADAS									
T655	GALLETITAS INTEGRALES									
T920	GRANOS NO INTEGRALES									
T393	GRANOS INTEGRALES									
T188	PASTAS SIMPLES									
T000	PASTAS RELLENAS									
T000	PASCUALINA									
T000	TAPAS DE EMPANADA									
T000	TARTA								De qué?	
T000	EMPANADA								De qué?	
T000	PIZZA									
T000	CEREALES (TIPO COPOS DE MAIZ) SIN AZUCAR									
T000	CEREALES (TIPO COPOS DE MAIZ) CON AZUCAR									
D802	LENTEJA									
D951	SOJA									
D231	POROTO-GARBANZO-ARVEJA									
G262	ACEITE DE GIRASOL (crudo)									
G654	ACEITE DE MAIZ (crudo)									
G338	ACEITE DE OLIVA (crudo)									
G788	ACEITE DE UVA (crudo)									
G993	ACEITE MEZCLA (crudo)									
G075	CREMA DE LECHE (cruda)									
G557	MANTECA (cruda)									
G244	MARGARINA (cruda)									
G607	MAYONESA								Light?	
X000	MOSTAZA									



Código del participante

X000	KETCHUP									
------	---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

COD.	ALIMENTOS Tipos de cocción	N	Días/ Mes	Días/ Sem.	Veces /Día	P	M	G	Observaciones
1803	CAFÉ								
1426	MATE BOMBILLA								
1840	MATE COCIDO								
1089	TE								
M803	CACAO								
A889	AZUCAR								
A916	DULCE DE LECHE								
A242	MERMELADAS								
A089	MIEL								
M052	CARAMELOS								
M840	CHOCOLATES								
M698	GOLOSINAS (ALFAJOR-TURRON)								
M554	HELADOS								
M426	MANTECOL								
M000	TUTUCAS								
M000	CHIZITOS								
M000	PALITOS								
M000	PAPITAS								
B731	GASEOSAS								Marca
B000	GASEOSAS LIGHT								Marca
B000	AGUA SABORIZADA								Marca
B000	AGUA SABORIZADA LIGHT								Marca
B000	JUGOS EN POLVO PARA DILUIR								Marca
B000	JUGOS EN POLVO PARA DILUIR LIGHT								Marca
B269	JUGOS PARA DILUIR AL 20%								Marca

Describir otro/s alimento/s o bebida/s de consumo habitual que no figure/n en el listado (ACLARAR):

COD.	ALIMENTOS Tipos de cocción	N	Días/ Mes	Días/ Sem.	Veces /Día	P	M	G	Observaciones

Sub-total

Total

Hora final

Anexo 3:



Por favor marque con una "X" la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

Los datos son confidenciales y están resguardados por el secreto estadístico

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas

<input type="checkbox"/>	a) Tanto como siempre
<input type="checkbox"/>	b) No tanto ahora
<input type="checkbox"/>	c) Mucho menos
<input type="checkbox"/>	d) No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer

<input type="checkbox"/>	a) Tanto como siempre
<input type="checkbox"/>	b) Algo menos de lo que solía hacer
<input type="checkbox"/>	c) Definitivamente menos
<input type="checkbox"/>	d) No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien

<input type="checkbox"/>	a) Sí, la mayoría de las veces
<input type="checkbox"/>	b) Sí, algunas veces
<input type="checkbox"/>	c) No muy a menudo
<input type="checkbox"/>	d) No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo

<input type="checkbox"/>	a) No, para nada
<input type="checkbox"/>	b) Casi nada
<input type="checkbox"/>	c) Sí, a veces
<input type="checkbox"/>	d) Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

<input type="checkbox"/>	a) Sí, bastante
<input type="checkbox"/>	b) Sí, a veces
<input type="checkbox"/>	c) No, no mucho
<input type="checkbox"/>	d) No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian

<input type="checkbox"/>	a) Sí, la mayor parte de las veces
<input type="checkbox"/>	b) Sí, a veces
<input type="checkbox"/>	c) No, casi nunca
<input type="checkbox"/>	d) No, nada

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir

<input type="checkbox"/>	a) Sí, la mayoría de las veces
<input type="checkbox"/>	b) Sí, a veces
<input type="checkbox"/>	c) No muy a menudo
<input type="checkbox"/>	d) No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada

<input type="checkbox"/>	a) Sí, casi siempre
<input type="checkbox"/>	b) Sí, bastante a menudo
<input type="checkbox"/>	c) No muy a menudo
<input type="checkbox"/>	d) No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando

<input type="checkbox"/>	a) Sí, casi siempre
<input type="checkbox"/>	b) Sí, bastante a menudo
<input type="checkbox"/>	c) Sólo en ocasiones
<input type="checkbox"/>	d) No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

<input type="checkbox"/>	a) Sí, bastante a menudo
<input type="checkbox"/>	b) A veces
<input type="checkbox"/>	c) Casi nunca
<input type="checkbox"/>	d) No, nunca

Anexo 4:



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Documento de Consentimiento Informado para trabajo de investigación para la Licenciatura en Nutrición de la Universidad Nacional de Córdoba, año 2019.

Este formulario se dirige a mujeres que estén cursando su periodo de postparto en la Ciudad de Córdoba durante el año 2019.

Mediante este documento se le está invitando a usted a ser partícipe de un trabajo de investigación que tiene como objetivo: *analizar el consumo alimentos fuente de ácidos grasos omega-3 y omega-6, el tipo, duración de lactancia y su asociación con el riesgo de depresión postparto*. Si decide participar se **resguardará su identidad** y se tomarán los recaudos necesarios para **garantizar la confidencialidad de los datos personales aportados**.

Su participación incluye responder dos cuestionarios que le tomarán aproximadamente 30 minutos.

Las que llevamos adelante esta investigación para la finalización de nuestros estudios somos: Cattay Evangelina Beatriz, Cejas Aldana Yaet y Miranda Virginia Soledad de la Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Nutrición.

Yo (nombre y apellido)

doy mi consentimiento para participar en el trabajo de investigación titulado "**Consumo de ácidos grasos poliinsaturados omega-3 y omega-6 de origen dietario, lactancia y riesgo de depresión postparto en mujeres de la ciudad de Córdoba**" a cargo del equipo de investigación de este trabajo y la Escuela de Nutrición de la Universidad Nacional de Córdoba.



Este consentimiento se otorga tras considerar que:

- ❖ Se me ha ofrecido **información suficiente y clara** acerca de la investigación.
- ❖ Se me ha dado la oportunidad de **manifestar dudas**, inquietudes u objeciones.
- ❖ Entiendo que mi participación es **voluntaria** y puedo dejar de participar en el momento que desee sin tener que dar explicaciones ni ser sujeto de penitencia o represalias de ningún tipo.
- ❖ Entiendo que los datos son **confidenciales** y que serán resguardados con respeto.
- ❖ Entiendo que la participación en la investigación **no me ocasionará ningún tipo de daño**.
- ❖ Entiendo que no recibiré retribución económica por mi colaboración en la investigación.

Firma

Aclaración