



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MF No. 1

**“DEPRESIÓN POSPARTO COMO FACTOR ASOCIADO AL ABANDONO DE  
LA LACTANCIA MATERNA, EN EL HGZ MF No. 1 PACHUCA HGO”**

Número de registro SIRELCIS R- 2017-1201-19

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**YEIMY LUGO ANDUAGA**

ASESOR CLINICO:

**ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ**

ASESOR METODOLOGICO:

**MARIO JOAQUÍN LÓPEZ CARBAJAL**



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 POSPARTO COMO FACTOR ASOCIADO AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA, EN EL HGZ MF No. 1 PACHUCA HGO”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:**

**YEIMY LUGO ANDUAGA  
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ Y MF No. 1**

**AUTORIZACIONES:**



**DRA. GRESS MARISELL GÓMEZ ARTEAGA.  
COORD. DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL**



**DRA. MARÍA GEORGINA ARTEAGA ALCARAZ.  
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**



**DRA. ELBA TORRES FLORES.  
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD.**

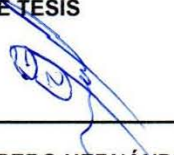


**DRA. ESTRELLA ELIZABETH PASTÉN LÓPEZ  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**




**DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ.  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR**

**ASESORES DE TESIS**



---

**DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ**  
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
ADSCRIPCIÓN: HGZ MF NO. 1; PACHUCA, HIDALGO.



---

**DR. MARIO JOAQUÍN LÓPEZ CARBAJAL**  
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y EPIDEMIOLOGÍA  
ASESOR EXTERNO AL IMSS,  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA ESCUELA DE MEDICINA INTERMÉDICA.  
INCORPORADA A LA UNAM

PACHUCA, HIDALGO

2019

**“DEPRESIÓN POSPARTO COMO FACTOR ASOCIADO AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA, EN EL HGZ MF No. 1 PACHUCA HGO”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA:

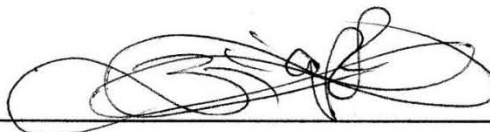
**YEIMY LUGO ANDUAGA**

AUTORIZACIONES



---

**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ**  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



---

**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ**  
COORDINADOR DE INVESTIGACION  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



---

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

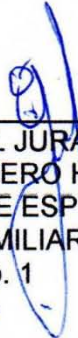



FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR


**“DEPRESIÓN POSPARTO COMO FACTOR ASOCIADO AL ABANDONO DE LA  
LACTANCIA MATERNA, EN EL HGZ MF No. 1 PACHUCA HGO”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA:**

**YEIMY LUGO ANDUAGA  
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

  
\_\_\_\_\_  
**PRESIDENTE DEL JURADO  
DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ  
PROFESOR TITULAR CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN  
MEDICINA FAMILIAR  
HGZMF No. 1**

  
\_\_\_\_\_  
**SECRETARIO DEL JURADO  
DRA. ALICIA CEJA ALADRO  
MÉDICO FAMILIAR  
HGZMF No. 1**

  
\_\_\_\_\_  
**VOCAL DEL JURADO  
DR. NÉSTOR MEJÍA MIRANDA  
MÉDICO FAMILIAR  
HGZMF No. 1**

**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **1201** con número de registro **17 CI 13 048 032** ante COFEPRIS

H GRAL ZONA -MF- NUM 1, HIDALGO

FECHA **05/12/2017**

**M.E. ROSA ELVÍA GUERRERO HERNÁNDEZ**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**"DEPRESIÓN POSPARTO COMO FACTOR ASOCIADO AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA, EN EL HGZ MF No. 1 PACHUCA HGO"**

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **AUTORIZADO**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2017-1201-19

ATENTAMENTE

**DR.(A). CAMARGO CERVANTES LUIS ALBERTO**

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1201

**IMSS**

SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS



## **AGRADECIMIENTOS**

*Primero que nada gracias a Dios por darme la fuerza para no caer y la sabiduría para seguir adelante; además de darme la oportunidad de vivir sus tiempos perfectos.*

*En la vida hay personas que son piezas clave, personas que te inspiran para luchar día con día por tus objetivos, esas personas que hacen que el camino sea más ameno y al final del recorrido disfruten contigo tus victorias. Hoy puedo decir que soy una persona afortunada, porque estoy rodeada de seres extraordinarios que me impulsan para seguir sin importar las adversidades.*

*Quiero agradecer el apoyo incondicional que ustedes me han dado, mamá y papá, ustedes que me han educado y me han enseñado que puedo lograr lo que me proponga a base de esfuerzo y dedicación. A ti mamá porque me enseñas todos los días algo nuevo, por escucharme, por estar siempre ahí, por impulsarme siempre que decía “ya no puedo”, por nunca soltarme de la mano y disfrutar cada momento de este hermoso recorrido. A ti papá por mostrarme que los límites solo están en nuestra cabeza, porque me has escuchado y amado a tu manera. Gracias por que han estado conmigo y estoy agradecida por que ustedes hayan sido las personas que me han formado, porque gracias a eso hoy en día soy el ser humano que soy.*

*Hermano gracias por tu amor y por tus consejos, gracias porque sabes bien que eres más que un hermanito para mí. Te quiero y te respeto; por que tus logros son un gran ejemplo para mí.*

*Luis quiero agradecerte el tiempo que me has regalado para poder cumplir este sueño, el mismo tiempo en el que no he estado contigo, en que nos hemos extrañado y en el que has tenido que crecer pensando que mi hogar es un hospital; sin embargo cuando seas grande espero que leas estas líneas y sepas*



*que eres una luz para mí. Tu llegada a mi vida le dio otro sentido, eres el motivo por el que vale la pena seguir esforzándome cada día por mis objetivos y para seguir disfrutando de tu compañía mientras guío tus pasos. Te amo hijo.*

*Esposo gracias por acompañarme durante todos estos años, por comprenderme y apoyarme en todo lo que ha estado a tu alcance. Estoy segura que nos espera un gran futuro juntos, lleno de enseñanzas para poder ser los padres que nuestro hijo necesita.*

*Gracias a toda mi familia por esas palabras de aliento y preocuparse por cada paso que doy. Gracias abuelo Francisco y José Luis, que a pesar de que ya no están físicamente en este mundo, viven en mi corazón y el recuerdo de esos momentos compartidos has sido parte de mi apoyo para seguir adelante.*

*Agradezco a mis asesores de tesis Dra. Rosa Elvia y Dr. Mario por orientarme, por su tiempo y paciencia en este proceso. Gracias al IMSS por permitirme formar parte de esta noble institución, a mis médicos adscritos del H.G.Z No 1 Pachuca Hgo, por sus enseñanzas y por ser pieza importante en mi formación. A mis amigos y compañeros que a pesar de los buenos y malos momentos se convirtieron en una familia durante este camino llamado residencia y en especial a Eva Gálvez mi eterna compañera de guardia y gran amiga.*

*Y por último y no menos importante gracias a mis pacientes por que cada uno de ellos has sido una enseñanza, he adquirido un conocimiento nuevo; y me he comprometido a practicar el arte de la medicina.*

***“Llegará un momento en que creas que todo ha terminado.  
Ese será el principio”  
Epicurio***

*Yeimy L. Anduaga*

## ÍNDICE GENERAL

1. Identificación de investigadores	10
2. Resumen	11
3. Marco teórico	13
4. Justificación	25
5. Planteamiento del problema	26
6. Objetivos	27
7. Hipótesis	28
8. Material y métodos	29
a. Universo de trabajo	29
b. Tipo de diseño	29
c. Criterios de selección	29
d. Operacionalización de las variables	30
e. Descripción general del estudio	33
f. Análisis estadístico	33
g. Tamaños de la muestra	34
9. Aspectos éticos y legales	35
10. Recursos, financiamiento y factibilidad	37
11. Resultados	38
12. Discusión	51
13. Conclusiones	53
14. Cronograma de actividades	54
15. Referencias bibliográficas	55
<b>16. Anexos</b>	<b>61</b>

## 1. IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

### ASESÓR CLÍNICO

Dra. Rosa Elvia Guerrero Hernández

Médico Especialista en Medicina Familiar

Profesor Titular del curso de especialización en Medicina Familiar

Adscripción: HGZ MF No. 1; Pachuca, Hidalgo.

Domicilio: Prolongación Avenida Madero No.405, Colonia Nueva Francisco I.

Madero; Pachuca de Soto Hidalgo

Teléfono: 771 192 9485

Correo electrónico: [dra.rosa\\_elvia@yahoo.com.mx](mailto:dra.rosa_elvia@yahoo.com.mx)

### ASESÓR METODOLÓGICO

Dr. Mario Joaquín López Carvajal

Médico Especialista en Medicina Familiar y Epidemiología

Asesor externo al IMSS, Adscrito a la Escuela de Medicina, del Instituto de Ciencia de La Salud, de la UAEH

Domicilio:

Teléfono: 771 129 4614

Correo electrónico: [epiblasto@yahoo.com.mx](mailto:epiblasto@yahoo.com.mx)

### TESISTA

Dra. Yeimy Lugo Anduaga

Residente de Medicina Familiar

Adscripción: HGZ MF No. 1; Pachuca, Hidalgo.

Domicilio: Prolongación Avenida Madero No.405, Colonia Nueva Francisco I.

Madero; Pachuca de Soto Hidalgo

Teléfono 771 11 40 99 06

Correo electrónico: [yeiluua@gmail.com](mailto:yeiluua@gmail.com)

## 2. RESUMEN

**TÍTULO:** “DEPRESIÓN POSPARTO COMO FACTOR ASOCIADO AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA, EN EL HGZ MF No. 1 PACHUCA HGO”

**ANTECEDENTES:** El puerperio es un periodo de muchos cambios que afectan a la madre en su estado de salud, haciéndola vulnerable a trastornos del estado de ánimo como la depresión posparto que como su nombre lo dice es un trastorno episódico depresivo de inicio en el posparto; en nuestro país se ha encontrado una prevalencia del 32.6%, a pesar de que es un padecimiento subdiagnosticado. En algunos países como EUA, Brasil y Australia se han realizado estudios de su relación con el abandono de la lactancia materna; sin embargo aún no se ha establecido una relación directa, principalmente porque el abandono de la lactancia materna es multifactorial, en México no existen datos al respecto, de ahí la importancia de estudiar esta asociación y principalmente en nuestra población que reporta tasas de lactancia materna en descenso 14.5%. Lo trascendental es que la depresión postparto y el abandono de lactancia aumentan por si solas la morbi-mortalidad del binomio madre – hijo, traduciéndose en un mejor estado de salud de la población y por consiguiente impactar positivamente en la economía tanto del sector salud como de las familias.

**OBJETIVO:** Determinar si la depresión posparto es un factor asociado al abandono de la lactancia materna en el HGZ MF No. 1 Pachuca Hgo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio transversal, observacional, analítico y prolectivo, en el cual se aplicó la escala de Edimburgo (validada para la población mexicana con un estudio realizado en el INPerIER en el año 2000) para evaluar la presencia de depresión posparto en mujeres que hayan tenido la resolución de su embarazo, en un periodo no mayor a un año, HGZ Y MF No. 1. Consta de 10 ítems, con 4 posibles respuestas según el grado de severidad de los síntomas que van del 0 al 3. Reportando un puntaje máximo de 30, existe sospecha de depresión posparto a partir de 10 puntos, así como el llenado de una cedula de recolección de datos para identificar la existencia de abandono de lactancia materna en las pacientes que incluye datos sociodemográficos. Los datos se analizaron mediante estadística analítica e inferencial, para ello se utilizó el paquete estadístico SPSS.

**RECURSOS E INFRAESTRUCTURA:** instalaciones HGZMF No. 1 del IMSS, Pachuca, Hgo. encuestas, material de oficina, equipo de cómputo, impresora, recursos humanos: tesista y asesores, clínico y metodológico. Los gastos generados por la presente investigación fueron cubiertos por los investigadores participantes

**EXPERIENCIA DEL GRUPO:** Se contó con un asesor clínico especialista en Medicina Familiar y un asesor metodológico especialista en medicina familiar y epidemiología, ambos con amplia experiencia en el tema; que han participado en otros estudios de investigación y un Tesista médico residente en medicina familiar con amplia experiencia en el tema.

**TIEMPO A DESARROLLARSE:** El presente estudio se realizó en un periodo de 6 meses posteriores a su aprobación por el CLIES.

**RESULTADOS:** Se encuestaron 93 pacientes; del total de la muestra el 30.1% (28 pacientes) presentaron depresión posparto; el 25.8% (24 pacientes) abandonaron la lactancia materna. De las 28 pacientes con depresión 12 abandonaron la lactancia (42.8%). El 78.5% de las mujeres ya habían escuchado antes sobre el tema antes. El análisis bivariado entre depresión y abandono de lactancia materna mostro una RP de 3.31 lo que significa que las mujeres que abandonan la lactancia aumentan 3.3 veces el riesgo de tener depresión, con una Ji- cuadrada 6.083 y una P significativa (0.014). Se analizó la variable “tipo de lactancia” dicotomizandola dejando a la lactancia exclusiva como “sin riesgo” y todas las demás (complementaria, predominante, etcétera) como riesgo, mostrando una RP de 4.24, lo que significa que las mujeres que dan otro tipo de lactancia y no solo lactancia exclusiva tiene 4.24 veces más riesgo de sufrir depresión, con la F exacta de Fisher de 3.828 y la p fue significativa (0.05). Observamos que las pacientes mayores de 29 años tienen un riesgo de 2.79 veces mayor de presentar depresión, con una Ji-cuadrada de 6.949 y una p de 0.031. las pacientes que no estaban casadas (solteras y en unión libre) se mostró un comportamiento de factor protector, ya que la razón de prevalencia fue de 0.370, con un valor mínimo de 0.148 a un máximo de 0.928. La Ji-cuadrada de 4.630 y la p de 0.031.

En el 75% la edad del menor al destete fue en los 3 primeros meses de vida. El tipo de lactancia complementaria fue la más frecuente en pacientes con depresión en un 35.7% y se encontró un porcentaje global de lactancia materna exclusiva de tan solo 19.4%. El 60.7% de las pacientes con depresión iniciaron de

forma temprana la lactancia. El 57.1% de las pacientes con depresión ya habían iniciado la ablactación y de este el 32.1% lo iniciaron entre los 4 a 6 meses de edad. En cuanto a los datos sociodemográficos del total de la muestra; la edad más frecuente se encontró entre los 20 y 34 años, el 67.8% de los niños tenían entre 0-6 meses de edad. Ninguna con analfabetismo y la escolaridad mínima fue primaria. El 86% presentaban una relación estable, de las cuales el 47.3% están casadas, la ocupación que predominó fue ama de casa con un 51.6%.

**CONCLUSIONES:** La frecuencia de depresión posparto y abandono de lactancia materna fue significativa. Los resultados comprobaron nuestra hipótesis de que existe asociación entre la depresión y el abandono de la lactancia materna. Por lo que podemos ver que es de vital importancia continuar esta línea de estudio para poder fortalecer la detección oportuna de la depresión posparto y seguir promoviendo la lactancia materna, fortalecer los insumos para el tratamiento de enfermedades mentales en el instituto y de ser necesario capacitar al personal de salud. En este estudio se abordaron dos líneas prioritarias las cuales pueden ser fortalecidas; por un lado la vigilancia del puerperio poniendo especial énfasis en la detección oportuna de la depresión posparto la cual está sub-diagnosticada; y por otro lado la promoción a la lactancia materna; pues como ya mencionamos la tasa de abandono va en aumento. Sin embargo aunque es ampliamente conocido que estas dos variables son de causa multifactorial; el presente estudio revela que existe una asociación directa entre ambas; lo que nos revela que estamos ante un área de oportunidad en la podremos incidir e implementar acciones educativas y de intervención encaminadas a impactar en la disminución de la morbimortalidad del binomio madre – hijo, mejorando la economía del sistema de salud.

### 3. MARCO TEÓRICO

#### DEPRESIÓN POSPARTO

El embarazo y el puerperio se caracterizan por presentar múltiples cambios que afectan a la madre en su ámbito Biopsicosocial, haciéndola vulnerable para presentar trastornos del estado de ánimo. Desafortunadamente por la falta de información muchas veces no se llega a considerar como una enfermedad, llegando a pensar que es una falta de capacidad de la madre para superar la maternidad. Nosotros como médicos llegamos a sub diagnosticar este tipo de padecimiento hasta en un 50% con un acceso tardío al tratamiento y asesoramiento, pudiendo afectar el entorno familiar con una mala calidad de vida. En la actualidad los trastornos del estado de ánimo perinatales por su alta frecuencia y por sus complicaciones, representan un problema de salud pública. Existen 3 padecimientos afectivos que se pueden presentar en el puerperio que son:

- 1) Tristeza posparto (TPP): también llamada “Baby Blues”, se debe principalmente a cambios hormonales, psicológicos y sociales. Por lo regular aparece de 2 a 3 días posteriores al parto y tiene una resolución a las 2 o 3 semanas; y no requiere de atención psicológica o médica. Se dice que puede llegar a presentarse entre el 50- 80% de las puérperas.
- 2) Psicosis posparto (PPP): se define como “un episodio afectivo con síntomas psicóticos”. Estas pacientes por lo regular tienen antecedentes de trastornos afectivos, esquizofrenia o PPP en embarazos previos. Tiene un inicio frecuentemente entre el 3-9 día, pero también hay registros de inicio hasta los 6 meses. Este trastorno requiere forzosamente tratamiento farmacológico y terapia psicológica, incluso en múltiples casos con necesidad de hospitalización.
- 3) Depresión posparto (DPP): se define rigurosamente como “Un trastorno/ episodio depresivo de inicio en el posparto”. Suele comenzar en cualquier momento posterior al parto incluso hasta 1 año después. <sup>(1)</sup>

En cuanto a lo que nos compete en este estudio de investigación la depresión posparto ha reportado una alta prevalencia en Latinoamérica por ejemplo en Chile el 50.7%, Colombia 32.8%, Perú 24.1% y Venezuela 22%; en nuestro país se ha encontrado un aproximado del 32.6%. Sin embargo debemos tener en cuenta que la prevalencia real de este trastorno es muy difícil de determinar por la metodología empleada y la diversidad de las poblaciones estudiadas <sup>(2)</sup>

Según los criterios actuales de la “American Psychiatric Association” en el DSM-5 el trastorno depresivo mayor se caracteriza por la presencia de cinco o más de los siguientes síntomas por al menos 2 semanas. Entre los cuales prioritariamente deben encontrarse estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer.

- I. Estado de ánimo deprimido
- II. Disminución del interés y placer
- III. Pérdida o aumento de peso (modificación de más del 5% del peso corporal en un mes)
- IV. Insomnio o hipersomnia
- V. Agitación o retraso psicomotor
- VI. Fatiga o pérdida de energía
- VII. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada.
- VIII. Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones.
- IX. Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas

Estos síntomas deben causar malestar clínicamente significativo o deterioro en el ámbito social o laboral; y el episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. <sup>(3)</sup>

En la actualidad se conocen múltiples factores de riesgo para la depresión perinatal que abarca desde los sociodemográficos, psiquiátricos, biológicos, médicos y personales. Entre los 10 principales potenciales factores de riesgo podemos encontrar los siguientes:



- 1) Ansiedad materna
- 2) Eventos vitales estresantes: como divorcio, muerte de un familiar, desempleo etc.
- 3) Historia previa de depresión
- 4) Falta de apoyo social: la afectación es mayor cuando la falta de apoyo proviene de la pareja.
- 5) Violencia doméstica
- 6) Intención con el embarazo: embarazos no deseados o complicaciones al conseguirlo.
- 7) Tipo de relaciones de pareja: que implica el estatus de las relaciones de pareja
- 8) Tipo de cobertura médica: pacientes con menor cobertura médica tienen mayor riesgo de presentar depresión.
- 9) Estatus socioeconómico
- 10) Factores que presentan resultados inconsistentes: como el alcoholismo, tabaco, uso de otras drogas. Raza, edad e historia obstétrica de las madres. <sup>(4)</sup>

También podemos encontrar en la literatura las hipótesis biológicas como la asociación con los niveles séricos del triptófano, que se encuentran bajos al final del embarazo y principio del puerperio. Este es un precursor de la serotonina, neurotransmisor involucrado en la etiopatogenia de este tipo de trastornos, ya que provoca variaciones en comportamientos asociados a la depresión como el sueño, apetito, niveles de energía, actividad sexual y social. Se ha observado que entre el primer y segundo día posparto hay una elevación de este neurotransmisor como un mecanismo natural de compensación, algo que no pasa en las pacientes que presenta un cuadro depresivo puerperal. <sup>(5)</sup> por otro lado tenemos cambios significativos en los niveles de GABA donde descienden en el posparto siendo un factor de desarrollo de depresión y durante el embarazo los niveles elevados de progesterona que se asocia a un mal estado de ánimo. <sup>(6)</sup>

Otro factor que por lo regular no lo consideramos es la personalidad materna que se puede asociar a mayor inseguridad de apego en caso de padecer depresión. <sup>(7)</sup>

El método adecuado para diagnosticar la depresión posparto consiste en 2 etapas la primera es un rastreo con test de auto aplicación y la segunda es una entrevista diagnóstica en los casos positivos ya con especialistas en el tema. Los instrumentos de diagnóstico y de tamizaje son una herramienta útil para la investigación e intervención en el campo de la salud mental. Las más utilizadas son: <sup>(2)</sup>

- 1) **Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D** por sus siglas en inglés (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) fue desarrollada por Radloff en 1977 como instrumento de tamizaje para la detección de casos de depresión con base en su sintomatología, antes del establecimiento de los criterios diagnósticos y clínicos de la CIE-102 y el DSM-IV. <sup>(8)</sup>
- 2) **Escala de Edimburgo** fue creada por COX, HOLDEN y SAGOVSKY en el año de 1987, para la detección de la depresión posnatal con una sensibilidad y especificidad satisfactorias, además de sensibilidad al cambio de gravedad de la depresión a lo largo del tiempo. <sup>(9)</sup>

Para el presente estudio se utilizó la **escala de Edimburgo**, para la pesquisa de depresión posparto, la cual fue validada por primera vez al español en la ciudad de Chile por Jadresic en el año de 1995. Esta escala incluye tanto síntomas psíquicos como síntomas físicos, consta de 10 ítems con 4 posibles respuestas según el grado de severidad de los síntomas que van del 0 al 3. Reportando un puntaje máximo de 30 puntos y con sospecha de depresión posparto desde un reporte de 10 puntos. <sup>(10)</sup>

Esta escala también se ha validado para la detección de la depresión durante el embarazo dentro de las semanas 28 a 34 de gestación con extensión hasta de casi cuatro años posparto. En el año del 2000 fue validada para la población mexicana con un estudio realizado en el INPerIER incluso determinaron un punto de corte de mayor equilibrio. En el año 2008 en México se realiza nuevamente un estudio para valorar la validez de este test encontrando una especificidad del 82%, valor predictivo positivo de 77% y un valor predictivo negativo del 94%. <sup>(11)</sup>

Los ítems que han tenido mayor poder predictivo positivo son los referidos a la preocupación, capacidad para afrontar problemas, pánico, llanto y optimismo. se ha observado que la escala es capaz de discriminar entre pacientes con y sin depresión mayor en base a los valores promedio de la escala y la creciente probabilidad de encontrar depresión a medida que las puntuaciones son más altos. <sup>(12)</sup>

Tomando en cuenta la facilidad de su aplicación, es de muy buena utilidad para la detección oportuna dentro del primer nivel de atención siendo de gran ayuda para el médico familiar por el papel prioritario que juega en la detección de la depresión posparto tomando en cuenta el poco tiempo que cuenta para brindar atención médica a cada paciente. <sup>(13)</sup>

El tratamiento como todo trastorno del estado de ánimo consta del farmacológico y no farmacológico. En el que el primero tiene mayor efectividad aunque el miedo a los efectos adversos en él bebe juega un rol importante en la decisión de si la madre acepta o no el tratamiento. Los medicamentos de primera elección en mujeres que quieren seguir amamantando son los inhibidores de la recaptura de la serotonina como son la sertralina y la paroxetina que no se han podido detectar en niveles séricos importantes. A diferencia de la fluoxetina y el citalopram que tienen una vida media mayor encontrándose en niveles séricos más elevados y asociándose a efectos adversos en los niños lactantes como cólicos, diarrea e

irritabilidad. En de segunda línea de tratamiento encontramos a los antidepresivos tricíclicos, estos se asocian a sedación excesiva y efectos adversos colinérgicos. Una vez establecido el tratamiento es importante informar de manera amplia la madre sobre la existencia de un periodo de latencia de inicio de la respuesta farmacológica que va de 2 a 4 semanas y la importancia de continuar con el tratamiento pese a no observar disminución de la sintomatología. <sup>(5)</sup>

Sin embargo como toda patología lo prioritario sería identificar a grupos de alto riesgo y aplicar intervenciones que puedan ser eficaces para la prevención durante los primeros 6 meses posparto, se ha demostrado que estas medidas pueden ser eficaces hasta en un 27%. <sup>(14)</sup>

Desafortunadamente ha recibido poca atención en México tanto por los investigadores como por los prestadores de servicios de salud. Resultando en una falta completa de estudios publicados provocando escasez de información para las mujeres a pesar de que nuestro país tiene una de las tasas más altas de trastornos psiquiátricos. <sup>(15)</sup>

El alto costo de la depresión posparto tanto para la mujer como para la salud de toda la familia es suficiente como para reforzar esfuerzos dirigidos a la prevención y tratamiento ya que como podemos ver la detección rutinaria se realiza en la minoría de las unidades públicas de salud de nuestro país. <sup>(16)</sup>

## **LACTANCIA MATERNA**

La lactancia materna ha sido la única forma de alimentación segura y adecuada para los niños, a la vez da la oportunidad de formar lazos afectivos con la madre proporcionándole con el tiempo seguridad e independencia. Según cálculos por la UNICEF en países subdesarrollados mueren 1 500 000 lactantes al año aproximadamente por una inadecuada lactancia materna.<sup>(17)</sup>

Los 2 primeros años de vida del ser humano en una “ventana de tiempo crítica” para un crecimiento y desarrollo óptimo, en el que la mala alimentación puede traer consecuencias mediatas como la desnutrición que a su vez incrementan la morbimortalidad y un retraso en el desarrollo del sistema nervioso. A largo plazo podemos encontrar déficit intelectual y morbilidades incluso en la adolescencia y adultez. (18) Y la ausencia total de la lactancia materna con el paso de los años puede desarrollar hijos con falta de compromiso social, inestabilidad emocional, mayor deterioro cognitivo a largo plazo y problemas conductuales. (14)

Las tasas de lactancia materna por lo general son altas en países desarrollados la cual disminuye rápidamente al paso de semanas y meses por ejemplo en Australia la tasa de inicio es del 90% bajando al 50% a los 6 meses. Reino Unido 80% inicial con disminución de 1/3 a los 6 meses y Estados Unidos 75% de inicio con una baja de la mitad a los 6 meses. (19)

En México existen antecedentes de que el abandono de la lactancia se da más en medio urbano, en cuanto a la lactancia exclusiva se había permanecido en una tasa del 22.3% entre la década de los 70 y el año 2006, presentando en el 2012 un notable deterioro a una tasa del 14.5%. Aumentando de forma paralela el consumo de fórmulas. (20)

Es por eso que la Organización Mundial de la Salud ha establecido una estrategia mundial para la alimentación en los primeros meses de vida, donde se recomienda que los niños deben ser alimentados exclusivamente desde la primera hora de vida con leche materna exclusiva y a demanda hasta los 6 meses y posteriormente incorporar alimentos complementarios a fin de satisfacer los requerimientos nutricionales del lactante sin abandonar la lactancia hasta los 2 años de edad, salvo en caso de algunas afecciones médicas. Junto con la UNICEF lanzaron en el año de 1992 la iniciativa de “Hospitales amigos de los niños” en base a la estrategia de los “Diez pasos” que constan en lo siguiente: (21)

1. Política de lactancia
  2. Dar solamente leche materna
  3. Capacitación
  4. Alojamiento conjunto
  5. Información a embarazadas
  6. Lactancia a libre demanda
  7. Inicio temprano de la lactancia
  8. No dar biberones o chupones
  9. Informar cómo mantener la lactancia
  10. Promover grupos de apoyo
- aún en separación de su niño

Según la OMS si el objetivo de lograr podríamos observar una reducción de más de 1,5 millones de defunciones durante los primeros 5 años, sin embargo esto aún no se ha podido observar pese a los esfuerzos de los servicios de salud en todo el mundo. <sup>(22)</sup>

Entre otras de las recomendaciones de la OMS y de la UNICEF es el **“inicio temprano de la lactancia materna”** considerada dentro de la primera hora de vida extrauterina. Se dice que en la actualidad solo el 50% a nivel mundial se inicia de forma temprana y que de este solo el 60% es de forma exclusiva. La importancia de esto radica en que se ha llegado a demostrar que aquellos lactantes que no inician lactancia materna dentro de la primera hora tienen un riesgo de mortalidad hasta del 33% mayor a los que sí lo realizan. <sup>(23)</sup>

La leche materna es producida por la glándula mamaria que a diferencia de otros órganos se desarrolla principalmente durante la pubertad debido a los niveles altos de progesterona, quedando en reposo hasta el alumbramiento que es cuando disminuye sus niveles dando lugar al inicio de la lactogénesis, en la que comienza la producción abundante y se mantiene por el reflejo de succión del recién nacido. Su contenido celular depende de la plenitud y desarrollo del epitelio de la glándula mamaria, la permeabilidad de la membrana basal, la etapa de lactancia y el estado de salud tanto de la madre como del bebé. <sup>(24)</sup>

La leche humana está sujeta a modificaciones y se adapta según los requerimientos nutricionales e inmunológicos a medida que el niño, crece por lo que se puede clasificar en:

- **Leche del prematuro:** Contiene mayor cantidad de proteínas ( $\alpha$  lactoalbumina) y menor de lactosa que la leche madura.
- **Calostro:** contiene menor cantidad de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura; y mayor cantidad de carotenos, sodio, zinc y proteínas liposolubles como son la A, D, E y K. Además de contener una concentración elevada de IgA y lactoferrina que puede llegar a una producción diaria de 2 a 3 g; estas son resistentes a la actividad enzimático-proteolítica y constituyen la primera línea de defensa en el tracto gastrointestinal.
- **Leche de transición:** Es la que se produce entre el calostro y la leche madura. Su composición cambia en la segunda semana después del parto en los que los niveles de proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles disminuyen y aumenta la lactosa, las grasas y las vitaminas hidrosolubles.
- **Leche madura:** su principal componente es el agua, proteínas, hidratos de carbono, grasas, minerales, vitaminas, hormonas y enzimas. <sup>(18)</sup>

Los múltiples beneficios que otorga a los niños los podemos encontrar desde el simple contacto piel con piel para facilitar la succión que favorece los signos vitales, incrementa el vínculo afectivo aumentando la confianza del bebe, proporciona efectos benéficos sobre el cociente intelectual, disminuye el riesgo de padecer sobrepeso u obesidad en el futuro. Como ya lo mencionamos antes gracias a su alto contenido de inmunoglobulinas, lactoferrina, lisozimas, citoquinas y otros factores inmunológicos protege de forma activa y pasiva contra procesos infecciosos; entre ellas podemos encontrar los procesos diarreicos agudos, infecciones víricas como Cocksackie de los primeros 2 años de vida. Así como el desarrollo de enfermedades crónicas como asma y diabetes Mellitus. <sup>(24)</sup>



La lactancia materna no solamente otorga beneficios a los lactantes sino que también tiene efectos positivos en las madres, dentro de los beneficios a largo plazo es ser un factor protector para cáncer de ovario, cáncer de mama, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedades cardiovasculares. El efecto es más fuerte si la lactancia se prolonga a más de 12 meses. También se ha visto que contribuye a reducir la grasa visceral acumulada durante el embarazo ayudando a la reducción de peso. <sup>(25)</sup>

Pero también se ha relacionado con efectos maternos a corto plazo como la reducción de hemorragias obstétricas posparto por efecto de la oxitócina sobre el útero ayudándolo a su contracción y por consiguiente la disminución de anemia posparto. <sup>(24)</sup>

Vale la pena señalar otros aspectos como el económico tanto para los padres como para la economía de nuestro país, ya que como vimos disminuye la morbi-mortalidad del binomio reduciendo el número de hospitalizaciones y la duración de estos y el otorgamiento de tratamientos prolongados y costosos para enfermedades crónicas degenerativas. se ha estudiado en Los Estados Unidos que si las madres amamantaran por lo menos de forma exclusiva por 6 meses se ahorraría un aproximado de U\$13 mil millones anuales en ese país, sin tomar en cuenta en ausentismo laboral de los padres para el cuidado de los hijos en caso de enfermedad. <sup>(26)</sup>

## **CONTRAINDICACIONES PARA LA LACTANCIA MATERNA**

Sin bien buscamos evitar el abandono de la lactancia materna es cierto que dentro de este proceso fisiológico existen ciertas contraindicaciones como las que enumeraremos a continuación y que como podemos observar son muy específicas y no todas son absolutas.

- **Dependientes del niño:** galactosemia clásica, enfermedad de orina en jarabe de arce y fenilcetonuria.
- **Dependientes de la madre**
  - Definitivas: VIH-SIDA y herpes simple.
  - Temporales: Herpes simple tipo I y medicación materna (psicoterapéuticos sedativos, antiepilépticos, opioides, Iodo radiactivo- 131, quimioterapia citotóxica)
  - Condiciones medias especiales: absceso mamario, Hepatitis B, mastitis, tuberculosis y drogas. <sup>(18)</sup>

## **ASOCIACIÓN DEPRESIÓN POSPARTO - LACTANCIA MATERNA**

Como podemos ver los factores de riesgo y los factores protectores para el abandono de la lactancia materna se han estudiado ampliamente, en algunos estudios de ha llegado a mencionar que la depresión puede llegar a reducir las tasas de lactancia, otros encontraron que la no lactancia puede aumentar el riesgo de presentar depresión y algunos no encontraron relación alguna. <sup>(27)</sup>

Ahora bien, lo que sí sabemos es que la depresión limita a la madre a la hora de cumplir su rol como madre, se ha observado que proporcionan menos cuidados al bebe lo que implica problemas con la lactancia materna, no cumplen medidas adecuadas de seguridad y tienen baja de utilización del sector salud. <sup>(14)</sup>

Estudios en Brasil han confirmado que el amamantar se ve afectado negativamente por la sintomatología depresiva y que es mayor si se presenta en el posparto temprano. En este país se encontró que las mujeres tienen un riesgo de destete durante los 2 primeros meses de vida de sus hijos. <sup>(28)</sup>

También debemos tomar en cuenta la vulnerabilidad psicológica de la paciente embarazada o puérpera a presentar alteraciones en el estado de ánimo, ya que ellas se encuentran en un estado de estrés o ansiedad por los mismos cambios

bio psíquicos que van presentando y que claramente repercute sobre la alimentación del bebe. <sup>(29)</sup>

Otros estudios han demostrado que cuando la madre presenta depresión en los últimos meses del embarazo tiene mayor riesgo de iniciar la lactancia en comparación con las que no; por consiguiente el riesgo de usar biberón es más alto. Además de ha tratado de estudiar la depresión en ambos padres pero no se ha demostrado relación alguna. Pero los estudios aún son contradictorios ya que la relación lactancia materna y depresión posparto sigue siendo ambigua. <sup>(30)</sup>

#### 4. JUSTIFICACION

En nuestro país se desconoce la relación directa de la depresión posparto con el abandono de la lactancia materna. Tomemos en cuenta que la depresión posparto es un padecimiento sub diagnosticado por el personal de salud y poco detectado por las pacientes y sus familias. Por eso valdría la pena ver su comportamiento en nuestra comunidad para poder implementar de manera formal ciertas estrategias para su adecuada prevención. El abandono de la lactancia materna es un problema de salud pública ya que sus efectos tienen repercusión biopsicosocial tanto en la madre como en el niño y por ende en los sistemas de salud, traduciéndose tardíamente impactando negativamente de la economía del sector salud y de las familias por el aumento de la morbi mortalidad del binomio madre-hijo.

Con los resultados de este estudio se pretende demostrar si la depresión postparto es un factor asociado al abandono de la lactancia materna en el HGZ MF No. 1 de Pachuca Hgo, y así poder fundamentar la necesidad de una detección oportuna durante las primeras consultas del binomio posterior al parto, la educación de la población para la identificación temprana de los síntomas y así poder derivar a los servicios correspondientes de manera oportuna.

Este es un estudio que no genera costos extras a la institución ya que es realizada a través de un cuestionario ya validado previamente; auto administrado y de fácil aplicación.

## 5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El control prenatal y posnatal del binomio madre - hijo es un tiempo de gran utilización de los servicios de salud, por lo tanto nos brinda la oportunidad de un seguimiento adecuado para poder prevenir e intervenir oportunamente posibles complicaciones en el periodo peri y postnatal. Como sabemos la lactancia materna en los primeros meses de vida es crucial para un adecuado desarrollo de nuestros niños; como ya ha sido ampliamente estudiado también proporciona múltiples beneficios a la madre. Desafortunadamente en las últimas décadas la tasa de abandono de la lactancia materna ha ido en aumento no solo en nuestro país si no en el mundo.

Sin embargo estudiar esta problemática no ha sido sencillo por su origen que es multifactorial. Se han realizado estudios donde se ha tratado de relacionar con los estados depresivos posparto, pero aun los resultados han sido controvertidos ya que van desde no encontrar relación alguna hasta encontrarlo como una de las causas de abandono de la lactancia.

Clara esta la dificultad para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos emocionales ya que comúnmente se realiza cuando la enfermedad ya está establecida. Si llegásemos a conocer la relación entre la depresión posparto y el abandono de la lactancia materna, podríamos incidir en la importancia de la detección oportuna logrando impactar no solo en el ámbito bio –psico- social del binomio madre – hijo, sino también en la economía familiar y del sector salud. Por lo que surge la siguiente pregunta:

***¿Es la depresión posparto un factor asociado al abandono de la lactancia materna en el HGZ MF No. 1 Pachuca Hgo?***

## **6. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar si la depresión posparto es un factor asociado al abandono de la lactancia materna en el HGZ MF No. 1 Pachuca Hgo.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar la frecuencia de depresión posparto en madres puérperas en HGZMF No. 1 Pachuca, Hidalgo.
2. Identificar la frecuencia de abandono de la lactancia en las pacientes que padecen depresión posparto en el HGZMF No. 1 Pachuca, Hidalgo.
3. Identificar la edad del niño al momento del abandono de la lactancia en las pacientes que padecen depresión posparto en el HGZMF No. 1 Pachuca, Hidalgo.
4. Identificar el tipo de lactancia si es que existe en los hijos de las pacientes que padecen depresión posparto en el HGZMF No. 1 Pachuca, Hidalgo.
5. Identificar si existió inicio temprano de la lactancia los hijos de las pacientes que padecen depresión posparto en el HGZMF No. 1 Pachuca, Hidalgo.
6. Identificar edad de inicio de ablactación en los hijos de las pacientes que padecen depresión posparto en el HGZMF No. 1 Pachuca, Hidalgo.

## 7. HIPÓTESIS

### **Hipótesis de trabajo:**

La depresión posparto, es un factor asociado al abandono de la lactancia materna.

### **Hipótesis alterna:**

la depresión posparto se asocia al abandono de la lactancia materna en madres de niños menores de un año del HGZMF No. 1, Pachuca, Hidalgo, en un 32.6% por ciento como lo reporta la literatura

### **Hipótesis nula:**

la depresión posparto se asocia al abandono de la lactancia materna en madres de niños menores de un año del HGZMF No. 1, Pachuca, Hidalgo, por abajo del 32.6% por ciento reportado en la literatura



## 8. MATERIAL Y MÉTODOS

**a) UNIVERSO DE TRABAJO:** Mujeres en edad fértil, que hayan tenido la resolución de su embarazo vía abdominal o vaginal en un periodo no mayor de un año adscritas a la consulta externa de medicina familiar del HGZMF No.1 Pachuca, Hidalgo.

### **b) TIPO DE DISEÑO**

TRANSVERSAL, OBSERVACIONAL, ANALÍTICO, PROLECTIVO.

El cual tiene las siguientes características:

- **Transversal:** La recolección de los datos en una población dada y en un punto específico de tiempo.
- **Observacional:** El investigador examina la distribución o los determinantes de un evento, sin intentar modificar los factores que los influyen.
- **Analítico:** Su finalidad es evaluar una relación causal entre un factor de riesgo y un efecto (enfermedad)
- **Prolectivo:** la recolección de la información de acuerdo con los criterios del investigador para los fines específicos de la investigación, se da después de la planeación de esta.

### **c) CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **CRITERIOS DE INCLUSION:**

- Mujeres en edad fértil que acudan a la consulta de Medicina Familiar, EMI y medicina preventiva del HGZMF No. 1, durante el periodo del estudio.
- Que hayan tenido la resolución de su embarazo vía abdominal o vaginal en un periodo no mayor a 1 año
- Que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento bajo información

## CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Mujeres con discapacidad intelectual, diagnosticada previo al embarazo
- Mujeres que cuenten con el diagnóstico y/o tratamiento de depresión previo al embarazo.
- Mujeres con diagnóstico trastorno psiquiátrico previo al embarazo
- Mujeres con enfermedades concomitantes y/o medicación que contraindiquen la lactancia materna
- Pacientes que no sepan leer ni escribir

## CRITERIOS DE ELIMINACION:

- Cuestionarios incompletos
- Pacientes que inicialmente hayan aceptado participar en el estudio, pero que en alguna etapa del mismo externen su deseo de retirarse

## d) OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

- **VARIABLE INDEPENDIENTE:** Depresión postparto

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
Depresión posparto	Se define rigurosamente como "Un trastorno/ episodio depresivo de inicio en el posparto". Suele comenzar en cualquier momento posterior al parto incluso hasta 1 año después	utilizaremos la escala de depresión posparto de Edimburgo obteniendo dos categorías: con depresión (puntuación de 0-9) Sin depresión, (10 o más puntos).	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.- <b>sin depresión posparto:</b> de 0-9 puntos 2.- <b>con depresión posparto:</b> 10 o más puntos o respuesta 3 en la pregunta numero 10

➤ **VARIABLE DEPENDIENTE:** Abandono de la lactancia materna

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
Abandono de la lactancia materna	Sustitución de la leche materna con Leche de origen no humano y/o sucedáneo de la leche materna.	Reemplazo de la leche materna por leche de origen no humano y/o sucedáneo de la leche materna.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. Sin abandono 2. Con abandono
Edad del abandono de la lactancia materna (destete)	Edad del lactante en la que se abandonó por completo la alimentación con leche materna.	Edad del lactante en meses en la que se abandonó por completo la alimentación con leche materna.	Cuantitativa Discreta De intervalo	0-3 meses 4-6 meses 7-9 meses 10-12 meses
Edad del niño al momento de la ablactación	Edad de inicio de alimentación complementaria fuera de los lácteos.	Edad de incorporación a la alimentación cualquier comida que no sea leche de rígen no humano o preparaciones para lactantes.	Cuantitativa Discreta De intervalo	0-3 meses 4-6 meses 7-9 meses 10-12 meses
Tipo de lactancia	<b>EXCLUSIVA:</b> Es la alimentación con leche materna como único alimento <b>PREDOMINANTE</b> Leche materna como fuente predominante de la alimentación <b>COMPLEMENTARIA</b> Alimentación con leche materna y alimentos sólidos o semisólidos	<b>EXCLUSIVA:</b> Alimentación exclusivamente con leche materna al momento de la inclusión al estudio. Permitiendo recibir vida suero oral, gotas y jarabes. <b>PREDOMINANTE</b> Alimentación con leche materna como fuente predominante de la alimentación al momento de inclusión al estudio Permitiendo recibir agua, bebidas a base de agua, jugo de frutas, vida suero oral, gotas y jarabes. <b>COMPLEMENTARIA</b> Alimentación con cualquier comida o líquido incluyendo leche de origen no humano o preparación para lactantes al momento de inclusión al estudio.	Cualitativa Nominal Politómica	1. - Leche materna exclusiva 2.- Leche materna predominante 3.- Alimentación complementaria 4.- Ausencia de lactancia materna

Hubo inicio temprano de la lactancia materna	Suministro de leche materna al niño durante la primera hora de vida	Administración de leche materna durante la primera hora posterior al nacimiento	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.- Si 2.- No
--	---	---	--------------------------------------	------------------

➤ **VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS:**

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
Edad del niño/a	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Edad cumplida en meses al momento del estudio	Cuantitativa Discreta De intervalo	0-3 meses 4-6 meses 7-9 meses 10-12 meses
Edad (madre)	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona	Número de años vividos hasta el momento del registro	Cuantitativa Discretas De intervalo	15-19 20-24 25-29 30-34 35-39 40-44 45-50
Escolaridad	Periodo de tiempo, medido en años, durante el cual alguien ha asistido a la escuela.	Años de estudio realizados por el individuo hasta el momento del registro.	Cualitativa Ordinal Politómica	No sabe leer ni escribir Sabe leer y escribir Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura Otros
Estado civil	Es la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra con quien se crean lazos jurídicos.	Se refiere al estado marital. Como el estado que cada individuo guarda con relación a las leyes de matrimonio del país.	Cualitativa Nominal Politómica	Soltera Casada Unión libre Divorciada Separada Viuda
Ocupación	Actividad a la que cotidianamente se dedica una persona y por el cual puede o no recibir remuneración económica	Actividad cotidiana actual al que se dedica la madre al momento del estudio.	Cualitativa Nominal Politómica	Hogar Estudiante Empleada Profesional Jubilada / pensionada Otros
Conocimiento de la madre sobre depresión posparto	Si la madre había escuchado de la existencia de la depresión posparto.	Si la madre había escuchado de la existencia de la depresión posparto antes del estudio.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.- Si 2.- no

### **e) DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO**

El presente estudio se llevó a cabo en el HGZMF No 1, previa aprobación por el Comité de Investigación local (CLIES); se realizó mediante la aplicación de un breve cuestionario y la escala de Edimburgo a la población mujeres en edad fértil, que hayan tenido la resolución de su embarazo por vía abdominal o vaginal en un periodo no mayor a un año, que acudieron a la consulta de medicina familiar, EMI y medicina preventiva, durante el periodo del estudio, previa explicación e información del mismo se les invito a participar en él, puntualizando el carácter de confidencialidad, una vez que aceptaron participar se solicitó su consentimiento bajo información por escrito, procediendo a otorgarles un breve cuestionario para ser respondido por la paciente previa explicación del mismo, posteriormente se les otorgo la escala de Edimburgo (utoadministrado) que consta de 10 ítems con cuatro posibles respuestas según el grado de severidad de los síntomas de acuerdo con las respuestas de la paciente, con un reporte máximo de 30 puntos y con sospecha de depresión posparto a partir de los 10 puntos, es un instrumento sencillo, rápido y de fácil de aplicación. De esta manera, se estimó la asociación de la depresión posparto como factor de riesgo para el abandono de la lactancia materna.

### **F) ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se utilizó estadística descriptiva con análisis univariado que consistio en calcular frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central (media o mediana) y dispersión (desviación estándar o varianza); así como estadística inferencial con análisis bivariado; aplicando la Razón de Momios (RM), con sus respectivos Intervalos de Confianza al 95% (IC95%); como prueba estadística para corroborar que los datos no se debieron al azar, aplicamos Ji cuadrada ( $Ji^2$ ), tomando como significativos los valores de p menores de 0.05, para ello se utilizó el paquete estadístico SPSS.

## g) TAMAÑOS DE LA MUESTRA

**MUESTRA:** Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula de proporciones para poblaciones infinitas en estudios observacionales, manejando el nivel de confianza del 95 %, expresado en la tabla de la distribución normal como 1.96; una precisión de 10 %; y una proporción máxima de acuerdo a la literatura del 32.6 %.

$$N = \frac{Z^2 (P) (Q)}{\epsilon^2}$$

Z<sup>2</sup>= Valor del área de la distribución normal (confianza del 95 %) 1.96<sup>2</sup>

P= Frecuencia del fenómeno objeto de la investigación o probabilidad. (32.6%)

Q= Frecuencia de no ocurrencia del fenómeno objeto de la investigación. (67.4 %)

ε<sup>2</sup>= Precisión (10 %)

$$N = \frac{3.84 (32.6) (67.4)}{(10)^2} = \text{pacientes}$$

$$N = \frac{3.84 (2,197.24)}{100} = \text{pacientes}$$

$$N = \frac{8,437.40}{100} = 84.37 \text{ pacientes}$$

### Muestra 85 pacientes

**MUESTREO:** se hizo de manera no probabilística, al tomar de la agenda de Consulta de medicina familiar, EMI y API, el número de pacientes según el fenómeno a estudiar

## **9. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES**

### **REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD.**

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este reglamento, la investigación a realizar se clasifica en la siguiente categoría:

#### **INVESTIGACIÓN CON RIESGO MINIMO**

Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes decíales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 MI. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros.

Las presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio y los datos obtenidos serán manejados en forma confidencial.



## DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL

Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas.

1. La investigación biomédica que implica a personas debe concordar con los principios científicos aceptados universalmente y debe basarse en una experimentación animal y de laboratorio suficiente y en un conocimiento minucioso de la literatura científica.
2. El diseño y la realización de cualquier procedimiento experimental que implique a personas debe formularse claramente en un protocolo experimental que debe presentarse a la consideración, comentario y guía de un comité nombrado especialmente, independientemente del investigador y del promotor.
3. La investigación biomédica que implica a seres humanos debe ser realizada únicamente por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un facultativo clínicamente competente.
4. Todo proyecto de investigación biomédica que implique a personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles tanto para las personas como para terceros.
5. Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental.
6. Los médicos deben suspender toda investigación en la que se compruebe que los riesgos superan a los posibles beneficios.
7. En la publicación de los resultados de su investigación, el médico está obligado a preservar la exactitud de los resultados obtenidos.
8. En toda investigación en personas, cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación. Seguidamente, el médico debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito.
9. En el momento de obtener el consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación, el médico debe obrar con especial cautela si las personas mantienen con él una relación de dependencia o si existe la posibilidad de que consientan bajo coacción.

La investigación a realizar contempla todos los principios mencionados en esta declaración, aun cuando algunos se refieren a diseños experimentales, en especial aplican a la investigación los principios 8 y 9.

## 10. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

### RECURSOS Y FINANCIAMIENTO:

- a. **Recursos Humanos:** se cuenta con un asesor clínico especialista en medicina familiar, un asesor metodológico especialista en medicina familiar y epidemiología; ambos con amplia experiencia en el tema, y que han participado en otros proyectos de investigación, así como un tesista residente en medicina familiar con experiencia en el tema
- b. **Recursos Físicos:** Infraestructura del HGZMF No. 1
- c. **Recursos Materiales:** Laptop, impresora, hojas, lápices, plumas, encuestas (escala de Edimburgo), gomas, paquete estadístico SPSS. Hojas blancas.
- d. **Recursos Financieros:** Los gastos generados por la presente investigación fueron cubiertos por los investigadores que participan en la misma.

### FACTIBILIDAD:

La factibilidad del estudio se sustentó por la accesibilidad de aplicación de las encuestas “Escala de Edimburgo” a los pacientes que hayan tenido la resolución de su embarazo en un periodo no mayor de un año que acudan a la consulta de medicina familiar y/ medicina preventiva, se aprovechó este tiempo para no interferir con sus actividades cotidianas.

## 11.RESULTADOS

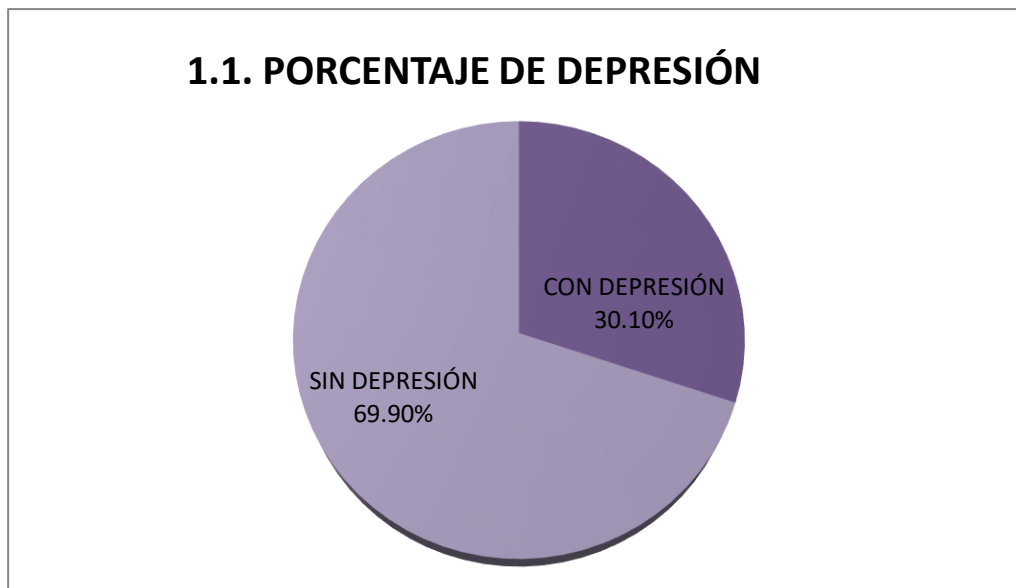
Se aplicó la escala de Edimburgo (validada para la población mexicana) para evaluar la existencia de depresión posparto en un total de 93 mujeres que habían tenido la resolución de su embarazo, en un periodo no mayor a un año en el HGZ Y MF No. 1.

Obteniendo los siguientes resultados:

### ANÁLISIS UNIVARIADO (ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA)

#### DEPRESIÓN

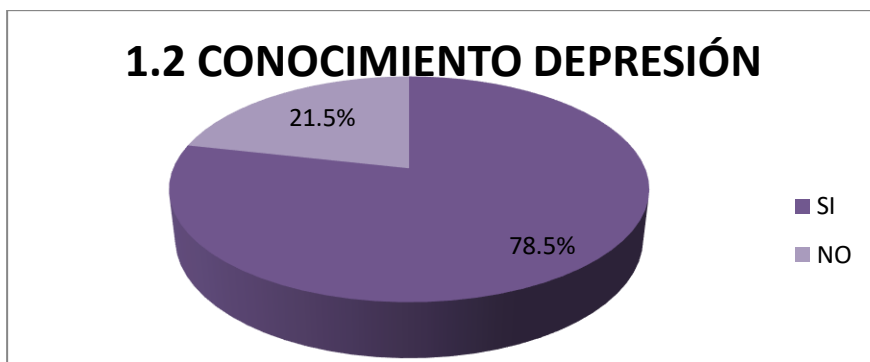
De las 93 pacientes, 28 presentaron depresión; 75 no la presentaron. Es decir, encontramos una frecuencia de depresión posparto del 30.1% como se representa en la gráfica 1.1



2018 – IMSS HGZ MF NO 1 PACHUCA HGO

## CONOCIMIENTO DE DEPRESIÓN

El 78.5% (73) de las mujeres ya habían escuchado antes sobre el tema y el 21.5% (20) no lo habían escuchado, como se representa en la gráfica 1.2.

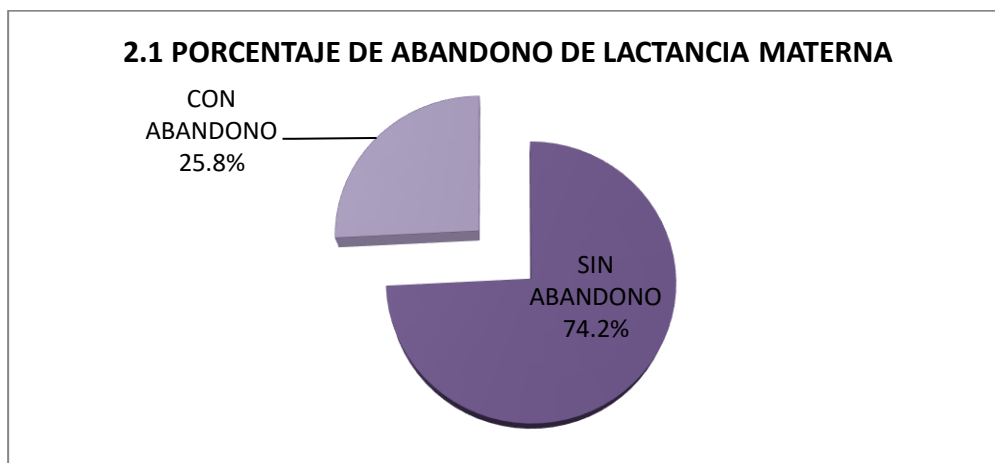


2018 – IMSS HGZ MF NO 1 PACHUCA HGO

## ABANDONO DE LACTANCIA MATERNA

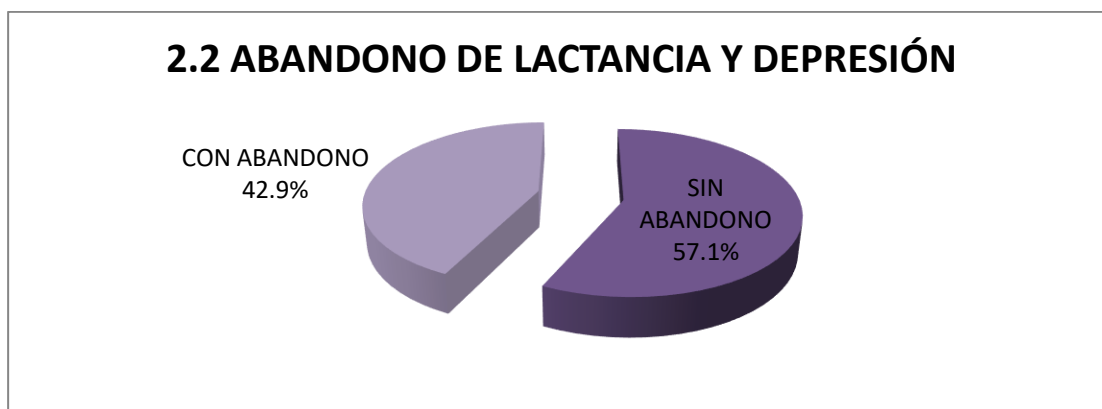
De acuerdo con los resultados del llenado de la cedula de recolección de datos se encontró que, de las 93 pacientes, 24 ya habían abandonado la lactancia en su totalidad y 69 aun la otorgaban ya sea en forma exclusiva, predominante o complementaria.

Dicho de otra forma, se encontró un porcentaje de abandono de lactancia materna del 25.8%. (Grafica 2.1)



2018 – IMSS HGZ MF NO 1 PACHUCA HGO

De las 28 pacientes que obtuvieron un puntaje igual o mayor de 10 puntos en la escala de Edimburgo, 12 abandonaron la lactancia materna es decir el 42.9% y 16 no lo hicieron. (Grafica 2.2)



2018 – IMSS HGZ MF NO 1 PACHUCA HGO

### INICIO TEMPRANO DE LACTANCIA

El inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora de vida fue significativo con una frecuencia de 56 pacientes de las 93 encuestadas. (Tabla 2.1)

Tabla 2.1 INICIO TEMPRANO DE LACTANCIA			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	INICIO TEMPRANO	56	60.2
	INICIO TARDÍO	37	39.8
	Total	93	100.0

2018 – IMSS HGZ MF NO 1 PACHUCA HGO

Encontramos un comportamiento similar en las pacientes con depresión como se muestra en la siguiente gráfica. (2.3)

### 2.3 INICIO TEMPRANO LACTANCIA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN POSPARTO



2018 – IMSS HGZ MF NO 1 PACHUCA HGO

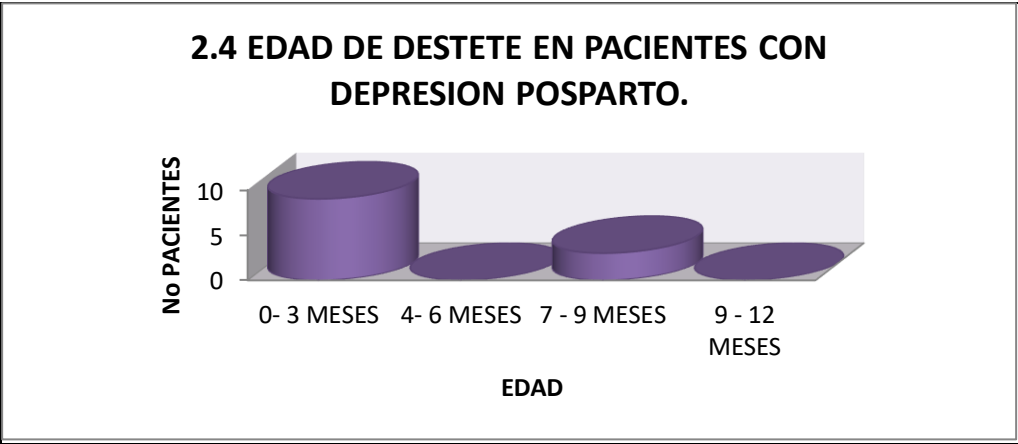
### EDAD DEL DESTETE

La edad del niño a la hora del destete: De los 24 niños a los que ya no se les daba seno materno, esta se retiró con mayor frecuencia en los primeros 3 meses, seguida del grupo de edad de 7 a 9 meses y solo un caso en el grupo 4 a 6 meses de edad. (Tabla 2.2)

Tabla 2 .2 EDAD DESTETE			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	7 – 9 MESES	8	8.6
	4 – 6 MESES	1	1.1
	0 – 3 MESES	15	16.1
	Total	24	25.8

2018 – IMSS HGZ MF NO 1 PACHUCA HGO

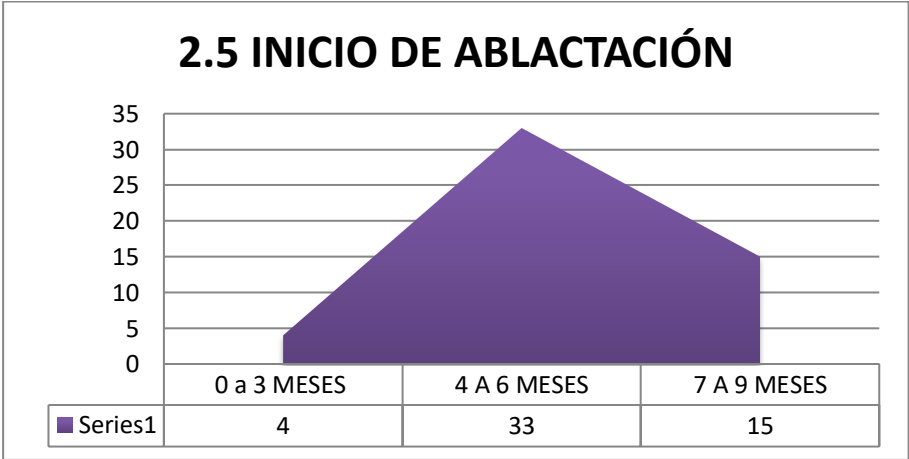
Cuando revisamos los casos de las 28 mujeres que presentaron depresión, encontramos que 9 (75%) abandonaron la lactancia en los primeros 3 meses de edad de su hijo y 3 (25%) entre los 7 – 9 meses de edad. (Grafica 2.4)



2018 – IMSS HGZ MF NO 1 PACHUCA HGO

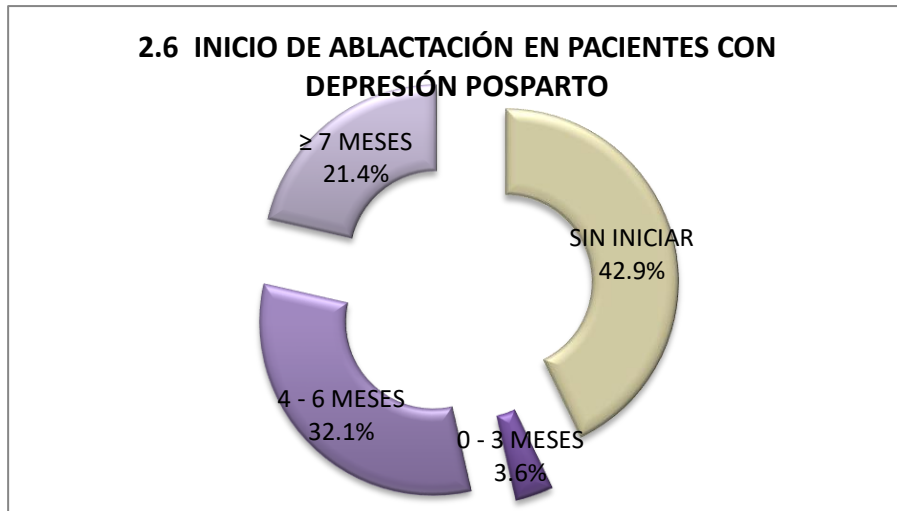
**ABLACTACIÓN**

Nuestro estudio mostró que 52 pacientes ya habían iniciado ablactación. En el 63.43% (33 pacientes) la iniciaron entre los 4 a 6 meses, 28.8% (15 pacientes) entre los 7 y 9 meses y el 7.6% antes de los 3 meses de edad (4 pacientes) como se representa en la gráfica 2.5.



2018 – IMSS HGZ MF NO 1 PACHUCA HGO

De las 28 pacientes con depresión, ya habían iniciado la ablactación 16 (57.1%), 9 mujeres (32.1%) la iniciaron entre los 4 a 6 meses, seguido de 6 (21.4%) después de los 6 meses y solo una (3.6%) la inicio en los primeros 3 meses como podemos ver en la gráfica 2.6.

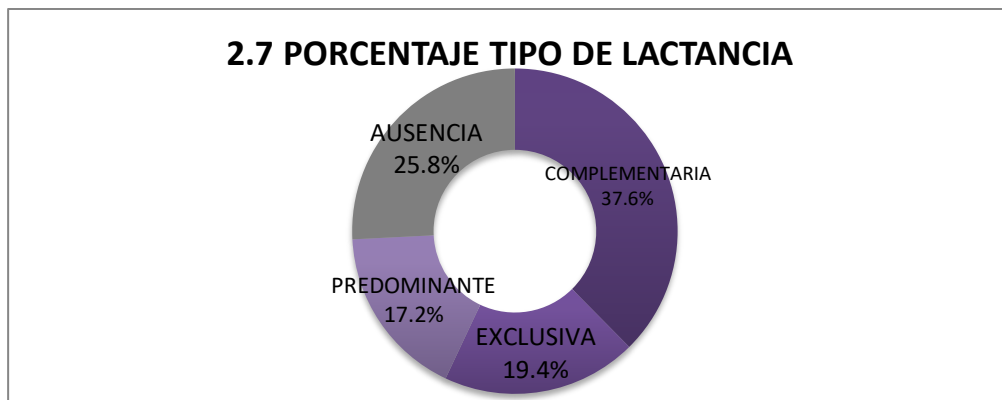


2018 – IMSS HGZ MF NO 1 PACHUCA HGO

### TIPO DE LACTANCIA

De las 69 pacientes aun otorgaban leche materna pero solamente 18 de estas era de forma exclusiva, 16 predominante y 35 complementaria.

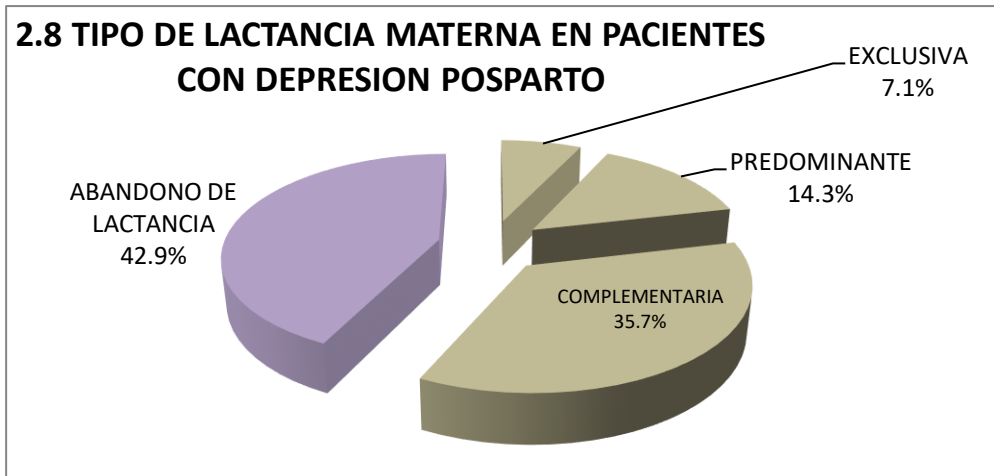
Es decir el tipo de lactancia más frecuente fue la complementaria con un 37.6% y solo se presentó un 19.4% de lactancia exclusiva. (Grafica 2.7)



2018 – IMSS HGZ MF NO 1 PACHUCA HGO

Cuando analizamos el tipo de lactancia en las pacientes con depresión se encontró que el tipo de lactancia predominante en aquellas pacientes que aún no abandonaban la lactancia fue la complementaria en un 35.7% (10), seguida de la predominante con un 14.3% (4) y solo el 7.1% (2) permanecieron con lactancia exclusiva como se muestra en la gráfica 2.8.





2018 – IMSS HGZ MF NO 1 PACHUCA HGO

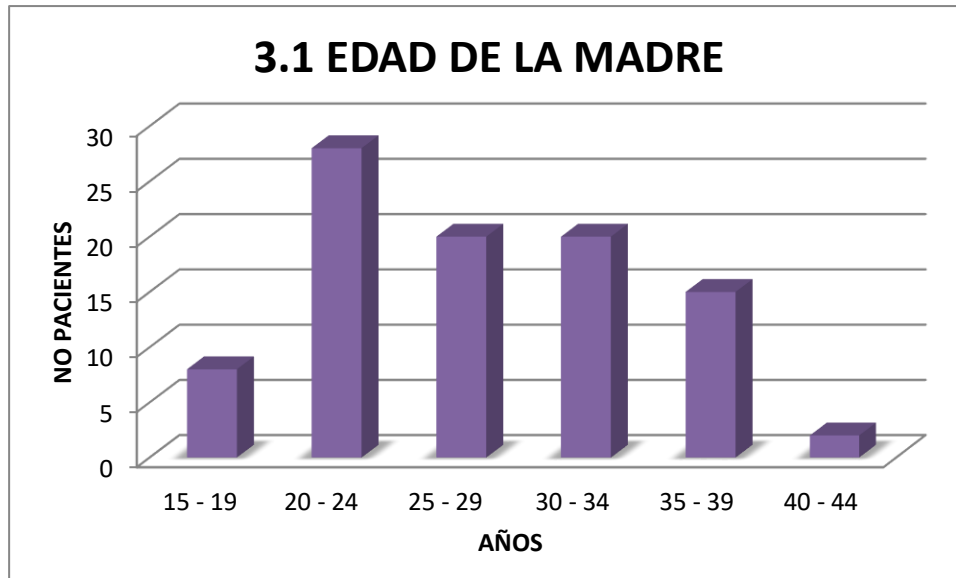
## SOCIODEMOGRÁFICOS

### EDAD MADRE

Se encontró que el grupo con mayor frecuencia fue entre los 20 – 24 años de edad, seguido de los grupos 25-29 años y 30-34 años. Como se muestra en la tabla y grafica 3.1

<b>Tabla 3.1 EDAD MADRE</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	15-19 AÑOS	8	8.6
	20-24 AÑOS	28	30.1
	25-29 AÑOS	20	21.5
	30- 34 AÑOS	20	21.5
	35- 39 AÑOS	15	16.1
	40- 45 AÑOS	2	2.2
	Total	93	100.0

2018 – IMSS HGZ MF NO 1 PACHUCA HGO.



2018 –IMSS HGZ MF NO 1 PACHUCA HGO.

### EDAD NIÑO

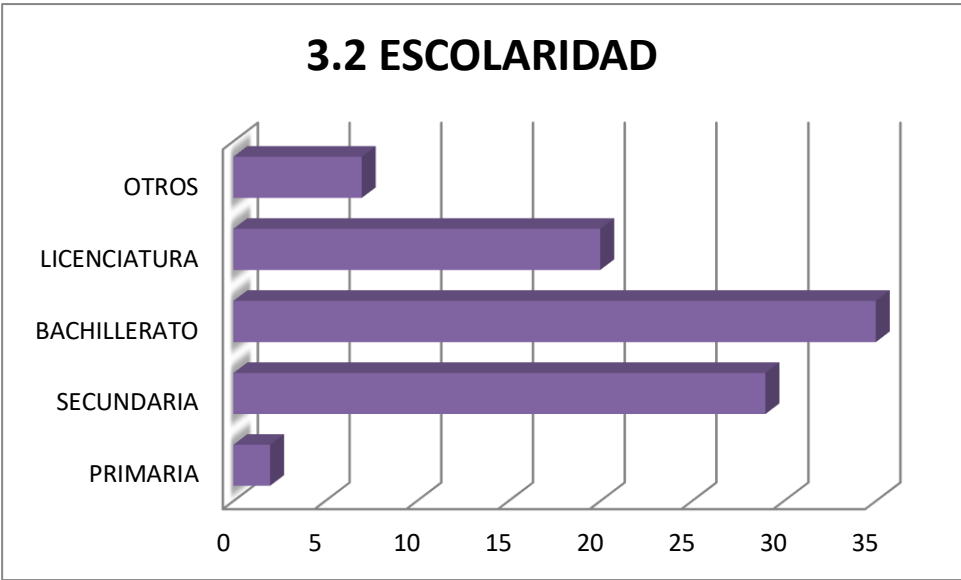
El 67.8% de los niños eran menores de 6 meses y el 32.2% se encontraban entre los 7 y 12 meses de edad. (Tabla 3.2)

Tabla 3.2 EDAD DEL NIÑO			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	10 – 12 MESE	11	11.8
	7 - 9 MESES	19	20.4
	4 – 6 MESES	25	26.9
	0 – 3 MESES	38	40.9
	Total	93	100.0

2018 –IMSS HGZ MF NO 1 PACHUCA HGO.

### ESCOLARIDAD

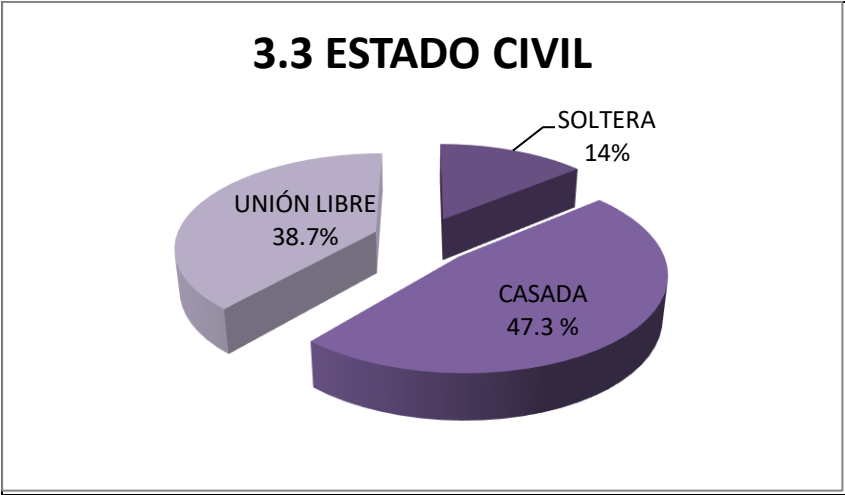
Se observó que 35 (37.6%) pacientes habían cursado hasta el bachillerato, 29 (31.2%) secundaria, 20 (7.5%) la licenciatura, 7 (7.5%) de ellas habían estudiado un oficio y solo 2 (2.2%) pacientes habían cursado hasta la primaria (Grafica 3.2)



2018 – IMSS HGZ MF NO 1 PACHUCA HGO.

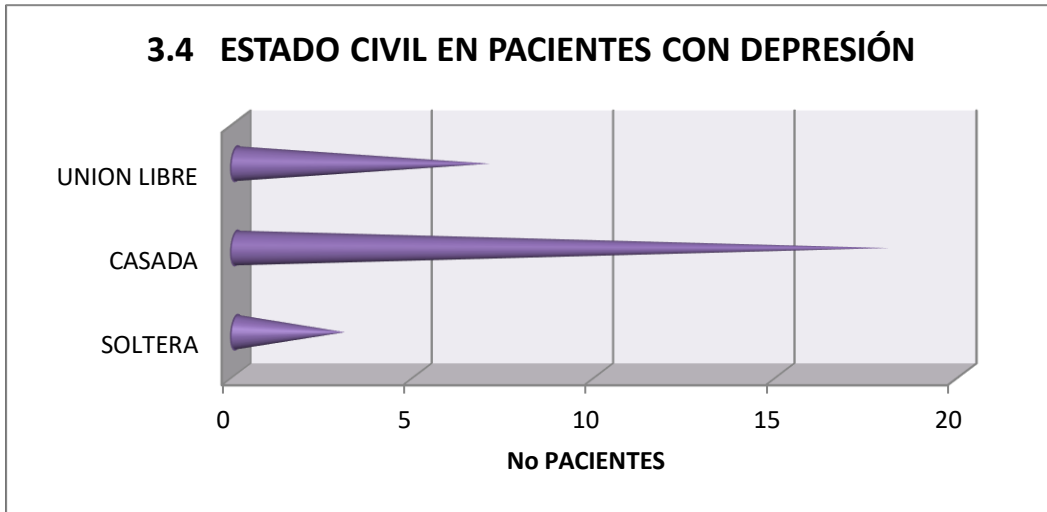
### ESTADO CIVIL

El 86% se encontraba en una relación estable; el 47.3% (44 pacientes) casadas y solo 13 pacientes eran solteras (14%). No se encontró a ninguna con otro estado civil. (Grafica 3.3)



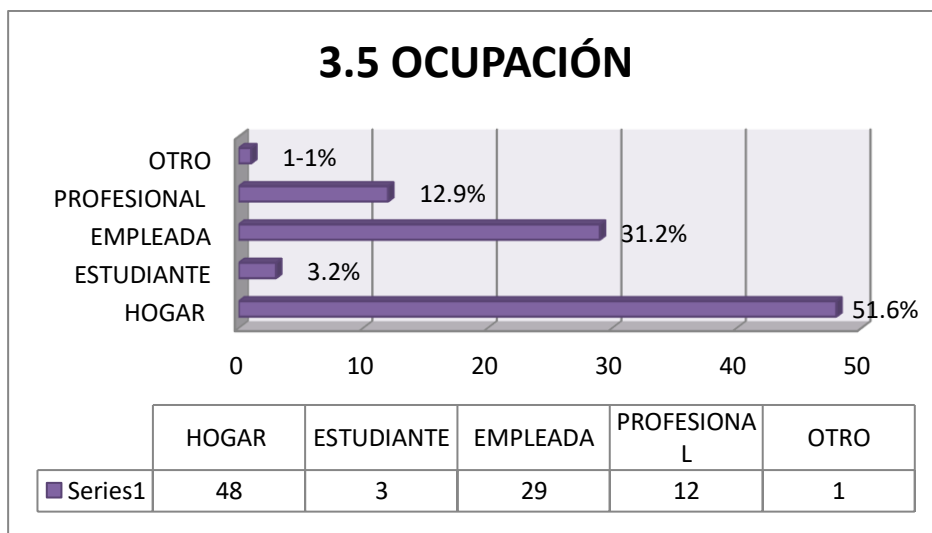
2018 – IMSS HGZ MF NO 1 PACHUCA HGO.

De las 28 mujeres con depresión 18 (64.3%) estaban casadas, 7 (25%) en unión libre y solo 3 (10.7%) solteras. (Grafica 3.4)



## OCUPACIÓN

La ocupación que se presentó con mayor frecuencia fue amas de casa, seguidas de empleadas y la de menor frecuencia fue otros. Una paciente trabajadora sin tener que desplazarse fuera de su hogar. Lógicamente no se encontró a ninguna jubilada o pensionada. (Grafica 3.5)



## ANÁLISIS BIVARIADO (ESTADÍSTICA INFERENCIAL)

**Tabla 4.1 ANÁLISIS BIVARIADO**

VARIABLES	RP	IC95%		$\chi^2$	P
<b>ABANDONO DE LACTANCIA</b>	3.313	1.248	8.792	6.083	0.014
<b>TIPO DE LACTANCIA</b>	4.245	1.006	19.900	3.828	0.050
<b>EDAD MATERNA</b>	2.794	1.123	6.949	5.038	0.025
<b>ESTADO CIVIL</b>	0.370	0.148	0.928	4.630	0.031

2018 – IMSS HGZ MF NO 1 PACHUCA HGO.

### DEPRESIÓN - ABANDONO DE LACTANCIA

Los resultados comprobaron nuestra hipótesis de que existía asociación entre la depresión posparto y el abandono de la lactancia materna, ya que el análisis bivariado mostró una RP de 3.31 lo que significa que las mujeres que abandonan la lactancia aumentan 3.3 veces más el riesgo de tener depresión; y los intervalos demuestran que el riesgo menor va de 1.2 a un riesgo mayor de 8.8. Los datos no se debieron al azar, ya que la Ji-cuadrada fue de 6.083 y la p fue significativa (0.014). (ver Tabla 4.1)

Esta fue nuestra tabla dicotómica (Tabla 4.2)

**Tabla 4.2 DEPRESIÓN ASOCIADO AL ABANDONO DE LACTANCIA MATERNA**

		DEPRESIÓN		
		SI	NO	
ABANDONO DE LACTANCIA	SI	12	12	24
	NO	16	53	69
		28	65	93

2018 – IMSS HGZ MF NO 1 PACHUCA HGO.

## DEPRESIÓN - TIPO DE LACTANCIA

Para realizar el análisis de la variable “tipo de lactancia”, tuvimos que dicotomizarla dejando a la lactancia exclusiva como “sin riesgo” y todas las demás (complementaria, predominante, etcétera) como riesgo, el resultado nos mostró una RP de 4.24, lo que significa que las mujeres que dan otro tipo de lactancia y no solo lactancia exclusiva tiene 4.24 veces más riesgo de sufrir depresión; y los intervalos de confianza al 95% nos muestran que el riesgo menor va de 1.006 a un riesgo mayor de 19.9. En este caso tuvimos que aplicar en lugar de la Ji-cuadrada la F exacta de Fisher ya que uno de los resultados de la tabla dicotómica fue menor a 5 y el resultado fue 3.828 y la p fue significativa (0.05). (Ver Tabla 4.1)

Tabla 4.3 DEPRESIÓN ASOCIADO AL TIPO DE LACTANCIA MATERNA

		DEPRESIÓN		
		SI	NO	
TIPO DE LACTANCIA	SI	26	49	69
	NO	2	16	24
		28	65	93

2018 – IMSS HGZ MF NO 1 PACHUCA HGO.

## DEPRESIÓN – EDAD MATERNA

De igual forma nos llamó la atención la asociación que se encontró entre la depresión posparto y la edad materna ya que, observamos que las pacientes mayores de 29 años tienen un riesgo de 2.79 veces mayor de presentar depresión, el mínimo va de 1.12 a un máximo de 6.94. Con una Ji-cuadrada de 6.949 y una p de 0.031. (Tabla 4.1)

De las 28 pacientes con depresión 16 (57.1%) fueron mayores de 29 años y 12 (42.9%) estuvieron entre los 15 a 29 años de edad. (Tabla 4.4)

**Tabla 4.4 DEPRESIÓN ASOCIADO LA EDAD MATERNA**

		DEPRESIÓN		
		SI	NO	
EDAD MATERNA MAYOR DE 29 AÑOS	SI	16	21	37
	NO	12	44	56
		28	65	93

2018 – IMSS HGZ MF NO 1 PACHUCA HGO

## DEPRESIÓN – ESTADO CIVIL

Un dato interesante en este estudio fue que aquellas pacientes que no estaban casadas, es decir las madres solteras y en unión libre; el resultado mostro un comportamiento de factor protector, ya que la razón de prevalencia fue de 0.370, con un valor mínimo de 0.148 a un máximo de 0.928. La Ji-cuadrada de 4. 630 y la p de 0.031. (Tabla 4.1)

La tabla dicotómica se muestra en la (Tabal 4.5)

**Tabla 4.5 DEPRESIÓN ASOCIADO ESTADO CIVIL**

		DEPRESIÓN		
		SI	NO	
ESTADO CIVIL CASADAS	SI	10	39	49
	NO	18	26	44
		28	65	93

2018 – IMSS HGZ MF NO 1 PACHUCA HGO

## 12. DISCUSIÓN

Se incluyeron 93 pacientes a las que se le aplicó la escala de Edimburgo se encontró un porcentaje del 30.1% de depresión, lo cual coincide con la cifra encontrada en la literatura del 32.6% en nuestro país <sup>(2)</sup>, además se observó un abandono de lactancia materna del 25.8% considerando que fueron niños entre 0 a 12 meses, el cual no se modifica en gran medida al tomar en cuenta solo a niños hasta los 6 meses de edad con un 25.3%; encontrándose muy por debajo de estudios realizados en países desarrollados como Australia y Estados Unidos de América donde encontraron un porcentaje ligeramente abajo del 50%<sup>(19)</sup>. Sin embargo debemos considerar que no somos un país de primer mundo.

Observamos que la depresión posparto y el abandono de la lactancia materna, si están asociadas, presentando un 42.9% de pacientes con presencia de estas dos variables positivas es decir 12 pacientes de las 28 con depresión; además al calcular la razón de prevalencia pudimos observar que aquellas pacientes que abandonan la lactancia materna tienen 3.3 veces más riesgo de presentar depresión posparto, lo cual coincide con aquellos estudios que aseguran que el abandono de la lactancia aumenta el riesgo de presentar depresión posparto <sup>(27)</sup> y difiriendo con aquellos realizados en Brasil donde confirman que la depresión aumenta el riesgo de abandonar la lactancia<sup>(28)</sup>. Ahora bien, la mayoría abandonaron la lactancia durante los primeros 3 meses de edad del niño, lo cual representa un 75%. La importancia de esto radica en que estos pacientes suspenden la lactancia en una edad crítica para el desarrollo adecuado del menor sin cumplir con el tiempo mínimo recomendado por la OMS<sup>(21)</sup>.

Un gran porcentaje de mujeres encuestadas (78.5%) había escuchado hablar antes del tema, sin embargo, no se valoró el nivel de conocimiento, por lo que surge la interrogante sobre si conocían lo suficiente del tema como para poder identificar la patología. En cuanto a las pacientes con depresión posparto, se pudo observar que se presentó de manera predominante en pacientes mayores de 29 años de edad en un 57.1%, por lo que este grupo de edad tiene un riesgo de 2.8 veces más de presentar depresión, lo que llama la atención ya que podríamos esperar que las pacientes jóvenes por su inexperiencia o inmadurez deberían



tener mayor tendencia a la depresión. Además que en su mayoría fueron casadas (64.3%) y amas de casa, en este caso se encontró como factor protector el estado civil (solteras y unión libre) con una razón de prevalencia de 0.370; Lo cual difiere con la literatura que reporta como factor de riesgo para la depresión la falta de apoyo de una pareja por lo que se presenta con mayor frecuencia en las madres solteras<sup>(4)</sup>, en este caso nos podríamos aventurar a pensar que es debido por el elevado nivel de seguridad y estabilidad de las pacientes casadas para ser vulnerables a la depresión y la fortaleza que deben de tener las madres solteras o en unión libre para poder afrontar la responsabilidad de un hijo.

Por el tipo de muestra que obtuvimos, que en su mayoría fueron madres de niños menores de 6 meses de edad, solo el 57.1% había iniciado ablactación y de estos la mayoría la iniciaron a partir de los 4 meses sin cumplir con la recomendación de la OMS de iniciar la ablactación a partir de los 6 meses de edad<sup>(21)</sup>.

Las OMS junto con la UNICEF marcan que en un 50% se inicia la lactancia materna en la primera hora de vida a nivel mundial,<sup>(23)</sup> en nuestro estudio se encontró ligeramente por arriba de esta cifra con un 60.2% del total de la muestra, no habiendo diferencia significativa en pacientes que presentaron depresión posparto con un 61%.

El tipo de lactancia que predominó en pacientes con depresión fue la complementaria con el 35.71% seguida de la predominante 14.3%; en otras palabras el 50% de pacientes que otorgaban lactancia materna lo hacían en conjunto con el uso de fórmulas y consiguiente uso de biberón; siendo escasa la lactancia materna exclusiva en los pacientes con depresión. Esta situación se presentó de igual forma en el total de la muestra del estudio; encontrando el uso de fórmulas en un 54.8% por lo que no hubo asociación en este caso con la depresión posparto.

Otro dato interesante y de preocupación para el sector salud es el porcentaje tan bajo de lactancia materna exclusiva, cuyo resultado en nuestro estudio fue del 19.4% el cual no difiere en mucho con lo reportado en un estudio en nuestro país en el año 2012 con un 14.5%<sup>(20)</sup>.

### 13. CONCLUSIONES

La frecuencia de depresión posparto y abandono de lactancia materna fue significativa y acorde con la literatura. Se encontró asociación entre la depresión posparto y el abandono de la lactancia materna incluso se observó que las mujeres que abandonan lactancia tienen 3 veces más riesgo de presentar depresión posparto; así mismo también encontramos que las mujeres mayores de 29 años tienen 2.7 veces más riesgo de deprimirse y que las mujeres que no son casadas tienen menor riesgo de depresión posparto.

Tristemente nos encontramos que la lactancia materna exclusiva por lo menos en la población urbana es muy baja a pesar de los esfuerzos del sistema de salud para promover e incrementar la práctica de la lactancia materna en forma exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.

Tomando mayor significado debido a que el estudio reveló que la mayoría de las pacientes con depresión posparto abandonó la lactancia antes de los 3 meses de edad siendo la lactancia materna complementaria la que con mayor frecuencia encontramos en la población de estudio, lo que interfiere en el buen desarrollo del menor de edad.

Consideramos que es de vital importancia continuar esta línea de estudio; así como también podrán derivarse otras líneas de estudio encaminadas a la implementación de estrategias dirigidas a la solución de esta problemática en nuestra población.

Queda clara la necesidad de fortalecer la detección oportuna de la depresión posparto y seguir promocionando la lactancia materna, fortalecer los insumos para el tratamiento de enfermedades mentales en el instituto y de ser necesario capacitar al personal de salud. En este estudio se abordaron dos líneas prioritarias de salud, las cuales podrían fortalecerse; por un lado la vigilancia y seguimiento del puerperio; donde como pudimos observar la depresión esta subdiagnosticada y por otro; la lactancia materna cuya tasa de abandono va en aumento. Sin embargo sabemos que las causas de estas variables son multifactoriales; el presente estudio revela que si existe una asociación entre ellas, la cual nos da una área de oportunidad para poder implementar acciones encaminadas a la disminución de la morbimortalidad del binomio madre – hijo, impactando así en la economía del sistema nacional de salud.

## 14. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	SEGUNDO TRIMESTRE 2017			TERCER TRIMESTRE 2017			CUARTO TRIMESTRE 2017			PRIMER TRIMESTRE 2018			SEGUNDO TRIMESTRE 2018		
Planeación del tema protocolo															
Revisión/selección de la literatura															
Estructura del protocolo															
Ingreso plataforma "SIRELCIS"															
Realización de modificaciones															
Autorización Protocolo															
Trabajo de campo aplicación Escala															
Análisis de resultados															
discusión y conclusiones															
Recolección Firmas e Impresión															

## 15.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Medina-Serdán Erica. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto - ip133h.pdf. *Perinatol Reprod Humana* [Internet].2013;27(3):185–93. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2013/ip133h.pdf>
2. Molero K, Urdaneta J, Sanabria C, Zambrano N, Contreras A, Azuaje E, et al. Trabajos Originales Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2014;79(4):294–304. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=98864198&lang=es&site=ehost-live>
3. Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.; 104-108
4. De la Fe Rodríguez-Muñoz M, Eugenia Olivares M, Izquierdo N, Soto C, Le H. Prevención de la depresión perinatal. *Clinica Y Salud* [serial on the Internet]. (2016, Nov), [cited October 9, 2017]; 27(3): 97-99. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=zbh&AN=119813402&lang=es&site=ehost-live>
5. Castellón Dois E. Actualizaciones en depresión posparto. (Spanish). *Revista Cubana De Obstetricia Y Ginecología* [serial on the Internet]. (2012, Oct), [cited April 5, 2017]; 38(4): 576-586. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2012000400016&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000400016&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
6. Deligiannidis K, Kroll-Desrosiers A, Mo S, Nguyen H, Svenson A, Shaffer S, et al. Peripartum neuroactive steroid and  $\gamma$ -aminobutyric acid profiles in women at-risk for postpartum depression. *Psychoneuroendocrinology* [serial on the Internet]. (2016, Aug), [cited October 9, 2017]; Elsevier Ltd; 2016;70:98–107. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psyneuen.2016.05.010>

7. Smith-Nielsen J, Tharner A, Steele H, Cordes K, Mehlhase H, Vaever M. Postpartum depression and infant-mother attachment security at one year: The impact of co-morbid maternal personality disorders. *Infant Behavior & Development* [serial on the Internet]. (2016, Aug), [cited October 9, 2017]; 44:148-158. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=27400381&lang=es&site=ehost-live>
8. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=98514014&lang=es&site=ehost-live>
9. Cox J, Holden J, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of Mental Science* [serial on the Internet]. (1987, June), [cited October 10, 2017]; 150:782-786. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=3651732&lang=es&site=ehost-live>
10. Schonhaut L, López P. Rol del pediatra frente a la depresión posparto The role of the paediatrician in post-partum depression. *Rev Chil Pediatría* [Internet]. 2016;87(1):4-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2016.01.003>
11. Oquendo C. M, Lartigue B. T, González-Pacheco I, Méndez C. S. Validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal. (Spanish). *Perinatología Y Reproduccion Humana* [serial on the Internet]. (2008, July), [cited November 5, 2017]; 22(3): 195-202. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=35751723&lang=es&site=ehost-live>
12. Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. (Spanish). *Actas Espanolas De Psiquiatria* [serial on the Internet]. (2002, Mar), [cited October 10, 2017]; 30(2): 106-111. Available from:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=6774416&lang=es&site=ehost-live>

13. Delgado-Quiñones E, López-Trejo L, Mariscal-Rivera C, Hernández-Rivera L, Orozco-Sandoval R. Prevalencia de depresión en embarazadas en primer nivel de atención de la Unidad de Medicina Familiar 171 del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Revista Medica MD* [serial on the Internet]. (2015, May), [cited April 5, 2017]; 6(4): 238-241. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=116082439&lang=es&site=ehost-live>
14. Sockol LE, Epperson CN, Barber JP. Preventing postpartum depression: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* [Internet]. Elsevier Ltd; 2013;33(8):1205–17. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2013.10.004>
15. Asunción Lara M, Navarrete L, Nieto L, Berenzon S. Acceptability and barriers to treatment for perinatal depression. An exploratory study in Mexican women. *Salud Mental* [serial on the Internet]. (2014, July), [cited April 5, 2017]; 37(4): 293-301. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=98615076&lang=es&site=ehost-live>
16. De Castro F, Place J, Billings D, Rivera L, Frongillo E. Risk profiles associated with postnatal depressive symptoms among women in a public sector hospital in Mexico: the role of sociodemographic and psychosocial factors. *Archives Of Women's Mental Health* [serial on the Internet]. (2015, June), [cited April 5, 2017]; 18(3): 463-471. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=102714339&lang=es&site=ehost-live>.
17. Broche Candó R, Sánchez Sarría O, Rodríguez Rodríguez D, Pérez Ulloa L. Factores socioculturales y psicológicos vinculados a la lactancia materna exclusiva. *Revista Cubana De Medicina General Integral* [serial on the Internet]. (2011, Apr), [cited June 24, 2017]; 27(2): 88-92. Available from:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=79968268&lang=es&site=ehost-live>

18. Herrera H. M, Machado L, Villalobos D. Notición en recién nacidos a término y en niños de 1 a 6 meses. Archivos Venezolanos De Puericultura Y Pediatría [serial on the Internet]. (2013, July), [cited November 5, 2017]; 76(3): 119-127. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=115927298&lang=es&site=ehost-live>
19. Woolhouse H, James J, Gartland D, McDonald E, Brown S. Maternal depressive symptoms at three months postpartum and breastfeeding rates at six months postpartum: Implications for primary care in a prospective cohort study of primiparous women in Australia. Women And Birth: Journal Of The Australian College Of Midwives [serial on the Internet]. (2016, Aug), [cited October 9, 2017]; 29(4): 381-387. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2016.05.008>
20. González de Cosío T, Escobar-Zaragoza L, González-Castell L, Rivera-Dommarco J. Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. (Spanish). Salud Pública De México [serial on the Internet]. (2013, Mar 2), [cited April 6, 2017]; 55S170-S179. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bth&AN=89675679&lang=es&site=ehost-live>
21. OMS \_ Lactancia materna exclusiva. [Internet]. Who.int. 2017 [citado 24 June 2017]. Disponible: [http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive\\_breastfeeding/es/](http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/)
22. Gorrita Pérez R, Terrazas Saldaña A, Brito Linares D, Ravelo Rodríguez Y. Algunos aspectos relacionados con la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida. Revista Cubana De Pediatría [serial on the Internet]. (2015, July), [cited November 5, 2017]; 87(3): 285-294. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=109081944&lang=es&site=ehost-live>



23. Smith E, Hurt L, Chowdhury R, Sinha B, Fawzi W, Edmond K. Delayed breastfeeding initiation and infant survival: A systematic review and meta-analysis. Plos One [serial on the Internet]. (2017, July 26), [cited November 5, 2017]; 12(7): e0180722. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=28746353&lang=es&site=ehost-live>
24. López S, Aguilar Cordero M, García L, Manuel A, Barrilao R, Villar N, et al. Beneficios inmunológicos de la leche humana para la madre y el niño. Revisión Sistemática. Nutricion Hospitalaria [serial on the Internet]. (2016, Mar), [cited June 24, 2017]; 33(2): 482-493. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=122680317&lang=es&site=ehost-live>
25. Cosío-Martínez T, Hernández-Cordero S, Rivera-Dommarco J, Hernández-Ávila M. [Recommendations for a multisectorial national policy to promote breastfeeding in Mexico: position of the National Academy of Medicine]. Salud Publica De Mexico [serial on the Internet]. (2017, Jan), [cited October 9, 2017]; 59(1): 106-113. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=28423117&lang=es&site=ehost-live>
26. Brahma P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. (Spanish). Revista Chilena De Pediatría [serial on the Internet]. (2017, Jan), [cited October 9, 2017]; 88(1): 7-14. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=121750127&lang=es&site=ehost-live>
27. Pope C, Mazmanian D, Bédard M, Sharma V. Breastfeeding and postpartum depression: Assessing the influence of breastfeeding intention and other risk factors. Journal Of Affective Disorders [serial on the Internet]. (2016, Aug), [cited October 9, 2017]; 20045-50. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=27126139&lang=es&site=ehost-live>



28. Zubaran C, Foresti K. The correlation between breastfeeding self-efficacy and maternal postpartum depression in southern Brazil. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal Of The Swedish Association Of Midwives* [serial on the Internet]. (2013, Mar), [cited October 9, 2017]; 4(1): 9-15. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2012.12.001>
29. Gorrita Pérez R, Bárcenas Bellót Y, Gorrita Pérez Y, Brito Herrera B. Estrés y ansiedad maternos y su relación con el éxito de la lactancia materna. (Spanish). *Revista Cubana De Pediatría* [serial on the Internet]. (2014, Apr 15), [cited October 9, 2017]; 86(2): 179-188. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=98514014&lang=es&site=ehost-live>
30. Figueiredo B, Dias C, Brandão S, Canário C, Nunes-Costa R. Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. *Jornal De Pediatria* [serial on the Internet]. (2013, July), [cited October 9, 2017]; 89(4): 332-338. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpdp.2012.12.004>

## 16.- ANEXOS

No. Folio \_\_\_\_\_

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</b>  <b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</b>	
<b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</b>		
Nombre del estudio:	<b>DEPRESIÓN POSPARTO COMO FACTOR ASOCIADO AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL HGZMF No. 1, PACHUCA, HIDALGO</b>	
Patrocinador externo (si aplica):	<b>No aplica</b>	
Lugar y fecha:	Pachuca Hidalgo	
Número de registro:	R-2017-1201-19	
Justificación y objetivo del estudio:	El abandono de la lactancia materna es un problema de salud pública ya que sus efectos tienen repercusión bio-psico-social tanto en la madre como en el niño y por ende en los sistemas de salud, en nuestro país se desconoce su relación directa con la depresión posparto, que es un padecimiento sub diagnosticado por el personal de salud y poco detectado por las pacientes y sus familias. El presente estudio tiene como objetivo: Determinar si la depresión posparto es un factor asociado al abandono de la lactancia materna en el HGZ MF No. 1 Pachuca Hgo.	
Procedimientos:	La participación en este estudio consiste en la aplicación de la escala de Edimburgo a las mujeres en edad fértil que haya tenido la resolución de su embarazo vía vaginal o abdominal en un periodo de tiempo no mayor de un año; la que se analizarán para poder determinar la presencia depresión en los participantes y si esta se asocia al abandono de la lactancia, previa firma del presente consentimiento.	
Posibles riesgos y molestias:	El presente estudio se considera con riesgo mínimo, de acuerdo a la ley general de salud en materia de investigación. La aplicación de los cuestionarios puede generar incomodidad o inquietud en el participante, si existe alguna situación que le incomode, puede expresarla libremente al encuestador quien le brindará apoyo en caso de requerirlo.	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al conocer la relación de la depresión posparto y el abandono de la lactancia materna se realizarán una serie de acciones encaminadas a la prevención de la depresión así en su detección oportuna para realizar las medidas terapéuticas necesarias, para impactar en la disminución del abandono de la lactancia materna por esta causa. En caso de que se me detecte la presencia de depresión, se podrá derivar en forma oportuna con su médico familiar para dar continuidad e incidir de manera temprana sobre esta patología.	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio y que los datos obtenidos serán manejados en forma confidencial, también se ha comprometido a proporcionarme información actualizada que obtenga durante el estudio, aunque pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a la permanencia del mismo.	
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de no aceptar, participar o retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que se recibe en la unidad médica y en Instituto Mexicano del Seguro Social.	
Privacidad y confidencialidad:	El Investigador responsable me ha dado la seguridad y confianza de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos que deriven de este estudio serán tratados en forma confidencial.	
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<b>No aplica en el presente estudio</b>	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	<b>No aplica</b>	
Beneficios al término del estudio:	En caso de identificar depresión postparto, se canalizará a instancias correspondientes para su atención.	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		
Investigador Responsable:	Dra. Rosa Elvia Guerrero Hernández. HGZMF No. 1; Matrícula: 9730435. Tel. 7711929485	
Colaboradores:	Dr. Mario Joaquín López Carvajal Teléfono: 771 192 9485, Externo al IMSS, UAEH Dra. Yeimy Lugo Anduaga. HGZMF No. 1; Matrícula: 99139235 Teléfono: 771 140 99 06	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx		
_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento	
_____ Testigo 1	_____ Testigo 2	
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma	
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio		



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR No. 1  
PACHUCA, HIDALGO



“DEPRESIÓN POSPARTO COMO FACTOR ASOCIADO AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA,  
EN EL HGZ MF NO. 1 PACHUCA HGO”

Cuestionario 1

**INSTRUCCIONES:** lea cuidadosamente cada una de las preguntas y responda lo que se solicita, marcando con una “X” la respuesta que considere usted más adecuada.

Edad \_\_\_\_\_ años    Escolaridad \_\_\_\_\_    No. De afiliación \_\_\_\_\_  
Estado civil \_\_\_\_\_    Ocupación \_\_\_\_\_

Edad de su hijo / a \_\_\_\_\_ meses

1. Usted había escuchado antes sobre “depresión posparto” ( si ) ( no )
2. Usted otorga leche materna a su bebe en este momento ( si ) ( no )
3. En caso de que su respuesta de la pregunta 2 sea **(si)** por favor marcar con una **“X”** el tipo de alimentación que le da a su bebe
  - Leche materna de forma exclusiva (permitiendo dar vida suero oral, gotas y jarbes)
  - La leche materna predomina sobre el resto de su alimentación (permitiendo agua, jugos de frutas, vida suero oral, gotas y jarbes)
  - La leche materna solo complementa su alimentación (incluye comida, leche de origen no humano o preparaciones para lactantes)
4. En caso de que la respuesta de la pregunta 2 sea **(no)** favor de contestar, marcando con una **“X”** la edad que tenía su bebe cuando dejó de darle pecho
  - Entre los 0-3 meses
  - Entre los 4-6 meses
  - Entre los 7-9 meses
  - Entre los 10-12 meses
5. Usted otorga seno materno en la primer hora de vida de su bebe ( si ) ( no )
6. ¿Qué edad tenía su bebe cuando empezó a darle probaditas de alimentos diferentes a la leche?
  - Antes de los 3 meses
  - Entre los 3 – 6 meses
  - Después de los 6 meses



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR No. 1  
PACHUCA, HIDALGO



**“DEPRESIÓN POSPARTO COMO FACTOR ASOCIADO AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA, EN EL HGZ MF NO. 1 PACHUCA HGO”**

**Escala de Edimburgo**

(COX JL, HOLDEN JM, SAGOVSKY R. BR J PSYCHIATRY 1987; 150:782-6)

**INSTRUCCIONES:** Como usted hace poco tuvo a su bebe, nos gustaría saber cómo se ha sintiendo, por favor lea cuidadosamente cada una de las preguntas marque con una “X” la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días.

1.- Ha podido reír y ver el lado bueno de las cosas:

- ( 0 ) Tanto como siempre
- ( 1 ) No tanto ahora
- ( 2 ) Mucho menos
- ( 3 ) No, no he podido

2.- He mirado el futuro con placer:

- ( 0 ) Tanto como siempre
- ( 1 ) Algo menos de lo que solía hacer
- ( 2 ) Definitivamente menos
- ( 3 ) No, nada

3.- Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchan mal:

- ( 3 ) Sí, casi siempre
- ( 2 ) Sí, algunas veces
- ( 1 ) No muy a menudo
- ( 0 ) No, nunca

4.- He estado ansiosa y preocupada sin motivo:

- ( 0 ) No, nada
- ( 1 ) Casi nada
- ( 2 ) Sí, a veces
- ( 3 ) Sí a menudo

5.- He sentido miedo o pánico sin motivo:

- ( 3 ) Sí, bastante
- ( 2 ) Sí, a veces
- ( 1 ) No, no mucho
- ( 0 ) No, nada

6.- las cosas me oprimen o agobian:

- ( 3 ) Sí, casi siempre
- ( 2 ) Sí, a veces
- ( 1 ) No, casi nunca
- ( 0 ) No, nada

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

- ( 3 ) Sí, casi siempre
- ( 2 ) Sí, a menudo
- ( 1 ) No muy a menudo
- ( 0 ) No, nada

8.- Me he sentido triste y desgraciada:

- ( 3 ) Sí, casi siempre
- ( 2 ) Sí, bastante a menudo
- ( 1 ) No muy a menudo
- ( 0 ) No, nada

9.- He estado tan infeliz que he estado llorando:

- ( 3 ) sí casi siempre
- ( 2 ) Sí bastante a menudo
- ( 1 ) Sólo ocasionalmente
- ( 0 ) No, nada

10.- He pensado en hacerme daño a mí misma:

- ( 3 ) Sí bastante a menudo
- ( 2 ) Sí, a menudo
- ( 1 ) Casi nunca
- ( 0 ) No, nunca