



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD
COORDINACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO Y SU ASOCIACIÓN A
LACTANCIA MATERNA, VIOLENCIA EN LA PAREJA, VARIABLES
SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS EN MUJERES ADSCRITAS A LAS
U.M.F. No. 9 “SAN PEDRO DE LOS PINOS”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA**

PRESENTA:

DRA. MARIANA ELIZABETH GUTIÉRREZ SILVA

Asesora:

Dra. Gabriela Rodríguez Ábrego

México D.F, Febrero de 2015

Vo. Bo.

Dr. Benjamín Acosta Cázares
Profesor Titular del Curso de Especialización en Epidemiología
Coordinación de Vigilancia Epidemiológica

Vo. Bo.

Dra. Gabriela Rodríguez Ábrego
Médica Epidemióloga
Hospital General Regional No. 1
"Carlos McGregor Sánchez Navarro"

CONTENIDO

RESUMEN	5
I. INTRODUCCIÓN	7
II. ANTECEDENTES	13
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
IV. PREGUNTA DE INVESTIGACION	17
V. JUSTIFICACIÓN	18
VI. OBJETIVOS	19
VII. MATERIAL Y MÉTODO	20
1. TIPO DE ESTUDIO	20
2. POBLACIÓN DE ESTUDIO	20
3. PERIODO DE ESTUDIO	20
4. TAMAÑO DE MUESTRA	20
5. MUESTREO	21
6. CRITERIOS DE SELECCIÓN	21
VIII. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO	22
IX. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	23
X. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	24
XI. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	29
XII. CONSIDERACIONES ÉTICAS	38
XIII. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	39
XIV. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	40
XV. RESULTADOS	41

XVI. DISCUSIÓN	46
XVII.CONCLUSIONES	49
XVIII.BIBLIOGRAFÍA	50
XIX.ANEXOS	53

RESUMEN

Gutiérrez-Silva ME, Rodríguez-Ábrego G. **Prevalencia de depresión posparto y su asociación a lactancia materna, violencia en la pareja, variables sociodemográficas y clínicas en mujeres adscritas a las U.M.F. No. 9 “San Pedro de los Pinos”.**

Antecedentes. Las mujeres que recientemente se han convertido en madres son vulnerables a un amplio espectro de desórdenes mentales que resultan de los cambios físicos y psicológicos producto del alumbramiento, siendo la depresión posparto el trastorno del ánimo de mayor prevalencia asociado al nacimiento y con tendencia a recidivas en futuros embarazos y a la cronicidad si no recibe tratamiento oportuno. Hay una serie de factores que podrían influir en el aumento de la frecuencia de presentación de ésta patología, entre los que se encuentran el no alimentar al producto con leche materna, sufrir violencia en la pareja, así como factores sociodemográficos (por ejemplo, ocupación, escolaridad, nivel socioeconómico) y clínicos (antecedente de consumo de sustancias de abuso antes y durante el embarazo, antecedente de enfermedades crónicas, antecedentes gineco-obstétricos, edad, sexo del producto y si padece alguna enfermedad).

Objetivo. Estimar la prevalencia de depresión posparto y su asociación a lactancia materna, violencia en la pareja, variables sociodemográficas y clínicas en mujeres adscritas a la U.M.F. No. 9 “San Pedro de los Pinos”.

Material y Método. Se realizó un estudio transversal entre diciembre de 2014 y febrero de 2015 en la Unidad de Medicina Familiar No.9 “San Pedro de los Pinos”. Se incluyeron mujeres derechohabientes del IMSS, mayores de 18 años que cursaran al menos 4 semanas del periodo posparto. Se excluyeron a portadoras de VIH, con patologías físicas y/o cognitivas que les impidieran completar el cuestionario, patología psiquiátrica diagnosticada previamente y aquellas que contaron con alguna contraindicación absoluta para amamantar. Se realizó una revisión diaria a la programación de consulta a externa de Medicina Familiar y se hizo un muestreo aleatorio sistemático (1 de cada 3); en aquellos elegibles se aplicó un cuestionario previo consentimiento informado. Además se midió nivel socioeconómico (Regla AMAI 10x6), comorbilidades, características de la práctica de la lactancia materna si es que se llevaba a cabo, actividad física en el posparto, aplicación de la Escala de Depresión Posparto de Edinburgo para detectar pacientes que presentaran síntomas depresivos y preguntas específicas para determinar si la paciente había sido víctima de violencia por parte de su pareja.

Resultados. Se estudiaron 260 mujeres con una mediana de edad de 26 años, encontrándose una prevalencia de depresión posparto de 17.3% (n=45). Para los infantes hijos de las pacientes encuestadas, el 60.4% tuvieron 6 meses o menos de edad y el resto tuvo más de 6 y hasta 12 meses, registrándose en el primer grupo que sólo el 12.1% eran alimentados exclusivamente con leche materna. La mayor frecuencia de depresión posparto se registró en las mujeres con nivel socioeconómico medio. El no tener pareja tuvo una Razón de Prevalencias (RP) para la presencia de depresión posparto de 2.78 (IC95% 1.62-4.78) en comparación con las mujeres que si la tenían, el ser empleada tuvo

una RP 2.29 (IC95% 1.31-4.01) en contraste con las pacientes que se dedicaron al hogar. Dentro de las variables clínicas, el consumo de tabaco previo a la gestación tuvo una RP 2.45 (IC95% 1.45-4.11) y la presencia de complicaciones durante el embarazo una RP 1.81 (IC95% 1.07-3.07). Con respecto a la lactancia materna, el grupo de madres de infantes mayores de 6 meses que ya no los alimentaban con leche materna al momento del estudio tuvieron una RP 2.57 (IC95% 1.07-6.16). La presencia de tensión, violencia física y emocional también se relacionaron con depresión posparto.

Palabras clave. Depresión posparto, lactancia materna

I. INTRODUCCIÓN

La maternidad, desde el punto de vista psicológico, es el evento más complejo dentro de la experiencia humana. Las mujeres que recientemente se han convertido en madres son vulnerables a un amplio espectro de desórdenes mentales, así como a aquellos que resultan de los cambios físicos y psicológicos producto del alumbramiento(1).

La depresión posparto es el trastorno del ánimo de mayor prevalencia asociado al nacimiento, su sintomatología se caracteriza por la presencia de sentimientos incapacitantes de incomodidad y afrontamiento, que pueden verse exacerbados por baja autoestima materna, falta de confianza y expectativas irreales sobre la maternidad(2,3).

La depresión posparto es una condición devastadora que afecta la salud mental de por lo menos 10-15% de las mujeres que recientemente se han convertido en madres con una incidencia anual de episodios depresivos mayores de 1.89% por mujer(2,3,4). Hay evidencia que indica que la incidencia es probablemente mayor mediante encuestas que encontraron que al menos 20% de las nuevas madres requirieron tratamiento farmacológico o algún otro tipo de tratamiento para depresión; al mismo tiempo que, 27% de mujeres con hijos menores de un año experimentaron alguna forma de depresión dependiendo del método de medición y del tiempo transcurrido desde el nacimiento con una recidiva de 1:3 a 1:4 si la madre no recibe el tratamiento correcto(5,6). Aun así, hay una proporción de mujeres con depresión posparto que no mejora pudiendo éstas mujeres incluso seguir un curso crónico(3).

Gaynes *et al.* y O'Neill *et al.* Encontraron, respectivamente, que entre el 19% y el 26% de dos grupos de nuevas madres tuvieron algún grado de depresión posparto a las seis semanas después del nacimiento, convirtiéndose en la complicación más común después del mismo(7), sugiriéndose en ambos estudios que, entre otras variables, el método de alimentación del recién nacido y la depresión posparto podrían estar estrechamente relacionadas(7,8,9). En México se ha reportado una prevalencia general de hasta 32.6%(10), muy superior a las indicadas en mujeres de Estados Unidos: 11.7 a 20.4 %(11), América del sur: 20.7%(12), Europa: 6.1 a 16.8 % (13,14) y África: 13.2 % (15), lo que podría indicar una subestimación importante en la frecuencia de presentación de la patología en nuestro medio.

Los efectos que la depresión posparto tiene en la relación madre-producto son universales, su impacto en el desarrollo del producto está directamente relacionado con la duración e intensidad del episodio(2), asociándose al establecimiento de apegos inseguros, deterioro del desarrollo psicomotor del infante y cese precoz de la alimentación al seno materno, entre otros(9,16,17,18). El diagnóstico de depresión posparto confiere algunas dificultades ya que su sintomatología puede confundirse con comportamientos asociados a la adaptación normal al puerperio. Esto se ve reflejado en que alrededor de 50% de los casos de depresión posparto no se diagnostica ni se trata oportunamente y por otro lado, cerca de la mitad de los cuadros depresivos diagnosticados durante el puerperio se iniciaron o continuaron su curso durante el embarazo(19).

La depresión posparto es un padecimiento de origen multifactorial que puede empezar en cualquier momento durante el primer año después del nacimiento. De acuerdo al manual Diagnóstico Y Estadístico Para Desórdenes Psiquiátricos en su versión cinco (DSM-V, por sus siglas en inglés), los síntomas podrían empezar a manifestarse alrededor de dos semanas después del parto y podrían durar varios meses o incluso un año (20). Entre las manifestaciones se encuentran sentimiento de soledad, alteración del patrón de sueño, disminución del apetito, la labilidad emocional, sentimientos de fracaso especialmente en el papel de ser madre, inhabilidad para socializar o mantener relaciones interpersonales, afectando todos los anteriores a la habilidad de una mujer de procurar a su hijo como desearía(5). Habiendo evidencia que sugiere que los hijos de madres que sufrieron depresión posparto podrían tener más riesgo de presentar a corto plazo enfermedades infecciosas y a largo plazo más depresión que la población general(21).

Entre los factores que se encuentran relacionados al desarrollo de depresión posparto se encuentran: la ansiedad materna: OR 5.6, IC95% 3.2-9.7(22), historial de violencia en la pareja: OR 1.9, IC95% 0.8-4.7(23), embarazo no planeado: OR 1.24, IC95% 1.10-1.40, consumo de tabaco: OR 1.39, IC95% 1.03-1.87, consumo de alcohol: OR 1.43 IC95% 1.21-1.69(24), estrés cotidiano, aislamiento social, bajo nivel educativo, ser madre soltera y pobre calidad de la relación de pareja; mientras que factores como tener más de una persona que proporcione apoyo emocional: OR 0.66, IC95% 0.35-1.62 y llevar a cabo la práctica de la lactancia materna OR 0.69, IC95% 0.35-1.35 podrían conferir un efecto protector contra el desarrollo de la patología(23).

La lactancia materna es la forma natural de proporcionar el alimento con los nutrientes ideales necesarios para favorecer el crecimiento y desarrollo saludable del recién nacido y el lactante, siendo considerada como el estándar de oro para la nutrición infantil. Los múltiples beneficios tanto para la madre como para el niño son ampliamente conocidos (Tabla 1), resultando en un incremento en la conciencia de las ventajas de la leche materna sobre las fórmulas comerciales, sin embargo, las tasas de la práctica continúan siendo insatisfactorias a pesar de la difusión de la evidencia que sustenta éstas afirmaciones(24,25).

Las recomendaciones actuales consisten en llevar a cabo la alimentación con leche materna durante los primeros 6 meses de vida a fin de alcanzar un crecimiento, desarrollo y salud óptimos, y posteriormente hasta los 24 meses de edad; lo que además proporciona la posibilidad de formar lazos afectivos con la madre que en el futuro se traducirá en seguridad e independencia del niño, se ha estimado que amamantar de manera óptima a los niños menores de dos años de edad tiene el potencial de prevenir 1.4 millones de muertes en niños menores de cinco años de países en desarrollo anualmente(25). Las tasas de mortalidad infantil varían de un país a otro. En general las naciones pobres tienen cifras mucho más altas que las desarrolladas. La mayoría de las muertes relacionadas con la alimentación artificial se manifiestan principalmente por enfermedades diarreicas(25,27).

Tabla 1. Beneficios de la lactancia materna

Para el producto	Para la madre
<ul style="list-style-type: none"> - Nutrición ideal - Inmunidad -> Protección Vs. Infecciones - Menor riesgo de: <ul style="list-style-type: none"> Muerte súbita Obesidad infantil Alergias Enterocolitis necrotizante Enfermedad celiaca Enfermedad cardiovascular - Desarrollo cognitivo - Salud mental 	<ul style="list-style-type: none"> - Liberación de hormonas - Pérdida de peso - Fortalecimiento del lazo madre-hijo - Menor riesgo de: <ul style="list-style-type: none"> Depresión posparto DM2 Enfermedad cardiovascular Ca de mama, ovario y endometrio Osteoporosis Sx. Metabólico - Mejor tolerancia al DIU
Para la Familia	Para la sociedad
<ul style="list-style-type: none"> - Unión familiar - Ahorro económico 	<ul style="list-style-type: none"> - Disminución de los gastos en salud - Disminución del ausentismo laborales de los padres

Lineamiento Técnico Médico para la Lactancia Materna. Coordinación de programas integrados de salud - Instituto mexicano del seguro social, 2012.

La OMS, afirma que menos del 40% de los lactantes de todo el mundo son alimentados exclusivamente con leche materna siquiera durante los cuatro primeros meses de vida, y que, con frecuencia, las prácticas de lactancia materna son inoportunas, inapropiadas e insalubres. Reportes de los cinco últimos años, refieren que entre los 10 países con mayores tasas de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, destacan Chile con 77%, Cuba con 76% y Eritrea (noroeste de África) con 66%, mientras que México cuenta con una tasa de apego 33.6%(27,28).

Aunque en los últimos años, se ha incrementado el número de niños que recibe lactancia materna exclusiva, la cobertura actual está muy por debajo de la recomendada a nivel nacional e internacional, siendo que indicador de desempeño debe ser igual o mayor al 95% de cobertura en los recién nacidos a su egreso de la unidad hospitalaria del Instituto Mexicano del Seguro Social; mientras que el indicador de desempeño para la lactancia materna exclusiva en las Unidades de Medicina Familiar del 1° al 6° mes debe ser igual o mayor del 80%, mientras que el indicador de desempeño para la lactancia materna complementaria en las U.M.F. del 7° al 12° mes debe ser igual o mayor del 40%. A pesar de lo anterior, solamente el 38% de niños tiene lactancia exclusiva por seis meses y el 39% tiene lactancia complementaria de 20-23 meses(25).

Hay factores socioculturales que están fuertemente asociados con el inicio de la lactancia materna pero los problemas durante la práctica se presentan de forma común aún en las madres que se encuentran altamente motivadas para amamantar. Los problemas tales como el inicio temprano de la lactancia y llevar a cabo la practican de forma subóptima entre los recién nacidos, especialmente en los que se expusieron a la administración de

medicamentos durante el parto, se reportan con frecuencia. Aunque los desenlaces adversos son raros, las dificultades para amamantar durante la primera semana posparto se asocian con un riesgo incrementado de suspender la lactancia antes de lo recomendado así como el llevar a cabo la practican con menor éxito con hijos subsecuentes(29).

Son varios los factores que han sido asociados con el inicio tardío de la lactancia materna entre los que se encuentran: primiparidad, parto por cesárea, estrés durante el proceso del parto, diabetes materna y un alto índice de masa corporal materno. También se ha demostrado que los factores domésticos y socioeconómicos pueden influenciar fuertemente el cómo se lleva a cabo la práctica así como su terminación temprana con las consecuentes implicaciones para el binomio madre-producto(30).

En general es aceptado un que las madres que alimentan a sus bebés con fórmula se encuentran en mayor riesgo de presentar desventajas físicas y psicológicas comparadas con las madres que alimentan a sus hijos con leche materna(5). Esto último debido fisiológicamente a la interacción hormonal que se desprende del proceso de amamantar (Figura 1)(25).

El amamantar incrementa la secreción de oxitocina que consecuentemente induce el apego y la formación de lazos emocionales entre la madre y el producto. Además se regula la secreción basal diurna de cortisol en mujeres posparto y por lo tanto se regula también la respuesta autonómica ante el estrés de la nueva madre(31,32). La suspensión de la lactancia favorece también la regulación a la baja de las concentraciones de prolactina, hormona que también juega un papel esencial en el posible desarrollo de síntomas de depresión durante el posparto(7).

A partir de los años 1950's se planteó la relación entre la depresión posparto y los cambios hormonales de la mujer. Consistentemente se reportó que la presentación de los síntomas en el tercer día del posparto correspondía con los cambios hormonales que ocurren en ese tercer día. Uno de estos cambios hormonales que se encuentra bien establecido por la investigación y que ocurre en el periodo posparto es una brusca caída en los niveles de estrógenos y de progesterona. Al tercer día del posparto, los estrógenos y la progesterona regresan a los niveles que había antes del embarazo. Las mujeres con los decrementos más bruscos tienen más probabilidades de reportarse como deprimidas durante los primeros 10 días después del parto. También se ha notado una relación entre estas rápidas caídas de los estrógenos luego del parto y marcados decrementos de los niveles de triptófano en plasma, mismos que correlacionan con el diagnóstico de depresión; aunque los datos de estas asociaciones son inconsistentes(42,43).

Otras investigaciones destacan la actividad de la prolactina durante el puerperio. Los niveles de prolactina forman una curva inversa a la de los niveles de estrógenos y progesterona durante el puerperio, por lo que razonablemente se ha asumido que las madres que no amamantan a sus bebés y producen un rápido declive en su prolactina, podrían tener una depresión posparto. También se ha sugerido que el estrés psicobiológico y los cambios en los esteroides adrenales durante el puerperio, jueguen un papel en la depresión. Sin embargo, algunos investigadores afirman que no existe una asociación positiva entre los síntomas depresivos en el posparto y los cambios en la concentración de esteroides como el cortisol(42,44).

Figura 1. Liberación hormonal durante el proceso la lactancia.



Mezzacappaa EM, Kelseyc RM, Katkin ES. Breast feeding, bottle feeding, and maternal autonomic responses to stress. J Psych Res. 2005;58:351– 365.

Entro otras hormonas cuyo papel en la depresión posparto se han seguido como líneas de investigación son los niveles de B-endorfina, hormona gonadotropina coriónica humana y cortisol que también aumentan durante el embarazo y alcanzan su pico máximo cerca al término del embarazo y para posteriormente declinar en el posparto, así como un estado de distiroidismo debido a que los niveles elevados de estrógenos durante el embarazo estimulan la producción de la globulina fijadora de hormona tiroidea, lo que conduce a un aumento en la fijación de T3 (triyodotironina) y T4 (tiroxina), así como a una caída simultánea de T3 y T4 libre. En consecuencia, la hormona estimulante de la tiroides (TSH) aumenta para compensar la baja cantidad de hormonas tiroideas libres(45).

En el estudio de las alteraciones del estado emocional durante el posparto es necesario también evaluar algunos otros factores de riesgo que se podrían clasificar en: no modificables como edad, sexo, raza, nivel educativo, número de embarazo y si éste es planeado y/o deseado, antecedente de depresión o enfermedad psiquiátrica de base o en embarazos anteriores; y modificables como factores de cuidado prenatal, tabaquismo, consumo de alcohol, sobrepeso u obesidad de acuerdo índice de masa corporal, uso de drogas, llevar a cabo o no la práctica lactancia materna y ser víctima de violencia (24).

Para la evaluación de la depresión posparto es posible valerse de herramientas exploratorias como cuestionarios de administración en la población de mujeres posparto como la Escala de Depresión de Posparto de Edimburgo (EPDS) que se creó para asistir a

los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de posparto dada la prevalencia y que la falla diagnóstica de la patología favorecen que muchas de las madres deprimidas no obtengan tratamiento oportuno. La EPDS se creó en centros de salud en Livingston y Edinburg y consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad y que es necesaria una posterior evaluación clínica a profundidad. Es importante mencionar que la escala tiene como limitante el no detectar las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad, además de basarse en criterios del estado de ánimo y no variables biológicas como lo son el nivel en sangre de algunas hormonas(33).

Por otro lado la evaluación de la práctica de la lactancia materna es posible realizarla mediante variables propuestas por la Organización Mundial de la Salud que permiten la posterior construcción de indicadores que se pueden aplicar ajustados a la población que quiere estudiarse y se derivan de entrevistas individuales a los pacientes:

Tabla 2. Indicadores de evaluación de la práctica de la lactancia materna

Indicadores básicos	Indicadores opcionales
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inicio temprano de la lactancia materna ▪ Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses ▪ Lactancia materna continua al año de vida ▪ Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o suaves ▪ Diversidad alimentaria mínima ▪ Frecuencia mínima de comidas ▪ Dieta mínima aceptable ▪ Consumo de alimentos ricos en hierro o fortificados con hierro 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Niños que fueron amamantados alguna vez ▪ Lactancia materna continuada a los 2 años ▪ Lactancia materna adecuada según la edad ▪ Lactancia materna predominante antes de los 6 meses ▪ Duración de la lactancia materna ▪ Alimentación con biberón ▪ Frecuencia de tomas de leche para niños no amamantados

OMS. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño: parte I—definiciones. 2009.

La posterior construcción de los indicadores permite: 1. Evaluación: para hacer comparaciones a nivel nacional y local 2. Definición de grupos objetivo: para identificar las poblaciones en riesgo y las intervenciones destinadas a ellas, así como tomar decisiones con relación a las políticas de asignación de recursos, y 3. Monitoreo y evaluación: para monitorear el progreso en el logro de metas y para evaluar el impacto de las intervenciones que actualmente se llevan a cabo en los hospitales para la promoción de la práctica de la lactancia materna (Tabla 2)(34).

Con respecto a la violencia en la pareja, hay investigaciones en las que ésta se ha asociado con un aumento en el riesgo de efectos adversos en el periodo perinatal,

teniendo consecuencias para el binomio madre-producto, además de que podría tener efectos severos en el bienestar psicológico de las madres. El desarrollo de síntomas depresivos en el periodo posparto y su medición podrían ser una estimación que refleje el efecto real de la violencia en la pareja sobre el estado emocional de mujeres que recientemente se han convertido en madres; habiendo sido reportando hasta 17 veces más de riesgo de padecer síntomas depresivos en el posparto si se sufre violencia en la pareja, comparado con mujeres que no la sufren(46,47).

II. ANTECEDENTES

Hay evidencia propuesta por Deniss C y McQueen A en el año 2007 apoyadas en un estudio con base poblacional para examinar la relación entre las formas alimentación infantil y sintomatología depresiva en el posparto con tres mediciones de seguimiento a la 1, 4 y 8 semanas posparto. No se encontró diferencia entre la forma de alimentación del producto en la primera semana del posparto y el posterior desarrollo de sintomatología depresiva en la cuarta y octava semana. Sin embargo las mujeres con un puntaje mayor a 12 en la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo obtenido durante la primera semana posparto tuvieron mayor probabilidad de discontinuar la lactancia en las 4^a. y/o 8va. semanas posteriores, de estar insatisfechas con el método de alimentación de su hijo y de experimentar problemas significativos a llevar a cabo la práctica de la lactancia; sugiriendo que la identificación temprana de madres que amamantan y que presentan sintomatología depresiva es necesaria no sólo para reducir la morbilidad asociada con la depresión posparto sino también como un intento de promover tasas más altas en la duración de la lactancia materna(35).

Posteriormente, Chaaya M *et al*, en el año 2010 se dio a la tarea de estudiar a 396 mujeres en Líbano para estimar la prevalencia depresión posparto y sus determinantes, encontrando una prevalencia general de depresión posparto de 21%, y asociando como factores de riesgo para presentar la patología al antecedente de depresión durante el embarazo (OR 6.66 IC95% 3.47 a 12.78), la presencia de dos o más enfermedades crónicas (OR 2.42 IC95% 1.12 a 5.15) y educación superior (OR 1.98 IC95% 0.70 a 5.61). Se encontró también con factores asociados a presentar con menor frecuencia la depresión posparto a la práctica de la lactancia materna (OR 0.69 IC95% 0.35 a 1.35) y al parto por cesárea (OR 0.14 IC95% 0.03 a 0.56)(36).

En el año 2012, Tashakori A *et al*. evaluaron la relación entre el método de alimentación infantil y depresión posparto comparando la prevalencia de esta última entre mujeres que llevaban a cabo la práctica de la lactancia materna con mujeres que no lo hacían; encontrando una diferencia significativa en la prevalencia de resultados positivos medidos mediante la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo con 2.5% en mujeres que amamantaban y de 19.4% en mujeres que utilizaban otra forma de alimentación ($p=0.0004$), sugiriendo así que el método de alimentación infantil podría estar relacionado con desórdenes emocionales maternos, por lo que la práctica lactancia materna conseguiría disminuir la frecuencia de presentación de depresión posparto(4).

Según revisión de la evidencia realizada el año 2011 en la que se analizaron estudios tanto cuantitativos como cualitativos y que mostraban tanto relación positiva como negativa entre

la lactancia materna y la presencia depresión posparto, se concluyó que las mujeres que amamantar tienen una menor probabilidad de sufrir depresión posparto y de estrés comparadas con las mujeres que alimentan a sus hijos con fórmula, sugiriendo también que la protección contra tales síntomas es igual o mayor a los tres meses posteriores al parto(7).

Rincón-Pabón D *et al* en 2013, se dieron a la tarea de examinar las asociaciones entre los determinantes sociales y el cuidado prenatal con la presencia de depresión posparto mediante autorreporte en una muestra representativa de mujeres colombianas mediante la realización de un estudio transversal que incluyó a 1,659 mujeres. Se establecieron asociaciones mediante modelos de regresión; obteniendo una prevalencia general de depresión posparto de 10.5% y como factores asociados: el residir en el área rural (OR = 2,35; IC 95%, 2,03-2,73), pertenecer a una etnia (OR = 1,42; IC del 95%, 1,22-1,65), embarazo no planificado (OR = 1,24; IC del 95% 1,10-1,40), presentar antecedentes de alcoholismo (OR = 1,43; IC del 95% 1,21-1,69), tabaquismo (OR = 1,39; IC del 95% 1,03-1,87), ingesta de calcio (OR = 1,20; IC del 95% 1,06-1,36) y ácido fólico (OR = 1,20; IC del 95% 1,07-1,36), teniendo en cuenta también el papel de la lactancia como improbable factor protector(24).

Finalmente en el año 2009, Alvarado-Esquivel *et al*. Determinaron la prevalencia de depresión posparto y características epidemiológicas asociadas en una población de mujeres de Durango, México; encontrando una prevalencia de 32.6%, muy superior a las reportadas en otros países, lo que sugirió que se subestima la frecuencia de presentación de la patología. Hubo una prevalencia ligeramente menor en mujeres que se encontraban amamantando al momento del estudio (31.7%). Se encontraron como factores de riesgo el estrés durante el parto (7.71 IC95% 3.14-18.93), antecedente personal de depresión posparto (6.80 IC95% 2.64 a 17.60), embarazo no deseado (OR 2.39 IC95% 0.94 a 6.11) y más de tres embarazos (OR 1.45 IC95% 0.40 a 4.56)(10).

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los factores de riesgo y la frecuencia con la que se presenta la depresión posparto en nuestro medio es incierta con reportes que varían entre el 10%-32.6%, con fallo en el diagnóstico de aproximadamente el 50% de los casos debido a que no se contempla como una patología común aunque los instrumentos de evaluación son rápidos y sencillos de llevar a cabo. Las pacientes que no reciben tratamiento son vulnerables a corto plazo a alteraciones en el apego con el producto y el desarrollo de éste, podría afectar la habilidad de la madre para procurar cuidados al infante, lograría alterar la dinámica de pareja y familiar, de forma que hasta 30% de las mujeres que no reciben tratamiento experimentan depresión posparto severa; y de éstas, el 50% podrían experimentar síntomas hasta dos años después del diagnóstico, dificultando así su tratamiento. Las mujeres que experimentan depresión posparto tienen dos veces más de riesgo de un nuevo episodio con embarazos subsecuentes. La enfermedad podría ser prevenible al mantener informadas a las pacientes en riesgo y promoviendo acciones que se ha demostrado que tienen un efecto protector como lo es la lactancia materna; práctica de la que se tienen datos que varían según el tipo de población.

La evidencia sugiere que la práctica de la lactancia materna podría ser un factor protector contra la depresión posparto que además proporciona otros beneficios tanto para el producto como para la madre dejando clara la superioridad de este tipo de alimentación sobre los sucedáneos de leche materna y convirtiéndola en el estándar de nutrición infantil. A pesar de lo anterior las bajas tasas de apego a la lactancia materna pueden explicarse por un modelo multifactorial cuyas consecuencias para el binomio madre-producto a corto y largo plazo podrían traducirse en aumento la morbilidad infecciosa para el niño y de enfermedades crónicas para la madre; repercutiendo directamente en la calidad de vida de ambos, la productividad de los padres, ingresos hospitalarios y la mortalidad(37).

Es probable que la frecuencia de presentación de la depresión posparto en mujeres que llevan a cabo la práctica de la lactancia materna sea hasta dos veces menor, afirmando así su papel protector, en comparación con las madres que alimentan a sus hijos con sucedáneos de leche materna. Lo anterior explicado si se parte de la base de los efectos fisiológicos de la lactancia y la producción de hormonas que influyen en el estado de ánimo de la madre, además de que la leche materna es un producto de costo nulo, que no requiere preparación y que prácticamente se encuentra disponible en cualquier momento. El costo-beneficio de la promoción de la práctica de lactancia materna puede ser incrementado al difundir todas estas ventajas como se ha descrito en los párrafos anteriores.

Información disponible sobre las prácticas de alimentación infantil y la frecuencia de la depresión posparto proviene de datos internacionales basados en poblaciones diferentes a la nuestra en donde los factores implicados en ambas variables pueden ser otros, destacando que los síntomas depresivos en este tipo de pacientes pueden ser, por lo tanto, subestimados; lo que impide intervenir oportunamente tanto para el diagnóstico como el tratamiento que se requiere. Esto último hace especial relevancia en conocer la prevalencia depresión posparto mediante un instrumento de fácil aplicación.

Las investigaciones previamente realizadas en relación con este tema proporcionan información valiosa, sin embargo cuentan con algunas limitaciones, predominantemente metodológicas, con una variabilidad importante en los factores de riesgo asociados a la depresión posparto y su posible asociación benéfica entre la lactancia materna y la primera.

IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Cuál es la prevalencia de depresión posparto en mujeres adscritas a la U.M.F. No. 9 “San Pedro de los Pinos”?
2. ¿Cuál es la asociación de la depresión posparto con la práctica de la lactancia materna, la presencia de violencia en la pareja, factores sociodemográficos y clínicos en mujeres adscritas a U.M.F. No. 9 “San Pedro de los Pinos”?

V. JUSTIFICACIÓN

En vista de que la depresión posparto es una patología con consecuencias a corto y largo plazo para el binomio madre-producto y que en nuestro medio no se cuenta con datos específicos de frecuencia de presentación de la patología, así como de algunos de sus factores asociados (violencia en la pareja, factores sociodemográficos y clínicos); es vital en su importancia conocer ésta información para posteriormente crear estrategias que consistan en un enfoque preventivo y destinado a detectar factores de riesgo modificables en el periodo posparto. Entre estos factores que pueden modificarse se encuentra la práctica de la lactancia materna, ya que es un factor con beneficios ya bien conocidos pero que, a pesar de las técnicas de promoción de las que es sujeto, no se conoce con certeza la frecuencia y con qué características se lleva a cabo en nuestro medio. La asociación entre las variables mencionadas es un campo de investigación amplio, dinámico y necesario, por lo que llevar a cabo esta investigación permitió lo siguiente:

- Determinar la prevalencia depresión posparto en población atendida en el primer nivel de atención como una de las patologías que frecuentemente se pasa por alto y que se queda sin recibir tratamiento, utilizando la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo para este fin.
- Determinar con qué frecuencia y con qué características se lleva a cabo la práctica la lactancia materna en pacientes que reciben atención en el primer nivel de atención proporcionando datos indirectos del éxito de las estrategias utilizadas para su promoción.
- Determinar si la práctica lactancia materna se asocia al desarrollo de la depresión posparto así como la frecuencia de otros factores que también podrían asociarse en la patogénesis de la segunda, entre los que se encuentran: la presencia de violencia en la pareja, factores sociodemográficos y clínicos.
- Ofrecer al personal del primer nivel de atención información propia para intervenir oportunamente en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con síntomas depresivos en el posparto y/o es que no lleven de manera óptima la práctica la lactancia que en el futuro permitan disminuir complicaciones para el binomio madre-producto con las consecuentes implicaciones en salud, calidad de vida y optimización de recursos.

VI. OBJETIVOS

Estimar la prevalencia de depresión posparto en mujeres adscritas a la U.M.F. No. 9 “San Pedro de los Pinos”.

Objetivos específicos

- Determinar la asociación entre la depresión posparto y la lactancia materna así como las características con las que se lleva a cabo ésta última, en mujeres que reciben atención en la consulta externa de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 9 “San Pedro de los Pinos”.
- Determinar la relación entre la depresión posparto y la presencia de violencia en la pareja en mujeres que reciben atención en la consulta externa de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 9 “San Pedro de los Pinos”.
- Determinar la relación entre la depresión posparto y la presencia de factores sociodemográficos y clínicos, en mujeres que reciben atención en la consulta externa de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 9 “San Pedro de los Pinos”.

HIPÓTESIS

Los factores individuales como el no llevar a cabo la práctica de la lactancia materna, el sufrir violencia en la pareja y algunos factores sociodemográficos y clínicos (edad, estado civil, ocupación, escolaridad, consumo de sustancias de abuso antes y durante el embarazo, comorbilidades, embarazo no planeado, número de embarazo, nivel socioeconómico) aumentan la frecuencia de síntomas depresivos durante el posparto en mujeres adscritas a la U.M.F. No. 9 “San Pedro de los Pinos”.

VII. MATERIAL Y MÉTODO

1. Tipo de estudio

Observacional, transversal, descriptivo

2. Población de estudio

- **Universo de estudio:** Población derechohabiente del IMSS atendida en la U.M.F.
- **Población accesible:** Mujeres derechohabientes que reciban atención en la consulta externa de Medicina Familiar de la Unidad de U.M.F. 9 “San Pedro de los Pinos” y que se encuentren en periodo postparto (entre la cuarta semana y los 12 meses posteriores al nacimiento del producto).

3. Periodo de estudio

De Diciembre de 2014 a Febrero de 2015

- Lugar de desarrollo de estudio:

Consulta externa de Medicina Familiar de la U.M.F. No. 9 “San Pedro de los Pinos”.

4. Tamaño mínimo de muestra:

Se usó la fórmula para una proporción para una población finita, considerando:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

Donde:

N= total de la población

Z α = 1.96 al cuadrado

P= proporción esperada (30%)

q = 1 – p

d = precisión (0.05)

n = 234

Muestra ajustada a las pérdidas, $n = (1/1-R)$

Número de sujetos sin pérdidas (n),

Proporción esperada de pérdidas de 10% (R)

n Total = 257

5. Tipo de muestreo

Probabilístico, sistemático (constante de muestreo=3.34), es decir, una de cada tres pacientes que acuda a cita al área de consulta externa de Medicina Familiar de la U.M.F. No. 9 “San Pedro de los Pinos” para recibir atención posnatal.

6. Criterios de selección:

- Criterios de Inclusión: Mujeres derechohabientes del IMSS, mayores de 18 años que cursen al menos 4 semanas y hasta 12 meses del periodo posparto que recibieran atención en la consulta externa de Medicina Familiar.
- Criterios de Exclusión: Patología/complicación materna que se presentara durante el parto o el puerperio que contraindicara o impidiera la lactancia como: portadoras de VIH, septicemia, tromboembolia pulmonar, lesiones herpéticas en los senos, varicela, sífilis (lesiones activas y/o sin tratamiento), cáncer de mama y quimioterapia.
- Criterios de eliminación: Cuestionarios incompletos, y/o, con patologías físicas y/o cognitivas que les impidieran completar el cuestionario al momento de la entrevista.

VIII. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se realizó protocolo de investigación y se envió al Comité Local de Investigación en Salud para su lectura, recomendaciones y aprobación, obteniéndose el folio R-2015-3609-9 asignado por dicho Comité. Posteriormente a su autorización se procedió a:

- Realizar una revisión diaria a la programación de consulta externa de Medicina Familiar de pacientes que acudieron a control postnatal para la verificación de los criterios de selección y de aquellas pacientes elegibles, se definió un intervalo de salto, muestreo aleatorio sistemático (una de cada tres pacientes).
- A las seleccionadas se les explicó el objetivo del protocolo de estudio y se les invitó a participar en él.
- Se explicó, llenó y firmó el consentimiento informado.
- Se aplicó el instrumento de medición y se interrogó a la paciente en las preguntas que no pudieran ser auto-administradas para posteriormente permitirle contestar el resto del cuestionario.
- Se le dieron los resultados de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo al término de la entrevista.
- De obtener un puntaje positivo para depresión posparto se le notificó a su Médico Familiar para que pudiera ser canalizada al servicio de Psicología y/o Psiquiatría y/o Trabajo Social en caso de que el criterio médico así lo considerase, además de que se otorgó consejería verbal individualizada sobre lactancia materna.

IX. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis univariado de las variables cualitativas mediante el cálculo de frecuencias absolutas y relativas. Para variables cuantitativas se realizaron medidas de tendencia central y dispersión según resultaran las pruebas de distribución de las mismas (media/desviación estándar o mediana/rangos intercuantiles).

Para el análisis bivariado, se hicieron pruebas de hipótesis con un nivel de confianza del 95%, mientras que para las variables cualitativas se utilizó chi cuadrado o prueba exacta de Fisher en caso de haber tenido menos de 5 observaciones según correspondiera, y para variables cuantitativas con distribución normal se usó t de Student para diferencia de medias y de distribución no normal se usó prueba de U de Mann-Whitney para diferencia de medianas.

Posteriormente se realizó un análisis de prevalencia global y específica para los factores estudiados y análisis de razón de prevalencias.

Para el análisis multivariado se realizó una regresión logística para evaluar la contribución independiente de las variables a la depresión postparto, en el que se incluyeron variables con significancia estadística obtenidas del análisis bivariado. Se construyeron los intervalos de confianza al 95% de cada una de las estimaciones y se estableció significancia estadística ≤ 0.05 .

X. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

a. Escala de depresión posparto de Edinburgo (EPDS)

La Escala de Depresión de Posparto de Edinburgo se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de posparto.

La EPDS se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh. Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos.

La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

Para contestarla, se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores, debiendo responder las diez preguntas(33).

Fue validada en población Mexicana del año 2006, En donde se obtuvo una sensibilidad de 75% (IC95% 63.8-86.2), una especificidad del 93% (IC95% 84.6-100), valor predictivo positivo de 50% y valor predictivo negativo del 97.6% con un área bajo la curva de 0.84, para mujeres que se encontraban en las primeras 4 semanas del posparto, en quienes se usó un punto de corte 7/8. Para mujeres entre las 5 y las 13 semanas después del posparto se obtuvo la sensibilidad del 75% (IC95% 66.1-83.9), especificidad de 84% (IC95% 76.1-91.9), valor predictivo positivo de 46.2% y valor predictivo negativo del 94.7% con un área bajo la curva de 0.80, y para quienes se usó un punto de corte 11/12(38).

b. Prueba De Violencia Contra La Mujer (Woman Abuse Screening Tool)

El Woman Abuse Screening Tool (WAST) fue desarrollado originalmente en lengua inglesa, en Estados Unidos (1996), para identificar y valorar en las mujeres usuarias de los servicios de atención primaria si han sufrido abuso emocional o físico por parte de su pareja.

Consta de 7 ítems, que preguntan por el grado de tensión y de dificultad existente en la relación de pareja, así como por la presencia de episodios violentos, tanto físicos como sexuales y emocionales. La mujer ha de indicar la intensidad o la frecuencia de cada una de las cuestiones en una escala tipo Likert, asignándose un valor de 0 a todas las respuestas negativas y un valor de 1 a cualquier respuesta positiva (por ejemplo, con alguna o con mucha tensión en la pregunta número 1), considerándose un puntaje igual o mayor a 2 como positivo para sufrir violencia en la pareja(39).

La escala fue validada en mujeres de habla hispana en el año 2002, encontrándose que es una herramienta confiable con un alfa de Cronbach de 0.91, Sensibilidad de 89% y especificidad del 94%(40).

c. Indicadores de práctica de la lactancia materna

Los indicadores de las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño que se miden son usados principalmente para: 1. *Evaluación*: para hacer comparaciones a nivel nacional y local así como para describir las tendencias en el tiempo; 2. *Definición de grupos objetivo*: para identificar las poblaciones en riesgo y las intervenciones destinadas a ellas, así como tomar decisiones con relación a las políticas de asignación de recursos, y 3. *Monitoreo y evaluación*: para monitorear el progreso en el logro de metas y para evaluar el impacto de las intervenciones. Los indicadores propuestos deben derivarse de las entrevistas realizadas a nivel familiar usando una metodología de encuestas de hogar. Los criterios que fueron utilizados en el documento para definir las prácticas de alimentación infantil se muestran en el cuadro siguiente(34):

Práctica alimentaria	Requiere que el lactante reciba	Permite que el lactante reciba	No permite que el lactante reciba
Lactancia materna Exclusiva	Leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza).	VSO, gotas, jarabes (vitaminas, minerales, medicinas).	Cualquier otra cosa.
Lactancia Materna Predominante	Leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza) como la fuente predominante de alimentación.	Ciertos líquidos (agua y bebidas a base de agua, jugos de fruta), líquidos rituales y VSO, gotas o jarabes (vitaminas, minerales, medicinas).	Cualquier otra cosa (en particular, leche de origen no humano, alimentos líquidos o licuados).
Alimentación Complementaria	Leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza) y alimentos sólidos o semisólidos.	Cualquier cosa: cualquier comida o líquido incluyendo leche de origen no humano y preparación para lactantes (leche artificial).	No aplica.
Lactancia materna	Leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza).	Cualquier otra cosa: cualquier alimento o líquido incluyendo leche de origen no humano y preparación para lactantes (leche artificial).	No aplica.

Alimentación con Biberón	Cualquier líquido (incluyendo leche materna) o alimento semisólido proporcionado mediante un biberón con chupón.	Cualquier otra cosa: cualquier alimento o líquido incluyendo leche de origen no humano y preparación para lactantes (leche artificial).	No aplica.
--------------------------	--	---	------------

Posteriormente, la construcción de indicadores se hizo en base a lo siguiente:

1. **Inicio temprano de la lactancia materna:** Proporción de niños nacidos durante el periodo de estudio que fueron amamantados dentro del plazo de una hora de su nacimiento entre el total de niños estudiados
2. **Lactancia materna exclusiva a los 6 meses:** Proporción de lactantes de 0 a 6 meses de edad alimentados exclusivamente con leche materna durante el día anterior, entre el total de lactantes de 0 a 6 meses de edad que fueron estudiados.

d. Medición del nivel socioeconómico. Regla AMAI 10x6.

Creado por la Asociación Mexicana de Inteligencia de Mercado y Opinión Pública (AMAI), el índice de Niveles Socio Económicos (NSE) es la norma, basada en análisis estadístico, que permite agrupar y clasificar a los hogares mexicanos en siete niveles, de acuerdo a su capacidad para satisfacer las necesidades de sus integrantes en términos de: vivienda, salud, energía, tecnología, prevención y desarrollo intelectual. La satisfacción de estas dimensiones determina su calidad de vida y bienestar.

La AMAI clasifica a los hogares utilizando la “Regla AMAI 10X6”. Esta Regla es un algoritmo desarrollado por el comité de Niveles Socio Económicos y mide el nivel de qué tan satisfechas están las necesidades más importantes del hogar. Esta regla produce un índice que clasifica a los hogares en siete niveles, considerando ocho características o posesiones del hogar y la escolaridad de la persona que más aporta al gasto. Las variables son:

- Escolaridad del jefe del hogar o persona que más aporta al gasto
- Número de habitaciones
- Numero de baños completos
- Número de focos
- Número de autos
- Número de televisiones
- Número de computadoras
- Posesión de regadera
- Posesión de estufa
- Tipo de piso

A las 10 variables seleccionadas se les asignó puntos considerando el coeficiente de cada uno los valores en una regresión sobre el ingreso familiar.

Una vez sumado el puntaje de cada variable, se clasifica a los hogares en los siguientes niveles socioeconómicos (41):

NIVEL	PUNTAJE Y CARACTERÍSTICAS
E	Hasta 60: Este es el segmento con menos calidad de vida o bienestar. Carece de todos los servicios y bienes satisfactorios. Actualmente representa el 5% de los hogares urbanos del país.
D	Entre 61 y 101: Es el segundo segmento con menos calidad de vida. Se caracteriza por haber alcanzado una propiedad, pero carece de la mayoría de los servicios y bienes satisfactorios. Actualmente representa el 21.4% de los hogares urbanos del país.
D+	Entre 102 y 156: Este segmento tiene cubierta la mínima infraestructura sanitaria de su hogar. Actualmente representa el 18.5% de los hogares urbanos del país.
C	Entre 157 y 191: Los hogares de este nivel se caracterizan por tener cubiertas las necesidades de espacio y sanidad y por contar con los enseres y equipos que le aseguren el mínimo de practicidad y comodidad en el hogar. Actualmente representa el 17.1% de los hogares urbanos del país.
C+	Entre 192 y 241: Es el segundo estrato con el más alto nivel de vida del país. Al igual que el anterior, este segmento tiene cubiertas todas las necesidades de calidad de vida, sin embargo tiene limitantes para invertir y ahorrar para el futuro. Actualmente representa el 14.2% de los hogares urbanos del país.
A/B	Entre 242 y más: Es el segmento con el más alto nivel de vida del país. Este segmento tiene cubierta todas las necesidades de bienestar y es el único nivel que cuenta con recursos para invertir y planear para el futuro. Actualmente representa el 6.8% de los hogares urbanos del país.

e. Cuestionario Mundial sobre Actividad Física (GPAQ).

El Cuestionario Mundial sobre Actividad Física ha sido desarrollado por la OMS para la vigilancia de la actividad física en los países. Recopila información sobre la participación en la actividad física y sobre el comportamiento sedentario en tres marcos (o campos).

Estos campos son:

- Actividad en el trabajo
- Actividad al desplazarse
- Actividad en el tiempo libre

Todas las preguntas deben ser formuladas. Sólo se pueden omitir las preguntas marcadas cuya respuesta fue negativa. El omitir cualquier otra pregunta podría resultar en datos alterados.

Con fines de comprensión posterior se define Equivalentes Metabólicos (EMs): se trata de unidades que se usan comúnmente para expresar la intensidad de las actividades físicas y

para el análisis de este instrumento de medición. Se trata del costo energético de sentarse en calma, y es equivalente a gasto de 1 kcal/kg/hora. Para el cálculo de los datos del GPAQ, se estima que, comparado con sentarse en calma, el consumo calórico de una persona es cuatro veces más cuando realiza una actividad física moderada y hasta 8 veces más cuando realiza una actividad física vigorosa. Dado lo anterior, cuando se calcula el consumo total de una persona usando el instrumento GPAQ, 4 EMs se le asignan a actividades de intensidad moderada y 8 EMs se le asignan a actividades con actividad vigorosa.

Dicho lo anterior y una vez realizada la captura de los datos, la información puede ser analizada mediante el programa EpiInfo, en donde se obtienen clasificación en EMs de los tres dominios que conforman el cuestionario para posteriormente categorizar el resultado en actividad física baja, moderada o alta.

XI. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

1. Variable dependiente

1. 1 Depresión posparto

- Definición conceptual: Depresión clínica que presenta una mujer después de cuatro semanas posteriores al parto
- Definición Operacional: Una puntuación en escala de depresión posparto de Edinburgo de 10 o más. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente.
- Naturaleza y escala de medición: Cualitativa, nominal, dicotómica
- Indicador:
 1. Sin depresión posparto: 0 a 9 puntos.
 2. Con depresión posparto: 10 o más puntos o respuestas 0 en la pregunta número 10.

2. Variables independiente

• 2.1 Lactancia Materna

- Definición conceptual y operacional:
 - Lactancia materna exclusiva: Alimentar con leche materna al producto al momento de la inclusión al estudio permitiendo la administración de suero oral, gotas o jarabes, únicamente.
 - Lactancia materna predominante: Alimentan con leche materna al producto como fuente predominante de alimentación. Alimentación con leche materna al producto al momento de inclusión al estudio, además de la Administración de ciertos líquidos (agua, bebidas a base de agua, jugos de fruta, líquidos rituales).
 - Alimentación complementaria: Alimentación con leche materna el producto al momento de inclusión al estudio, además de alimentos sólidos o semisólidos incluyendo leche de origen no humano y sucedáneos de leche materna.
 - Ausencia de lactancia materna: Alimentación mediante biberón de cualquier líquido diferente a leche materna. Alimentación del producto al momento de inclusión al estudio con cualquier alimento con líquido incluyendo leche de origen no humano y/o sucedáneos de leche materna.
- Naturaleza y escala de medición: Cualitativa, nominal, polinómica.
- Indicador:
 1. Lactancia materna exclusiva.
 2. Lactancia materna predominante.

3. Alimentación complementaria.
4. Ausencia de lactancia materna.

- **2.2 Violencia en la pareja**

- Definición conceptual: Presencia de violencia física, emocional o sexual y que ha sufrido la paciente en su relación de pareja
- Definición Operacional: Una puntuación total en la escala de la Prueba de Violencia Contra la mujer de 2 o más.
- Naturaleza y escala de medición: Cualitativa, nominal, dicotómica.
- Indicador:
 1. Con violencia en la pareja.
 2. Sin violencia en la pareja.

- **2.3 Sociodemográficas**

Edad de la madre

- Definición conceptual: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.
- Definición Operacional: Es la edad cumplida en años del paciente al momento de la inclusión al estudio.
- Naturaleza y escala de medición: Cuantitativa, discreta, de razón.
- Indicador:
 1. Años cumplidos.

Índice de Masa Corporal (IMC)

- Definición conceptual: Medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo que también se conoce como índice de Quetelet.
- Definición Operacional: Obtención del índice mediante la medición del peso sobre la talla en centímetros al cuadrado.
- Naturaleza y escala de medición: Cualitativa, ordinal, polinómica.
- Indicador:
 1. Bajo peso.
 2. Normal.
 3. Sobrepeso.
 4. Obesidad.

Estado Civil

- **Definición conceptual:** Condición en que se encuentra una persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.
- **Definición Operacional:** Condición civil que indique cada paciente al momento de la entrevista.
- **Naturaleza y escala de medición:** Cualitativa, nominal, polinómica.
- **Indicador:**
 1. Soltera.
 2. Casada.
 3. Unión libre.
 4. Divorciada o separada.
 5. Viuda.

Ocupación

- **Definición conceptual:** Actividad a la que cotidianamente se dedica una persona y por la cual puede o no recibir una remuneración económica.
- **Definición Operacional:** Es la actividad cotidiana actual a la que se dedica la Madre al momento de la inclusión al estudio.
- **Naturaleza y escala de medición:** Cualitativa, nominal, polinómica.
- **Indicador:**
 1. Labores del hogar.
 2. Empleada
 3. Profesional.
 4. Obrera.
 5. Jubilada/pensionada
 6. Estudiante.
 7. Otra.

Escolaridad

- **Definición conceptual:** Nivel máximo de estudios que tiene una persona.
- **Definición Operacional:** Nivel máximo de estudios que indique cada paciente al momento de la entrevista.
- **Naturaleza y escala de medición:** Cualitativa, ordinal, polinómica.
- **Indicador:**
 1. Sin escolaridad.
 2. Primaria incompleta.
 3. Primaria completa.
 4. Secundaria incompleta.
 5. Secundaria completa.
 6. Carrera comercial.
 7. Carrera técnica.
 8. Preparatoria incompleta.
 9. Preparatoria completa.
 10. Licenciatura incompleta.

11. Licenciatura completa.
12. Posgrado.

Religión

- Definición conceptual: Pertenencia a alguna asociación religiosa.
- Definición Operacional: Asociación religiosa a la que profesa fe la paciente.
- Naturaleza y escala de medición: Cualitativa, nominal, polinómica.
- Indicador:
 1. Católica.
 2. Cristiana.
 3. Testigo de Jehová.
 4. Mormona.
 5. Otra.
 6. Ninguna.

Nivel socioeconómico

- Definición conceptual: Clasificación usada para discriminar los comportamientos sociales, políticos y de consumo de productos y medios.
- Definición Operacional: Se clasifican los hogares en alguno de los seis niveles por medio del instrumento AMAI 10x6, una vez sumado el puntaje correspondiente a cada una de las variables.
- Naturaleza y escala de medición: Cualitativa, ordinal, polinómica.
- Indicador:
 1. AB: clase alta
 2. C+: clase media-alta
 3. C: clase media
 4. D+: clase media-baja
 5. D: clase baja
 6. E: clase más baja.

• **2.4 Clínicas**

Consumo de alcohol

- Definición conceptual: Alcohol consumido antes del nacimiento del producto.
- Definición Operacional: Presencia de consumo de alcohol antes del nacimiento del producto.
- Naturaleza y escala de medición: Cualitativa, nominal, dicotómica.
- Indicador:
 1. Si
 2. No

Consumo de tabaco

- Definición conceptual: Tabaco consumido antes el nacimiento del producto.
- Definición Operacional: Presencia de consumo de tabaco antes del nacimiento del producto.
- Naturaleza y escala de medición: Cualitativa, nominal, dicotómica.
- Indicador:
 1. Si
 2. No

Comorbilidades

- Definición conceptual: Presencia patologías presentes antes, durante o después del embarazo.
- Definición Operacional: Patología de origen crónico o infeccioso que se presenta antes durante o después del embarazo con potencial contraindicación para llevar a cabo la lactancia materna en que podrían predisponer a la presencia de depresión.
- Naturaleza y escala de medición: Cualitativa, nominal, polinómica.
- Indicador:
 1. Preeclampsia/Eclampsia
 2. Hipertensión
 3. Diabetes
 4. Hepatitis B
 5. Hepatitis C
 6. Herpes
 7. Lepra
 8. Tuberculosis
 9. Sífilis
 10. Toxoplasmosis
 11. Trichomoniasis
 12. Alteraciones mamarias/del pezón.

Antecedente de depresión en embarazos previos

- Definición conceptual: Diagnóstico confirmado de depresión posparto en embarazos previos.
- Definición Operacional: Haber tenido diagnóstico confirmado de depresión en el periodo posparto de embarazos previos.
- Naturaleza y escala de medición: Cualitativa, nominal, dicotómica.
- Indicador:
 1. Si
 2. No

Antecedente de depresión no relacionada con el embarazo

- Definición conceptual: Diagnóstico confirmado de depresión no relacionada con el embarazo en algún momento de la vida.
- Definición Operacional: Haber tenido diagnóstico confirmado de depresión no relacionada con el embarazo en algún momento de la vida.
- Naturaleza y escala de medición: Cualitativa, nominal, dicotómica.
- Indicador:
 1. Si
 2. No

Vía de nacimiento del producto

- Definición conceptual: Vía por la que el producto del último embarazo fue obtenido.
- Definición Operacional: Vía por la que el producto del último embarazo fue obtenido.
- Naturaleza y escala de medición: Cualitativa, nominal, dicotómica.
- Indicador:
 1. Parto vaginal.
 2. Parto por cesárea.

Embarazo planeado

- Definición conceptual: Aquel que se produce sin la planificación previa y ante la ausencia o fallo de métodos anticonceptivos precoitales adecuados y la ineffectividad o no administración de métodos anticonceptivos de emergencia posteriores al coito que prevengan un posible embarazo.
- Definición Operacional: Determinar si la paciente planeó su último embarazo.
- Naturaleza y escala de medición: Cualitativa, nominal, dicotómica.
- Indicador:
 1. Si.
 2. No.

Embarazo planeado

- Definición conceptual: Aquel que se produce al no desear un embarazo independientemente de si fue planeado o no.
- Definición Operacional: Determinar si la paciente deseaba el último embarazo independientemente de si fue planeado o no.
- Naturaleza y escala de medición: Cualitativa, nominal, dicotómica.
- Indicador:
 1. Si.
 2. No.

Suplementos alimenticios en el periodo prenatal

- **Definición conceptual:** Administración de algún suplemento alimenticio o vitamínico.
- **Definición Operacional:** Utilización de algún tipo de suplemento alimenticio o vitamínico durante el periodo prenatal.
- **Naturaleza y escala de medición:** Cualitativa, nominal, polinómica.
- **Indicador:**
 1. Ácido fólico.
 2. Hierro.
 3. Ácido fólico y Hierro.
 4. Vitaminas prenatales.
 5. Ninguno.

Actividad física

- **Definición conceptual:** Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía.
- **Definición Operacional:** Se determinara la cantidad de actividad física que realiza mediante el Cuestionario Mundial sobre Actividad Física (GPAQ) una vez obtenido el puntaje correspondiente en el programa EpiInfo.
- **Naturaleza y escala de medición:** Cualitativa, ordinal, polinómica.
- **Indicador:**
 1. Baja
 2. Moderada
 3. Alta

Uso de método anticonceptivo

- **Definición conceptual:** Tipo de método de planificación familiar utilizada por la paciente.
- **Definición Operacional:** Tipo de método de planificación familiar utilizado por la paciente.
- **Naturaleza y escala de medición:** Cualitativa, nominal, polinómica.
- **Indicador:**
 1. Preservativo.
 2. Hormonal inyectado.
 3. Hormonal oral.
 4. Implante subdérmico.
 5. Parche anticonceptivo.
 6. Otro hormonal.
 7. Dispositivo Intrauterino (DIU).
 8. Oclusión tubaria bilateral (OTB).
 9. Otro.
 10. No usa.

Sexo del producto

- Definición conceptual: Condición fenotípica que diferencian a la mujer del hombre.
- Definición Operacional: Característica morfológica observada del paciente.
- Naturaleza y escala de medición: Cualitativa, nominal, dicotómica.
- Indicador:
 1. Hombre
 2. Mujer

Edad del producto

- Definición conceptual: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.
- Definición Operacional: Es la edad cumplida en meses del producto al momento de la inclusión al estudio.
- Naturaleza y escala de medición: Cuantitativa, discreta, de razón.
- Indicador:
 1. Meses, semanas y días cumplidos.

Inicio temprano de la lactancia materna

- Definición conceptual: Administración de leche materna durante la primera hora posterior al nacimiento.
- Definición Operacional: Se clasifican en sí o no de acuerdo a la experiencia de la madre posterior nacimiento el producto.
- Naturaleza y escala de medición: Cualitativa, ordinal, dicotómica.
- Indicador:
 1. Si
 2. No

Motivo de suspensión de la lactancia materna

- Definición conceptual: Causa por la que la madre decidió no iniciar o suspender la lactancia materna.
- Definición Operacional: Clasificar el motivo por el que la madre decidió no iniciar o suspender la lactancia materna.
- Naturaleza y escala de medición: Cualitativa, nominal, polinómica.
- Indicador:
 1. Ausencia o insuficiencia de leche.
 2. El niño no aceptó la lactancia o le produjo un mal efecto.
 3. Enfermedad del niño.
 4. Enfermedad de la madre.
 5. Lesiones en el pezón.
 6. Impedimento laboral.
 7. Nuevo embarazo.
 8. Indicación médica.

9. Uso de anticonceptivos.
10. Otras causa.

XII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo a lo establecido en la Ley General de Salud de la República Mexicana bajo el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación Título Segundo: De los aspectos éticos de la Investigación en seres humanos: Capítulo I, Artículo 17°, Apartado II se considera que esta investigación fue de riesgo mínimo, ya que son aquellas en que "...se apliquen pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto..." Por lo que se proporcionó carta de consentimiento informado a todos los participantes del estudio. (Anexo 1)

De acuerdo a la declaración de la Asamblea Médica de Helsinki, el presente trabajo no afectó los derechos humanos, ni las normas éticas y de salud en materia de investigación, por lo tanto, no se comprometió la integridad física, moral o emocional de las personas.

Los riesgos a los cuales se expusieron los pacientes debido a la aplicación del instrumento de medición fueron mínimos ya que como se mencionó anteriormente, no se manipuló la conducta del sujeto. Por lo que los beneficios que podían obtenerse superaron el riesgo, lo que permitió realizar un diagnóstico oportuno de depresión posparto para tomar las medidas pertinentes para la canalización y tratamiento de la paciente, siempre con la debida sensibilidad que se requirió debido a que se abordó el tema de violencia en el instrumento de medición, entendiéndose los investigadores que se trataba de una esfera familiar privada cuya intimidad, al involucrar a terceras personas, debía abordarse de forma cuidadosa.

Privacidad y confidencialidad: La invitación para participar en el estudio y aplicación de la entrevista se hizo en forma privada y personal, en un área asignada y habilitada para tal fin. La información personal que nos proporcionaron fue capturada y resguardada cuidadosamente de manera confidencial, y únicamente fue utilizada para los fines de este estudio. Nos comprometimos a no identificar a los participantes en presentaciones o publicaciones que se derivaran de este estudio.

Todos los participantes tuvieron la libertad de realizar cualquier tipo de pregunta relacionada con el estudio y decidir no responder las preguntas que no desearan o no quisieran continuar con la entrevista y abandonar el estudio sin que afectara la atención médica del Instituto.

XIII. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

RECURSOS HUMANOS: El equipo de trabajo, estuvo conformado por 2 integrantes:

Investigador principal: Dra. Gabriela Rodríguez Ábrego, especialista en epidemiología, quien se encargó de la supervisión de la elaboración del protocolo de investigación y supervisó el adecuado desarrollo de la investigación.

Colaboradora: Dra. Mariana Elizabeth Gutiérrez Silva, médica epidemióloga en formación, se encargó de la redacción del protocolo de investigación y captura de la información para su posterior análisis.

RECURSOS FISICOS: Se utilizaron las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 9 San Pedro de los Pinos.

MATERIALES: Una computadora de portátil, una impresora láser, tres paquetes de hojas tamaño carta, 4 bolígrafos.

FINANCIAMIENTO: Fue cubierto en su totalidad por los investigadores.

XIV. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	2014						2015	
	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO
Elaboración del protocolo de investigación								
Modificaciones y aprobación del protocolo de investigación								
Recolección y captura de datos								
Análisis de la información								
Redacción del informe completo								
Presentación de tesis								

XV. RESULTADOS

Se realizó un estudio transversal, descriptivo en el que se incluyeron datos de 260 mujeres y sus respectivos hijos e hijas que recibieron atención en la U.M.F. No. 9 “San Pedro de los Pinos”. La mediana de edad de las madres fue de 26 años con una mínima de 17 y una máxima 45 años, mientras que para los infantes la mediana de edad fue de 5 meses con una mínima de 1 y un máximo de 12. El 79.2% de las encuestadas residían en la delegación Álvaro Obregón y el 89.6% dijeron profesar la religión católica.

Al momento del estudio el 88.5% de las mujeres se encontraba en una relación de pareja (casadas o en unión libre) y un 11.5% no la tenía (soltera, divorciada o separada). Entre las encuestadas predominó el nivel educativo medio con casi la mitad de las mujeres (48.5%), seguida de la educación básica (35.8%) y en menor proporción la educación superior (15.8%). Todas las mujeres manifestaron tener alguna ocupación o actividad laboral predominando las que se dedicaban a las labores del hogar en algo más de la mitad de las mismas (60.8%), seguidas de las mujeres empleadas (33.8%) y una pequeña proporción dijo tener un negocio propio (5.4%). El nivel socioeconómico predominante fue el medio con 81.5% de la población incluida en el estudio (Tabla 1).

Dentro de las características clínicas a nivel individual, la mediana de índice de Masa Corporal (IMC) se encontró en 25.05kg/m², con un rango intercuartilar de 5.2kg/m². Una vez categorizada dicha variable, se obtuvo que el 42.6% de las pacientes contaban con peso normal y el 35,8% se encontró en la clasificación de sobrepeso; 13.3% de las pacientes fueron clasificadas como obesas y solo 0,8% con bajo IMC. El 71.9% de las pacientes dijo no tener antecedente de tabaquismo antes del embarazo, cifra similar sobre el cuestionamiento de consumo de alcohol antes de la gestación (73,1%). Dentro de otros antecedentes personales, la mayoría de las mujeres respondieron no tener enfermedades concomitantes (83,3%). Sólo el 1.9%(n=5) y el 0,6%(n=1) contestaron haber tenido antecedente de depresión no relacionada con el embarazo y depresión posparto en algún embarazo anterior, respectivamente.

En lo relativo al consumo de suplementos vitamínicos durante la gestación, el suplemento más empleado fueron las vitaminas prenatales con 63.8%, seguido de la ingesta en conjunto de ácido fólico y hierro (34,6%). De forma intencionada fue preguntado a las pacientes si el último embarazo fue planeado, el 62,7% la respuesta fue afirmativa y cuando se interrogó sobre si el embarazo fue deseado, 2.3% (n=8) pacientes respondieron que no.

El 36,5% de las pacientes afirmó haber presentado algún tipo de complicación durante la gestación. Se obtuvieron datos del número de consultas prenatales, con mediana de 8 consultas prenatales por paciente. La mayor proporción de pacientes recibieron entre 6 y 10 consultas (75,8%). Se encontró que 127 pacientes (48.8%) el producto de su último embarazo se trataba de su primer hijo.

Las mujeres encuestadas refirieron nacimiento por parto 51,2% y nacimiento por cesárea 48.8%.

El antecedente de uso algún método de planificación familiar, indicó que el 31.2% al momento de la entrevista no utilizaba algún tipo de contraceptivo, la oclusión tubaria bilateral se realizó en el (29.1%) de las mujeres encuestadas y el dispositivo intrauterino (DIU) lo refirieron en el 22.1%, los métodos hormonales fueron los menos utilizados en la población encuestada, al igual que el reporte de mujeres cuya pareja fue sometida a una vasectomía.

La mayoría de las mujeres se encontró en la categoría de actividad física baja (55%), mientras que las que reportaron actividad física alta y moderada se distribuyeron de forma parecida en frecuencia: 25% y 20%, respectivamente. La distribución por sexo de los infantes también fue similar entre sí y se correspondió en un 55% a mujeres y en un 45% a hombres. Relativo a la edad de los hijos e hijas de las mujeres encuestadas, más de la mitad se encontraron en el grupo de menores de 6 meses (60.4%) (Gráfico 1) (Tabla 2).

Para las variables relativas a la lactancia materna, en las 133 (51.2%) pacientes que respondieron que no se trataba de su primer hijo, 81.8% reportaron haber dado alimentación al seno materno a sus hijos anteriores, con un promedio de suspensión de la lactancia en éstos infantes de 6 meses. Entre las tres primeras causas de suspensión de la lactancia en estos casos se encontraron: el autorreporte de “ausencia o falta de leche” en el 18% de las mujeres encuestadas, seguido del impedimento laboral en 14.3% y que “el bebé ya tenía edad para dejar de recibir alimentación al seno materno” en 11.3%.

Se preguntó a las pacientes si posterior al parto o cesárea tuvieron oportunidad de dar pecho al producto dentro de la primera hora después del nacimiento y 53.5% (n=139) de las mujeres respondieron negativamente. De éstas pacientes, la causa principal que se registró fue que no hubo alojamiento conjunto dentro de esa primera hora posterior al nacimiento a pesar de haber ocurrido un parto o cesárea sin complicaciones tanto para la madre como para el producto (n=55) (Tabla 3).

En lo respectivo al tipo de alimentación que recibían los hijos e hijas de las mujeres encuestadas al momento de la entrevista se encontró que, de los que contaron con edad igual o menor a 6 meses (n=157), 63.7% recibían alimentación complementaria, 24.2% recibían alimentación sucedáneos y otros alimentos, y sólo 12.1% recibían lactancia materna exclusiva. En los infantes mayores de 6 meses, el 47.6% ya no recibían leche materna, reportándose como causa principal de suspensión de éste tipo de alimentación la “ausencia o falta de leche” (n=23) (Gráfico 2).

Para los datos relativos a algunas características de las mujeres que contaban con pareja, se registró mediante autorreporte que el 49.8% respondieron encontrarse en una relación de pareja con tensión entre los integrantes, con una prevalencia de depresión posparto en ésta categoría de 11.7%. Se registró presencia de violencia física en 7.4%, y de violencia emocional también en un 7.4% (Tabla 4).

La prevalencia global de depresión posparto fue de 17.3% (Gráfico 1), con una mediana en el puntaje de la Escala de Depresión Posparto de Edinburgo de 6, con un puntaje mínimo de 0 y un máximo de 19.

DEPRESIÓN POSPARTO Y FACTORES DE RIESGO

Mediante el análisis bivariado de las variables contenidas en cada rubro, se obtuvo lo siguiente:

Se calculó la prueba de hipótesis en donde se comprueba que existe relación entre la depresión postparto y haber presentado complicaciones del embarazo (X^2 4.96 $p=0.02$), uso de método anticonceptivo después del parto ($p=0.047$) lactancia actual en hijos de más de 6 meses (X^2 4.95 $p=0.026$), tipo de alimentación en hijos 6 meses o menos (X^2 18.8 $p=0.0001$), No recibir lactancia materna (X^2 11.9 $p=0.0001$), tensión en la pareja (X^2 12.64 $p=0.0001$), presencia de violencia física (X^2 37.71 $p=0.0001$), violencia emocional (X^2 47.04 $p=0.0001$) y comorbilidades (X^2 6.53 $p=0.01$),

Se calculó t de Student o U de Mann-Whitney encontrando una diferencia de medias con valor estadísticamente significativo para las variables de talla, IMC, número de consultas prenatales y puntaje en la escala de depresión postparto de Edinburgo (Tablas 5 y 6).

Se calcularon razones de prevalencia, intervalos de confianza al 95% y se estableció significancia estadística con $p \leq 0.05$. Para las variables continuas y de acuerdo a su distribución.

a) Variables sociodemográficas

Las mujeres que se encontraron en los grupos de edad de 24 años o menos tuvieron cuatro veces más de riesgo de presentar depresión postparto (Razones de Prevalencia (RP) de 4.36, IC95% 2,67 - 7,11), al igual que el grupo de 19 años o menos con un 24% de exceso de riesgo (RP 1.24, IC95% 0,66 - 2,32), para el resto de los grupo no se encontró riesgo.

Las pacientes que respondieron no tener pareja tuvieron casi tres veces más de riesgo de tener depresión postparto (RP 2.78 IC95% 1,62 - 4,78), comparadas con las mujeres que si la tenían.

En relación a la actividad laboral de las pacientes encuestadas, las mujeres que contestaron tener un negocio propio (RP 2.5 IC95% 0,98 - 6,39) y las que fueron empleadas (RP de 2.29 IC95% 0,98 - 6,39) fueron las que presentaron más riesgo de presentar depresión postparto comparadas con las que se dedicaron al hogar (Tabla 7).

b) Variables clínicas

De acuerdo a la clasificación del IMC, las mujeres que se encontraron en la categoría desnutrición, se encontró un riesgo casi dos veces y medio mayor de presentar depresión postparto (RP de 2.4 IC95% 0,57 - 10,02), comparadas con las que se categorizaron como peso normal, sin embargo, las categorías de sobrepeso y obesidad resultaron como protectoras para la patología. El consumo de tabaco antes del embarazo presentó casi dos veces y media más riesgo padecer depresión postparto en las mujeres encuestadas (2.45, IC95% 1,45 - 4,11) si se comparan con las mujeres que no fumaban antes del embarazo; también fue analizado el consumo de alcohol previo a la gestación, sin embargo no se encontró relación entre éste y la presencia de depresión postparto.

La presencia de comorbilidades en las mujeres entrevistadas resultó ser de protección contra la presencia de depresión posparto (RP de 0.21 IC95% 0,05 - 0,86) al ser contrastadas con las mujeres que dijeron no padecer ninguna enfermedad concomitante. En lo relativo al consumo de suplementos vitamínicos durante la gestación se encontró que las mujeres que sólo consumieron ácido fólico tuvieron más riesgo (RP de 2.3 IC95% 0,55 - 9,40), comparadas con las mujeres que dijeron haber consumido vitaminas prenatales. En cuestión de planeación y deseo del embarazo del que fue producto el hijo o la hija de las mujeres entrevistadas, en las que respondieron de forma negativa a ambas preguntas se encontró un 7% (IC95% 0,61 - 1,88) y un 98% (0,61 - 6,35) de exceso de riesgo para presentar depresión posparto, respectivamente, comparadas con las mujeres que contestaron afirmativamente a los mismos cuestionamientos.

Las complicaciones durante el embarazo representaron casi dos veces más de riesgo RP 1.81 (IC95% 1,07 - 3,07) de registrar depresión posparto al ser comparadas con las mujeres que dijeron haber cursado un embarazo libre de éstas.

En relación al tipo de método de planificación familiar que se registró en las pacientes encuestadas se encontró riesgo en todas las categorías al ser comparadas con las mujeres que dijeron no usar alguno, de la siguiente forma: para el uso de anticonceptivos hormonales orales una RP de 12.15 (IC95% 4.37 - 33.7), para el uso de DIU una RP de 4.70 (IC95% 1,89 - 11,71) y para las mujeres que tuvieron OTB una RP de 2.55 (IC95% 0,94 - 6,92). Por último, al análisis de la actividad física de las mujeres entrevistadas se encontró un 13% de exceso de riesgo (IC95% 0,52 - 2,46) en las que fueron clasificadas como con actividad física moderada en comparación con las que realizaron actividad física alta, sin embargo, para la categoría de actividad física baja prácticamente no se encontró relación entre las variables de estudio (Tabla 8).

c) Características relacionadas a la lactancia

Las pacientes entrevistadas que dijeron no haber tenido oportunidad de aclarar sus dudas relacionadas a la lactancia materna con el personal de salud tuvieron una RP de 2.37 (IC95% 1,11 - 5,08) al ser comparadas con las mujeres que si aclararon sus dudas al respecto. En las mujeres con infantes con edad de más de 6 meses que ya no alimentaban al producto con leche materna al momento de la encuesta se obtuvo un riesgo dos veces y media mayor de presentar depresión posparto con una RP de 2.57 (1,07 - 6,16) en comparación con las que continuaba este tipo alimentación.

Es de llamar la atención que en el grupo de mujeres que tuvieron hijos con edad menor o igual a 6 meses tanto las que administraban alimentación complementaria como las que no proporcionaba alimentación con leche materna resultaron ser protectoras contra los síntomas de depresión posparto en comparación con las madres que alimentaban a sus hijos o hijas exclusivamente con leche materna (Tabla 9).

d) Presencia de tensión y/o violencia en las mujeres que contaban con pareja

Todas las variables analizadas en este ámbito reportaron riesgos como se detalla a continuación: las mujeres que dijeron tener una relación de pareja con tensión entre los integrantes tuvieron una RP de 3.5 (IC95% 1,64 - 7,30) para tener depresión posparto, las que contestaron la presencia de violencia física una RP de 6.3 (IC95% 3,69 - 10,63) y las que respondieron la presencia de violencia emocional una RP de 7.2 (IC95% 4,30 - 11,91) en contraste con las que respondieron negativamente a éstas dos últimas cuestiones (Tabla 10).

ANÁLISIS MULTIVARIADO

Se realizó una regresión logística para el ajuste de las variables de interés con intervalos de confianza al 95% y se estableció significancia estadística con $p < 0.05$. En el modelo se explica la contribución independiente de las variables de estudio en el riesgo de Depresión Postparto. El estimador de máxima verosimilitud fue de 15.21 $p=0.004$ aun cuando en el modelo al ajustar por variables confusoras se modifican los efectos y sólo se puede considerar a la presencia de comorbilidades antes del embarazo como un factor de riesgo para la depresión postparto. RMPa 12.38 (IC 95% 2.48-61.60) $p= 0.002$.

XVI. DISCUSIÓN

El presente trabajo se trata de un estudio observacional que permitió estimar la prevalencia de depresión posparto en mujeres adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 9, así como identificar los factores que se relacionan con mayor frecuencia a la presencia de dicha patología.

En éste estudio se encontró una prevalencia de 17.3% de depresión posparto, que resultó menor a la proporción esperada inicialmente pero que es similar a la que encontró Tannous., *et al.* en América del Sur con 20.7% pero menor a la previamente reportada en México por Alvarado Esquivel. *et al.* de 32.6%; nuestra frecuencia obtenida podría ser el resultado de diferentes factores de riesgo que varían de acuerdo a las poblaciones que se han estudiado previamente ya que en su mayoría corresponden a poblaciones de otros países. En el caso de uno de los factores que previamente se ha relacionado con la depresión posparto se encuentra el llevar a cabo la práctica de la lactancia materna que para los infantes de 6 meses o menos de las madres encuestadas en este estudio fue únicamente del 12.1% en su forma de alimentación con leche materna exclusivamente; cifra muy por debajo a la descrita previamente en México por Delgado Becerra, *et al.*, del 40% de apego a ésta forma de alimentación, y aún menos próxima al 80% esperado en la población adscrita a Unidades de Medicina Familiar que se describe en el Lineamiento Técnico Médico para la Lactancia Materna del IMSS.

Se encontró que el no alimentar con leche materna a los infantes de más de 6 meses tuvieron un riesgo de más de dos veces de tener depresión posparto RP 2.57, (IC95% 1,07 - 6,16, $p= 0,026$); estos resultados son consistentes con investigaciones previas como la realizada por Chaaya, *et al.* Lo anterior podría ser un indicador de la falta de oportunidad en la detección de síntomas depresivo en el periodo posparto temprano que eventualmente resultan en el establecimiento de la patología en etapas más avanzadas posteriores al nacimiento del infante.

El tipo de alimentación predominante observado fue la alimentación complementaria con el 63.7% en el grupo de edad de 6 meses o menos (grupo que recordemos, debería recibir alimentación al seno materno exclusiva) y a un 52.4% en el grupo de edad de más de 6 meses. Éstos resultados son consistentes con los datos de bajo apego a la lactancia materna exclusiva reportados a nivel nacional e internacional y cuyas causas se han atribuido a conceptos erróneos o equivocados sobre la práctica, la preferencia en el uso de sucedáneos por la percepción de mayor practicidad en su uso, dificultades a nivel laboral que hacen incompatibles este tipo de alimentación con la rutina familiar y laboral.

Para el primer grupo de edad, se encontró la mayor prevalencia de depresión posparto en las mujeres que administran alimentación complementaria, siendo ésta de 7%, en las mujeres que alimentaban exclusivamente con leche materna la prevalencia de depresión posparto tuvo una diferencia porcentual muy pequeña, ya que fue de 6.4%.

Pudo observarse que el inicio temprano de la lactancia no se vio del todo favorecida según los datos recolectados ya que la mayoría de las pacientes indicó no haber tenido oportunidad de haber alimentado al producto dentro de la primera hora posterior al

nacimiento a pesar de que, ya sea el parto o la cesárea se llevaron a cabo sin complicaciones; esto podría indicar demoras y desviaciones en los procesos de atención en los servicios de salud en los que fueron atendidas éstas pacientes. Al análisis posterior sobre el tipo de alimentación, se encontró una relación inversa a la esperada tanto para la alimentación complementaria como para el no alimentar a los infantes con leche materna RP 0.20, (IC95% 0,10 - 0,42) y RP 0.20, (IC95% 0,07 - 0,55), respectivamente); y al análisis multivariado se obtuvo una RP de 1.61 (IC95% 0,12 - 20,57, $p=0.713$), por lo que no se estableció asociación entre el tipo de alimentación y la presencia de depresión posparto. La presencia de comorbilidades durante la gestación resultó de riesgo probablemente debido a la incertidumbre sobre las expectativas del desenlace del embarazo y la maternidad.

Con respecto a la presencia de factores en la relación de pareja de las mujeres que dijeron tenerla al momento del estudio, prácticamente la mitad (49.8%) reportaron tensión en dicha relación, encontrándose una prevalencia de depresión posparto de 11.7% en éste grupo. Los tipos de violencia más frecuentemente reportados fueron la física y la emocional con 7.4% para ambos tipos. Las tres variables anteriores se relacionaron positivamente con la presencia de depresión posparto ya que se obtuvieron: para presencia de tensión en la pareja RP de 3.5 (IC95% 1,64 - 7,30, $p=0.000$), para presencia de violencia física RP 6.3 (IC95% 3,69 - 10,63, $p=0.000$) y para violencia emocional RP 7.2 (IC95% 4,30 - 11,91, $p=0.000$). Los datos anteriores son consistentes con lo descrito por Leung, *et al.* y Zhang, *et al.* en cuanto a las cifras encontradas de frecuencia de depresión posparto en las mujeres que reportaron algún tipo de violencia; sin embargo posterior al análisis multivariado las relaciones de riesgo entre las variables no permanecieron. Tampoco es posible establecer relación temporal entre el embarazo y la presencia de tensión y/o violencia en la pareja, además de que es probable que las mujeres sufran abuso por parte de otros miembros de la familia, entre los que podría encontrarse también la violencia económica. Nuestro país es uno en el que lamentablemente las costumbres machistas y la inequidad de género permanecen en algunos sectores de la población por lo que la frecuencia de reporte de abuso podría ser subestimada al ser que algunas mujeres contemplan los rasgos de abuso, como cotidianos y permisibles en una relación conyugal. A pesar de lo anterior, es definitivo que, como se ha descrito previamente, la tensión y la violencia en la relación de pareja tienen efectos negativos sobre el bienestar mental de las mujeres.

Para las variables sociodemográficas el grupo de edad materno de 19 años o menos resultó ser el que se relacionó en su mayoría con la presencia de depresión posparto (RP 4.36, IC95% 2,67 - 7,11, $p=0.000$), al igual que el no tener pareja (RP 2.78, IC95% 1,62 - 4,78, $p=0.000$) y ser empleada (RP 2.29, IC95% 1,31 - 4,01, $p=0.002$), lo que podría indicar que las redes de apoyo de éstos grupos de mujeres no son las óptimas. Entre las variables clínicas que se relacionaron a la presencia de depresión posparto se encontraron el consumo de tabaco antes del embarazo (RP 2.45, IC95% 1,45 - 4,11, $p=0,000$), la presencia de complicaciones durante la gestación (RP 1.81, IC95% 1,07 - 3,07, $p= 0.025$) y el uso de anticonceptivos orales (RP 12.15, $p= 4.37 - 33.7$). Las características anteriores también han sido señaladas como factores de riesgo de depresión posparto por Rincón Pabón, *et al.*

La presencia de depresión posparto representa una considerable carga emocional extra en la madre y el infante al igual que en la pareja y miembros cercanos de la familia con la consecuente morbilidad física y mental que para cada una de éstas entidades representa. Entre las limitaciones de éste estudio se encuentran que el instrumento utilizado para evaluar depresión posparto, si bien tiene una sensibilidad del 75% y una especificidad del 93%, no permite evaluar la severidad de la depresión pero si permite que los resultados sean comparados con estudios similares. Asimismo, tanto la medición de la depresión posparto como de las variables relacionadas con la pareja se hicieron mediante autorreporte. El instrumento de medición de las variables de tensión y violencia en la pareja no contempla el tipo de violencia económica/patrimonial; debe considerarse también que la persona que podría ejercer abuso sobre la mujer podría ser un miembro familiar diferente al cónyuge, por lo que sería necesaria la utilización de un instrumento que contemple tales aspectos; además de que debe considerarse la medición de otro tipo de variables potencialmente confusoras para el desarrollo de depresión posparto, como lo es el tipo de familia a la que la paciente pertenece y la funcionalidad familiar de dicha familia.

Por otro lado, y aunque el diseño de la investigación tiene restricciones para establecer causalidad, permitió evaluar la relación entre las variables descritas anteriormente y la depresión posparto, lo que sienta las bases para futuras investigaciones en las que pueda considerarse también un tamaño de muestra más amplio.

XVII. CONCLUSIONES.

La depresión posparto es una patología con un espectro amplio de efectos cuyo impacto son universales en la madre, el producto y el entorno de ambos; es una enfermedad que debe estar presente en el espectro de sospechas diagnósticas durante la atención integral de las pacientes que se han convertido en madres recientemente, al mismo tiempo que vale la pena incluir en la información que se les brinda a las mujeres, tanto durante el periodo de gestación como en el posparto, con el fin de la identificación de síntomas depresivos que permitan la prevención y el oportuno diagnóstico y, en su caso, tratamiento ya que todas las mujeres que se han convertido en madres recientemente son susceptibles de padecer depresión posparto. La identificación de la depresión posparto como una entidad en alguna proporción prevenible y el dimensionarla como problema de salud en una población con algunos rasgos de vulnerabilidad permitirá priorizarla de acuerdo a las necesidades de la esa población para que posteriormente se favorezca la toma de decisiones en los servicios de salud.

Los hallazgos de ésta investigación indican la importancia de la identificación temprana de madres con factores de riesgo y síntomas depresivos, no solo con el objetivo de reducir la morbilidad asociada a la enfermedad sino para crear perfiles de riesgo e incidir directamente en los factores modificables que conformen éstos perfiles, como es el caso de la práctica de la lactancia materna, ya que el apoyo informativo al respecto podría ser un componente importante en la prevención del desarrollo de depresión posparto, como ya ha sido sugerido previamente.

XVIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Brockington I. Diagnosis and management of post-partum disorders: a review. *World Psychiatry*. 2004;3(2):89-95
2. Rojas G, Fritsh R, Solís J, González M, Guajardo V, Araya R. Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto. *Rev Med Chile* 2006;134:713-20.
3. National Health and Medical Research Council. Postnatal depression. A systematic review of published scientific literature to 1999. Canberra Australia: National Health and Medical Research Council; 2000.
4. Tashakori A, Behbahani AZ, Irani RD. Comparison Of Prevalence Of Postpartum Depression Symptoms Between Breastfeeding Mothers And Nonbreastfeeding Mothers. *Iran J Psychiatry* 2012;7:61-65.
5. Donaldson-Myles F. Postnatal depression and infant feeding: A review of the evidence. *British Journal of Midwifery*. 2011;19(10),614-624.
6. Dois A, Uribe C, Villaroel L, Contreras A. Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. *Rev Med Chile* 2012;140:719-725.
7. Abou-Saleh MT, Ghubash R, Karim L, Krymski M, Bhai I. Hormonal aspects of postpartum depression. *Psychoneuroendocrinology*. 1998;23(5):465–475.
8. Thome M, Alder EM, Ramel A. A population based study of exclusive breastfeeding in Icelandic women: is there a relationship with depressive symptoms and parenting stress?. *Int J Nurs Stud* 2006;43:11-20.
9. Dennis CL, McQueen K. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. *Pediatrics*. 2009;123:736-751.
10. Alvarado-Esquivel C, Sifuentes-Álvarez A, Estrada-Martínez S, Salas-Martínez C, Hernández-Alvarado AB, Ortiz-Rocha SG, *et al*. Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. *Gac Méd Méx*. 2010;146(1):1-9.
11. Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of self-reported postpartum depressive symptoms-17 states, 2004-2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2008;57:361-366.
12. Tannous L, Gigante LP, Fuchs SC, Busnello ED. Postnatal depression in Southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. *BMC Psychiatry*. 2008;8:1.
13. Gulseren L, Erol A, Gulseren S, Kuey L, Kilic B, Ergor G. From antepartum to postpartum: a prospective study on the prevalence of peripartum depression in a semiurban Turkish community. *J Reprod Med*. 2006;51:955-960.
14. Reck C, Struben K, Backenstrass M, Stefenelli U, Reinig K, Fuchs T, *et al*. Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2008;118:459-468.
15. Masmoudi J, Tabelsi S, Charfeddine F, Ben Ayed B, Guermazzi M, Jaoua A. Study of the prevalence of postpartum depression among 213 Tunisian parturients. *Gynecol Obstet Fertil*. 2008;36:782-787.
16. Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behav Dev* 2010; 33: 1-6.

17. Castañón C, Pinto J. Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Rev Med Chile* 2008; 136: 851-8.
18. Dennis CL, Hodnett E. Intervenciones psicosociales y psicológicas para el tratamiento de la depresión postparto. Chichester, John Wiley & Sons, 2008.
19. Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. *Rev Med Chile* 2010; 138: 536-42.
20. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
21. Ghaffari M, Tashakori A, Alaghemand A. Assessment of severity of depressive symptoms among 11-14 years old offspring of mothers with Major Depressive Disorder. *Scientific Med J Ahvaz Jundishapur Uni MedSci.* 2005;4:255-61.
22. Howard LM, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G. Domestic Violence and Perinatal Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS Medicine.* 2013;10(5):1-16.
23. Sidebottom AC, Hellerstedt WL, Harrison PA, Hennrikus D. An examination of prenatal and postpartum depressive symptoms among women served by urban community health centers. *Arch Womens Ment Health.* 2014;17:27–40.
24. Rincón-Pabón R, Ramírez-Vélez R. Determinantes sociales, cuidado prenatal y depresión posparto. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2010: estudio transversal. *Prog Obstet Ginecol.* 2013;56(10):508-514.
25. Lineamiento Técnico Médico para la Lactancia Materna. Coordinación de programas integrados de salud - Instituto mexicano del seguro social, 2012.
26. Godfrey J, Lawrence RA. Toward Optimal Health: The Maternal Benefits of Breastfeeding. *Journal of Women's Health.* September 2010;19(9):1597-1602.
27. WHO. Nutrition-Exclusive breastfeeding. Disponible: http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/
28. Delgado-Becerra A, Arroyo-Cabral LM, Díaz-García MA, Quezada-Salazar CA. Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* 2006;63(1):31-39.
29. Dewey KG; Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, Cohen RJ. Risk Factors for Suboptimal Infant Breastfeeding Behavior, Delayed Onset of Lactation, and Excess Neonatal Weight Loss. *Pediatrics.* 2003;112:607–619.
30. Hall RT, Mercer AM, Teasley SL, McPherson DM, Simon SD, Santos SR, *et al.* A breast-feeding assessment score to evaluate the risk for cessation of breast-feeding by 7 to 10 days of age. *J Pediatr.* 2002;141(5):659-664.
31. Mezzacappa ES, Guethlein W, Vaz N, Bagiella E. A preliminary study of breast-feeding and maternal symptomatology. *Ann Behav Med.* 2000;22:71–9.
32. Mezzacappaa EM, Kelseyc RM, Katkin ES. Breast feeding, bottle feeding, and maternal autonomic responses to stress. *J Psych Res.* 2005;58:351– 365.
33. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Brit J Psych.* 1987;150:782-786.
34. OMS. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño: parte I–definiciones. 2009.
35. Dennis CL, McQueen K. Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes?. *Acta Pædiatrica.* 2007;96:590–594.

36. Chaaya M, Campbell OMR, El Kak F, Shaar D, Harb H, Kaddour A. Postpartum depression: prevalence and determinants in Lebanon. *Arch Womens Ment Health*. 2002;5:65–72.
37. Broche-Candó RC, Sánchez-Sarría OL, Rodríguez-Rodríguez D, Pérez-Ulloa LR. Factores socioculturales y psicológicos vinculados a la lactancia materna exclusiva. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2011;27(2).
38. Alvarado-Esquivel C, Sifuentes-Alvarez, A, Salas-Martinez, C, Martínez-García, S. Validation of the Edinburgh Postpartum Depression Scale in a population of puerperal women in Mexico. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 2006;2(1),33.
39. Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Hernández-Torres E. Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España. *Gaceta Sanitaria*. 2008;22(5):415-420.
40. Fogarty CT, Brown JB. Screening for abuse in Spanish-speaking women. *The Journal of the American Board of Family Practice*. 2002;15(2):101-111.
41. Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión A.C. Niveles Socioeconómicos. Disponible en: <http://nse.amai.org/>
42. Vargas-Mendoza JE, García-Jarquín M. Depresión post-parto: presencia y manejo psicológico. *Centro Regional de Investigación en Psicología*, 2009; 3(1):11-18.
43. Harris B, Lovett L, Smith J, Read G, Walker R, Newcombe R. Cardiff puerperal mood and hormone study. III. Postnatal depression at 5 to 6 weeks postpartum, and its hormonal correlates across the peripartum period. *Br J of Psychiatry*. 1996;68:739-744.
44. Gregoire AJ, Kumar R, Everitt B, Henderson AF, Studd JW. Transdermal oestrogen for treatment of severe postnatal depression. *Lancet*. 1996;347:930-33.
45. Oviedo-Lugo GF, Jordán-Mondragón V. Trastornos afectivos posparto. *Universitas Médica*. 2006;47(2):131-140.
46. Leung WC, Kung F, Lam J, Leung TW, Ho PC. Domestic violence and postnatal depression in a Chinese community. *Int J Gynaecol Obstet*. 2002;79:159-166.
47. Zhang Y, Zou S, Cao Y, Zhang Y. Relationship between domestic violence and postnatal depression among pregnant Chinese women. 2012;116:26-30.

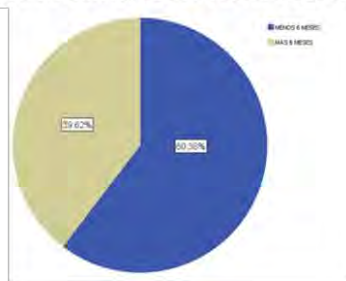
XIX. ANEXOS

ANEXO I. RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de las Características Sociodemográficas de la Población de Estudio

Variable	n=260	%
Delegación de procedencia		
Álvaro Obregón	206	79,2
Miguel Hidalgo	40	15,4
Benito Juárez	10	3,8
Iztacalco	1	0,4
Tlalpan	1	0,4
Coyoacán	1	0,4
Iztapalapa	1	0,4
Religión		
Católica	233	89,6
Cristiana	7	2,7
Testigo De Jehová	3	1,2
Otra	8	3,1
Ninguna	9	3,5
Edad en años		
Menor o Igual a 19	19	7,3
20-24	82	31,5
25-30	90	34,6
31-35	44	16,9
Mayor o Igual a 36	25	9,6
Estado Civil		
Con Pareja (Casada/Unión Libre)	230	88,5
Sin Pareja (Soltera/Divorciada/Separada)	30	11,5
Nivel Educativo		
Educación Básica	93	35,8
Educación Media	126	48,5
Educación Superior	41	15,8
Actividad Laboral		
Labores del hogar	158	60,8
Negocio Propio	14	5,4
Empleada	88	33,8
Nivel Socioeconomico (AMAI 10X6)		
Nivel Bajo	35	13,5
Nivel Medio	212	81,5
Nivel Alto	13	5,0

Gráfico 1. Distribución por sexo de los infantes de las madres encuestadas en la U.M.F. No. 9 de diciembre, 2014 a Febrero, 2015.



n=260

Tabla 2. Distribución de las Características Clínicas de la Población de Estudio

Variable	n=260	%
Clasificación del Índice de Masa Corporal		
Desnutrición	2	0,8
Peso Normal	120	46,2
Sobrepeso	93	35,8
Obesidad	45	17,3
Consumo de tabaco antes del embarazo		
No	187	71,9
Si	73	28,1
Consumo de alcohol antes del embarazo		
No	190	73,1
Si	70	26,9
Comorbilidades		
No	214	82,3
Si	46	17,7
Antecedente de depresión materna no relacionada con el embarazo		
No	255	98,1
Si	5	1,9
Antecedente de depresión posparto en embarazos previos (n=161)		
No	160	99,4
Si	1	0,6
Consumo de vitaminas y/o minerales durante este último embarazo		
Ácido fólico	2	0,8
Ácido fólico y hierro	90	34,6
Vitaminas prenatales	166	63,8
Ninguno	2	0,8
Embarazo planeado		
No	97	37,3
Si	163	62,7
Embarazo deseado		
No	6	2,3
Si	250	97,7
Primer hijo		
No	133	51,2
Si	127	48,8
Complicaciones durante el embarazo		
No	165	63,5
Si	95	36,5
Número de consultas prenatales		
Menor o igual a 5	43	16,5
6 a 10	197	75,8
Más de 10	20	7,7
Tipo de parto		
Parto	133	51,2
Cesárea	127	48,8
Sexo del producto		
Mujer	143	55,0
Hombre	117	45,0
Defectos de nacimiento del producto		
No	252	96,9
Si	8	3,1
Edad del producto al momento de la entrevista		
≤ 6 meses	157	60,4
Mayor de 6 meses	103	39,6
Uso actual de método de planificación familiar		
Hormonal inyectable	5	1,9
Hormonal oral	4	1,5
Implante subdérmico	2	0,8
DIU	86	22,1
OTB	76	29,1
Vasectomía de la pareja	6	2,3
No usa	81	31,2
Actividad física de la madre		
Baja	143	55,0
Moderada	52	20,0
Alta	65	25,0

Tabla 3. Distribución de las Características Relacionadas a la Lactancia en Población de Estudio

Variable	n=260	%
Alimentó al seno materno a sus hijos previos		
No	24	18,2
Si	109	81,8
Recibió información sobre lactancia en el embarazo		
No	36	13,8
Si	224	86,2
Tuvo oportunidad de aclarar sus dudas al respecto con el personal de salud		
No	77	30,4
Si	176	69,6
Tuvo oportunidad de dar pecho al producto dentro de la primera hora después del nacimiento		
No	139	53,5
Si	121	46,5
Lactancia actual en los hijos de 6 meses o menos de edad (n=157)		
No	38	24,2
Si	119	75,8
Lactancia actual en los hijos de más de 6 meses (n=103)		
No	49	47,6
Si	54	52,4
Tipo de alimentación en los productos de 6 meses o menor edad		
Lactancia materna exclusiva	19	12,1
Alimentación complementaria	100	63,7
No reciben leche materna	38	24,2

Gráfico 2. Tipo de alimentación en los infantes de 6 meses o menos de edad en la U.M.F. No. 9 en el periodo de Diciembre, 2014 a Febrero, 2015

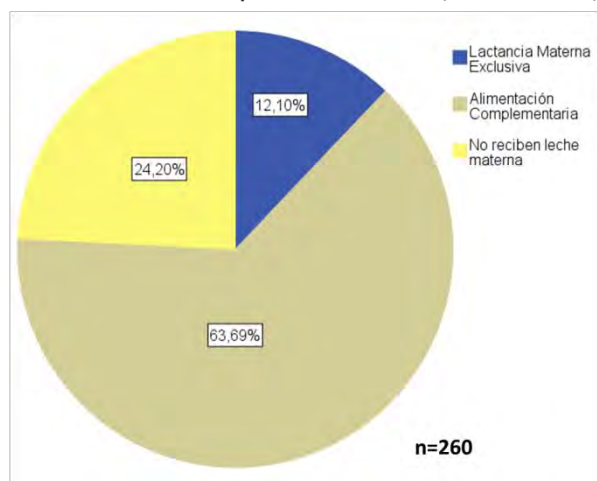


Tabla 4. Distribución de las Características de Tensión y Violencia en la pareja (mediante autorreporte) de la Población de Estudio

Variable	n	%
Presencia de tensión en la pareja		
n=233		
No	117	50,2
Si	116	49,8
Presencia de violencia física		
n=230		
No	213	92,6
Si	17	7,4
Presencia de violencia emocional		
n=230		
No	213	92,6
Si	17	7,4

Gráfico 3. Prevalencia de depresión posparto en las madres encuestadas en la U.M.F. No. 9 de Diciembre, 2014 a Febrero, 2015.

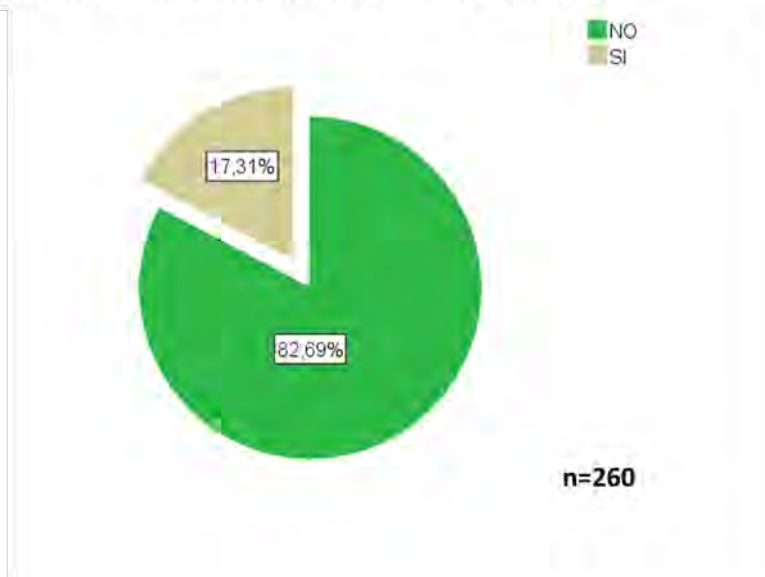


Tabla 5. Pruebas de normalidad para variables cuantitativas

VARIABLE	Sin depresión (n=215)					Con depresión (n=45)				
	MEDIANA	MIN	MAX	Rango intercuartilar	p*	MEDIANA	MIN	MAX	Rango intercuartilar	p*
Peso	61	49	86	13	0,000	57	40	90	22	0,004
Talla	1,55	1,45	1,7	0,05	0,000	1,56	1,44	1,62	0,09	0,000
Índice de Masa Corporal	25,7●	20,3	35	4¥	0,042	24,2●	17,8	34,4	7¥	0,141
Número de Consultas Prenatales	7	2	15	2	0,000	8	6	12	3	0,024
Edad del Producto en Meses	5	1	12	7	0,000	7	1	10	5	0,008
Tiempo de Lactancia en Embarazos Previos (meses)	6	0	24	4	0,000	2	1	18	10	0,000
Puntaje de la Escala de Edinburgo	5	0	9	6	0,000	15	10	18	6	0,008

*Prueba de Kolmogorov-Smirnov

● Media

¥ Desviación estándar

Tabla 6. Comparación de medias para las variables continuas

VARIABLE	t	z	p*
Peso		-0,779	0,436
Talla		-2,25	0,024
Índice de Masa Corporal	2,048		0,044
Número de Consultas Prenatales		-2,204	0,028
Edad del Producto en Meses		-0,100	0,920
Tiempo de Lactancia en Embarazos Previos (meses)		-0,004	0,997
Puntaje de la Escala de Edinburgo		-10,594	0,000

* U de Mann-Whitney

● t de Student

Tabla 7. Análisis bivariado de las Características Sociodemográficas de la Población de Estudio y Prevalencia de Depresión Posparto de acuerdo a las mismas (n=260)

Variable	Depresión Posparto				Prevalencia de Depresión Posparto (%)	Razón de prevalencias	IC 95%	x2	p*
	No		Si						
	n	%	n	%					
Edad en años									
Menor o Igual a 19	15	7,0	40	8,9	1,5	4,36	2,67 - 7,11	45,25	0,000
20-24	65	30,2	17	37,8	6,5	1,24	0,66 - 2,32	0,46	0,495
25-30	75	34,9	15	33,3	5,8	1			
31-35	39	18,1	5	11,1	1,9	0,68	0,26 - 1,75	0,64	0,420
Mayor o Igual a 36	21	9,8	4	8,9	1,5	0,96	0,34 - 2,63	0,00	0,936
Estado Civil									
Con Pareja (Casada/Unión Libre)	197	91,6	33	73,3	12,7	1			
Sin Pareja (Soltera/Divorciada/Separada)	18	8,4	12	26,7	4,6	2,78	1,62 - 4,78	12,15	0,000
Nivel Educativo									
Educación Básica	74	34,4	19	42,2	7,3	1,35	0,76 - 2,41	1,06	0,302
Educación Media	107	49,8	19	42,2	7,3	1,13	0,51 - 2,49	0,093	0,760
Educación Superior	34	15,8	7	15,6	2,7	1			
Actividad Laboral									
Labores del hogar	140	65,1	18	40,0	6,9	1			
Negocio Propio	10	4,7	4	8,9	1,5	2,50	0,98 - 6,39	3,38	0,065
Empleada	65	30,2	23	51,1	8,8	2,29	1,31 - 4,01	8,81	0,002
Nivel Socioeconomico (AMAI 10X6)									
Nivel Bajo	30	14,0	5	11,1	1,9	0,75	0,32 - 1,78	0,42	0,516
Nivel Medio	172	80,0	40	88,9	15,4	1			
Nivel Alto	13	6,0	0	0,0	0,0	---			

* x2 mantel-Haenzel

Tabla 8. Análisis bivariado de las Características Clínicas de la Población de Estudio Prevalencia de Depresión Posparto de acuerdo a las mismas (n=260)

Variable	Depresión Posparto				Prevalencia de Depresión Posparto (%)	Razón de prevalencias	IC 95%	x2	p*
	No		Si						
	n	%	n	%					
Clasificación del Índice de Masa Corporal									
Desnutrición	1	0,5	1	2,2	0,4	2,4	0,57 - 10,02	0,98	0,319
Peso Normal	95	44,2	25	55,6	9,6	1			
Sobrepeso	80	37,2	13	28,9	5,0	0,67	0,36 - 1,23	1,67	0,196
Obesidad	39	18,1	6	13,3	2,3	0,64	0,28 - 1,45	1,19	0,273
Consumo de tabaco antes del embarazo									
No	164	76,3	23	51,1	8,8	1			
Si	51	23,7	22	48,9	8,5	2,45	1,45 - 4,11	11,62	0,000
Comorbilidades									
No	171	79,5	43	95,6	16,5	1			
Si	44	20,5	2	4,4	0,8	0,21	0,05 - 0,86	6,53	0,010
Antecedente de depresión materna no relacionada con el embarazo									
No	212	98,6	43	95,6	16,5	1			
Si	3	1,4	2	4,4	0,8	2,37	0,78 - 7,19	1,82	0,176
Consumo de vitaminas y/o minerales durante este último embarazo									
Ácido fólico	1	0,5	1	2,2	0,4	2,30	0,55 - 9,40	0,917	0,338
Ácido fólico y hierro	82	38,1	8	17,8	3,1	0,40	0,19 - 0,84	6,68	0,009
Vitaminas prenatales	130	60,5	36	80,0	13,8	1			
Ninguno	2	0,9	0	0,0	0,0	---			
Embarazo planeado									
No	81	37,7	16	35,6	6,2	1,07	0,61 - 1,88	0,071	0,789
Si	134	62,3	29	64,4	11,2	1			
Embarazo deseado									
No	4	1,9	2	4,5	0,8	1,98	0,61 - 6,35		0,271●
Si	208	98,1	42	95,5	16,4	1			
Primer hijo									
No	113	52,6	20	44,4	7,7	1			
Si	102	47,4	25	55,6	9,6	1,30	0,76 - 2,23	0,976	0,322
Complicaciones durante el embarazo									
No	143	66,5	22	48,9	8,5	1			
Si	72	33,5	23	51,1	8,8	1,81	1,07 - 3,07	4,96	0,025
Tipo de parto									
Parto	115	53,5	18	40,0	6,9	1			
Cesárea	100	46,5	27	60,0	10,4	1,57	0,91 - 2,70	2,69	0,100
Sexo del producto									
Mujer	119	55,3	24	53,3	9,2	0,93	0,54 - 1,59	0,060	0,805
Hombre	96	44,7	21	46,7	8,1	1			
Defectos de nacimiento del producto									
No	210	97,7	42	93,3	16,2	1			
Si	5	2,3	3	6,7	1,2	1,71	0,51 - 5,71		0,218●
Edad del producto al momento de la entrevista									
≤ 6 meses	132	61,4	25	55,6	9,6	0,82	0,48 - 1,39	0,528	0,467
Mayor de 6 meses	83	38,6	20	44,4	7,7	1			
Uso actual de método de planificación familiar									
Hormonal oral	1	0,5	3	6,7	1,2	2,58	1,34 - 4,96		0,047●
DIU	61	28,4	25	55,6	9,6	1			
OTB	64	29,8	12	26,6	4,6	0,54	0,29 - 1,00	4,01	0,040
No usa	76	35,3	5	11,1	1,9	0,21	0,08 - 0,52	14,75	0,000
Actividad física de la madre									
Baja	119	55,3	24	53,3	9,2	0,99	0,51 - 1,19	0,006	0,980
Moderada	42	19,5	10	22,2	3,8	1,13	0,52 - 2,46	0,103	0,747
Alta	54	25,2	11	24,5	4,2	1			

* x2 mantel-Haenzel

● Prueba exacta de Fisher

Tabla 9. Análisis bivariado de las Características Relacionadas a la Lactancia en Población de Estudio y Prevalencia de Depresión Posparto de acuerdo a las mismas (n=260)

Variable	Depresión Posparto				Prevalencia de Depresión Posparto (%)	Razón de prevalencias	IC 95%	x2	p*
	No		Si						
Alimentó al seno materno a sus hijos previos	n	%	n	%					
No	22	19,6	2	10,0	1,5	2,00	0,49 - 8,04	1,05	0,304
Si	90	80,4	18	90,0	13,6	1			
Recibió información sobre lactancia en el embarazo									
No	30	14,0	6	13,3	2,3	0,95	0,43 - 2,09	0,01	0,912
Si	185	86,0	39	86,7	15,0	1			
Tuvo oportunidad de aclarar sus dudas al respecto con el personal de salud									
No	70	33,7	7	15,6	2,8	2,37	1,11 - 5,08	5,70	0,01
Si	138	66,3	38	84,4	15,0	1			
Tuvo oportunidad de dar pecho al producto dentro de la primera hora después del nacimiento									
No	115	53,5	24	53,3	9,2	1,00	0,59 - 1,71	0,000	0,984
Si	100	46,5	21	46,7	8,1	1			
Lactancia actual en los hijos de 6 meses o menos de edad (n=157)									
No	34	25,8	4	16,0	2,5	1,08	0,94 - 1,24	1,08	0,297
Si	98	74,2	21	84,0	13,4	1			
Lactancia actual en los hijos de más de 6 meses edad (n=103)									
No	35	42,2	14	70,0	13,6	2,57	1,07 - 6,16	4,95	0,026
Si	48	57,8	6	30,0	5,8	1			
Tipo de alimentación en los productos de 6 meses o menor edad									
Lactancia materna exclusiva	9	6,8	10	40,0	6,4	1			
Alimentación complementaria	89	67,4	11	44,0	7,0	0,20	0,10 - 0,42	18,88	0,000
No reciben leche materna	34	25,8	4	16,0	2,5	0,20	0,07 - 0,55	11,9	0,000

* x2 mantel-Haenzel

Tabla 10. Análisis bivariado de las Características de Tensión y Violencia en la pareja (mediante autorreporte) de la Población de Estudio y Prevalencia de Depresión Posparto de acuerdo a las mismas

Variable	Depresión Posparto				Prevalencia de Depresión Posparto (%)	Razón de prevalencias	IC 95%	x2	p*
	No		Si						
Presencia de tensión en la pareja	n	%	n	%					
No	111	55,5	8	18,2	2,6	1			
Si	89	44,5	27	81,8	11,7	3,46	1,64 - 7,30	12,64	0,000
Presencia de violencia física									
No	191	97,0	22	66,7	9,6	1			
Si	6	3,0	11	33,3	4,8	6,26	3,69 - 10,63	37,71	0,000
Presencia de violencia emocional									
No	192	97,5	21	63,6	9,1	1			
Si	5	2,5	12	3,4	5,2	7,15	4,30 - 11,91	47,04	0,000

* x2 mantel-Haenzel

Tabla 11. Análisis Multivariado Mediante Regresión Logística No Condicional de las Variables con Significancia Estadística

Variable	Razón de Momios Ajustada	IC 95%	p*
Menor o igual a 19 años	1,35	0,87 - 2,09	0,171
20 años o más	1		
Estado Civil			
Con Pareja (Casada/Unión Libre)	1		
Sin Pareja (Soltera/Divorciada/Separada)	1,29	0,22 - 7,57	0,775
Actividad Laboral			
Sin actividad remunerada	1		
Con actividad remunerada	0,92	0,78 - 1,78	0,337
Consumo de tabaco antes del embarazo			
No	1		
Si	0,76	0,09 - 6,27	0,805
Comorbilidades			
No	1		
Si	12,38	2,48 - 61,60	0,002
Complicaciones en el embarazo			
No	1		
Si	0,14	0,02 - 0,08	0,032
Número de consultas prenatales			
Menos de 5	1,27	0,03 - 51,62	0,898
6 o más	1		
Tuvo oportunidad de aclarar dudas con el personal del hospital acerca del tema de lactancia			
No	0,28	0,03 - 7,33	0,243
Si	1		
Tipo de alimentación			
Con leche materna	1		
Sin leche materna	1,61	0,12 - 20,57	0,713
Reporte de tensión en la pareja			
No	1		
Si	0,29	0,10 - 0,79	0,260
Reporte de violencia física en la pareja			
No	1		
Si	0,24	0,06 - 0,91	0,370
Reporte de violencia emocional en la pareja			
No	1		
Si	0,09	0,02 - 0,34	0,000

Estimador de máxima verosimilitud 15,21, p=0,004

ANEXO II. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Prevalencia de síntomas depresivos en el posparto y su asociación a lactancia materna, violencia en la pareja, variables sociodemográficas y clínicas en mujeres adscritas a las U.M.F. No. 9 "San Pedro de los Pinos".

México, D.F., Febrero 2015

Le estamos invitando a participar en un estudio de investigación que estamos realizando en ésta Unidad de Medicina Familiar. El estudio tiene como propósito identificar si existe relación entre algunas circunstancias de salud y sociales (el alimentar a su bebé con leche materna, si hay tensión/violencia en la relación de pareja en caso de que la tenga, antecedentes de éste último embarazo, nivel socioeconómico, actividad física, entre otros) con el desarrollo de síntomas depresivos durante el periodo posterior al nacimiento de su bebé. Lo anterior, con el fin de identificar, prevenir y/o tratar algunos factores de riesgo que usted podría tener presentes para desarrollar síntomas depresivos, así como brindarle tratamiento en caso de que lo requiera.

Si usted acepta participar se le hará un cuestionario en el que recabaremos información acerca del nivel socioeconómico, escolaridad, ocupación, estado civil, religión, consumo de alcohol, tabaco y/o drogas antes o durante el embarazo, antecedentes gineco-obstétricos, número de consultas prenatales, edad de su bebé y si éste padece alguna enfermedad, antecedentes heredofamiliares, tensión o violencia en la pareja si es que cuenta con ella, actividad física y cómo se ha sentido anímicamente en los últimos 7 días, entre otros. El tiempo que toma responder el cuestionario es de 20 minutos y consta de dos partes: la primera le será preguntada y la segunda deberá responderla usted. También se le realizarán unas mediciones: su peso y estatura.

Las mediciones no ocasionan ninguna molestia.

Entre los beneficios que podría recibir se encuentran el detectar síntomas de depresión para que reciban tratamiento de forma oportuna, así como el detectar también tensión o violencia en la relación de pareja, en cuyo caso le proporcionaremos orientación e información sobre el tema que podría resultarle de utilidad. También le proporcionaremos información acerca del tipo de alimentación que recibe su bebé. Siéntase con la libertad de preguntarnos sobre cualquier duda que usted tenga durante todo el proceso de la entrevista y/o los resultados obtenidos de ésta.

Le informaremos los resultados terminando el cuestionario y las mediciones que se llevaron a cabo. En caso de que detectemos alguna alteración en el cuestionario, éstas pueden tratarse mediante el apoyo de personal y servicios adicionales al tratamiento y/o canalización que puede otorgarle su Médico Familiar, por ejemplo, al de Trabajo Social y/o Psicología.

La participación en este estudio es voluntaria esto es si usted decide no participar, seguirá recibiendo la atención médica brindada por el IMSS, se le ofrecerán los procedimientos establecidos dentro de los servicios de atención médica del IMSS. Es decir, que si usted no desea participar en el estudio, su decisión, no afectará su relación con el IMSS y su derecho a obtener los servicios de salud y otros servicios que recibe del IMSS. Si en un principio desea participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento. El abandonar el estudio en el momento que quiera no modificará de ninguna manera los beneficios que usted tiene como derechohabiente del IMSS.

Toda la información que le identifique será protegida mediante el uso de un número de folio en lugar de sus datos personales. No se usará esta información para otros fines.

En caso de que encontremos alguna alteración, ésta será reportada a su Médico Familiar quien realizará una valoración y de considerarlo necesario, le canalizará al servicio de que crea ser más adecuado para usted, por ejemplo, el servicio de Psicología, Trabajo Social, entre otros. El Instituto cuenta con los recursos médicos y de apoyo necesarios para brindarle tratamiento, en caso de que usted lo amerite.

Una vez finalizado, los resultados de este estudio permitirán conocer si existe alguna relación entre algunos factores de salud y sociales y síntomas de depresión en el periodo posparto en mujeres que reciben atención en ésta Unidad Médica de forma que nos permita prevenir y tratar oportunamente los factores de riesgo para la enfermedad.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Gabriela Rodríguez Ábrego, mat.: 9185585, HGR 1 "Carlos MacGregor Sánchez Navarro", tel.: 56395822, ext. 20555.

Colaboradores: Mariana Elizabeth Gutiérrez Silva, mat.: 98374548, HGR 1 "Carlos MacGregor Sánchez Navarro", tel.: 56395822, ext. 20555.

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

Clave: 2810-009-013



ANEXO III. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO Y SU ASOCIACIÓN A LACTANCIA MATERNA,
VIOLENCIA EN LA PAREJA, VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS EN MUJERES
ADSCIRTAS A LAS U.M.F. No. 9 “SAN PEDRO DE LOS PINOS”**

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha: _____ Folio: _____

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

- Nombre: _____ NSS: _____
- Años cumplidos: _____ Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____
- Residencia actual (Colonia /Del. o Municipio/Entidad): _____

2. ANTECEDENTES

- Estado civil ()
 1. Soltera
 2. Casada
 3. Unión Libre
 4. Divorciada/Separada
 5. Viuda
- Ocupación: Paciente () Pareja ()
 1. Hogar
 2. Campesina/o
 3. Obrera/o
 4. Comerciante
 5. Estudiante
 6. Negocio propio
 7. Otro
 8. No aplica
- Escolaridad: Paciente () Pareja ()
 1. Sin escolaridad
 2. Primaria completa
 3. Primaria incompleta
 4. Secundaria completa
 5. Secundaria incompleta
 6. Bachillerato/Técnico completo
 7. Bachillerato/Técnica incompleto
 8. Universidad completa
 9. Universidad incompleta
 10. Posgrado
 11. No aplica
- Religión ()
 1. Católica
 2. Cristiana
 3. Testigo de Jehová
 4. Mormona
 5. Otra

- Consumo de tabaco: Antes del embarazo () Durante el embarazo ()
- 1. Si 2. No
- Consumo de alcohol: Antes del embarazo () Durante el embarazo () 1. Si 2. No

- Consumo de drogas: Antes del embarazo () Durante el embarazo () 1. Si 2. No
- Marque con una X si la paciente padece alguna de las siguientes patologías:
 1. Preeclampsia/Eclampsia ()
 2. Hipertensión ()
 3. Diabetes (). Tipo 1 () Tipo 2 () Gestacional ()
 4. Hepatitis (). B () C ()
 5. Herpes ()
 6. Lepra ()
 7. Tuberculosis (). Localización _____
 8. Sífilis ()
 9. Toxoplasmosis ()
 10. Trichomoniasis ()
 11. Alteraciones mamarias/del pezón. Especifique _____
 12. Otra. Especifique _____
- ¿La paciente cuenta con antecedente de depresión en embarazos previos?
- 0. Si () 1. No ()
 - En caso de responder afirmativamente, ¿Qué tipo de tratamiento requirió?
 - Psicológico ()
 - Farmacológico ()
 - No recibió tratamiento ()
- Gesta _____ Partos _____ Abortos _____ Cesáreas _____ Número de consultas prenatales _____
- ¿Este último embarazo fue planeado? () Si, () No
- ¿Este último embarazo fue deseado? () Si, () No
- ¿La paciente recibió suplementos alimenticios durante el embarazo?
 1. Ácido fólico ()
 2. Hierro ()
 3. Ácido fólico y Hierro ()
 4. Vitaminas prenatales ()
 5. Ninguno ()
- ¿La paciente usa un método de planificación desde el nacimiento de éste último hijo? 0. Si () 1. No ()
 1. Preservativo ()
 2. Hormonal inyectado ()
 3. Hormonal oral ()
 4. Implante subdérmico ()
 5. Parche anticonceptivo ()
 6. Otro hormonal ()
 7. DIU ()
 8. OTB ()
 9. Otro ()
 10. No usa método ()
- ¿Hubo complicaciones durante el embarazo? 0. Si () 1. No ()
 1. Infecciosas. Especifique _____
 2. No Infecciosas. Especifique _____
- Tipo de parto del último embarazo: Parto (), Cesárea ()/Semanas de gestación al

nacimiento _____

- Sexo del producto () Hombre, () Mujer
- ¿El niño nació con algún defecto o enfermedad? 0. Si () 1. No ()
¿Cuál? _____
- ¿Qué edad tiene actualmente el niño? _____ Meses, _____ Semanas
- En caso de NO ser su primer hijo:
 1. Alimentó a su hijo anterior al seno materno: 0. No 1. Si. ¿Por cuánto tiempo? _____ meses
Razón por la que dejó de alimentarlo al seno materno:
 - El bebé tenía edad para comer alimentos sólidos
 - Por trabajo/agenda
 - Problema físico/médico. **(Mamá, bebé, ambos. Especifique: _____)**
 - Prefirió cambiar a leche en polvo
 - El bebé dejó de aceptarlo
 - Recomendación de alguien.
¿Quién? _____
 - Otro motivo. Especifique: _____
 2. En caso de que la respuesta haya sido negativa, ¿cuál fue el motivo por el que no alimentó al seno materno?
 - Prefirió la alimentación con biberón.
Motivo: _____
 - Trabajo/agenda
 - Problema físico/médico. (Mamá, bebé, ambos. Especifique: _____)
 - No sabía cómo hacerlo
 - El bebé no aceptó
 - Recomendación de alguien.
¿Quién? _____
- Durante éste último embarazo, ¿recibió información acerca de la lactancia materna? 0. No 1. Si
¿Por parte de quién?
 1. Médico familiar
 2. Médico particular
 3. Enfermera materno-infantil
 4. Trabajador(a) social
 5. Familiar.
¿Quién? _____
 6. Conocidos

3. CARACTERÍSTICAS DE LA LACTANCIA MATERNA ACTUAL

- ¿Le dio pecho al niño/a en la primera hora posterior al nacimiento?
0. Si () 1. No ()
 - En caso de no haberlo hecho, ¿Cuál fue el motivo? _____
- ¿Actualmente le da pecho al niño/a? 0. Si () 1. No ()
 - Si la respuesta es no, ¿Cuál es el motivo?
 1. Ausencia o insuficiencia de leche ()

2. El niño no aceptó la lactancia o le produjo un mal efecto ()
3. Enfermedad del niño ()
4. Enfermedad de la madre ()
5. Lesiones en el pezón ()
6. Impedimento laboral ()
7. Nuevo embarazo ()
8. Indicación médica ()
9. Uso de anticonceptivos ()
10. Otras causas. Especifique _____

• **¿A qué edad del producto suspendió la lactancia?**

1. El niño nunca recibió leche materna ()
2. Antes de la 4ª semana de edad del producto ()
3. Entre la 5ª. y la 8ª. semana edad del producto ()
4. Entre 9ª. y la 12ª. semana de edad del producto ()
5. Entre la 13ª. y la 16ª. de edad del producto ()
6. Entre la 17ª y la 20ª ()
7. Entre la 21ª y la 24ª semana de edad del producto ()
8. Posterior al sexto mes de edad del producto ()

• Si actualmente le da pecho al niño, ¿Le alimenta también con alguno de los siguientes?:

1. Agua
2. Bebidas a base de agua (p. ej. Te)
3. Jugos de fruta
4. Frutas y/o verduras
6. Papillas/purés comerciales
7. Leche de vaca
8. Cereales
9. Leche en polvo
10. Otros. Especifique _____

4. ACTIVIDAD FÍSICA (Cuestionario Mundial sobre Actividad Física (GPAQ))

- EN EL TRABAJO:

1. ¿Exige su trabajo una actividad física intensa que implica una aceleración importante de la respiración o del ritmo cardíaco, como: levantar pesos, cavar o trabajos de construcción durante al menos 10 minutos consecutivos?
() Si, () No (Pase a la pregunta 4)

2. En una semana típica, ¿cuántos días realiza usted actividades físicas intensas en su trabajo?

Número de días _____

3. En uno de esos días en los que realiza actividades físicas intensas, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades? Horas _____ minutos _____

4. Exige su trabajo una actividad de intensidad moderada que implica una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco, como caminar deprisa o transportar pesos ligeros durante al menos 10 minutos consecutivos? 1. Si, 2. No (Pase a la pregunta 7)

5. En una semana típica, ¿cuántos días realiza usted actividades de intensidad moderada en su trabajo? Número de días _____

6. En uno de esos días en los que realiza actividades físicas de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades? Horas _____ minutos _____

- PARA DESPLAZARSE

7. ¿Camina usted o usa usted una bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos?

() Si, () No (Pase a la pregunta 10)

8. En una semana típica, ¿cuántos días camina o va en bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos? Número de días _____

9. En un día típico, ¿cuánto tiempo pasa caminando o yendo en bicicleta para desplazarse? Horas _____ minutos _____

- TIEMPO LIBRE

10. ¿En su tiempo libre, practica usted deportes/fitness intensos que implican una aceleración importante de la respiración o del ritmo cardíaco como: correr, jugar al fútbol durante al menos 10 minutos consecutivos? () Si, () No (Pase a la pregunta 13)

11. En una semana típica, ¿cuántos días practica usted deportes/fitness intensos en su tiempo libre?

Número de días _____

12. En uno de esos días en los que practica deportes/fitness intensos, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades? Horas _____ minutos _____

13. ¿En su tiempo libre practica usted alguna actividad de intensidad moderada que implica una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco, como: caminar de prisa, ir en bicicleta, nadar, jugar al volleyball durante al menos 10 minutos consecutivos? () Si, () No (Pase a la pregunta 16)

14. En una semana típica, ¿cuántos días practica usted actividades físicas de intensidad moderada en su tiempo libre? Número de días _____

15. En uno de esos días en los que practica actividades físicas de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades? Horas _____ minutos _____

- SEDENTARISMO

16. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado ante una mesa de trabajo, sentado con los amigos, viajando en autobús o en tren, jugando a las cartas o viendo la televisión, en un día típico? Horas _____ minutos _____

5. NIVEL SOCIOECONÓMICO (AMAI 10x6)

- ¿Cuál es el total de cuartos, piezas o habitaciones con que cuenta su hogar?, por favor no incluya baños, medios baños, pasillos, patios y zotehuelas. ()

1. 1
2. 2
3. 3

4. 4
5. 5
6. 6
7. 7 o más

- ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay para uso exclusivo de los integrantes de su hogar?

1. 0
2. 1
3. 2
4. 3
5. 4 o más

- ¿En el hogar cuenta con regadera funcionando en alguno de los baños?

1. No tiene
2. Si tiene

- Contando todos los focos que utiliza para iluminar su hogar, incluyendo los de techos, paredes y lámparas de buró o piso, dígame ¿cuántos focos tiene su vivienda?

1. 0-5 Focos
2. 6-10 Focos
3. 11-15 Focos
4. 16-20 Focos
5. 21 o más

- ¿El piso de su hogar es predominantemente de tierra, cemento o algún otro tipo de acabado?

1. Tierra o cemento (firme de)
2. Otro tipo de material o acabado

- ¿Cuántos automóviles propios, excluyendo taxis, tienen en su hogar?

1. 0
2. 1
3. 2
4. 3 o más

- ¿Cuántas televisiones a color funcionando tienen en este hogar?

1. 0
2. 1
3. 2
4. 3 o más

- ¿Cuántas computadoras personales, ya sea de escritorio o lap top, tiene funcionando en su hogar?

1. 0
2. 1
3. 2 o más

- ¿En su hogar cuentan con estufa de gas o eléctrica?

1. No tiene

2. Si tiene

- Pensando en la persona que aporta la mayor parte del ingreso en este hogar, ¿cuál fue el último año de estudios que completó? ¿Realizó otros estudios?
 1. No estudió
 2. Primaria incompleta
 3. Primaria completa
 4. Secundaria incompleta
 5. Secundaria completa
 6. Carrera comercial
 7. Carrera técnica
 8. Preparatoria incompleta
 9. Preparatoria completa
 10. Licenciatura incompleta
 11. Licenciatura completa
 12. Diplomado o Maestría
 13. Doctorado
 14. No Sabe /no contesto

6. ESTADO ANÍMICO (ESCALA DE DEPRESIÓN DE EDINBURGO)

- **Circule por favor la respuesta que mejor describa su estado de ánimo en los últimos 7 días:**

1. He 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 que antes
 2. Definitivamente menos que antes
 3. No, nada
3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas marchaban mal:
 3. Sí, la mayoría de las veces
 2. Sí, algunas veces
 1. No muy a frecuentemente
 0. No, nunca
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:
 0. No, nada
 1. Rara vez
 2. Sí, a veces
 3. Sí, muy frecuentemente
5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:
 3. Sí, muy frecuentemente
 2. Sí, a veces

1. No, no mucho
0. No, nada

6. Las cosas me han estado agobiando:

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 veces
1. No muy frecuentemente
0. No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada:

3. Sí, casi siempre
2. Sí, muy frecuentemente
1. No muy frecuentemente
0. No, nada

9. He estado tan infeliz que he estado llorando:

3. Sí, casi siempre
2. Sí, muy frecuentemente
1. Sólo ocasionalmente
0. No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mi misma:

3. Sí, muy frecuentemente
2. A veces
1. Rara vez
0. Nunca

8. PRUEBA DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER (Women abuse screening tool)

- Marque por favor el inciso de la respuesta que mejor responda a las cuestiones siguientes:

1. En general, ¿cómo describiría usted su relación de pareja?

- a. Con mucha tensión b. Con alguna tensión c. Sin tensión

2. Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:

- a. Mucha dificultad b. Alguna dificultad c. Sin dificultad

3. Al terminar las discusiones con su pareja, ¿usted se siente decaída o mal con usted misma?

- a. Muchas veces b. A veces c. Nunca

4. ¿Las discusiones terminen en golpes, patadas o empujones?

- a. Muchas veces b. Algunas veces c. Nunca

5. ¿Siente miedo de lo que su pareja diga o haga?

a. Muchas veces b. Algunas veces c. Nunca

6. ¿Su pareja ha abusado de usted físicamente?

a. Muchas veces b. Algunas veces c. Nunca

7. ¿Su pareja ha abusado de usted emocionalmente?

a. Muchas veces b. Algunas veces c. Nunca

8. ¿Su pareja ha abusado de usted sexualmente?

a. Muchas veces b. Algunas veces c. Nunca