



11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 2
MÉXICO D. F.

DEPRESIÓN POSTNATAL Y SU ASOCIACION CON LA ALIMENTACIÓN AL
SENO MATERNO
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. RODOLFO ARELLANO INFANTE

MÉXICO D. F.

AÑO 2005.

m344277



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEPRESIÓN POSTNATAL Y SU ASOCIACION CON LA ALIMENTACIÓN AL
SENO MATERNO
TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

DR. RODOLFO ARELLANO INFANTE

AUTORIZACIONES

DRA. MARIA DE LA LUZ IBARRA CHAVEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES

U.M.F. No. 2

DRA. CONSUELO A. MEDECIGO MICETE
ASESOR DE TEMA DE TESIS

ASESOR METODOLOGICO DE TESIS

Rosa Lidia de la Rosa Rincón

DRA. DE LA ROSA RINCÓN ROSA LIDIA

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MEDICA

U.M.F. NO. 2

MÉXICO D. F.



AÑO 2005

DEPRESIÓN POSTNATAL Y SU ASOCIACION CON LA ALIMENTACIÓN AL
SENO MATERNO
TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

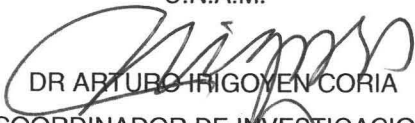
PRESENTA

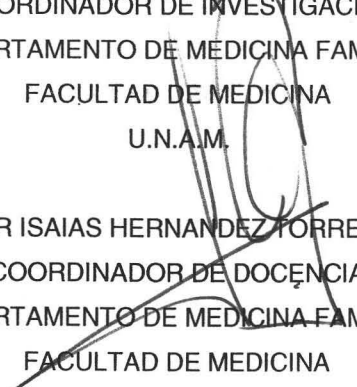
DR. RODOLFO ARELLANO INFANTE

AUTORIZACIONES



~~DR MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA~~
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR ARTURO HIGO VENECORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

MEXICO D. F.

AÑO 2005

INDICE

I.	Introducción.....	6
	Antecedentes.	
II.	Planteamiento del problema.....	11
	Pregunta de investigación.	
III.	Justificación.....	11
IV.	Objetivos del estudio.....	12
	Objetivo General.	
	Objetivo Especifico.	
V.	Hipótesis.....	13
VI.	Pacientes, material y métodos.....	14
	1. Características del lugar donde se realizará el estudio.	
	2.0 Diseño del estudio.	
	2.1 Tipo de estudio.	
	2.2 Grupos de estudio.	
	Criterios de inclusión	
	Criterios de exclusión.	
	Criterios de eliminación.	
	2.3 Tamaño de la muestra.	
	2.4 Definición de variables.	
	2.5 Descripción general del estudio.	
	2.6 Análisis de datos.	
VII.	Factibilidad y aspectos éticos.....	19

VIII Recursos humanos, físicos y financieros.....	20
IX. Cronograma de actividades.....	21
X. Resultados.....	22
XI. Discusión.....	25
XII. Conclusiones.....	25
XIII. Bibliografía.....	27
XIV. Anexos.....	30

I. INTRODUCCION.

Antecedentes:

El embarazo produce en la mujer profundos cambios físicos y psíquicos que tienen lugar en sus relaciones consigo misma, con su familia y con su pareja. Durante el periodo Perinatal comprendido desde la gestación, parto, puerperio y el primer año de vida del producto ⁽¹⁾ estos cambios producen en la mujer estados de ánimo que la pueden llevar a un Desorden Depresivo Mayor (DDM).

Hay cinco claves que nos indican si la mujer puede desarrollar este desorden

- 1.- Al menos una de cada cuatro mujeres ha presentado depresión en algún punto de su vida
- 2.- Los periodos de depresión se presentan más frecuentemente durante los años de crianza de los hijos y cuando menos el 10% de las mujeres lo experimentan durante el embarazo.
- 3.- El Desorden Depresivo Mayor es reconocido ahora como un desorden recurrente con riesgo de recaídas, este riesgo se incrementa después de la suspensión de los antidepresivos.
- 4.- Puede ser causado por los médicos que retiran la medicación antidepresiva al tiempo de la concepción de mujeres que reciben tratamiento.
- 5.- Hay poca información disponible sobre los factores de riesgo específicos para la recaída durante el embarazo, o de estrategias para prevenir estos episodios. (2)

La frecuencia de la depresión posparto reportada en diferentes estudios oscila desde el 11.4% hasta el 34.5%, ^(3,4,5,6,7,8) de éstos, solo el 6.6% pueden desarrollar ideación suicida. La frecuencia de la depresión se incrementa cuando se asocia a historia de violación, conflictos maritales o pérdida perinatal del producto e incluso el intento fallido de amamantar a su hijo. ^(9,10,11)

Por la alta frecuencia en su presentación, es de vital importancia la detección oportuna del cuadro depresivo en la mujer embarazada o durante el puerperio inmediato no solo por el médico familiar, sino también por algunos especialistas que pueden tener contacto con la madre, como podría ser el Pediatra, ⁽¹²⁾ esto con la finalidad de brindar apoyo psicológico oportuno, que en general esta encaminado a tres objetivos a) dar el apoyo humano necesario, b) animar las expresiones de emoción c) animar a las madres a completar el ciclo de duelo. También se ha intentado el manejo con suplemento de ácido decosahexaenoico con lo que se espera abatir la sintomatología depresiva, pero los resultados no son alentadores. ⁽¹³⁾

En 1987 Cox y colaboradores propusieron la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgh (EPDS) que es una encuesta auto aplicable que consta de 10 preguntas que realiza un escrutinio del talante de la mujer en la 5-6 semana de puerperio. ⁽⁶⁾ En México se validó la EPDS en Mayo del año 2000 mediante una muestra realizada por la Dra. Lucia Ortega et al. En el Instituto Nacional de Perinatología encontrando una confiabilidad de 0.75, concluyendo que existe una gran semejanza entre los resultados encontrados en México, con los resultados encontrados en otros países y de manera particular con los realizados en Holanda por el autor del constructo, a pesar de las enormes diferencias culturales entre los dos países.

La EDPE consta de 10 preguntas de opción múltiple que se califican de 0 a 3 puntos las preguntas 1,2 y 4 y las restantes(3,5,6,7,8,9 y 10) de 3 a 0 puntos, si la

calificación del cuestionario es de 12 puntos o mayor se considera que la paciente cursa con un cuadro depresivo que por lo general es auto limitado, si la paciente contesta la pregunta 10 con el puntaje mayor que es de 3 puntos, aunque su calificación general del cuestionario sea menor de 12 se referirá igualmente a apoyo psicológico, ya que esta pregunta explora sobre ideas suicidas y de auto lesión.

En las mujeres hay un pico para el primer ataque de depresión en las primeras 5-6 semanas posparto que puede tener una duración de 3 a 14 meses. ^(14,15) Una de las consecuencias potenciales de la depresión posparto es el impacto negativo que esta condición puede tener en el establecimiento de una relación madre-hijo segura y en el desarrollo cognoscitivo, emocional y conductual óptimo en la descendencia.

De estas consecuencias negativas, una que puede presentarse es la ausencia de Lactancia Materna que explicaría la baja prevalencia de este tipo de alimentación natural en México situándolo en los últimos lugares de los países subdesarrollados, ⁽¹⁷⁾ ya que más del 50% de los niños mexicanos no reciben alimentación al seno materno después de los 6 meses, perdiéndose con esto las ventajas que benefician al binomio.

Las ventajas de la lactancia para la madre son la recuperación física posparto, evita hemorragias posparto, separación de los embarazos ya que se ha comprobado que la mujer no es fértil los primeros 2 meses y levemente fértil hasta los 6 meses, ⁽¹⁸⁾ mientras amamanta descansa y disfruta a su bebe, ahorra mucho dinero, no pierde tiempo porque la leche materna se encuentra disponible y a la temperatura adecuada en cualquier momento o situación, dispone de mayor

tiempo para su arreglo personal, ^(19,20,21) así como menor probabilidad de cáncer mamario y de ovario. ^(22,23)

Los beneficios para el bebé son: superioridad nutricional ya que contiene proteínas, grasas, hidratos de carbono, minerales, vitaminas y agua en las cantidades específicas con una máxima biodisponibilidad para el lactante. ^(18,20, 21) Además el aporte inmunológico principalmente de IgA, IgM, IgG y linfocitos vivos en la leche, protege al niño de enfermedades diarreicas y de infección de vías respiratorias altas incluso otitis media, que son las principales causas de morbilidad y mortalidad en los países subdesarrollados.

En un estudio realizado en Guadalajara, Jalisco México, ⁽¹⁸⁾ se encontraron las siguientes razones por las que madres no amamantaron a sus hijos y son en orden de frecuencia; Insuficiente producción 35%, rechazo del lactante 21.6%, salud de la madre 13.8%, desconfianza 8.7%, causas laborales 4.6%, deseo de la madre 4.1%, salud del niño 3.7%, consejo médico 1.8% y finalmente practica del hospital donde se atendió el parto 0.9%. Como se puede observar los rubros que indican posible influencia de la depresión posparto que serian rechazo del lactante y salud materna suman 45.4% de las causas por la que los lactantes no fueron amamantados.

En nuestra Unidad de Medicina Familiar la población femenina en edad fértil es de 9452 mujeres a Abril/04 y en 2003 se registraron 911 embarazos lo que representa el 10 % de la población fértil, sin embargo solo se captaron 363 atenciones de primera vez durante el mismo año, lo que representa tan solo el 39.84% de los embarazos captados con un promedio mensual de 30.3 atenciones

de puerperio por primera vez, e ignoramos la frecuencia de la lactancia materna en la unidad.

Por lo que considero es de suma importancia saber si la depresión posparto influye sobre la alimentación al seno materno del producto hasta las 8 semanas de edad.

II. PLANTEAMIENTO

Pregunta de investigación.

¿La depresión posparto se asocia con la ausencia de lactancia materna en las primeras 8 semanas de puerperio?.

III. JUSTIFICACIÓN.

La prevalencia de alimentación al seno materno dentro de los primeros 6 meses del posparto, en México es la mas baja en los reportes de los países en desarrollo, problema que puede tener su origen desde el nacimiento ya que puede existir una relación directa entre la depresión posparto y la ausencia de la alimentación al seno materno. Por lo que seria de vital importancia la detección del estado depresivo en la madre para darle el apoyo psicológico necesario y así favorecer la alimentación al seno materno, dando así las ventajas que ofrece esta alimentación natural al lactante.

IV. OBJETIVOS.

Objetivo general.

- Determinar si existe asociación entre la depresión post parto y la ausencia de lactancia materna.

Objetivos Específicos.

- Determinar las características generales de la población de estudio.
- Identificar el porcentaje de puérperas con depresión postnatal.
- Identificar el porcentaje de puérperas sin depresión.

V. HIPÓTESIS.

Determinar si existe alguna asociación entre la depresión post parto y la ausencia de lactancia materna.

VI. PACIENTES, MATERIAL Y METODOS:

1.- Características del lugar donde se realizara el estudio.

La Unidad de Medicina Familiar no.55 del IMSS que pertenece a la Delegación 15 oriente del Estado de México, ubicada en el Barrio de Santa Maria, en Zumpango Estado de México, cuenta con una infraestructura constituida por:

Dirección, Administración Jefatura de Departamento Clínico, Departamento de Medicina Preventiva, Consultorio de Enfermera Materno infantil solo en turno matutino, Servicio de Odontología solo en turno matutino, en el área de Urgencias se encuentra el servicio de Curaciones e Inyecciones así como Atención Médica Continua. Siete consultorios de medicina familiar y servicio de radiodiagnóstico laboratorio, el Programa de planificación familiar lo llevan a cabo los médicos familiares con su población adscrita a su consultorio pues no se cuenta con un modulo especifico, Trabajo Social Médico, Modulo de Orientación e Información. Su área de influencia abarca 94 colonias dentro de los siguientes municipios: Zumpango, San Andrés Jaltenco, Tonanitla, Santana Nextlalpan, San Juan Zitlatepec, Teqixquiac, Hueypoxtlat y San Bartolo Cuautlalpan.

La accesibilidad a la unidad es favorable pues cuenta con servicio de transporte publico que se dirige de Zumpango Estado de México al Metro Indios Verdes, al Metro Carrera o al Metro Cuatro Caminos en el Distrito Federal, así como a Apaxco y Tizayuca en el Estado de Hidalgo. También cuenta con una gran red de Transporte Colectivo que comunican hacia las áreas de influencia de la Unidad.

2.0 DISEÑO DEL ESTUDIO.

2.1 Tipo de estudio

I.- Por el control de las maniobras experimentales del investigador.

- Es de tipo observacional ya que el investigador no podrá modificar intencionalmente las variables.

II.- Por la medición del fenómeno del tiempo.

- Es transversal porque se realizará una sola medición.

III.- Por la presencia de dos grupos.

Es un estudio de tipo descriptivo analítico.

2.2 GRUPO DE ESTUDIO

POBLACION DE ESTUDIO.

En la U.M.F. 55 tiene una población femenina en edad fértil de 9452 mujeres, durante el 2003 se registraron 911 embarazos que representa el 10.3% de la población en edad fértil, en contra parte solo se captó la atención a Puerperio en 363 pacientes que representa el 39.84% de los embarazos registrados. Por lo que se solicitara la captación de puérperas en el servicio de Enfermera Materno Infantil cuando acudan a Atención del Niño Sano para aumentar el número de encuestas.

CRITERIOS DE INCLUSION

Mujeres que hayan tenido parto eutócico o por cesárea sin complicaciones

Mujeres sin complicaciones en el puerperio comprendido en las primeras 8 semanas de posparto.

Mujeres que acepten participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

Mujeres con padecimientos crónicos o agudos que requieran medicación que contraindique la lactancia

Mujeres que no acepten participar en el estudio.

Mujeres con padecimientos mamarios que impidan la lactancia.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

Mujeres con pérdida del producto en el periodo post parto.

Mujeres que no contesten completa la encuesta.

2.3 Diseño de la muestra.

a. Universo.

Todas las pacientes que se encuentren dentro de las primeras 8 semanas de posparto, que acudan a atención durante el mes de Septiembre y Octubre, aunque acudan a consulta por otra causa.

b. Muestra.

Se incluirán todas las pacientes captadas durante el mes de Septiembre y Octubre del presente año,

2.4- DEFINICION DE LAS VARIABLES

1. Variables Dependientes.

VARIABLE DE ESTUDIO	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
Depresión posparto	Trastorno del estado de animo de etiología multifactorial.	Se medirá a través de la Escala de Depresión de Edimburgh.	Catagórica Dicotomica	Si depresión No depresión

2.- Variables independientes.

VARIABLE DE ESTUDIO	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
Escolaridad	Años de estudio formal aprobados a la fecha del estudio.	Se medirá a través de pregunta directa	Catagórica	Analfabeta, primaria completa o incompleta, secundaria completa o incompleta, bachillerato, años de licenciatura
Tipo de población	Si la paciente proviene del medio rural o urbano	Pregunta directa del lugar de residencia	Catagórica	Rural o Urbano
Estado laboral de la madre	Si la paciente labora	Pregunta directa a la paciente	Catagórica	Si trabaja No trabaja

3.- Variables de confusión:

VARIABLE DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
Edad	Tiempo cronológico de vida de un ser humano	Se medirá a través de pregunta directa	Numérica Discreta.	Razón.
Gesta	Numero de embarazos que ha tenido la paciente	Se medirá a través de pregunta directa	Numérica Discreta.	Razón
Paridad	Numero de partos que ha tenido la paciente	Se medirá a través de pregunta directa	Numérica Discreta.	Razón
Información sobre lactancia.	Cualquier tipo de información recibida en platicas, taller o directo de la enfermera	Se medirá a través de pregunta directa	Catégorica Dicotómica	Categorías: Sí No

2.5 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.

Previo presentación del trabajo y aprobación del proyecto por el Comité de investigación, se hará la presentación a las autoridades correspondientes para obtener el apoyo de los Médicos Familiares, de la Enfermera Materno Infantil, de las Asistentes Médicas y de Trabajo Social.

Desde su arribo al consultorio se identificarán a las pacientes que se encuentren dentro de las primeras 8 semanas del puerperio por las asistentes medicas, quienes referirán a la paciente al consultorio No. 1 con el médico responsable del estudio quien dará a las pacientes la información para su Consentimiento Informado y aclarará las dudas que la paciente tenga, si acepta entrar en el estudio se proporcionará el Cuestionario de Edimburgo (anexo 1) y se

llenara la ficha de identificación (anexo 2) El cuestionario una vez resuelto será entregado al medico familiar quien hará la suma de puntos y determinara si es candidata la paciente para su envío a apoyo psicológico en el segundo nivel de atención. En cuanto a las pacientes captadas por la Enfermera Materno Infantil se le pedirá también refiera a las pacientes con el investigador para realizar el mismo procedimiento que con las pacientes enviadas por las asistentes medicas.

2.6 ANALISIS DE DATOS.

La Escala de depresión de Edimburgh será valorada mediante el puntaje obtenido en la contestación de las preguntas según lo señala el autor del constructo. Se manejará una base de datos en el programa SPSS 8.0. Se realizará un estudio descriptivo con frecuencias y proporciones para las variables categóricas y estadística descriptiva con uso de medidas de tendencia central y dispersión en las variables numéricas. Un estudio bivariado para analizar las asociaciones. Los resultados serán presentados en cuadros y gráficos.

VII. FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS.

El estudio es factible porque se cuenta con la población de estudio dado que solo se aplicará una encuesta no requiere de otros recursos.

Este protocolo de investigación se llevará a cabo conforme a los aspectos éticos médicos expuestos en la declaración de Helsinki adoptada por la XVIII Asamblea Médica Mundial (Helsinki Finlandia) en 1964 y revisada por la XXXIX Asamblea Mundial de Tokio Japón en 1975.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

Investigación en Salud Artículo 96II; el conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad la practica médica y la estructura social.

Artículo 100II; podrá efectuarse solo si existe una razonable seguridad de que no se expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación. Se adoptaran todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad del sujeto,

- 1) No se expondrá la integridad física ni personal de los sujetos a estudiar.
- 2) Los sujetos en estudio no necesitan ser voluntarios, ya que no se probara algún método diagnostico o tratamiento nuevo.

VIII RECURSOS HUMANOS, FISICOS Y FINANCIEROS.

Recursos Humanos.

- Jefe de Departamento Clínico.
- Personal médico, asistentes médicos.
- Medico residente del tercer año de la especialidad de Medicina Familiar Semipresencial.
- Enfermera Materno – Infantil.

Recursos fisicos.

Se contempla el uso de las instalaciones de la UMF 55, fichas de identificación, cuestionarios, lápices, goma para borrar, bolígrafos, sacapuntas.

Recursos financieros.

Los gastos que se deriven de la investigación serán cubiertos en su totalidad por el Médico Residente encargado de la investigación.

IX. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO.
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
 DELEGACIÓN 15 ORIENTE DEL ESTADO DE MÉXICO
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 55 "ZUMPANGO"
 JEFATURA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

Depresión postnatal y su asociación con la alimentación al seno materno.									
ACTIVIDAD	MAR 2004	ABR 2004	MAY 2004	JUN 2004	JUL 2004	AGT 2004	SEPT 2004	OCT 2004	NOV 2004
I Limitación del problema	XX	XX							
II Marco Teórico		XX							
III Formulación del proyecto			XX	XX					
IV Recolección de datos							XX	XX	
V Análisis del informe									XX
VI Elaboración del informe									XX
VII Presentación en la unidad									XX
VIII presentación en la reunión de residentes de Medicina Familiar									XX

X RESULTADOS.

Durante el mes de Septiembre y Octubre se realizaron 100 cuestionarios con su respectiva ficha de identificación que arrojaron la siguiente información, la edad promedio fue de 26.3 años, con una media de 25 años y una moda de 23 años, la desviación estándar fue de 5.9 años. El rango de edad fue de 17 a 40 años, es notorio que las menores de 20 años fueron 14 puérperas y las mayores de 35 años fueron 11 puérperas lo que significa que un 25% de las pacientes tenían factores de riesgo por la edad.

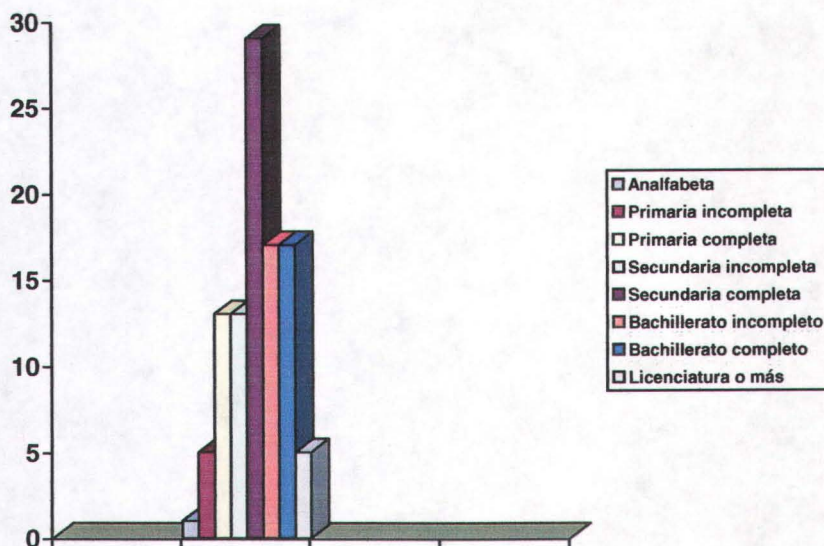
Como se observa en la tabla 1 la procedencia de las pacientes fue 51% urbana 28% semirural y 21% rural.

Tabla No.1 Procedencia de las pacientes

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	21	21
Semirural	28	28
Urbana	51	51
TOTAL	100	100

La escolaridad fue, desde una paciente analfabeta que requirió auxilio en el llenado del cuestionario hasta 5 pacientes con licenciatura o más. (Grafica no.1) llama la atención que el 68% de las pacientes tengan una educación de secundaria a licenciatura aun cuando el 49% de las pacientes provienen del medio rural o semirural. También es notorio que el mayor porcentaje de ausencia de lactancia se encuentra entre las pacientes con secundaria completa con 3 casos lo que representa el 10.3% del total de las pacientes, aunque la mayor incidencia se observa entre las pacientes que tienen escolaridad de licenciatura o más con 20% de ausencia de lactancia y finalmente las pacientes con primaria completa tienen una incidencia del 7.7%.

Grafica no. 1 Escolaridad del grupo de estudio.



La encuesta arrojó que de las 100 puérperas se obtuvieron 39 primigestas y 61 multigestas. Con un total de 217 embarazos de los cuales 120 (55.3%) fueron partos. La frecuencia de cesáreas fue de 69 con 31.8% y abortos fueron 28 con 12.9% (tabla 2)

Tabla no 2. Antecedentes Gineco - Obstetricos

	Embarazos	Partos	Cesáreas	Abortos
0		36	52	77
1	39	29	29	18
2	28	18	14	5
3	15	10	4	
4	14	5	0	
5	3	1	0	
6	1	0	0	
Total	217	120	69	28

En cuanto a la información sobre lactancia materna de las 100 pacientes que se encuestaron 75% recibieron información sobre la lactancia en alguna de sus modalidades. Pero si observamos que el 25% no recibió ningún tipo de información y el 17% lo recibió en el sitio de atención obstétrica como se muestra en la tabla no. 3, nos hace pensar que en el primer nivel de atención sé esta dejando descubierta al 42% de las embarazadas al no brindarles la información sobre los beneficios de la lactancia al seno materno, que afortunadamente no se refleja en la frecuencia de alimentación al seno materno ya que de las 100 encuestadas solo cinco no estaban lactando a sus bebés.

Tabla 3. Información sobre lactancia materna.

Tipo de información	No. de pacientes informadas	Porcentaje
Información escrita	13	13.0
Platicas	43	43.0
Información en sitio de atención obstétrica	17	17.0
Sin información	25	25.0

En cuanto a depresión posparto se encontró que 35 % de las pacientes tuvieron una calificación en la Escala de Edimburg de más de 12 puntos como lo indica el autor del constructo calificándolas como Deprimidas y 65% no presentaron depresión con calificación menor de 12 puntos, no deprimidas. De las 5 madres que no lactaron 3 si se encontraban deprimidas y dos no lo estaban.

Grafica no 2. Frecuencia de Depresión.



Sobre el estado laboral de las pacientes se observó que 16 de ellas laboraban fuera del hogar de las cuales dos no lactaban a su hijo lo que representa un 12.5%, 84 de ellas se ocupaban en ser amas de casa y tres de ellas no lactaban lo que representa un 3.6%.

Por otra parte encontramos que de las cinco pacientes que no lactaban a sus hijos, dos de ellas no lo hacían porque en el periodo posparto estuvieron enfermas lo que impidió la lactancia, las otras tres no lo hicieron por internamiento del producto.

XI Discusión.

De los resultados anteriores se puede observar que la frecuencia de la depresión posparto en un medio rural, semirural y urbano como lo es el ámbito de la UMF 55 se encuentra en el límite superior con 35% de lo reportado nacional e internacionalmente, así mismo se puede establecer que esta entidad no influye en la alimentación al seno materno aunque si parece existir una tendencia de que la mujer deprimida presenta una menor frecuencia de lactancia (8.6% contra las no deprimidas que fue de 3.1%) también pareciera que el no tener acceso a la información sobre los beneficios de la lactancia influye negativamente en la misma ya que de las 22 pacientes que no recibieron información 3 de ellas el 12% no amamantaron a sus hijos.

XII Conclusiones.

Aunque el tamaño de la muestra no permite establecer una relación directa entre la depresión y la ausencia de lactancia como es el objetivo general de este estudio, se puede observar (cuadro no. 4) que las pacientes que provienen del medio semirural, que estudiaron la secundaria, primíparas o con una cesárea, que no reciben información sobre lactancia; las que laboran fuera de su hogar y las que presentan depresión posparto tienen menor oportunidad de lactar a sus hijos.

Cuadro no. 4 Factores de riesgo para la ausencia de lactancia.

VARIABLE	AUSENCIA DE LACTANCIAS		
	SUBMENU	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Procedencia	Semirural	2	7.1
Escolaridad	Secundaria completa	3	10.3
Numero de embarazos	Primigestas	4	10.3
Numero de cesáreas	Primer cesárea	3	10.3
Información sobre lactancia	Sin recibir información	3	12.0
Estado laboral	Trabajadora	2	12.5
Depresión	Si deprimida	3	8.6

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. **Lucia Ortega, Teresa Lartigue, María Elena Figueroa;** "Prevalencia de Depresión, a Través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburg (EPDS), en una Muestra de Mujeres mexicanas Embarazadas"; **Perinatal Reprod hum** 2001, 15-11-21.
2. **S. M. Marcus, L.K. Barry, H.A. Flynn, R. Tandon, J.F. Greden;** "Treatment Guidelines for Depression in Pregnancy"; **International Journal of Gynecology & and Obstetrics** 72 (2001) 61-70.
3. **M. P. Austin J. Luney;** " *Investigación Prenatal para Depresión Postnatal: Una Revisión Sistemática*"; **Acta Psychiatrica Scandinavica** 2003 No. 107 10-17.
4. **J. K. Morris-Rush, M. C. Freda, P. S. Bernstein;** "Screening for Postpartum Depression in an Inner-City Population". **American Journal of Obstetrics & and Gynecology**, Vol 188 No. 5 pags. 1217-19.
5. **A. M. Georgiopoulos, T. L. Bryan, B. P. Yawn;** " *Population-Based Screening for Postpartum Depression*". **Obstetrics & Gynecology**, Vol. 93 No.5 part 1 May-1999.
6. **G. G. Evins, J. P. Theafratousand S. L. Galvin;** "Postpartum Depression: Comparision of Screening and Routine Clinical Evaluation". **American Journal of Obstetrics & and Gynecology**, Vol. 182 No. 5 Pags. 1080-1082.
7. **F. Otchet, M. S. Carey And L. Adam.** "General health and the puerperium: What is Normal?". **Obstetrics and Gynecology** Vol. 94 No. 6 December 1999, Pags. 935-941.
8. **S. S. Fergeson. D. J. Jameson and M. Lindsay;** "Diagnosing Postpartum Depression: Can We Do Better?" **American Journal of Obstetrics & and Gynecology**, Vol. 186 No. 3 Pags. 899-902.
9. **L. Carrera. J. Diez-Domingo, V. Montaña;** "Depression in Woman Suffering Perinatal Loss". **International Journal of Gynecology & and Obstetrics** Vol. 62 año 1998, Pags. 149-153.
10. **V. H. Sutter, A. L. Glatigny-Dallay and E. Minisini.** "Obstetrical Complication and the Development of Postpartum Depressive Symptoms: a Prospective Survey of the MATQUID Cohor". **Acta Psiquiatrica Scandinavica**, No. 6, Pags. 212-219 año 2002.

11. **M. B. Nayak, and M. A. Mrcog:** “*Assault Victim History as a Factor in Depression During Pregnancy*”. **Obstetrics & Gynecology Vol. 94 No. 2 August 1999.**
12. **A. L. Olson, K. J. Kemper K. J. Kelleher:** “*Primary Care Pediatrician Roles and Perceived in the Identification and Management of Maternal Depression*”. **PEDIATRICS Vol. 110 No. 6 December –2002 . Pags. 1169-76.**
13. **A. M. Llorente, C. L. Jensen R.G. Voigth:** “*Effect of Maternal Docosahexaenoicacid Supplementation on Postpartum Depression and Information Processing*”. **American Journal of Obstetrics & and Gynecology, Vol. 188 No. 5 Pags. 1348-53.**
14. **L. A. Villanueva, M. M. Pérez-Fajardo, L. F. Iglesias:** “*Factores Sociodemográficos Asociados a Depresión en Adolescentes Embarazadas*”. **Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 68, Abril-2000, Pags,143-148.**
15. **K. L. Wisner, M. D. Barbara L. Parry, M.D. and Catherine M. Piontek , M. D.** “*Postpartum depression*”. **N Engl J. Med, Vol. 347, No. 3, July-2002**
16. **M. Freedman, H. I. Kaplan B. J. Sadock:** “*Compendio de Psiquiatría*”, **Salvat Editores S.A. reimpresión 1980, Págs. 206-208 y 284-285.**
- 17.- **Juez García Gabriela et al.** Lactancia materna pagina web dirección <http://escuela.med.pue.el/paginas/ManualPed/LacMater.html>
- 18.- **PAC PEDIATRIA.** Lactancia materna. Pagina web dirección <http://drscope.com/privados/pac/pediatria/pal2/lacmat/htm>
- 19.- **Vandale T. S. Et al.** Programa de promoción de la lactancia materna en el Hospital General de México: un estudio evaluativo. **Salud Publica de México Enero-Febrero 1992, vol. 34 no. 1**
- 20.- **Maharaj K. Bhan.** Et al. Duración optima de la lactancia materna exclusiva. Pagina web dirección
- 21.- **Alcocer M. Landy.** Lactancia materna. Pagina web dirección [http://www.geocites.com/HotSprings/villa/2641/lactancia materna](http://www.geocites.com/HotSprings/villa/2641/lactancia%20materna)

22.- **Triggvadóttir L. Tulinius H et al.** Breastfeeding and reduced risk of Cancer in an Icelandic cohort study. American Journal Epidemiol año 2000 Vol 154(1) pag 37-41.

23.- **Nancy J. Clark** . Amamantamiento- Bebés más saludables generación tras generación.
Revista Healt News del Hospital de la Universidad George Washington Otoño del 2000.

XIV ANEXOS.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
DELEGACIÓN 15 ORIENTE DEL ESTADO DE MÉXICO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 55 "ZUMPANGO"
JEFATURA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

Cuestionario para Depresión Postnatal de Edimburgh.
(Anexo 1)

Folio _____

¿Cómo te sientes por haber tenido recientemente un bebe? Nos gustaría saber como se siente ahora.

Por favor subraye la respuesta que se acerque más a como se ha sentido en los últimos 7 días, no tome en cuenta como se siente hoy .

Aquí tiene un ejemplo resuelto:

E: Me siento feliz:

- a) Si, la mayor parte del tiempo.
- b) Si, algunas veces.
- c) No, no muy a menudo.
- d) No, nunca.

Esto significa " me he sentido feliz solo algunas veces durante la semana pasada"

En los últimos 7 días.

- 1.- Soy capaz de reír y de ver el lado gracioso de las cosas.
 - a) Siempre lo hago.
 - b) No, tanto como ahora.
 - c) Definitivamente no tanto como ahora.
 - d) Nunca lo hago.

- 2.- Planeas cosas para entretenerte o divertirte.
 - a) Tanto como alguna vez lo hice.
 - b) Más bien menos de lo que acostumbro.
 - c) Definitivamente menos de lo usual.
 - e) No. Casi no.

3. – Yo, me he culpado innecesariamente cuando las cosas salen mal.
 - a) Sí, la mayoría de las veces.
 - b) Sí, alguna de las veces.
 - c) No, muy a menudo.
 - f) No, nunca.

- 4- Yo me he sentido angustiada o ansiosa por alguna razón no muy buena:
- a) No, nunca.
 - b) Casi nunca.
 - c) Sí, a veces.
 - d) Sí, muy a menudo.
5. Yo he sentido el miedo o pánico por alguna razón no muy buena.
- a) Sí, mucho.
 - b) Sí, algunas veces.
 - c) No, casi nunca.
 - d) No, nunca.
6. Las cosas me han estado sobrepasando.
- a) Sí, la mayoría de tiempo no he podido solucionar todo.
 - b) Sí, a veces no he podido solucionar lo usual.
 - c) No, la mayoría del tiempo yo he podido solucionar todo.
 - d) No, yo he estado solucionando las cosas como siempre.
7. He sido tan infeliz que tengo dificultad para dormir:
- a) Sí, la mayoría del tiempo.
 - b) Sí, algunas veces.
 - c) No muy a menudo.
 - d) No, nunca.
8. Yo me he sentido triste o miserable:
- a) Sí, la mayoría del tiempo.
 - b) Sí, bastante a menudo.
 - c) No, muy a menudo.
 - d) No, nunca.
9. He sido tan infeliz que he estado llorando:
- a) Sí, la mayoría del tiempo.
 - b) Sí, muy a menudo.
 - c) Sólo de vez en cuando.
 - d) No, nunca.
10. He tenido pensamientos de dañarme o herirme a mi misma:
- a) Sí, bastante a menudo.
 - b) A veces.
 - d) casi nunca.
 - e) Nunca

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
DELEGACIÓN 15 ORIENTE DEL ESTADO DE MÉXICO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 55 "ZUMPANGO"
JEFATURA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
Ficha de identificación y consentimiento informado.
(ANEXO 2)

FOLIO_____

YO _____ informada de los beneficios que para mi salud puedo obtener al contestar el cuestionario ACEPTO participar en la encuesta.

2. Edad _____ 3. No. de afiliación: _____

4. Dirección: _____ 5. Teléfono: _____

Por favor contesta las siguientes preguntas tachando dentro la letra correcta:

6. Escolaridad: a) Analfabeta. e) Secundaria completa
b) Primaria incompleta f) Bachillerato incompleto
c) Primaria completa g) Bachillerato completo
d) Secundaria incompleta h) Licenciatura o más

7. Numero de embarazos: _____ de estos cuantos fueron partos _____ cuantas cesáreas _____ y cuántos abortos _____.

8. Durante la atención de tu embarazo recibiste alguna de esta de información sobre lactancia materna:

- a) Información escrita. b) Platicas
c) Curso d) Taller
e) Información por enfermera en el sitio de atención del parto

9. Estas dando de amamantar a tu hijo que acabas de tener? _____. Si respondes que NO dime porque: _____

Firma de consentimiento: _____

Fecha: _____