

Trabajo Final de Graduación
Proyecto de Investigación Aplicada

**“INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN
POSPARTO EN LA CONDUCTA DE
LACTANCIA MATERNA DE MADRES
PRIMÍPARAS”**



SAHADE, Verónica Eugenia
Licenciatura en Psicología Clínica
Universidad Empresarial Siglo 21

Córdoba, 2007

*Agradezco a Amalia Giorgi y a Fabían Olaz
por su paciencia, tiempo y dedicación
a mi familia por su apoyo incondicional
a mis compañeros por brindarme siempre su ayuda
y a los profesionales de la Clínica del Sol
por permitirme desarrollar allí mi trabajo de campo.*

RESUMEN

La presente investigación consiste en un diseño transversal ex post facto prospectivo simple. Indaga la influencia de la depresión posparto en la conducta de lactancia materna de madres primíparas, con bebés nacidos a término. En el estudio participaron 40 madres primíparas. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) y un Cuestionario de lactancia materna diseñado *ad hoc*. En función de los puntajes totales obtenidos en la EPDS se formaron dos grupos. El Grupo Ausencia y el Grupo Presencia. Se realizó un análisis descriptivo, comparando ambos grupos en relación a los puntajes totales obtenidos en el cuestionario de lactancia y un estudio de diferencia de medias utilizando la prueba "t" para grupos independientes, con prueba de significación. Asimismo, se ejecutó un análisis descriptivo comparando los resultados obtenidos por ambos grupos, en cada ítem del cuestionario de lactancia y también una prueba "t" para cada ítem.

No existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, en la conducta de lactancia materna. Sin embargo, hay diferencias significativas en cuanto al ítem que se refiere al consumo de tabaco. Finalmente, hay un mayor el porcentaje de madres con depresión que da exclusivamente el pecho y un mayor porcentaje de madres sin depresión que siente cómoda la postura adoptada para amamantar.

ABSTRACT

This research work lies in a simple prospective ex post factum design. It investigates the influence that postpartum depression has on the maternal breastfeeding of primiparous mothers. On this study 40 primiparous mothers participated. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and a maternal breastfeeding Test was administrated to the whole sample. On the basis of the results obtained on the EPDS, two groups were established. One constituted by mothers without postpartum depression and the other one by mothers with this disease. A descriptive analysis was done, comparing the total results obtained on the breastfeeding test by both groups and also a comparison of means was carried on using independent sample "t" test. On addition, a descriptive analysis was done; comparing the results of both groups in every item of the breastfeeding test, and a "t" test for each of one.

There are no statistics differences between mothers with postpartum depression and without postpartum depression, on maternal breastfeeding. However, there are statistics differences on the item that refers to smoking.

ÍNDICE

<u>INTRODUCCIÓN</u>	1
<u>Objetivos</u>	7
<u>MARCO TEÓRICO</u>	8
<u>Características de la función materna</u>	11
<u>La interacción social temprana entre madre e hijo</u>	13
<u>Vínculo madre-bebé y lactancia materna</u>	16
<u>Puerperio</u>	25
<u>Depresión posparto</u>	27
<u>MÉTODO</u>	30
<u>Participantes</u>	30
<u>Herramientas e instrumentos</u>	31
<u>Procedimiento</u>	33
<u>RESULTADOS</u>	35
<u>DISCUSIÓN</u>	49
<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	53
<u>ANEXO</u>	

INTRODUCCIÓN

En la actualidad existe cierta tendencia en nuestra sociedad a considerar que el embarazo y la maternidad son un estado de absoluta felicidad. La sociedad espera que el supuesto “instinto maternal” comience a funcionar de manera inmediata, haciendo incomprensible la posibilidad de que una mujer se sienta triste, una vez nacido su hijo (Sebastiani y Raffo Magnasco de Testa, 2004). Para explicar porque ocurre esto es necesario realizar un abordaje abarcativo de la maternidad, incluyendo ciertos aspectos subjetivos que constituyen una poderosa fuerza, de acción o inhibición de las prácticas maternas.

Como apunta Ana Maria Fernández (2006) todo lo que hace que una mujer se “sienta” buena o mala madre, está determinado por el juego de fuerzas sociales que operan en la subjetividad de las mujeres, que podrían estudiarse a través de los llamados “mitos” sociales de la maternidad. Nuestra sociedad organiza el universo de significaciones en relación con la maternidad en torno a la idea Mujer = Madre, considerando de esta manera que la *esencia de la mujer es ser madre*. Sin embargo, existe una diferencia entre reproducción y maternidad. Ya que la reproducción está referida al orden de la especie, mientras que la maternidad pertenece al orden de la cultura. Por lo tanto, se considera la maternidad como función social y no como un fenómeno inherente a las mujeres y adscrito a su sexo biológico.

Los mitos son considerados producciones imaginarias o creencias que operan como organizador social y los mismos se cristalizan en un relato, cuya repetición hace posible su eficacia simbólica. En la sociedad actual, los relatos se han hecho “discursos” y es desde la pluralidad discursiva que se organiza un real Mujer = Madre, que no es la realidad, pero que se constituye como si lo fuese. Esta realidad imposible de la mujer probablemente puede cambiarse en una realidad posible a través de la desmitificación de la maternidad, en el sentido de una madre que no abarque toda la mujer. Por medio de los avances tecnológicos, se pueden observar diversas prácticas de maternidad que darían cuenta de la relativa desimplicación de los términos Mujer y Madre y una prueba de ello es la existencia de un número cada vez más elevado de mujeres que brindan una importancia fundamental al trabajo y estudio, por sobre su rol de madres (Fernández, 2006).

Sin embargo, aún sujetadas por el mito, y no por la naturaleza (instinto materno) aparecería como efecto diversos síntomas de malestar, siendo uno de ellos las depresiones reactivas femeninas (Fernández, 2006). De esta manera, la mirada social simplificadora podría ser una de las razones por las cuales las mujeres se culpabilizan al sentirse tristes luego del alumbramiento evitando ayuda profesional y padeciendo en silencio la depresión posparto. Esto ocasionaría un agravamiento del cuadro, afectando a su persona y también a su relación con el lactante.

Son diversos los autores que estudiaron la relación madre-bebé, destacando la importancia del establecimiento de éste vínculo temprano para el futuro desarrollo del lactante. De acuerdo con Oiberman (2001), en el ser humano la maternidad no sólo es un fenómeno biológico, sino que también tiene un significado a nivel social, cultural y psicológico. Este hecho se denomina maternalización o maternaje, y designa los cuidados brindados al lactante, en un clima de ternura activa, atenta y continuada (Recamier, 1961).

Desde aproximadamente el año 1945, Spitz estudió en profundidad la relación madre-hijo. Postuló que en la misma se puede observar el inicio y la evolución de las relaciones sociales *in statu nascendi*. Esta relación madre hijo es la primera relación social de todo individuo. *“Se trata de una relación muy especial, está aislada hasta cierto punto de lo que lo rodea y unida entre sí por lazos extraordinariamente poderosos”* (Spitz, 1965, p. 37).

También Winnicott (1947) estudió ampliamente éste vínculo temprano, asignando a la madre el rol de Yo auxiliar del bebé, compensando la inmadurez psíquica de este último. El rasgo predominante de la madre es la disposición y la capacidad de despojarse de todos sus intereses personales y concentrarlos en el bebé, aspecto de la actitud materna que el autor denominó “preocupación materna primaria”. Este aspecto otorga a la madre un saber especial, ya que sólo ella sabe cómo se siente su bebé.

No fueron sólo los psicoanalistas quienes investigaron la relación madre-hijo, también los estudios experimentales brindaron un importante aporte. Durante la década de los 50, los experimentos de Harlow con los primates revelaron en qué medida el establecimiento de los vínculos apropiados en la etapa adecuada del desarrollo posibilitan el comportamiento normal adulto. Harlow diseñó dos muñecos que hicieran de "madres" de los monos rhesus, pero atribuyendo separadamente a uno la función de alimentación y a otro la función de contacto corporal. En concreto,

a uno de ellos construido de alambre, le puso un par de tetinas de las que se podía mamar, mientras que al otro muñeco simplemente lo recubrió de felpa. Los monos pasaron mucho más tiempo en contacto con la "madre" de felpa y sólo visitaban esporádicamente a la "madre" de la que extraían la leche. Harlow apuntó que, aunque fisiológicamente ambas cumplían algunas funciones de madre, la "madre" de felpa era psicológicamente superior. Al estudiar el comportamiento de los monos *rhesus*, establece una semejanza entre éste y el apego humano (Harlow, 1959).

Por lo dicho, se destaca la importancia del estudio de los diferentes aspectos de la relación madre-bebé y del papel del estado de ánimo de la madre en esta relación primaria.

Luego de atravesar los nueve meses de embarazo la gran mayoría de las mujeres espera con un elevado nivel de ansiedad el nacimiento de su hijo, imaginando que con el parto se finaliza un largo proceso. Sin embargo, el alumbramiento marca el comienzo del puerperio, período que podría involucrar aspectos positivos pero también negativos, ya que se pueden presentar sentimientos y emociones difíciles para la madre, tales como ansiedad, miedo y ambivalencia afectiva (Sebastiani y Raffo Magnasco de Testa, 2004).

Durante el puerperio, algunas madres se manejan sin inconvenientes y otras muestran distintos grados de dificultad que les hace imposible vincularse en forma adecuada con su hijo. Sin embargo, es importante distinguir entre la *tristeza puerperal*, trastorno considerado habitual y propio del embarazo de la *depresión posparto*, que involucra un conjunto de síntomas más severos y que necesita de ayuda profesional. La tristeza puerperal abarca aproximadamente los diez o quince primeros días luego del parto, y se caracteriza por cambios en el ánimo, llanto, ansiedad generalizada, e irritabilidad, emociones y conductas que la mayoría de las mujeres pueden superar solas. Por otro lado, en la depresión posparto se observan falta de interés, disturbios de sueño, irritabilidad, llanto, ansiedad, pérdida o aumento de peso, disminución de energía y sentido de culpa exagerado. La mujer se puede sentir abrumada, con baja autoestima, dificultad para tomar decisiones y falta de concentración.

Muy excepcionalmente la mujer que ha parido, puede incluso padecer *psicosis puerperal*, cuadro que debe considerarse como una emergencia médica y es probable que la persona sea hospitalizada debido a los riesgos que implica tanto para sí misma como para su bebé (Desirée Pagán, 2006).

Tomando esto en consideración, el propósito del presente trabajo es estudiar la influencia que podría tener el estado emocional de la madre primípara en la conducta de la lactancia materna. La lactancia materna es el medio esencial para brindar la supervivencia, el crecimiento, el desarrollo, la salud y la nutrición al lactante, así como también la salud y el bienestar a la madre. Posibilita el establecimiento de un vínculo especial entre ella y su hijo. Es un recurso vital que garantiza el mejor comienzo posible en la vida de los recién nacidos (Organización Panamericana de la Salud, 2002).

Considerando lo expuesto por la Fundación Lacmat, la lactancia materna es la única alimentación natural de la especie humana desde el nacimiento, siendo el exclusivo medio de aporte de nutrientes hasta por lo menos los seis meses de vida, y debiendo proseguir idealmente hasta los dos años de edad y más. Además de los aspectos nutricionales, la lactancia materna asegura la continuación de un vínculo único entre madre e hijo, tan importante en el desarrollo de la persona como el alimento mismo.

La leche materna es un alimento enteramente completo para el bebé, le ofrece total seguridad alimentaria. Son múltiples los beneficios que la lactancia materna entrega, no sólo al bebé y a la madre, sino también a la familia y a la sociedad (Penny van Esterik, 2006).

En los últimos tiempos el tema de la lactancia materna y la depresión posparto ha cobrado importancia. Se han desarrollado numerosas investigaciones que estudian ampliamente la relación entre estas variables. Así, en un estudio realizado en Panamá por la Dra. Cynthia S. Minkovitz (2006) se constató que alrededor del 44% de un total de 4900 madres con síntomas depresivos posparto eran más propensas a dar el pecho de dos a cuatro meses después del nacimiento de su bebé, en comparación con cerca del 57% de las madres sin síntomas depresivos, cuya lactancia era más prolongada. Además encontró que a los dos o cuatro meses después del nacimiento, el 87.4% de las madres con síntomas depresivos eran propensas a jugar con sus bebés al menos una vez al día, en comparación con el 91.9% de las madres sin síntomas de depresión, quienes jugaban más veces al día con su bebé. Las conclusiones de esta investigación permiten inferir que los síntomas de depresión posparto impactarían desfavorablemente sobre las prácticas maternas, especialmente aquellas relacionadas a la participación activa con el bebé.

Henderson et al. (2003) estudiaron la relación entre depresión postnatal materna y duración de la lactancia. Se trabajó con una muestra de 1745 mujeres de dos hospitales de Australia, a las cuales se realizaron encuestas sobre el nivel de lactancia y se les administró la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) a los dos, seis y doce meses después del parto. La lactancia fue iniciada por el 96% de las participantes. A los dos meses el 79% de las madres continuaba amamantando, a los seis meses el 57% continuaba amamantando y a los doce meses el 22% de las madres aún daba el pecho. El 18% de madres presentó depresión postnatal; en el 63% del total de éstos casos el trastorno se había desencadenado antes de los dos meses. La duración de la lactancia fue de 26 semanas para mujeres con aparición temprana de depresión, 28 semanas para aquellas con aparición tardía de depresión y 39 semanas para mujeres sin depresión. El cese temprano de la lactancia está estrechamente relacionado con la depresión posparto. En conclusión la depresión postnatal tiene un impacto significativamente negativo en la duración de la lactancia materna.

No obstante la relevancia de estos resultados, se coincide con Toisi (1999) al considerar que, a diferencia de los hombres, las mujeres con depresión son más sensibles y poseen mayor afiliación hacia los eventos que forman su círculo social más próximo. Es decir que el factor social ejercería mayor impacto en las mujeres con depresión, por lo cual al revisar investigaciones realizadas en medios diferentes al nuestro, se debe tomar en consideración la especificidad cultural de estos resultados.

En nuestro medio, Brancamonte y Cabrera (2006) llevaron a cabo una investigación para estudiar la relación existente entre la depresión posparto y la conducta de lactancia de las madres. Tomaron una muestra de 50 madres entre los 20 y 40 años de edad, primíparas y multíparas, que asistieron al Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología durante el año 2004. Se entrevistó a madres se encontraban dentro de las 4 y 8 semanas posteriores al parto respecto de su conducta de lactancia y se evaluó la depresión posparto mediante la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS). En un principio, se encontró una correlación leve entre amamantamiento y depresión posparto. Sin embargo, con los valores obtenidos en una entrevista complementaria sobre episodios vinculados con depresión en embarazos anteriores, situaciones de estrés vividas en el embarazo y parto y otras situaciones no incluidas en la EPDS, se encontró una correlación más elevada, indicando una asociación más fuerte entre episodios referentes a componentes depresivos y una insuficiente conducta de lactancia materna.

Como se puede observar, todos los estudios aquí citados muestran que la presencia de depresión posparto impacta de manera negativa en la conducta y actitud de la madre ante la lactancia, así como también en la duración de la misma. Sin embargo, teniendo en consideración que episodios vinculados con depresión en embarazos anteriores es uno de los factores que impacta en la relación entre componentes depresivos y una insuficiente conducta de lactancia materna (BrancaMonte y Cabrera, 2006), en el vigente trabajo se indagará la relación entre depresión posparto y conducta de lactancia materna, exclusivamente en madres primíparas. La hipótesis del estudio es que existen diferencias significativas entre madres primíparas con depresión posparto y aquellas sin depresión posparto, en relación a la conducta de lactancia materna.

OBJETIVO GENERAL

- Investigar si existe relación entre depresión posparto y conducta de lactancia materna en madres primíparas, con bebés nacidos a término.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la prevalencia de depresión posparto en madres primíparas de bebés nacidos a término.
- Analizar la conducta de lactancia de la madre primípara.
- Analizar el vínculo madre-bebé y observar su influencia en ambos protagonistas.
- Estimar la relación entre depresión posparto y conducta de lactancia materna.

MARCO TEÓRICO

El embarazo es un fenómeno natural en la vida del ser humano, es una experiencia tanto física como psicológica y difiere según la cultura en la que cada uno está inserto. Se presenta de distinta manera en cada mujer, dependiendo de la personalidad de la mujer embarazada, de su historia particular y de su experiencia.

Siguiendo a Sebastiani y Raffo Magnasco de Testa (2004) las mujeres manifiestan una determinada inestabilidad emocional en los momentos en que se produce un aumento o disminución violenta de concentración de hormonas en la sangre, de estrógeno y progesterona. Así, se pueden manifestar cambios en la personalidad de la mujer debido a los cambios producidos en lo físico, que se manifiestan generalmente en etapas críticas de su ontogenia, tales como la pubertad, los días anteriores a la menstruación, el embarazo, el puerperio y la menopausia.

Aunque hay una innegable influencia de los procesos corporales en los cambios emocionales, es importante tener en consideración el significado de la experiencia integral de la persona. El embarazo es un período que implica grandes cambios y nuevos hallazgos. La sola idea de que un ser humano está creciendo y desarrollándose en el interior del cuerpo de una mujer, es una experiencia suficientemente intensa y movilizadora de sentimientos, ansiedades y fantasías que pueden explicar los cambios de humor que se producen en la embarazada.

Es importante valorar el cambio personal, familiar, económico y laboral que el embarazo y la maternidad producen en la mujer que por primera vez ha sido madre. Se le impone tanto a ella como a su entorno nuevas exigencias físicas, emocionales y sociales, haciendo necesario una redistribución de roles y trabajos en cuanto a las funciones que hasta ese momento estaban asignadas dentro de su familia (Ministerio de la Salud de Buenos Aires, 1997).

Este período de la vida en la mujer es de tal importancia que la conduce a sentirse como en “otro estado de conciencia”. Durante los 9 meses y una vez que el bebé ya ha nacido, la mujer se encuentra sumergida en un estado de sensibilización de su conciencia ordinaria, lo cual implica que las reacciones que provienen del interior de su cuerpo, la calidad de las vivencias emocionales o el modo de

relacionarse con su entorno, impactan de forma más intensa que antes. Su inconciente que estaba más o menos reprimido, ahora está constantemente intentando salir a la luz (Raffo Magnasco de Testa, 2004).

Debido a ésta modificación que se produce en su persona, el embarazo como crisis existencial (crisis en el sentido de cambio) permite descubrir nuevos aspectos en ella y en su contexto.

Según Oiberman (1998) la maternidad es un fenómeno psicobiológico y una crisis vital y evolutiva, reactiva conflictos del pasado y potencia problemáticas presentes, específicamente aquellas referidas a los vínculos con los otros. La mujer atraviesa ésta crisis en función de su historia personal, la estructura de su personalidad, su situación actual (conyugal, familiar, y social), las características del bebé y la ubicación de ese niño en el encadenamiento histórico de su familia. Además, debido a que la maternidad es una fase del desarrollo psicoafectivo de la mujer, los procesos que se despliegan en este período encuentran su sentido en las relaciones concientes e inconcientes de la madre con su niño. Al mismo tiempo estas relaciones se basan en las que ella tuvo con sus padres.

Como expone Erikson (1983), la maternidad representa una crisis de identidad y de personalidad. El autor compara esta crisis con la de la adolescencia encontrando similitudes con ella, tales como un cambio corporal y hormonal, reactivación de conflictos infantiles, una transformación de la imagen corporal y del sentimiento de identidad, entre otros. Teniendo en consideración todos los cambios que se producen en la mujer al nacer el primer hijo, es de sumo valor el apoyo del contexto familiar y social para lograr atravesar de manera favorable este momento de transición que implica el nacimiento del bebé.

El alumbramiento puede llegar a ser un momento “arduo” para la mujer porque una vez que esta logrando integrar al niño a su nueva imagen corporal debe separarse de él. No obstante, a través de la lactancia, madre e hijo van a poder en cierta forma seguir unidos (Oiberman, 2001).

El establecimiento temprano del vínculo madre hijo fue estudiado por diversas escuelas. Desde la teoría psicoanalítica la prematuración fisiológica del recién nacido, es decir la experiencia de desamparo del ser humano en el momento del nacimiento, implica una dependencia absoluta del recién nacido respecto de su medio. Ésta dependencia constituye la base de la impotencia fundamental del recién nacido y permite prever que las necesidades fisiológicas deben ser satisfechas mediante una

adecuada alimentación materna, con el establecimiento de una cierta estabilidad térmica, entre otras. Pero una vez satisfechas estas necesidades que son imprescindibles para la supervivencia del lactante, existen necesidades psicológicas que también son indispensables de satisfacer (Smirnoff, 1969). Hay un proceso evolutivo en el desarrollo emocional del lactante y para lograr este crecimiento deben existir ciertas condiciones ambientales, que son aquellas que dependen de la madre.

Algunos datos experimentales indican que los infantes ejercen un significativo control en el comienzo, el mantenimiento, la finalización y la evitación del contacto social con la madre, regulando la participación social. Además, al controlar la dirección de su mirada, regulan el nivel y la cantidad de estimulación social a la que están sometidos. También tienen la capacidad de reiniciar la participación y el contacto cuando lo desean a través de la mirada, la sonrisa y la vocalización (Stern, 2005).

Las dos cosmovisiones del infante son diferentes, una postura considera al infante como un ser completamente dependiente de su entorno, atribuyendo así a las diversas conductas maternas un papel determinante en el devenir psíquico del lactante y confiriendo a la madre real la última responsabilidad en los procesos formativos. El otro punto de vista concibe al infante como un ser activo, interesado por indagar el mundo que lo rodea y que emprende activamente la tarea de relacionar experiencias diversas. Esta integración se realizaría en gran medida de modo innato, lo cual quiere decir que el infante está preconstituido para darse cuenta de los procesos de autoorganización y para ser selectivamente responsivo a los acontecimientos sociales externos.

Desde la teoría psicoanalítica, el desarrollo emocional durante el primer año de vida establece la base de la salud mental en el individuo humano. Es decisivo para el futuro del lactante el establecimiento temprano del vínculo con su madre. Spitz (1965) enfatiza que en dicha relación se puede encontrar el germen del desarrollo de las relaciones sociales de orden más elevado. Asimismo, los datos experimentales apoyan el hecho de que las relaciones interpersonales entre la mamá y el bebé son cruciales en la formación de experiencias, siendo a partir de ellas que el lactante aprende a relacionarse con los demás (Stern, 1997).

Se considera el vínculo mamá-bebé como necesario para la supervivencia, la subjetivación del individuo y como la matriz básica de todas las relaciones sociales y cognitivas (Utchitel, 2005).

La madre, como objeto real, es quien desempeña el papel estructurante en virtud de su presencia o ausencia, por las gratificaciones que concede o las frustraciones que impone. El entorno necesario para el desarrollo del lactante es lo que Winnicott denomina *madre suficientemente buena*, cuando está presente el niño iniciará un proceso de desarrollo personal y real. En caso contrario, si la actitud materna no es suficientemente buena, el verdadero *self* del niño no logra formarse o queda oculto tras un falso *self* (Winnicott, 1984).

CARACTERÍSTICAS DE LA FUNCIÓN MATERNA

Se pueden identificar tres categorías en la función de una madre suficientemente buena. La primera es el sostenimiento (*holding*), que se refiere a la manera en que la madre toma en sus brazos al lactante. Sostenerlo de manera correcta es un aspecto básico del cuidado y frente a una incorrecta conducta materna o falla en esta categoría se generan en el niño reacciones diversas, provocándole una intensa angustia, creando en él la sensación de desintegrarse, de caer interminablemente y el sentimiento de que la realidad externa no puede usarse como reaseguración. Esta conducta depende en gran medida de la capacidad de la madre de identificarse con el bebé.

La segunda categoría es la manipulación, la cual contribuye a que en el niño desarrolle una asociación psicósomática que le permite percibir “lo real” como opuesto a “lo irreal”. Cuando hay una falla, afecta la capacidad del niño para gozar de la experiencia del funcionamiento corporal y de la experiencia del ser y repercute en el desarrollo del tono muscular y la “coordinación”.

La última categoría es la mostración de objetos o realización, y promueve en el lactante la capacidad de relacionarse con los objetos. Es hacer real el impulso creativo del niño. Las grietas en ésta categoría bloquean la capacidad del niño de sentirse real al relacionarse con su contexto.

Con el nacimiento del bebé la madre debe adaptarse casi completamente a las necesidades del niño, para lograr que la personalidad infantil se desarrolle sin distorsiones. Para Winnicott la madre “buena”, es aquella que cuenta con la capacidad de adaptarse activamente a las necesidades del bebé; capacidad que

surge de su devoción o dedicación y que es facilitada por su narcisismo, su imaginación y sus recuerdos.

Tal vez el rasgo predominante de la madre sea su disposición y su capacidad para despojarse de todos sus intereses personales y concentrarlos en el bebé; aspecto de la actitud materna llamado “preocupación materna primaria”. Esto es lo que confiere a la madre su capacidad especial para hacer lo adecuado: ella sabe exactamente cómo se siente su hijo (Winnicott, 1984).

Sin embargo, la madre se permite ciertas fallas en su adaptación, *fallo graduado de adaptación*, porque la actividad mental del bebé le permite tolerar y entender estas fallas. Los procesos intelectuales del niño convierten el fallo de adaptación en un éxito, liberando a la madre de la necesidad de ser casi perfecta (Winnicott, 1949).

El niño con una madre bastante buena se caracteriza por tener un yo fuerte y débil a la vez, esto depende del apoyo que ella le brinde. El yo de la madre está en sintonía con el del hijo. Cuando la relación madre-bebé funciona correctamente, el yo del bebé es fuerte y reforzado porque está apuntalado por la madre. Éste yo del bebé tiene la capacidad de desarrollar patrones que son personales y de organizar sus defensas. Es debido al apoyo yoico de la madre que el niño logra formarse un yo real, verdadero y personal.

Puede ocurrir que no haya apoyo yoico de la madre, o que sea débil e inadecuado, ésta actitud no permitirá al niño desarrollarse en forma personal y real. Sucede entonces que se desarrolla en él un falso *self* ocultando el verdadero *self* (Winnicott, 1984). También puede acontecer que se produzcan en el niño trastornos particulares del comportamiento, retraso en el desarrollo intelectual y afectivo y fragilidad somática, debido a la privación afectiva precoz. Esto es lo que Spitz (1945) ha descrito con el nombre de *hospitalismo*.

Al describir la díada madre-bebé desde la escuela psicoanalítica, principalmente tomando a Winnicott, se puede observar que el desarrollo del niño está condicionado más por reacciones frente a las fallas de adaptación activa de la madre que por exigencias internas y factores genéticos. Se destaca la importancia que tiene para el proceso de crecimiento del niño tanto la estabilidad como la continuidad del contexto, en sus aspectos físicos y emocionales.

LA INTERACCIÓN SOCIAL TEMPRANA ENTRE MADRE HIJO

Datos experimentales demuestran que durante los primeros meses de vida del bebé la madre ocupa la mayor parte de su tiempo regulando los tiempos de sueño-vigilia, día-noche y hambre-saciedad. A esta tarea Sander (1962) la denomina "regulación fisiológica". Pero la escuela psicoanalítica pasa por alto que gran parte de esta regulación en realidad es conducida a través del intercambio mutuo de conductas sociales. Es decir, las tareas de comer, dormirse y la homeostasis general son la mayoría de las veces acompañadas por conductas sociales de los padres: mecen, tocan, hablan, cantan, hacen muecas, en respuesta a conductas sociales del infante como llorar, sonreír, quejarse. Son variadas las interacciones sociales que se suceden al servicio de la regulación fisiológica.

En 1985, Stern exploró la experiencia subjetiva que tiene el infante de su propia vida social y para realizar esta tarea ubica el sentido del sí mismo en el centro de la indagación. Para describir el desarrollo normal, el autor expone cuatro sentidos del sí mismo: el sentido de un sí mismo emergente, el sentido de un sí mismo nuclear, el sentido de un sí mismo subjetivo y el sentido de un sí mismo verbal. Cada uno define un dominio distinto de la experiencia del sí mismo y el relacionamiento social. Una vez constituido, cada sí mismo sigue activo y en pleno funcionamiento durante toda la vida, creciendo y coexistiendo (Stern, 2005).

Durante los dos primeros meses de vida, el infante está constituyendo activamente un sentido de sí mismo emergente. Es un sentido de la organización en proceso formativo y un sentido del sí mismo que seguirá activo por el resto de la vida. Al investigar las relaciones interpersonales entre la madre y el bebé, el autor propone el concepto de percepción amodal, por la cual las informaciones recibidas en una determinada modalidad sensorial son traducidas en otra modalidad sensorial. Estas percepciones amodales son las que ayudan al infante a integrar experiencias potencialmente diversas del sí mismo y el otro. Así, para el lactante el pecho materno surge como una experiencia integrada de una parte de la madre, a partir de una vinculación no aprendida de sensaciones táctiles y visuales. Esto es debido a que los infantes no necesitan tener experiencias repetidas para comenzar a crear algunas piezas de un sí mismo y un otro emergentes, sino que están preconstituidos para forjar determinadas integraciones. La vinculación de experiencias se genera a través de la constitución innata del sistema perceptual.

Los datos obtenidos a partir de los estudios experimentales realizados por Stern, entre otros, produjeron una “revolución” en la investigación sobre la infancia. Ya que se descubrieron aptitudes del infante que gravitan en la formación de un sentido del sí mismo, que en épocas anteriores nadie imaginaba que existían. Los recién nacidos no están siempre en estado de sueño o hambre, llorando, etc.; sino que vienen dotados de ciertas capacidades observables que aparecen desde el nacimiento, como volver la cabeza, chupar y mirar. Sobre la base de estos hallazgos, el concepto de la relación madre-bebé ha cambiado radicalmente, considerándose al bebé como un ser complejo que interactúa desde el principio con su entorno. Se pone de relieve su conducta intencional y la capacidad del bebé para comunicar estados de necesidad y emociones.

El sistema interaccional madre-bebé es bidireccional y de reciprocidad, ambos se influyen mutuamente en un proceso continuo de desarrollo y cambio. En ésta relación específica ambos protagonistas se diferencian en cuanto a sus capacidades comunicativas. Debido a la precariedad de su aparato psíquico, el bebé se comunica con una modalidad preferentemente somática, por el contrario la madre se expresa con una modalidad psicológica (Oberman, 2001).

Como bien señala Spitz (1965) la díada madre-bebé se comunica predominantemente de manera no verbal, mediante miradas, sonrisas, la manera de sostener y ser sostenido, lo cual forma parte del sistema comunicacional.

Los mensajes emitidos por el bebé son signos, mientras que aquellos que provienen de la madre son señales que son percibidas por el niño. Los signos son un precepto que está vinculado con la experiencia de otro objeto o de una situación, pudiendo sustituir al objeto o a la situación misma. En cambio la señal se refiere a una conexión aceptada convencionalmente (de manera accidental, arbitraria u objetivamente presente) entre un signo y una experiencia.

Spitz (1965) apunta que la comunicación en la díada está basada en la experiencia “extrasensorial” o casi “telepática”, que se podría asemejar a la comunicación que se mantiene en el momento de enamoramiento de una pareja de adultos.

Se debe destacar que en la interacción madre-bebé funciona la unidad mano-boca-ojos. El órgano para agarrarse es la mano, pero al mirar a los ojos de su madre el lactante reemplaza esta conducta por la mirada. La distancia física se reemplaza por la vista y los ojos van a cumplir la función de órgano de búsqueda. Las

caricias, el abrazo y la extensión de brazos hacia la madre van a reemplazar la unidad perdida. Así, algunas investigaciones muestran que el lactante despliega ciertas conductas de acercamiento hacia la persona proveedora de seguridad, alimentación y sostén, debido a la violenta separación que sufre el bebé del cuerpo materno al nacer (Oberman, 2001).

De acuerdo con Oberman (2001) las interacciones reales entre madre-hijo se pueden ubicar en tres registros:

- a) *Modalidad de interacción visual:* la mirada representa un modo predilecto de la comunicación entre la madre y el lactante. La mirada mutua despierta sentimientos muy intensos. Se considera la mirada de la madre como una conducta de apego, que provoca el surgimiento de fuertes sentimientos hacia el bebé. Es un modo importante de comunicación no verbal.
- b) *Modalidad de interacción vocal:* los gritos y el llanto del bebé son su modo de comunicación, a través de ellos expresa sus necesidades y también sus sentimientos. Bowlby (1976) destaca la importancia de los gritos en el desarrollo del apego precoz madre-hijo. La madre se dirige a su hijo a través del lenguaje, que es el otro aspecto de la interacción vocal.
- c) *Modalidad de interacción corporal:* como ya se hizo referencia anteriormente, este modo de interacción es lo que Winnicott llama sostenimiento o *holding*. Es la forma como la madre manipula o sostiene a su hijo y también la manera en que el bebé se “amolda” al cuerpo de ella. Cuando la madre alimenta a su bebé, amamantándolo con su leche, se refleja claramente la interacción corporal. La postura de la madre en sí misma es un modo de comunicación ya que expresa su actitud mental y afectiva, su comodidad, su tensión o distensión, sus inhibiciones. La postura de la madre y la del lactante van a depender una de otra y son necesarios un mutuo ajuste y regulación para que la interacción entre ambos sea armoniosa y placentera. De esta manera la reciprocidad es un aspecto esencial para que la interacción que une los comportamientos de ambos sea óptima (Oberman, 2001). Uno de los momentos propicios para el establecimiento de este vínculo está dado por el amamantamiento, donde es posible observar la reciprocidad que existe en la interacción madre-bebé.

VÍNCULO MADRE-BEBÉ Y LACTANCIA MATERNA

Al iniciar la lactancia surgen en la madre intensas ansiedades vinculadas a las diferentes actitudes que adopten los bebés frente al pecho. Una de estas es la de no tener leche y otras nacen de las distintas modalidades de relación madre-bebé. Hay bebés vitales que se prenden decisivamente y con una fuerte energía al pecho y la madre puede recibir esta conducta con alegría logrando que la succión se realice sin problemas o por el contrario aterrorizarse frente a esta actitud que le es desconocida y para la cual no se siente capacitada. Esta tensión podría provocar la umbilicación del pezón o bien inquietud, llanto y pataleo en el niño, lo cual puede asustar aún más a la madre, produciéndose un círculo vicioso de angustia materna y mayor ansiedad en el bebé, que al mismo tiempo incrementa la angustia de la madre y que podría finalizar con la agalactia total.

Otra conducta que suele desarrollar intensas ansiedades en la madre es la de los lactantes que ni bien toman el pezón se quedan dormidos, provocando una intensa frustración en la madre haciendo que se sienta rechazada. Si la mujer no logra comprender y soportar esta situación, puede instalarse un círculo vicioso entre una madre angustiada que se aleja del bebé o lo obliga a despertarse, produciendo mayor rechazo del bebé y más ansiedad y rechazo materno (Soifer, 1971).

Al parecer, no sólo el estado emocional de la madre influye en la conducta que adopta el bebé frente al pecho, sino que también el grado de iniciativa y disposición del lactante impacta en el estado de ánimo puerperal de la madre.

A pesar de los diferentes inconvenientes que pueden surgir al iniciar la lactancia debido a las intensas ansiedades, es de suma importancia que la madre logre alimentar al recién nacido con el pecho, ya que la lactancia materna es el mejor medio de proporcionar al bebé las sustancias nutritivas y vitales que necesita para su crecimiento y desarrollo, protección contra enfermedades alérgicas e infecciosas, seguridad emocional y amor. Además ofrece beneficios sobre la salud de la madre y ayuda a establecer un vínculo especial entre ella y su hijo (Belkys y Durán, 1992).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo de la Infancia (UNICEF) hacen hincapié en el importante papel de la lactancia materna en la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo infantil, así como también en la salud y el bienestar de la madre.

La OMS recomienda “la lactancia materna exclusiva hasta alrededor de los seis meses de edad y la continuación de la misma, con introducción gradual de alimentos complementarios, hasta el segundo año de vida y más, si fuera posible”. (OMS, 1993).

La lactancia materna da total seguridad alimentaria al infante. Se entiende por seguridad alimentaria el poder obtener suficiente alimento para mantener una vida productiva y saludable, hoy y en el futuro (Penny van Esterik, 2006).

Son múltiples los beneficios que la lactancia materna brinda al niño, a la salud de la madre, a la familia y a la sociedad (Ministerio de Salud de la Nación, 1998). Los mismos se encuentran resumidos en el cuadro 1.

Cuadro 1: Beneficios de la lactancia materna

Beneficios para el niño	Beneficios para la madre	Beneficios para la familia	Beneficios para la sociedad
Mejor desarrollo psicomotor, emocional y social	Favorece el restablecimiento del vínculo madre-hijo	Mejor desarrollo de la familia como célula social	Perspectiva de una sociedad más sana en el futuro
Ayuda al niño a crecer y desarrollarse y a sentirse más seguro	Menor sangrado posparto	Menor gasto en medicamentos y alimentos sustitutos.	Contribución al equilibrio ecológico
Menor incidencia de desnutrición Infantil	Menor riesgo subsiguiente de padecer anemias	Menor ausentismo laboral por enfermedad de los hijos	Disminución de la Morbi Mortalidad Infantil.
Menor incidencia de muerte súbita del lactante	Menor depresión posparto		Mayor productividad al disminuir el ausentismo laboral
Menor incidencia de alergias respiratorias y digestivas	Menor riesgo de padecer cáncer ginecológico		Menor gasto por la adquisición de leches artificiales, biberones
Menor incidencia de infecciones urinarias	Ahorro de tiempo, dinero y trabajo		Menor gasto en la atención de patologías
Menor incidencia de enfermedad celiaca	Más rápida recuperación física		
Protección contra diabetes	Mayor practicidad para la alimentación nocturna, en los viajes, etc.		
Protección contra obesidad e	Refuerzo de la autoestima		

hipercolesterolemia

Menor incidencia de problemas dentales

Mejor reacción a las vacunas y mayor capacidad de defenderse de enfermedades

Menor incidencia de afecciones de la piel

El niño no requiere suplemento vitamínico o mineral, ni agua u otros líquidos

Menor incidencia de maltrato infantil y abandono, por los lazos afectivos que se crean

Se considera que algunos de estos beneficios están sobrevalorados. Por lo tanto, se debería tener en cuenta que ésta idealización podría acarrear algunos inconvenientes para aquellas madres que por alguna razón no pueden amamantar a sus hijos o que no producen leche.

Siguiendo la clasificación de la OMS y UNICEF (Torresani, 2001) la lactancia materna puede clasificarse como:

Lactancia materna completa: la leche materna es el alimento recibido por el bebé. Ésta puede ser *exclusiva* o *predominante*. La lactancia materna exclusiva es aquella en la cual el bebé sólo recibe leche materna sin complemento de ningún otro líquido, exceptuando gotas o jarabes con vitaminas o medicamentos. La lactancia materna predominante es cuando el bebé recibe predominantemente leche materna, pudiendo agregarse agua, jugo de frutas y bebidas a base de agua, además de jarabes o gotas con vitaminas o medicamentos.

Lactancia materna parcial: la leche materna constituye aproximadamente el 20% de la alimentación recibida. Según el monto de leche materna brindada al niño por sobre otros alimentos o fórmulas, ésta se puede clasificar en: *alta*, si más del 80% del alimento consiste en leche materna; *mediana*, si el 20-79% de la alimentación es leche materna; y *baja* si menos del 20% de la alimentación se basa en leche materna.

También se puede tipificar la lactancia en *irrestringida* y *restringida*.

La *lactancia irrestringida* se caracteriza por llevar al bebé al pecho cada vez que protesta o llora, es a demanda. El lactante no recibe leche artificial y la lactancia complementaria no se introduce hasta la segunda mitad del primer año. El bebé se alimenta de ocho a doce veces al día, la toma suele durar 15 minutos con cada pecho (Lawrence, 1996).

La *lactancia restringida* se basa en normas. La frecuencia y la duración de la toma están determinadas por el reloj. Suele utilizarse biberones y alimentos complementarios, es por eso que el reflejo de eyección suele no establecerse correctamente (Lawrence, 1996).

Siguiendo lo expuesto por Gómez Papí (2004), la lactancia artificial puede producir una serie de inconvenientes para el bebé que no suelen presentarse en la lactancia materna. Una de estas dificultades está relacionada con el vínculo afectivo, ya que la madre que amamanta se siente muy ligada a su bebé y el bebé encuentra en el pecho el amor de su madre, recibe su calor, se siente protegido y se refugia en él. Otros inconvenientes comunes son: problemas digestivos, mayor riesgo de infecciones, peor desarrollo cognitivo, síndrome de muerte súbita del lactante, mayor riesgo de enfermedades crónicas tales como diabetes tipo I, enfermedad de Crohn, enfermedad celíaca, colitis ulcerosa, linfoma, enfermedades alérgicas, leucemia y otros trastornos.

La conducta de lactancia materna puede ser exitosa, es decir *positiva* o bien puede existir un fracaso en la conducta de lactancia que se denomina conducta de lactancia *negativa*. La Iniciativa Global para el Apoyo de la Madre (IGAM) coordinada por la Alianza Mundial pro Lactancia Materna (WABA) (s. f.) afirma que para el logro de una lactancia exitosa se requiere del apoyo materno, es decir, todo apoyo brindado a madres y bebés con el propósito de mejorar las prácticas de la lactancia materna. El apoyo varía de mujer a mujer, pero generalmente incluye motivación, información exacta y en el tiempo justo, cuidados sensibles durante el parto, consejos, recomendaciones prácticas y comprensión. Las mujeres necesitan el apoyo de profesionales de salud, empleados, amigos, familiares y de la comunidad en general para lograr hacer de su lactancia una experiencia satisfactoria tanto para ella como para su hijo.

Se pueden identificar ciertos indicadores que permiten clasificar la conducta de lactancia materna en positiva o negativa, ellos son:

- ❖ Inicio de lactancia.

- ❖ Frecuencia con que la madre amamanta a su bebé.
- ❖ Duración de cada mamada.
- ❖ Posición para amamantar.
- ❖ Lugar donde da el pecho.
- ❖ Utilización de otras sustancias suplementarias a la leche materna.
- ❖ Uso de biberón.
- ❖ Información ofrecida acerca de la leche materna e indicaciones para amamantar correctamente.
- ❖ Ingesta de medicamentos.
- ❖ Hábitos maternos que no contraindican la lactancia, pero que se deben reducir o evitar en este período (alcohol, tabaco, cafeína).

Estos indicadores se fundan a partir de la declaración conjunta de los diez pasos para una lactancia exitosa creados por la OMS y UNICEF (1989). Consiste en que todo servicio de maternidad y de cuidado de recién nacido debe: disponer de una política por escrito relativa a la lactancia materna que en forma sistemática se ponga en conocimiento de todo el personal del equipo de salud, entrenar a todo el personal para llevar a cabo esta política, informar a todas las embarazadas acerca de los beneficios y la práctica de la lactancia materna, ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la primera hora después del parto, enseñar a las madres cómo debe amamantar a su hijo y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos, no dar a los recién nacidos más que leche materna sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado, practicar el alojamiento conjunto de las madres y sus hijos durante las 24 horas del día, fomentar la lactancia a demanda, no dar tetinas, chupetes u otros objetos artificiales para la succión de los bebés amamantados y fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y remitir a las madres a los mismos (Lozano de la Torre, 2004).

Para lograr una mejor comprensión de lo que lactancia exitosa significa, es preciso definir cada uno de los indicadores anteriormente mencionados. En los esclarecimientos se determina lo que idealmente se espera en el ejercicio de una óptima conducta de lactancia materna.

Con respecto *al inicio, frecuencia y duración* de la lactancia materna, por lo general lo recomendable es permitir al recién nacido amamantarse dentro de la primera hora del nacimiento. En este momento son más fuertes tanto los reflejos del

lactante como la sensibilidad de su madre a los estímulos táctiles de la areola y el pezón (Akre, 1992). La lactancia se debería iniciar lo antes posible y amamantar con frecuencia los primeros días, tanto en parto normal como en operación por cesárea, porque a través de ello se logra un mejor acoplamiento boca-pecho, se disminuyen los errores posturales antes que la succión sea realmente segura e incrementa el conocimiento recíproco entre la madre y el lactante (Martín-Calama, 2004). Lo recomendable es que la madre y el bebé estén siempre juntos.

El comienzo de la lactancia debería ocurrir dentro de la primera hora luego del alumbramiento, ya que en este momento el bebé y su madre están alertas y esto facilita la interacción, además de estimular a la madre a producir calostro más rápidamente. También es de suma importancia colocar al recién nacido inmediatamente después del nacimiento en contacto piel a piel con su madre, porque ello hace que los lazos afectivos entre la madre y su bebé se hagan más estrechos, se aumente la auto confianza de la madre en el cuidado de su bebé y se preserve la energía y se acelere la adaptación metabólica del lactante.

Molina Morales (2004) considera la lactancia a demanda como la mejor manera de satisfacer las necesidades del bebé. Entendiéndose por libre demanda la posibilidad de atender inmediatamente los requerimientos de alimentación por parte del bebé (sin horarios preestablecidos), así como también la posibilidad de la madre de alimentar a su hijo cuando sienta la necesidad de hacerlo. Sin embargo si el bebé duerme durante más de 3 o 4 horas seguidas, es conveniente que los padres lo despierten y lo pongan en el pecho. A partir de las 24 horas de vida el lactante debería intentar hacer 8 a 10 tomas al día.

Los primeros días los bebés generalmente hacen tomas cortas y frecuentes. A medida que pasan los días aumenta la sensación de hambre del bebé y consecuentemente la duración de las tomas (Molina Morales, 2004).

Debido a su mayor contenido proteico, la leche artificial contiene más densidad que la leche materna, lo cual produce una digestión más lenta, requiriendo de períodos más largos entre tomas y junto a ello tomas menos frecuentes. Por el contrario, la leche materna se digiere con más facilidad entonces los bebés desean alimentarse con mayor frecuencia.

Con respecto al tiempo de amamantamiento, es aconsejable permitir al niño alimentarse por lo menos 10 minutos de cada pecho de manera inicial, después este lapso se puede prolongar, siempre que ambos protagonistas de la diada así lo deseen.

No es conveniente limitar la duración de las tomas porque podría afectar el establecimiento de una correcta lactancia. La OMS (2001) recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, debiendo proseguir idealmente dos años o más, con la introducción de alimentos complementarios, si fuera posible.

Con respecto a la *técnica de amamantamiento*, lo principal es que la madre debería saber que la lactancia materna es la forma natural de alimentar a su bebé, confiar en su capacidad de amamantar y sentirse apoyada por su entorno.

La posición para amamantar debería ser la adecuada, ello significa una buena colocación del niño y un apropiado acoplamiento de la boca del bebé al pecho de la madre. Para que el acoplamiento pecho boca sea funcional el niño debe tomar el pecho de frente, sin torcer la cara, de modo que los labios estén apoyados alrededor de la areola, permitiendo que introduzca el pezón y gran parte de la areola dentro de su boca (Temboury Molina, 2004).

La madre puede dar el pecho sentada o acostada, dependiendo del tipo de parto, natural o por operación cesárea, del momento del día, entre otros. La forma más corriente de dar el pecho es la posición sentada clásica o también llamada posición de cuna, donde el bebé está recostado en decúbito lateral sobre el antebrazo de la madre del lado que amamanta. La cabeza queda apoyada en la parte interna del ángulo del codo y queda orientada en el mismo sentido que el eje de su cuerpo. El abdomen del hijo toca el de la madre y su brazo inferior debe abrazarla por el costado del tórax. La mano del brazo que sujeta al bebé le agarra la región glútea.

En relación al *lugar* donde la madre amamanta a su hijo, ella puede alimentarlo en cualquier circunstancia, aunque es recomendable y más satisfactorio para ambos que el lugar sea tranquilo, sin ruidos y no excesivamente iluminado porque el bebé necesita estar sosegado, ya que es muy difícil prender al pecho a un bebé llorando (Temboury Molina, 2004).

Acerca del uso de *suplementos, chupetes y biberones*, siguiendo a Gomez Papí (2004) durante los primeros días luego del parto, es aconsejable no administrar agua, suero, glucosa o leche artificial a los bebés que toman el pecho, excepto cuando ello sea recetado por el médico. En casos en los que sea necesario el uso de suplemento, ellos hacen que se disminuya el número de tomas y por lo tanto es perjudicial para el éxito de la lactancia materna.

La forma de “agarrar” el pecho y el biberón es muy diferente. Para succionar el biberón el lactante apenas tiene que abrir la boca. Algunos bebés que fueron

alimentados con biberones en su comienzo de vida, presentan dificultades para hacer un buen agarre del pecho, esto se denomina “confusión al pezón”, el bebé tiende a agarrarse del pecho de forma análoga a como succiona el biberón, dando lugar al síndrome de la mala posición al mamar o incluso rechazando el pecho.

Es conveniente no usar tetina hasta que la lactancia materna esté bien establecida. Es mejor usar un vaso o cuchara para la administración de suplementos, ya que el uso de biberones ejerce un efecto desventajoso para la duración de la lactancia materna.

Con respecto al uso del chupete, en el bebé amamantado su utilización presenta varios peligros para el éxito de la lactancia materna, como por ejemplo el reemplazo de la lactancia materna por la succión no nutritiva, junto con la disminución del número de tomas al pecho y la confusión del pezón. Una vez establecida la lactancia, el chupete puede ser útil para el lactante, lo calma cuando su madre no pueda amamantarlo y lo consuela cuando está nervioso (La Leche League Internacional, 2003).

Siguiendo lo expuesto por el Ministerio de Salud de la Nación (1998) algunas de las desventajas del uso de biberón y chupete son: perturbación del desarrollo del macizo cráneo facial y perjuicio de la postura corporal, mayor frecuencia de diarreas y deshidratación, mayor probabilidad de contraer infecciones y que éstas sean más graves, menor posibilidad de contacto piel a piel, confusión del pezón que lleva a que el bebé rechace el pecho, respuesta inadecuada (chupete) a la necesidad de contacto piel a piel con su madre, entre otras.

Con respecto al uso de *fármacos y drogas*, son escasas las enfermedades maternas que requieran de fármacos que contraindiquen la lactancia por sus efectos perjudiciales en el bebé, al pasar a través de la leche. Dentro de estos medicamentos están la quimioterapia y radioterapia en el tratamiento del cáncer. También en algunos casos de prolactinoma que demandan tratamiento con bromocriptina o cabergolina que se contraindica la lactancia.

Es incongruente con la lactancia, debido a los efectos adversos en el niño, el consumo de drogas como anfetaminas, cocaína, heroína y marihuana. Por el contrario la metadona no presenta riesgos para el bebé (Días Gómez, 2005).

La OMS y UNICEF en el año 2003 crean una lista de drogas para la lactancia materna, clasificadas como:

- 1) *Drogas compatibles con la lactancia materna:* son aquellas drogas que no tienen contraindicaciones teóricas o conocidas para su uso y es seguro para la madre tomarla y continuar su lactancia.
- 2) *Drogas compatibles con la lactancia materna. Monitorear los efectos secundarios en el lactante:* aquellas drogas que podrían causar efectos secundarios en el lactante, pero aún no se ha observado que ello haya ocurrido. Se debe informar a la madre acerca de sus posibles efectos secundarios, reasegurándole que son inusuales. En caso que se produzcan efectos secundarios, se debe dejar de administrar la droga a la madre y si es posible encontrar una droga alternativa. Si la madre no puede dejar esa droga, debe suspender la lactancia hasta haber finalizado su tratamiento.
- 3) *Evitar estas drogas si es posible. Monitorear los efectos secundarios en el lactante:* son drogas que causan efectos secundarios en el lactante. Sólo se deben administrar si son realmente necesarias para el tratamiento de la madre y no hay otra alternativa segura disponible. Se permite a la madre continuar su lactancia pero se le deben dar claras instrucciones para que observe a su hijo detenidamente. Si se producen efectos secundarios debe dejar de consumir la droga, si no puede dejar la misma debe suspender la lactancia hasta que su tratamiento haya concluido.
- 4) *Evitar estas drogas si es posible. Podría inhibir la lactancia:* son drogas que producirían una disminución en la producción de leche. Si es posible debe evitarse su consumo.
- 5) *Evitar:* son drogas que pueden tener efectos secundarios peligrosos en el bebé. No deben ser administradas cuando la madre está amamantando. Son escasas las drogas incluidas en ésta categoría, aparte de las sustancias radioactivas y las drogas para el cáncer.

Finalmente el último indicador de la conducta de lactancia exitosa por definir, se refiere a los *hábitos maternos que no contraindican la lactancia pero que se deben reducir o evitar*. Ellos incluyen el alcohol, la cafeína y el tabaco. En el cuadro 2 se resumen.

Cuadro 2: Hábitos maternos que no contraindican la lactancia pero que se deben reducir o evitar

ALCOHOL	CAFÉINA	TABACO
Dificulta la salida de la leche. Se filtra a la leche materna en escasa cantidad, produce un cambio en el gusto y el olor de la leche haciendo que el bebé rechace el pecho. Puede alterar el ritmo del sueño del bebé y su desarrollo psicomotor. Se debe advertir a la madre que no consuma alcohol, si lo hace debe limitar la cantidad a un máximo de 0,5 g/kg. de peso corporal materno.	Se filtra a la leche materna. Si se consume en grandes cantidades, puede causar irritabilidad y trastornos del sueño en el lactante.	Similar al alcohol, puede cambiar el gusto y olor a la leche materna, produciendo un rechazo del pecho. Disminuye la producción de leche. Puede producir escaso aumento de peso y mayor frecuencia de cólicos en el bebé. La exposición pasiva al humo provoca mayor riesgo de muerte súbita en el bebé, asma e infecciones respiratorias. Si la madre no puede dejar de fumar, no debe suspender la lactancia, sus beneficios son superiores a los riesgos del tabaco. Entonces se le indica que disminuya la cantidad de consumo (Días Gómez, 2004).

Se debe tener en cuenta que existen otros agentes que podrían intervenir en la conducta de lactancia materna. Uno de estos factores podría ser la depresión posparto.

PUERPERIO

Sebastiani y Raffo Magnasco de Testa (2004) definen al puerperio como aquel período que se inicia una vez producido el alumbramiento de la placenta y que termina alrededor de los sesenta días posteriores. A ésta definición arbitraria desde el

punto de vista biológico se le debe agregar una definición desde el punto de vista psicológico en el cual el puerperio es mucho mayor en el tiempo y hasta hay grandes dudas acerca de cuando tiene su fin. Esto significa que el cordón umbilical que unía madre hijo se corta cuando nace, pero el invisible cordón psicológico que une madre-bebé a veces tarda mucho más en cortarse.

En el momento en que nace el bebé se produce una ruptura con respecto a los sentimientos que la mujer experimentaba durante los 9 meses anteriores. Ella sabe que esa unidad ideal que formaba con su bebé dentro de su útero se ha roto y que por lo tanto ha perdido una parte de sí misma. Esto genera en ella la irrupción de sentimientos encontrados (Raffo Magnasco de Testa, 2004).

Soifer (1971) realiza un estudio psicológico del puerperio y describe el estado psicológico de la parturienta como un estado confusional, con ansiedades de pérdida, vaciamiento (pérdida de partes importantes de sí misma), de castración, de castigo por la sexualidad y de enfrentamiento con un desconocido, el hijo. La ansiedad de vaciamiento y de pérdida son llamadas ansiedades depresivas, el temor al castigo, la ansiedad de castración y el miedo a lo desconocido son de raíz paranoide. Es el interjuego de estas distintas ansiedades lo que produce a la embarazada el estado confusional acompañado de sensaciones de extrañamiento, despersonalización y pérdida de la identidad. El puerperio es entonces esa situación de delimitación entre lo perdido, el embarazo y lo adquirido, el hijo. También de delimitación entre ensoñación, fantasía inconciente y realidad; referido a cómo iba a ser el parto y el niño en sí mismo y a la reacción del entorno.

Es importante tener en cuenta que las vivencias depresivas inconcientes ponen en marcha diferentes mecanismos de defensa, ellos operan según las características propias de cada mujer.

Una madre puede utilizar mecanismos maníacos, en tal caso se observará una persona eufórica, muy preocupada por su aspecto externo, su ropa y que dice sentirse muy bien. Presenta dificultades para dormir. Cuando fallan estas defensas irrumpen las ansiedades depresivas y paranoides que producen ataques de llanto, enojo, despotismo o bien manifestaciones de autorreproche.

Los mecanismos sustitutivos a los maníacos son el ensimismamiento (retracción narcisista esquizoide), la abulia, la rumiación obsesiva, los mecanismos obsesivos francos (obsesión por la limpieza y el orden), las situaciones agorafóbicas (reclamos

para prolongar los días de internación). Se observará una puérpera diferente de acuerdo a los mecanismos que predominen en cada mujer.

DEPRESIÓN POSPARTO

La alteración puerperal puede manifestarse de diferentes maneras: desde “sentirse un poco afligida”, sentir una profunda tristeza hasta llegar a cuadros muy graves como una psicosis puerperal.

El “*sentirse un poco afligida*”, también es llamado “*postpartum blues*” o *disforia puerperal*. Este cuadro se presenta en ocho de cada diez puérperas, es decir que se lo observa con considerable frecuencia. Abarca un período de diez a quince días luego del alumbramiento. Se considera un cuadro que no requiere de tratamiento profesional, la mujer puede superar sola este episodio. Presenta una mínima implicación sobre la actividad cotidiana de la madre porque se lo considera un proceso mental psicológico de adaptación al nuevo escenario (Carro García et al. 2000). Desde el punto de vista biológico, la caída brusca de los niveles de estrógeno y progesterona en la sangre podrían justificar la mayor parte de los cambios emocionales, donde los principales síntomas son tristeza y ansiedad persistente, sensación de vacío, dificultades para conciliar el sueño o exceso de sueño, irritabilidad, llanto, sensación de culpa, pesimismo, pérdida o incremento exagerado del apetito, fatiga, falta de energía, dificultades para lograr concentración y para tomar decisiones, síntomas físicos como cefaleas, trastornos digestivos o dolores crónicos. (Raffo Magnasco de Testa, 2004).

Cuando la alteración puerperal se manifiesta con una profunda tristeza, como uno de sus síntomas, la mujer podría estar padeciendo un trastorno llamado *depresión posparto*.

Desde la Psiquiatría el DSM IV (1999) ubica a los Trastornos Depresivos dentro de los Trastornos del Estado de Ánimo, cuya característica principal es la alteración del humor.

Los criterios diagnósticos para definir el Episodio Depresivo Mayor (APA, 1995) son los siguientes: estado de ánimo depresivo, disminución del interés en las actividades, alteraciones en el peso (pérdida o aumento), fatiga, perturbaciones para pensar y concentrarse, sentimiento de culpa excesivo, insomnio (Véase anexo I).

En el manual de Psiquiatría, DSM IV (1999) se reconoce la depresión posparto como “un trastorno depresivo mayor de inicio en el posparto”, entendiéndose por posparto las cuatro semanas siguientes al mismo.

Por lo tanto, a diferencia de la tristeza puerperal, este cuadro involucra síntomas psiquiátricos severos que se caracterizan por prolongarse en el tiempo sin encontrar solución, haciendo necesario la búsqueda de ayuda profesional para superar de manera favorable el trastorno.

Los principales síntomas de ésta depresión, similares a los del episodio depresivo mayor anteriormente descrito, son: falta de interés, tristeza, disturbios de sueño, irritabilidad, llanto, poco apetito, ansiedad, pérdida o aumento brusco del peso, disminución de energía, sentido de culpa exagerado. También la mujer deprimida se siente abrumada, con baja autoestima, con dificultad para tomar decisiones y falta de concentración.

La madre que presenta depresión posparto puede tener dificultades para conciliar el sueño o por el contrario no desear levantarse de la cama. Cuando comienza el día, a la mañana suelen aparecer sensaciones penosas porque siente que no es capaz de empezar su actividad diaria. En lo que se refiere al apetito algunas mujeres presentan una pérdida casi total del mismo y otras mamás en cambio comen de manera excesiva, produciéndose un abrupto aumento de su peso, ello podría provocar una modificación en su figura y conducir a una disminución de su autoestima. Aquella mujer que presenta este trastorno, tiene un llanto que se prolonga en el tiempo, tratándose de una manifestación emocional compleja en este caso. Otra de las manifestaciones características es la irrupción de una súbita crisis de ansiedad, todo se transforma en una dificultad. Tiene miedo de no ser capaz de brindar los cuidados que su bebé requiere, por ejemplo surgen intensas ansiedades frente a la lactancia, una de ellas es la de no tener leche (Raffo Magnasco de Testa, 2004). Hay una falta de vitalidad general en su cuerpo y un enlentecimiento corporal.

No se han encontrado pruebas claras de que las alteraciones hormonales causen la depresión posparto, sino que la peculiaridad del momento en que se presenta tiene gran importancia. Los factores de riesgo son: la existencia de antecedentes de depresión mayor (incluida la depresión durante el embarazo), antecedente de trastorno disfórico premenstrual, estrés psicosocial e insuficiente apoyo social (Arbat y Danés, 2003). Cabe destacar que el apoyo de entorno familiar, la

actitud que adquieren los familiares cercanos, amigos, los equipos de salud y principalmente el marido para con la mujer que presenta depresión posparto tiene gran influencia.

Se estima que una de cada diez mujeres presenta depresión puerperal, sin embargo a menudo la patología no es diagnosticada ni por lo tanto tratada, con lo que en muchos casos la evolución puede ser tórpida o incluso tendiente a la cronicidad (Sebastiani y Raffo Magnasco de Testa, 2004).

Finalmente, durante el puerperio puede manifestarse en la mujer un cuadro muy grave llamado *psicosis puerperal*. El riesgo de padecer este cuadro es muy bajo en éste período de la vida de la mujer. Se estima que la ocurrencia de una psicosis puerperal es de un caso por cada 2000 mujeres puérperas. Generalmente aparece bruscamente entre el tercer y el noveno día posparto, pero también puede iniciarse en el sexto mes (Sebastiani y Raffo Magnasco de Testa, 2004). Entre los factores de riesgo que pueden predisponer a que una madre presente este trastorno se encuentran: el antecedente de una psicosis anterior, la medicación psicotrópica, dificultades en el parto o en el puerperio, separación con la pareja, muerte de un familiar.

El primer síntoma observado en la mujer es el descuido total del hijo, rechazo y desinterés por él. También presenta una ansiedad excesiva, insomnio y agitación. Manifiesta temores excesivos acerca de que alguien robe su bebé, desconfía de su entorno. Puede tener alucinaciones, escuchar voces, ruidos. Posee una desorientación en tiempo y espacio (Raffo Magnasco de Testa, 2004). Se considera este cuadro como una emergencia médica y probablemente la mujer deba ser hospitalizada debido a los altos riesgos de suicidio y de infanticidio.

Como se puede observar, la alteración puerperal puede manifestarse de tres modos diferentes. Se considera necesario identificar de manera temprana los casos y realizar un diagnóstico acertado, para así poner en marcha el tratamiento adecuado. De esta forma se evitaría el desenlace de episodios crónicos y prolongados y se disminuiría el sufrimiento de la madre y del hijo.

Por lo tanto, se reflexiona acerca de la necesidad de diagnosticar de forma precoz a las puérperas por parte de profesionales capacitados de atención primaria.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Se realizó una selección a propósito de los participantes con el objetivo de que éstos cumplieran con ciertos requisitos. Así, quienes integraron la muestra fueron 40 madres primíparas entre los 18 y 38 años de edad que asistieron a La Clínica del Sol (Córdoba) para el control médico de su hijo, durante los meses de noviembre y diciembre del año 2006 y febrero del 2007.

Las madres primíparas que integraron la muestra se encontraban dentro del período comprendido entre las 6 y 8 semanas posteriores al alumbramiento. Tuvieron su bebé por parto natural y a término. Se procuró que los lactantes no padecieran de ninguna malformación física o mental observable.

Las madres adolescentes menores de 18 años no integraron la muestra porque se considera que en ese período de la vida se producen grandes cambios para la persona, de desestructuración y reestructuración de la personalidad, haciendo dificultosa la detección de la depresión posparto propiamente dicha. Los inconvenientes que podrían presentar las adolescentes en su conducta materna podrían estar más vinculados a las características propias de este momento de la vida que a la maternidad en sí misma. Asimismo, se tuvieron en cuenta aquellas madres que tenían hasta 38 años, porque a esta edad se disminuye en la mujer la capacidad de procrear y debido a la disminución de hormonas femeninas se produce una reducción de la formación de glándulas mamarias, creando ciertas dificultades en la conducta de lactancia materna (Papalia y Wendkos Olds, 1987).

Los participantes se encontraban entre las 6 a 8 semanas luego del alumbramiento porque siguiendo el modo en que los autores Cox, Holden y Sagovsky (1987) conceptualizan el posparto, especificado en las instrucciones para el uso de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) y teniendo en cuenta las características del instrumento; éste es el período indicado para aplicar la escala. En suma, considerando cómo se ha definido depresión posparto en el marco teórico, es en este momento cuando se puede hablar de depresión posparto propiamente dicha, remarcando la diferencia con tristeza puerperal que se presenta a los diez o quince días luego del parto (Carro García et al., 2000).

Los hijos de las madres primíparas habían nacido por parto natural, aquel que ocurre por vía vaginal. Se lo considera un suceso involuntario y complejo y para que la madre logre tener un parto natural existen ciertas condiciones imprescindibles que deberían estar presentes, tales como entorno apropiado, apoyo emocional, seguridad, asistencia profesional respetuosa y capacitada, entre otras (del Castillo, 2006). Además fueron bebés nacidos a término. Un embarazo de gestación normal es de aproximadamente 40 semanas, con un rango normal de 38 a 42 semanas. Los bebés nacidos antes de la semana 37 se consideran prematuros y después de la semana 42 se consideran posmaduros (Tango, 2004). Éstos lactantes por lo general se caracterizan por tener un buen peso, que oscila entre 2.500 g. y 3.500 g.

Finalmente, debido a que no fue posible acceder a la historia clínica de los participantes, se optó como criterio excluyente, aquellos bebés que no tuviesen malformación física o mental observable a los ojos del entrevistador, ya que la presencia de anomalía y/o prematuridad en el recién nacido estaría relacionada con la depresión posparto en la madre y podría perturbar la lactancia materna.

HERRAMIENTAS E INSTRUMENTOS

- *Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)* (Cox, Holden y Sagovsky, 1987). La escala está específicamente creada para detectar estados depresivos en el período postnatal. Es una técnica de rastreo que no reemplaza el diagnóstico clínico. Es fácil de administrar, contiene diez preguntas con cuatro posibles alternativas de respuesta que la mujer debe contestar por sí sola respecto a cómo se ha sentido en la última semana. Cada una de las respuestas es valorada de 0 a 3 puntos de acuerdo a la severidad del síntoma, el rango total va de 0 a 30 puntos. Las preguntas 1, 2 y 4 (sin asterisco) se califican de 0, 1, 2 o 3, dándole puntuación de 0 a la primera línea y 3 a la última línea. Las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9 y 10 (marcadas con un asterisco) son calificadas al inverso, se puntúa de 0, 1, 2 o 3, dándole puntuación de 3 a la primera línea y 0 a la última.

Los autores proponen el punto de corte de 9-10 para la clasificación de estado depresivo. Es decir, si la persona obtiene una puntuación total entre 0 y 8 puntos hay Ausencia de Depresión Posparto, si obtiene una

puntuación total entre 9 y 11 puntos hay Sospecha de Depresión Posparto y si la puntuación total es de 12 puntos o más hay Probabilidad de Depresión Posparto.

En casos dudosos es posible aplicar nuevamente la escala habiendo pasado dos semanas de la primera administración.

En su versión original la escala tiene una adecuada consistencia interna, evaluada por medio del coeficiente alfa de Cronbach (0,79). El ítem número 10 es el único que se diferencia del resto, aunque si se lo elimina no incrementa tanto la consistencia general como para prescindir de él (Maroto Navarro, García Calvente y Fernández Parra, 2005).

Este instrumento no ha sido adaptado al contexto local (Véase anexo II).

- *Cuestionario de Conducta de Lactancia Materna:* es un cuestionario exploratorio, estructurado y diseñado *ad hoc* para el presente trabajo, contiene preguntas preestablecidas que se administran siempre en el mismo orden. Es de carácter directo porque los objetivos del mismo (evaluar la conducta de lactancia) son evidentes para los respondientes (Weiers, 1986). Es auto administrado. Está compuesto por preguntas cerradas, es decir que las respuestas se encuentran limitadas a alternativas ya fijadas, preguntas de respuesta múltiple.

Cada respuesta del cuestionario va acompañada de un valor numérico correspondiente. Contiene un total de 12 preguntas con cuatro posibles alternativas de respuesta, y la pregunta número 12 está dividida en 3 sub preguntas (12a, 12b y 12c). El rango total posible es de 0 a 42 puntos. Las respuestas se califican de 0, 1, 2, 3 dándole una puntuación de 3 a la primera opción de respuestas ofrecida, y 0 a la última opción de respuestas brindada.

A mayor puntaje obtenido en el cuestionario, la lactancia será más exitosa. El criterio adoptado para la redacción de los ítems, está fundamentada en el marco conceptual del presente estudio.

Para el aporte de evidencia de contenido se utilizó el juicio de 2 expertos, uno de ellos experto en metodología y el otro en lactancia materna,

ambos confirmaron la existencia de relación entre las partes del cuestionario y el universo de contenido (Véase anexo III).

PROCEDIMIENTO

Se utilizó un diseño transversal ex post facto prospectivo simple. Se seleccionaron a los participantes que constituyeron la muestra en función de la presencia o ausencia de depresión posparto (VI.) y luego se recogió información sobre lactancia materna (VD.).

Se administró la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) y el Cuestionario de conducta de lactancia materna en la sala de espera de los consultorios externos de la Clínica del Sol durante el año 2006 y 2007.

Para lograr la participación y una óptima predisposición a colaborar, antes de aplicar ambos instrumentos se le brindó verbalmente a cada participante una breve presentación de la investigación y se le preguntó si estaba dispuesto a colaborar. Tras obtener su participación por medio del consentimiento informado, se le explicó que debía completar la escala y el cuestionario por sí solo. Se le garantizó la confidencialidad y el anonimato de la información y finalmente se le agradeció su generosa colaboración.

Al aplicar los instrumentos en la sala de espera de la Clínica del Sol, se tomó en consideración que algunas madres se encontraban sentadas o de pie con su bebé en brazos esperando a ser llamadas por el médico y al pedirle su cooperación, algunas de ellas que no podían completar por sí solas las preguntas porque tenían sus brazos ocupados; entonces se le administraron los dos instrumentos por entrevista personal, es decir que se le leyó las opciones para que la madre elija la alternativa que deseaba responder.

Se aplicaron los dos instrumentos a toda la muestra (N=40) y en función del puntaje total obtenido por los participantes en le Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) se los ubicó en el Grupo 1 o en el Grupo 2.

El Grupo 1 estuvo formado por madres sin depresión posparto (puntaje total en la escala de 0 a 8 puntos), se lo denominó Grupo Ausencia (n=15), mientras que el Grupo 2 estuvo constituido por aquellas madres con Probabilidad de depresión

posparto (puntaje total igual o mayor a 12 puntos), y se lo denominó Grupo Presencia (n=20).

Al formar los grupos, se tomó en cuenta para el estudio de los datos únicamente los casos extremos, ello significa que los casos que presentaron Sospecha de depresión posparto, casos *border*, con un puntaje total de 9 a 11 puntos en la Escala no se los utilizó para el análisis, porque la ausencia de una clara definición del trastorno se consideró no conveniente a la hora de arrojar resultados precisos.

En primer lugar, se ejecutó un análisis descriptivo de los resultados obtenidos por la totalidad de la muestra (N=40) en la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) y en el Cuestionario de lactancia materna.

En segundo, lugar se realizó un análisis descriptivo, comparando el Grupo Ausencia y el Grupo Presencia en relación a los puntajes totales obtenidos en el Cuestionario de conducta de lactancia materna. Asimismo se ejecutó un estudio de diferencia de medias utilizando la prueba "t" para grupos independientes con prueba de significación, utilizando el programa SPSS 15.0 for Windows.

En tercer lugar, se llevó a cabo un análisis descriptivo, comparando los resultados obtenidos por el Grupo Ausencia y el Grupo Presencia, en cada uno de los ítems que componen el Cuestionario de lactancia materna. También se realizó una prueba "t" para cada ítem.

RESULTADOS

Los datos obtenidos al administrar la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) a la totalidad de la muestra (N=40) se exponen en la Tabla nº 1 y en el Gráfico nº 1:

Tabla nº 1
Puntaje total de EPDS

Puntaje total obtenido	Frecuencia	Porcentaje	Clasificación
de 2 a 8	15	37,5%	Ausencia
de 9 a 11	5	12,5%	Sospecha
de 12 a 22	20	50%	Presencia
total	40	100%	

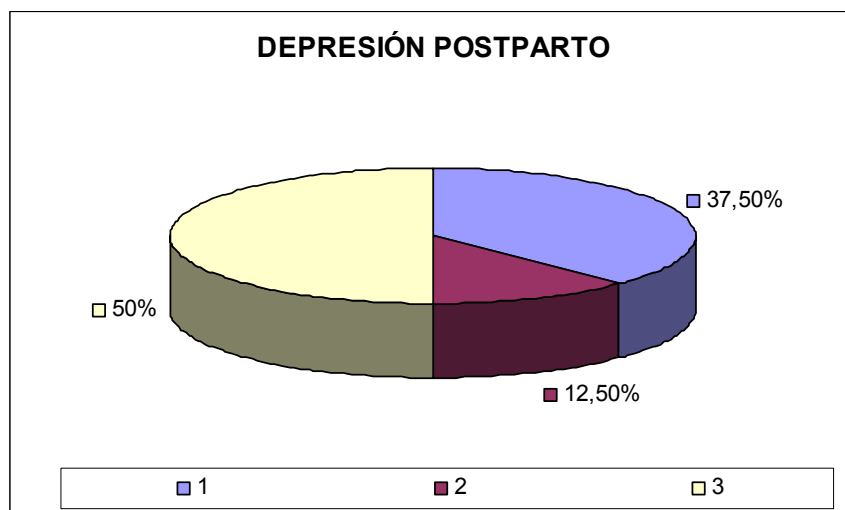


Gráfico nº 1

- 1= Ausencia de Depresión Posparto
- 2= Sospecha de Depresión Posparto
- 3= Probabilidad de Depresión Posparto

Del puntaje total de la EPDS, cuyo rango posible oscila entre 0 y 30 puntos, en la muestra se obtuvo un puntaje total mínimo de 2 puntos; mientras que el puntaje total máximo obtenido fue de 22 puntos. Es decir que el rango total obtenido fue de 2 a 22 puntos.

Del total de la muestra, un 37.5% no presentó depresión posparto, ya que obtuvo un puntaje total por debajo de los 8 puntos. Un 12.5% de la muestra exhibió sospecha de Depresión, porque adquirió un puntaje total entre 9 y 11 puntos, mientras que un 50% presentó depresión posparto, por sumar 12 puntos totales o más en la Escala.

Los resultados obtenidos al administrar el Cuestionario de conducta de lactancia a toda la muestra (N=40) se presentan resumidos en la Tabla nº 2.

Tabla nº 2
Puntaje total del Cuestionario de lactancia

Puntaje total obtenido en Lactancia	Frecuencia	Porcentaje
29	1	2,5%
31	1	2,5%
32	3	7,5%
33	6	15,0%
34	3	7,5%
35	4	10,0%
36	7	17,5%
37	6	15,0%
38	7	17,5%
39	2	5,0%
Total	40	100,0%

El rango total posible del Cuestionario de lactancia es de 0 a 42 puntos, pero el rango total obtenido fue de 29 a 39 puntos.

De los puntajes totales obtenidos, los de mayor frecuencia fueron 36 y 38 puntos, esto podría indicar que la conducta de lactancia materna en el total de la muestra tendió a ser positiva.

Con los datos adquiridos en la totalidad de la muestra (N=40) se establecieron los dos grupos: el Grupo Ausencia (n=15) y el Grupo Presencia (n=20).

En la tabla nº 3 se exhiben los resultados obtenidos en el análisis descriptivo al realizar una comparación entre ambos grupos, en relación a la puntuación total obtenida en el Cuestionario de conducta de lactancia materna. También se pueden observar en la misma, los resultados arrojados por la prueba “t”.

Tabla nº 3

	Grupo	n	M	D\$	gl.	t	p
Lactancia	Ausencia	15	35,73	1,98	33	.724	.474
	Presencia	20	35,15	2,60			

Con los datos de la tabla nº 3 es posible observar, por un lado, que la Media obtenida en el Cuestionario de conducta de lactancia por el Grupo Ausencia fue equivalente a la Media del Grupo Presencia. Y por otro lado que la diferencia de medias no fue estadísticamente significativa $t(33) = .474$ $p \leq .05$.

En la tabla nº 4 se muestran los resultados del análisis descriptivo tras realizar una comparación entre el Grupo Ausencia y del Grupo Presencia, en relación a cada uno de los ítems del Cuestionario de conducta de lactancia materna. Asimismo, se pueden observar los resultados de la prueba “t” ejecutada para cada ítem.

Tabla nº 4

Ítem	Grupo Ausencia		Grupo Presencia		t	p
	Media	Ds	Media	Ds		
1	2.5	0.51	2.7	0.47	-.995	.327
2	2.5	0.82	2.6	0.82	.000	1.00
3	2.4	0.73	2.7	0.47	-1.469	.151
4	2.2	0.56	2.4	0.5	-1.109	.275
5	2.6	0.61	2.2	0.76	1.930	0.62
6	2.8	0.41	2.4	0.82	1.726	0.94
7	2.7	0.45	2.7	0.44	-.108	.914
8	1.8	0.67	1.7	0.71	-.209	.836
9	2.4	0.82	2.4	0.75	.000	1.00
10	2.5	0.74	2.7	0.44	-1.075	.290
11	2.9	0.25	3	0.00	-1.161	.254
12 (a)	2.9	0.25	3	0.00	-1.161	.254
12 (b)	2.9	0.25	2.5	0.51	2.992	.005
12 (c)	2.3	0.89	1.9	0.68	1.431	.162
Total	35.4		34.9			

La Media total del Grupo Ausencia (35.4) fue mayor a la Media total del Grupo Presencia (34.5). Sin embargo, la diferencia entre ellas fue leve.

Se encontró diferencia significativa entre el Grupo Ausencia y el Grupo Presencia en el **ítem nº 12 (b)**, el cual indaga acerca del consumo de tabaco. En los ítems restantes, no se encontraron diferencias significativas entre las madres sin depresión y las madres con depresión.

Al realizar una comparación entre los dos grupos de madres, en términos de porcentaje, respecto a las respuestas obtenidas en cada ítem del Cuestionario de lactancia, se puede decir que:

En el primer ítem del Cuestionario de lactancia materna que contiene la pregunta ¿Cómo está alimentando a su bebé?, se obtuvo un mayor porcentaje de madres del Grupo Presencia que del Grupo Ausencia, que alimenta a su bebé con leche materna exclusivamente (Véase Gráfico nº 2).

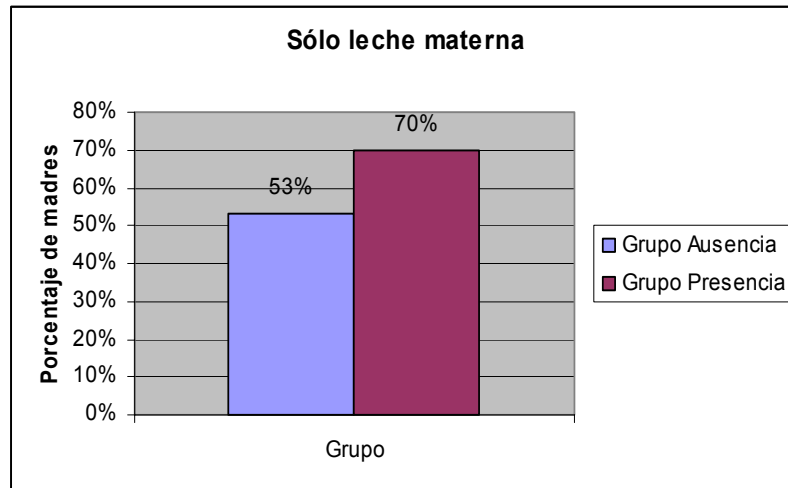


Gráfico nº 2

En relación a la pregunta ¿Prendió al pecho a su hijo dentro de la primera hora después del nacimiento?, los resultados del Grupo Ausencia y del Grupo Presencia fueron los mismos, es decir que en ambos el 80% de las madres prendió a su bebé al pecho dentro de la primera hora luego del alumbramiento. Los datos se muestran en el Gráfico nº 3.

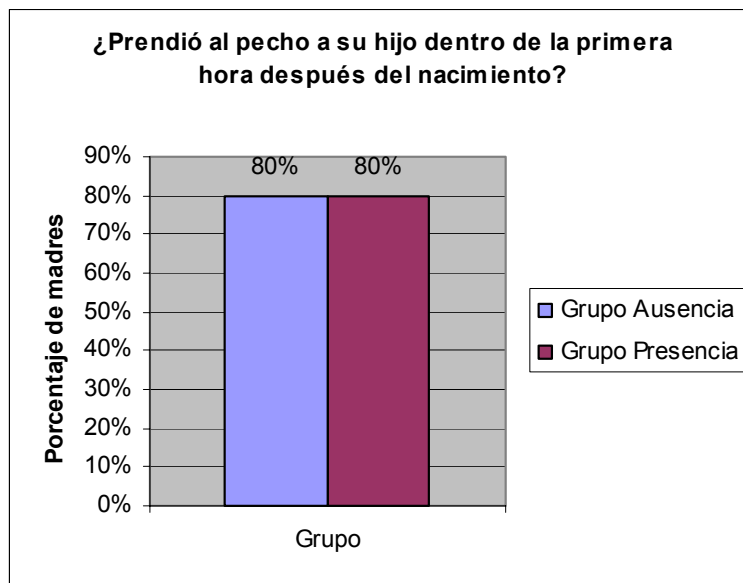


Gráfico nº 3

En la pregunta que indaga acerca de cómo siente la madre la postura que utiliza para amamantar, en el Grupo Ausencia la mayoría de las madres, el 80%, sintió cómoda la postura adoptada, mientras que sólo un 40% de madres del grupo presencia sintió cómoda la postura adoptada (Véase Gráfico N° 4).

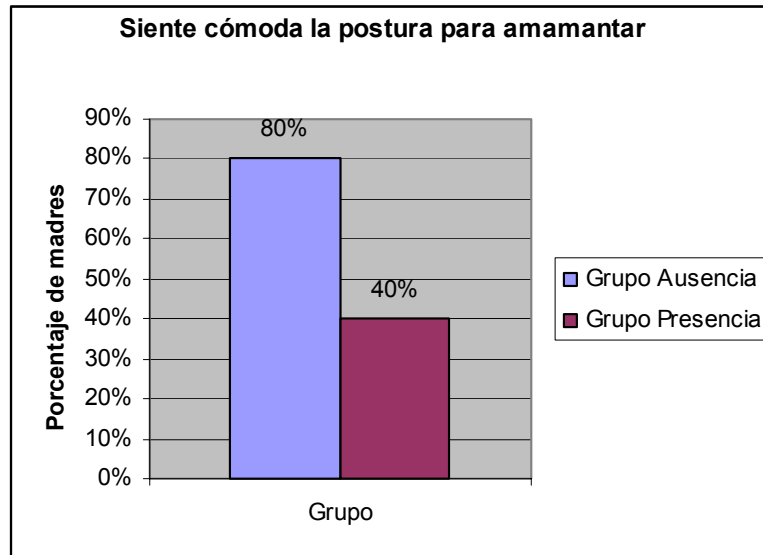


Gráfico nº 4

Fue mayor el porcentaje de madres del Grupo Ausencia que alimentó a su bebé en un lugar tranquilo (73%), que aquellas del Grupo Presencia (63%). Los resultados se pueden observar en el Gráfico nº 5.

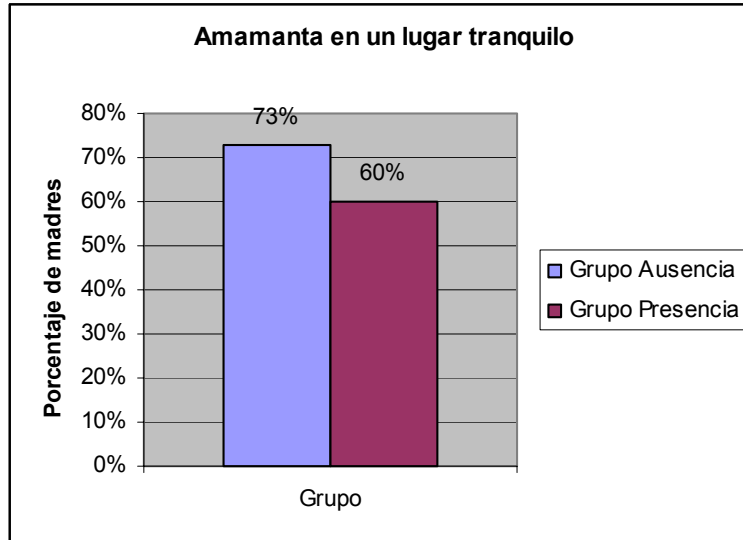


Gráfico nº 5

Con respecto a la pregunta que averigua la frecuencia con la que la madre alimenta a su hijo, se observó un mayor porcentaje (70%) de madres del Grupo Presencia que alimentó a demanda a su hijo, en comparación con las madres del Grupo Ausencia (47%). El Gráfico nº 6 ilustra los resultados

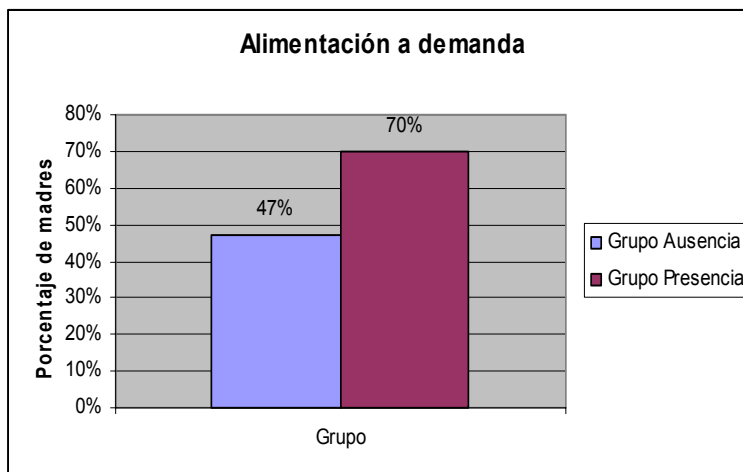


Gráfico nº 6

Los resultados conseguidos por el Grupo Ausencia y por el Grupo Presencia en la pregunta ¿La duración de cada toma es de 10 minutos?, fueron similares. La mayoría de las madres de ambos grupos alimentó a su hijo el tiempo que él le pide (Véase Gráfico nº 7).

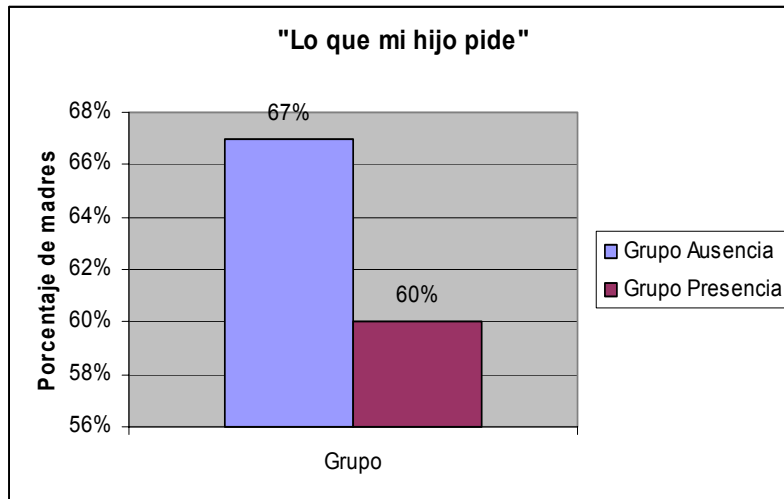


Gráfico nº 7

Se puede observar un porcentaje similar de madres sin depresión posparto (73%) y con depresión posparto (75%) que no ofrecieron, además de leche materna, otros líquidos a sus hijos (Véase Gráfico nº 8).

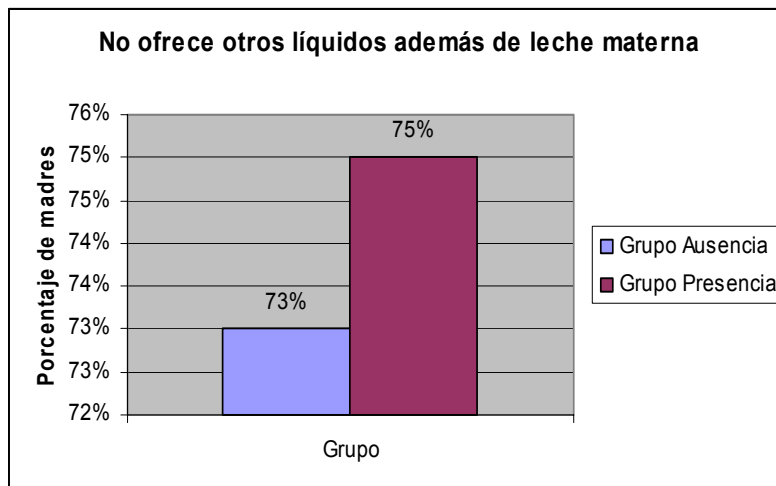


Gráfico nº 8

El 60% de los lactantes de las madres que constituyen el Grupo Ausencia, a veces usó chupete; en comparación con el 45% de los bebés de las madres del Grupo Presencia. Estos datos se exhiben en el Gráfico nº 9.

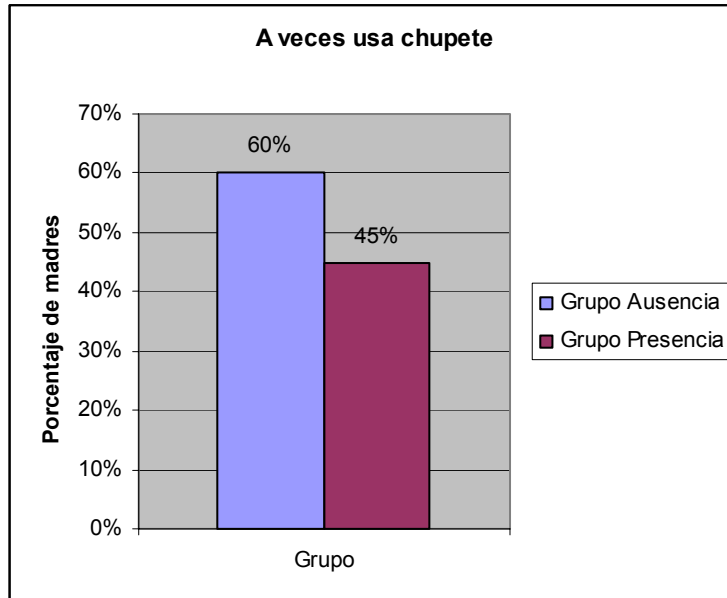


Gráfico nº 9

Fue más elevado el número de madres sin depresión posparto que recibió información acerca de cómo alimentar a su bebé (67%), que aquellas con depresión posparto (55%). El Gráfico nº 10 ilustra los resultados.

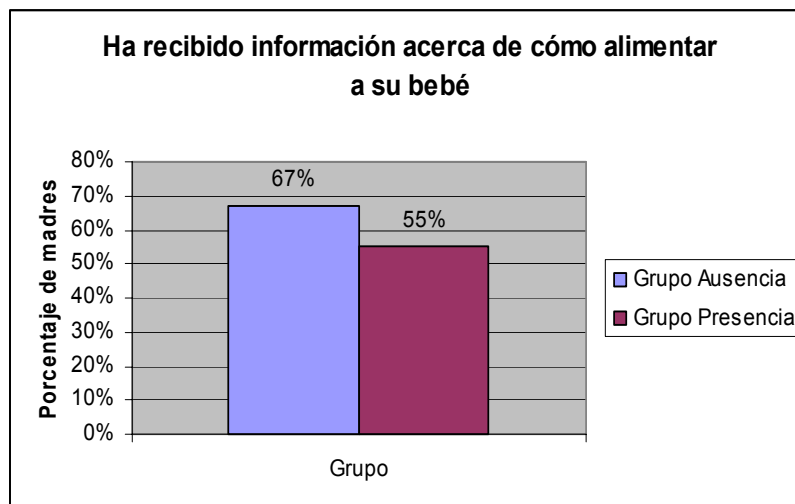


Gráfico nº 10

Con relación a la ingesta de medicamentos luego del parto, es mayor el porcentaje de madres con depresión posparto que no consumieron medicamentos (75%) que las madres sin depresión posparto (60%) (Véase Gráfico nº 11).

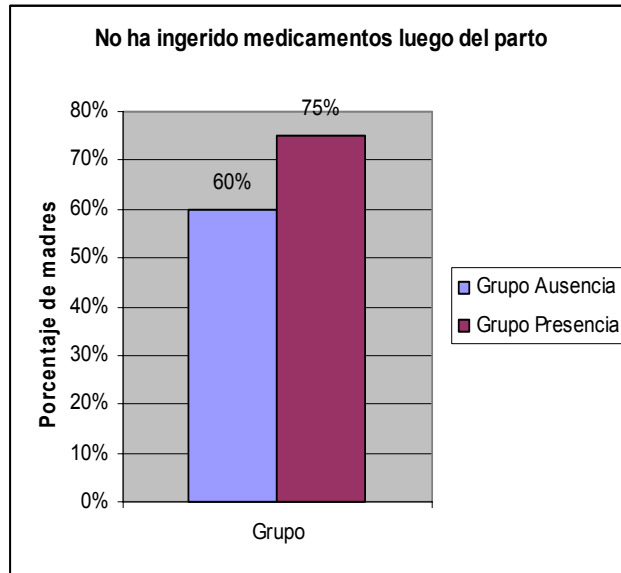


Gráfico nº 11

Un 7% de las madres del Grupo Ausencia interrumpió la lactancia por ingesta de medicamentos, mientras que ninguna de las madres (0%) que formó el Grupo Presencia interrumpió la lactancia en caso que haya tomado alguna medicación y sólo (Véase gráfico nº 12).

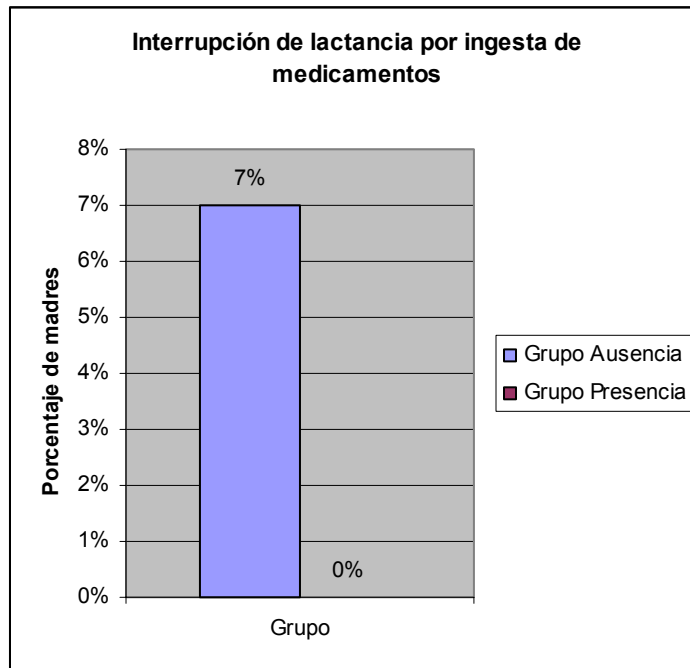


Gráfico nº 12

Al igual que los resultados de la pregunta anterior, se encontró que un 7% de las madres del Grupo Ausencia consumió alcohol luego del parto, mientras que ninguna de las madres (0%) del Grupo Presencia lo hizo.

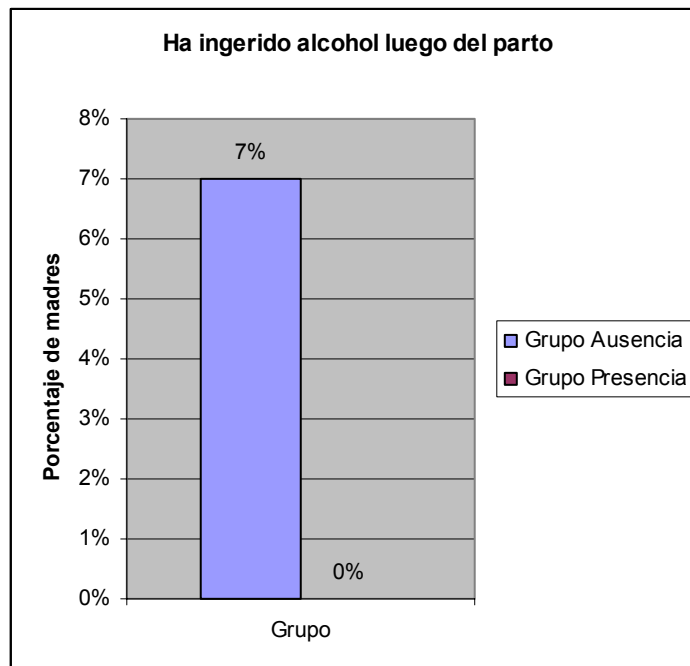


Gráfico nº 13

Con respecto al consumo de tabaco, los datos mostraron algo diferente que la ingesta de alcohol. Fue significativamente mayor el porcentaje de madres con depresión posparto que fumó hasta 10 cigarrillos por día (50%) durante la lactancia, en comparación con el 7% de madres sin depresión posparto. En el Gráfico nº 14 se exhiben los datos.

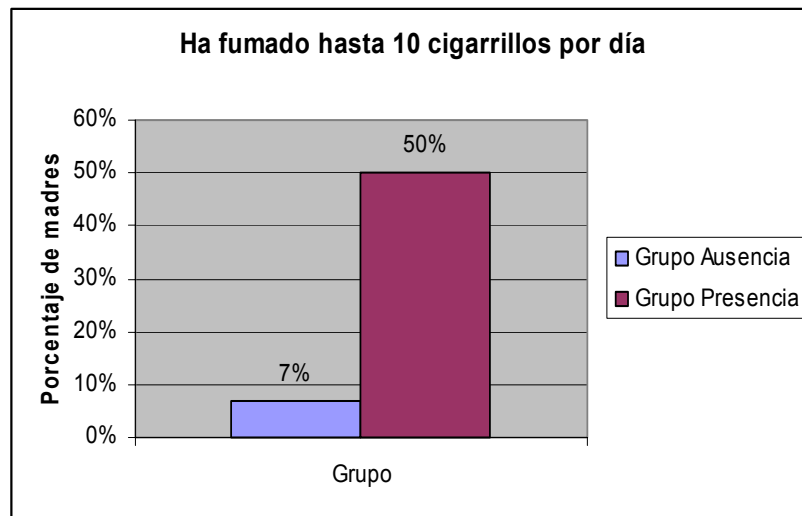


Gráfico nº 14

El 60% de las madres sin depresión posparto no consumió infusión que contenga cafeína durante la lactancia, en comparación con el 20% de las madres con depresión posparto que tampoco a consumido ninguna infusión con cafeína (Véase Gráfico nº 15).

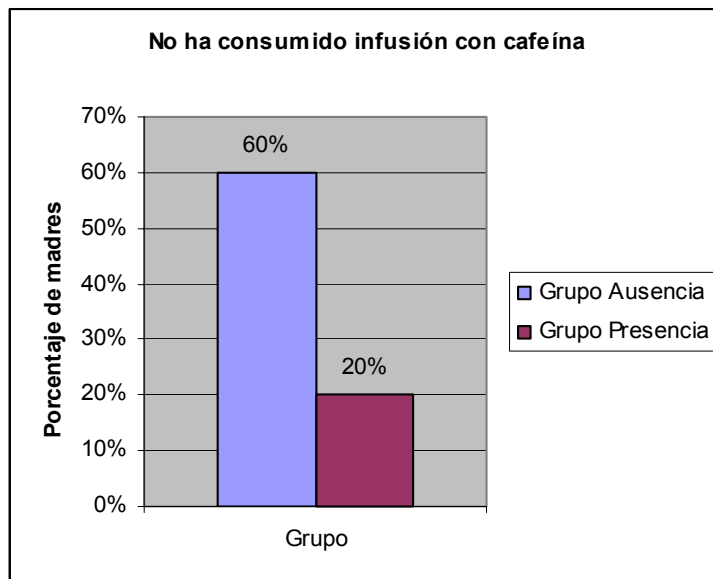


Gráfico nº 15

DISCUSIÓN

En el presente trabajo de investigación se indaga si existe relación entre depresión posparto y conducta de lactancia materna en madres primíparas, con bebés nacidos a término. Así, se pretende establecer si existen diferencias significativas entre madres primíparas con depresión posparto y aquellas sin depresión posparto, en relación a la conducta de lactancia materna.

Los resultados alcanzados revelan que no existen diferencias estadísticamente significativas en la conducta de lactancia materna, entre madres con depresión posparto y madres sin depresión posparto. En otras palabras, los puntajes totales obtenidos por las madres con depresión posparto en el Cuestionario de lactancia fueron elevados y equivalentes a los alcanzados por las madres sin el trastorno. Estos hallazgos son consistentes con la investigación ejecutada por García Falceto et al. (2004), en la cual no se identificó una asociación estadísticamente significativa entre los trastornos mentales maternos y la lactancia materna.

No obstante, a pesar de obtener puntajes totales similares en los dos grupos respecto a la conducta de lactancia materna; es posible hallar diferencias tras ejecutar una comparación entre ambos grupos, en relación a cada ítem del Cuestionario de conducta de lactancia materna.

En concreto, existe una diferencia significativa entre el grupo Presencia y el Grupo Ausencia en relación al consumo de tabaco durante la lactancia (ítem 12b). A partir de éste resultado se podría inferir, siguiendo a Soifer (1971), que el mayor consumo de tabaco por las madres con depresión posparto actuaría como un medio por el cual la puérpera depresiva se procuraría aliviar el dolor y el sufrimiento que experimenta debido al trastorno que padece. Es decir que el tabaco podría estar cumpliendo la función de lo que Freud (1930) denominó "quitapenas".

Asimismo, cuando se realiza un análisis descriptivo, en términos de porcentaje, comparando las respuestas obtenidas en cada ítem del Cuestionario de lactancia materna por cada uno de los grupos establecidos, se observan algunas diferencias tales como un mayor porcentaje de madres con depresión posparto que da el pecho exclusivamente a su hijo. A partir de éste resultado obtenido se podría hipotetizar, siguiendo a Brancamonte y Cabrera (2006), que la lactancia materna podría actuar

como un factor protector de la depresión posparto. Es decir que, el estrecho vínculo que se establece entre madre-bebé a través del amamantamiento podría colaborar con la madre para superar el trastorno que padece.

Otra diferencia a destacar consiste en que es mayor el porcentaje de madres sin depresión posparto que siente cómoda la postura que adopta para amamantar, que aquellas con depresión posparto. Considerando la postura de la madre en sí misma como un modo de comunicación ya que expresa su actitud mental y afectiva, su comodidad, su tensión, su distensión, sus inhibiciones (Oiberman, 2001) se podría inferir a partir de este resultado que la madre con depresión posparto, debido al trastorno que padece no lograría establecer una satisfactoria comunicación con su bebé y esto se podría ver reflejado en la modalidad de interacción corporal establecida, es decir en la incomodidad sentida respecto a la postura que adopta para amamantar.

Son diversas las limitaciones de la presente investigación.

En primer lugar, la falta de adaptación del instrumento utilizado para detectar la ausencia o presencia de depresión posparto, es decir de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), al contexto donde se desarrolla el presente trabajo, podría ocasionar un sesgo en los resultados obtenidos. Probablemente, la administración de la herramienta no adaptada produce una imprecisa detección del trastorno, por lo cual se considera necesario para los contiguos trabajos, efectuar una adaptación local de la Escala. Al mismo tiempo, junto a la adaptación, se considera necesario que la Escala sea ampliada, incluyendo variables intervinientes que no se evalúan en la misma, tales como ocupación, nivel educativo, estado civil, pérdida de algún ser querido durante el embarazo, hijo deseado o no, existencia o no de apoyo familiar, entre otros.

En segundo lugar, es muy factible que al no utilizarse un cuestionario estandarizado para evaluar la conducta de lactancia y en su lugar construir uno propio, éste requiera de un rediseño y/o corrección, para así poder evaluar efectivamente cómo es la conducta de lactancia de cada madre. Los resultados arrojados por ésta herramienta probablemente no son lo suficientemente precisos y válidos, a pesar de haber sido evaluada por el juicio de expertos. Entonces es probable que debido a la falta de precisión en el cuestionario de lactancia, se obtenga como resultado que la totalidad de la muestra presente un puntaje total elevado en la lactancia, indicando que en todos los casos es exitosa.

En tercer lugar, en el estudio se utilizan dos instrumentos autoadministrados. Ello podría permitir a los participantes falsear las respuestas. En otras palabras, éste formato de los instrumentos podría favorecer la falta de honestidad en las contestaciones debido a la deseabilidad social.

Otra de las limitaciones de este trabajo es la relacionada a la técnica de muestreo que se utiliza, muestreo a propósito, y al tamaño de la misma. Utilizando una muestra de 40 madres primíparas que asisten a los consultorios externos de la Clínica del Sol, tal vez no sea válido extender los resultados al total de la población.

Cabe mencionar una última limitación de la investigación. Debido a cuestiones de tiempo, sólo se realizó una interpretación de los datos cuantitativos, sin completar el análisis con un estudio en profundidad de cada relación madre-bebé que se encuestó. Con ello se quiere decir que la realidad objetiva es imposible de reducir a una elaboración meramente estadística mientras no se logre esclarecer el contenido latente.

Ampliando esta última afirmación, fue a través de la administración del Cuestionario de lactancia que se evaluó la díada porque se considera el amamantamiento el escenario propicio para el establecimiento del vínculo madre-hijo. Los resultados mostraron, como anteriormente se ha mencionado, puntajes totales elevados y similares en la conducta de lactancia de las madres sin depresión posparto y de las madres con depresión posparto. Ello podría estar indicando que en la totalidad de la muestra se ha logrado establecer una satisfactoria relación madre-bebé. No obstante esto podría ocurrir sin que la madre obtenga más que una satisfacción reducida y el lactante sólo una gratificación imperfecta. Entonces se reflexiona, siguiendo a Sylvia Brody (1956), que es imposible apreciar la calidad de la situación nutricia si no se basa en uno de los siguientes elementos: la madre debe ser sensible a las necesidades de su hijo, debe ser capaz de establecer con él una comunicación psíquica y verbal durante la lactancia y ha de tener en cuenta las motivaciones profundas que presiden la elección de las modalidades adoptadas. Así se muestra la dificultad para juzgar una actitud manifiesta, ya que detrás de ella, se debe considerar asimismo el sentido latente de la conducta, para dar plena satisfacción a la relación interpersonal. Sería interesante realizar en futuras investigaciones, un estudio en profundidad de la relación madre bebé, para conocer el sentido que se oculta detrás de la conducta manifiesta, mediante un estudio cualitativo.

Más allá de las limitaciones mencionadas, tanto en lo que se refiere a los instrumentos utilizados como a la metodología optada, se puede afirmar que en la presente investigación se logra cumplir con la totalidad los objetivos propuestos.

Para concluir, uno de los principales aportes del vigente trabajo reside en la ampliación de conocimiento lograda. Por lo tanto, tras efectuar la revisión de la literatura existente y ejecutar este trabajo de campo, se logró alcanzar una comprensión profunda de las significativas consecuencias positivas que la lactancia materna posee sobre la salud física y mental no sólo del bebé, sino también de la madre.

Otro aporte significativo de ésta investigación es aquel que conduce a reflexionar que, si bien la depresión posparto de madres primíparas no posee implicancias estadísticamente significativas en la lactancia materna; éste trastorno podría hacer de la maternidad un mala experiencia, por ejemplo no brindarle al bebé el apoyo y cuidados necesarios, no disfrutar del vínculo con su hijo, no jugar, etc. Es decir que podría ocurrir que la madre con depresión posparto sea incapaz de desarrollar lo que Winnicott denomina preocupación materna primaria, debido a que no podría renunciar a sus intereses personales porque estaría "ocupada" con lo extraño que siente de sí misma.

Por último a través de la ejecución del presente, se capacita que a pesar de la elevada prevalencia, a menudo la depresión posparto no se diagnostica y, por lo tanto no se trata. Ello conduce a plantear la necesidad de detectar de manera temprana los trastornos puerperales, para así evitar alteraciones afectivas posparto mediante un tratamiento que responda a un diagnóstico acertado. En otras palabras, mediante la provisión de apoyo posparto intensivo y remisión adecuada por parte de profesionales de atención primaria capacitados para la identificación de síntomas y tratamiento, será posible prevenir episodios más graves y prolongados y al mismo tiempo disminuir el sufrimiento de la madre y su bebé.

Por lo tanto para llevar a cabo las medidas de prevención y protección destinadas a las madres que atraviesan el posparto, se requeriría de la existencia y por ende de la actuación eficaz, en todos los hospitales de la Ciudad de Córdoba, de equipos de salud que trabajen de manera interdisciplinaria en atención primaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguayo Maldonado, J., Serrano Aguayo, P., Calero Barbé C., Martínez Rubio, A., Rello Yubero C., Monte Vásquez C. (2000). *Lactancia Materna*. Suplemento N^o 85. Recuperado el 28 de agosto de 2006, de <http://www.juntadeandalucia.es/salud/saand/prevpromsal/edusal/REVISTA/revista%2085/otoNo-suplementp.pdf>
- Akre, J. (1992). *Alimentación Infantil. Bases Fisiológicas*. OPS/OMS. INCAP.
- American Psychiatric Association (1999). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4^a ed.) DSM IV. Washington, DC. 1995. Text Revision. Versión en Español. Editorial Masson S. A. Barcelona, España.
- Barreda, P. (2005). *Las mamás: fábrica de leche humana*.
- Belkys, A. & Durán A. (1992). *Guía de aprendizaje lactancia materna para voluntarios (as) de las casas comunitarias de salud*. Fundasalud Sucre. Recuperado el 12 de septiembre de 2006, de http://www.fundasaludsucree.gov.ve/lactancia/ppal_lactancia.htm
- Bowlby, J. (1976). *El Vínculo Afectivo*. Buenos Aires, Argentina. Edición Paidós.
- Brancamonte, C. & Cabrera L. (2006). *Implicancias de la Depresión Postparto en la Conducta de Lactancia Materna*. Trabajo final de Licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.
- Brody, S. (1956). *Patterns of Mothering*. En: Smirnoff, V. (1969). *El Psicoanálisis del Niño*. Barcelona, España: Editorial Luis Miracle.
- Carro García, T., Sierra Manzano, J.M., Hernández Gómez, M.J., Ladrón Moreno, E. & Antolin Barrio, E. (2000). *Trastornos del Estado de Ánimo en el*

- Postparto*. Sociedad Española de Medicina General. Revista de Medicina General. No 24. Recuperado el 12 de septiembre de 2006 de, <http://www.semg.es/revista/mayo-2000/452-456.pdf>
- Cox, J. L., Holden, R. & Sagovsky, R. (1987). *Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EDPS)*. Br J Psychiatry. 150: 782.
 - Del Castillo, I. F. (2006). *¿Qué es parto natural?* Recuperado el 9 de octubre de 2006 de, http://www.holistika.net/parto_natural/parto_fisiologico/que_es_parto_natural.asp
 - Días Gómez N. M. (2004). *Contraindicaciones y Falsas Contraindicaciones para la Lactancia Materna*. En: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría: Lactancia Materna Guía para Profesionales. Monografías de la A.E.P. Nº5. Barcelona, España: Edición Ergon.
 - Días Gómez, N. M. (2005). *¿En qué situaciones está contraindicada la lactancia?*. Comité de Lactancia de La Asociación Española de Pediatría, pp. 321-327. Recuperado el 7 de octubre de 2006, de <http://www.gastroinf.com/36-42%20NUTRICION=EN.pdf>
 - Erikson, E. (1983). *Infancia y Sociedad*. En: Oiberman, A. (2001). Observando a los bebés... Estudio de una técnica de observación de la relación madre-hijo. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
 - Esterik, P. (2006). *Lactancia Materna y Seguridad Alimentaria*. World Alliance for Breastfeeding Action. (CEFAMINA Trad.) <http://www.waba.org.my/otherlanguages/spanish/seguridad.htm>
 - Falceto, O. G., Giuliani, E. R., & Fernandez, C. L. (2004). *"Influence of parental mental health on early termination of breastfeeding: a case-control study"*. J Am Board Fam Pract. May-Jun; 17(3):173-83.

- Fernández, A. M. (2006). *La Mujer de la Ilusión: pactos y contratos entre hombres y mujeres (3ª reimpresión)*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Gómez Papí, A. (2004). *Conducta Inmediata al Nacimiento. Contacto Precoz*. En: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría: Lactancia Materna Guía para Profesionales. Monografías de la A.E.P. Nº5. Barcelona, España: Edición Ergon.
- Harlow, H. F. (1959). *Las experiencias de Harlow con monos rhesus*. Recuperado el 20 de mayo de 2007 de, <http://www.ediuoc.es/libroweb/3/53.htm>
- Henderson, J.J., Evans, S.F., Straton, J.A., Priest, S.R. & Hagan, R. (2003). *Impact of Postnatal Depression on Breastfeeding Duration*. Birth. Sep; 30 (3): 175-80. Recuperado el 30 de septiembre de 2006 de, <http://www.pediatraldia.cl/lactancia1.htm>
- Hubner, G.M.E. & Juarez, H.M.E. (2002). *Test de Apgar: después de medio siglo ¿sigue vigente?*. Revista Médica de Chile. Vol. 30, nº 8. pp.925-930. ISSN 0034-9887. Recuperado el 5 de noviembre de 2006, de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=50034-98872002000800014&script=sci_arttext
- La Leche League Internacional (1998). *La Academia Americana de Pediatría (AAP) recomienda...* Adaptado de Leaven. Recuperado el 6 de noviembre de 2006 de, <http://www.lalecheleague.org/lang/releaseAAP.htm>
- Lasarte Velillas, J. J. (2005). *Recomendaciones para la Lactancia Materna*. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP). Recuperado el 27 de octubre de 2006 de, <http://www.aeped.es/lactanciamaterna/lactmat.htm>

- Lawrence, R. A. (1996). *La Lactancia Materna: una guía para la profesión Médica*. 4^º Ed. Madrid, España: Editorial Mosloy/ Doyma Libros S.A.
- León, O. G. & Montero I. (2003). *Métodos de Investigación en Psicología y Educación*. Tercera Edición. Madrid, España: McGraw-Hill.
- Lozano de la Torre, M. J. (2004). *Los diez pasos de la OMS y UNICEF para favorecer la lactancia materna. Aplicación y evidencia científica de su eficacia*. En: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría: Lactancia Materna Guía para Profesionales. Monografías de la A.E.P. N^º5. Barcelona, España: Edición Ergon.
- Maroto Navarro, G., García Calvente, M. & Fernández Parra, A. (2005). *Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo*. International Journal of Clinical and Health Psychology. Vol. 5, n^º 002. pp. 305-318. Granada, España. Recuperado en agosto de 2006 de, <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=33750206>
- Martín-Calama, J. (2004). *Lactogénesis*. En: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría: Lactancia Materna Guía para Profesionales. Monografías de la A.E.P. N^º5. Barcelona, España: Edición Ergon.
- Ministerio de la Salud de Buenos Aires (1997). *Atención del Puerperio y Prevención de las Secuelas Invalidantes del Posparto*. Propuesta Normativa Perinatal. Tomo 5. Recuperado el 2 de octubre de 2006 de, <http://www.msal.gov.ar/htm/Site/promin/UCMISALUD/publicaciones/pdf/02-PUERPERIO.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación (1998). *Promoción Protección y Apoyo a la Lactancia Materna*. Propuesta Normativa Perinatal. Tomo 3. Recuperado el 15 de septiembre de 2006 de,

<http://www.msal.gov.ar./htm/Site/promin/UCMISALUD/publicaciones/pdf/03-LACT.MATER.PDF>

- Minkovitz, C. (2006). *La depresión posparto influye en el cuidado del bebé*. Boletín informativo de los medios de comunicación. Recuperado el 25 de agosto de 2006 de, <http://www.ibfan-alc.org/boletin-medios/15-03-2006.htm>
- Molina Morales, V. (2004). *Información y Preparación durante el Embarazo*. En: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría: Lactancia Materna Guía para Profesionales. Monografías de la A.E.P. Nº5. Barcelona, España: Edición Ergon.
- Molina Morales, V. (2004). *Cómo organizar los primeros días: lactancia a demanda, duración de las tomas, alojamiento conjunto, cuidados de la madre (descanso, limitación de visitas, educación sanitaria)*. En: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría: Lactancia Materna Guía para Profesionales. Monografías de la A.E.P. Nº5. Barcelona, España: Edición Ergon.
- Oiberman, A. (1998). *Construcción de un Instrumento para la Detección de Factores de Riesgo en el Postparto Inmediato*. En: Oiberman, A. (2001). *Observando a los bebés... Estudio de una técnica de observación de la relación madre-hijo*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Oiberman A. (2001). *Observando a los bebés... Estudio de una Técnica de Observación de la Relación Madre-Hijo*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Organización Mundial de la Salud (2003). *Breastfeeding and Maternal Medication. Recommendations for Drugs in the Eleventh WHO Model List of Essential Drugs. Department of child and Adolescent Health and Development*. Recuperado el 7 de noviembre de 2006 de,

http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/BF_Maternal_Medication.pdf

- Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud (1993). *La alimentación del niño menor de seis años en América Latina. Bases para el desarrollo de guías alimentarias*. Fundación Cavendes- CESNI. Caracas, Venezuela.
- Organización Panamericana de la Salud (2002). *Cuantificación de los Beneficios de la Lactancia Materna: reseña de la evidencia*. Recuperado el 29 de agosto de 2006, de <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/BOB-main.htm>
- Pagán, Desirée (2006). *Depresión en la Madre Lactante*. Proyecto LACTA. Recuperado el 18 de septiembre de 2006, de <http://www.prlacta.org/articulo.php?id=91>
- Papalia, D. E. & Wendkos-Old, S. (1987). *Psicología*. Buenos Aires, Argentina: Edición McGraw Interamericana S.A.
- Pérez Escamilla, R. (2001). *La promoción de la Lactancia Materna en la era del Sida*. Revista Panamericana de Salud Pública. Vol. 9. no. 6. Recuperado el 15 de octubre de 2006, de <http://www.paho.org/common/Display.asp?Lang=S&RecID=7010>
- Population Information Program (1995). *Riesgos para la Salud del embarazo precoz*. Vol. 23, nº 3. Recuperado en octubre de 2006, de http://www.infoforhealth.org/pr/prs/sj41/sj41chap2_3.shtml
- Rabat, A. & Danés I. (2003). *Depresión Postparto*. Fundació Institut Català de Farmacologia. Servicio de Farmacología Clínica (pp. 673-75). Recuperado el 20 de septiembre de 2006, de <http://www.icf.uab.es/consulta/preguntes%20respostes/preres21.pdf>

- Recamier, P. (1961). *La mère et l'enfant dans les psychoses du postpartum*. En: Observando a los bebés... Estudio de una técnica de observación de la relación madre-hijo. Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina.
- Sander, L. W. (1962). *Issues in early mother-child interaction*. Journal of American Academy of child Psychiatry. En: Stern, D. N., (2005). *El Mundo Interpersonal del Infante. Una perspectiva desde el Psicoanálisis y la Psicología Evolutiva (4ª reimpresión)*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Sebastiani, M. & Raffo Magnasco de Testa M. (2004). *Claroscuros del Embarazo, el Parto y el Puerperio*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Paidós.
- Smirnoff, V. (1969). *El Psicoanálisis del Niño*. Barcelona, España: Editorial Luis Miracle.
- Soifer, R. (1971). *Psicología del Embarazo, Parto y Puerperio*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Kargieman.
- Spitz, R. A. (1945). *Hospitalism en Psychoanalytic Study of the child*. En: Smirnoff, V. (1969). *El Psicoanálisis del Niño*. Barcelona, España: Editorial Luis Miracle.
- Spitz, R. (1965). *El Primer Año de Vida del Niño*. México: Editorial Fondo de Cultura.
- Stern, D. N., (1997). *La Constelación Maternal. La Psicoterapia en las Relaciones entre Padres e Hijos*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós
- Stern, D. N., (2005). *El Mundo Interpersonal del Infante. Una perspectiva desde el Psicoanálisis y la Psicología Evolutiva (4ª reimpresión)*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

- Tango (2004). *Edad Gestacional*. Enciclopedia médica en español. Recuperado el 11 de octubre de 2006 de, <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002367.htm>
- Temboursy Molina, C. (2004). *La técnica de Amamantamiento Correcto*. En: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría: Lactancia Materna Guía para Profesionales. Monografías de la A.E.P. Nº5. Barcelona, España: Edición Ergon
- Torresani, M.E. (2001). *Cuidado Nutricional Pediátrico*. 1º Ed. Editorial Universitaria de Buenos Aires, Argentina.
- Troisi, A. (1999). *Ethological research in clinical psychiatry: the study of non verbal behavior during interviews*. Neuroscience and biobehavioral reviews. Recuperado el 22 de mayo de 2007 de, <http://www.elsevier.com/locate/neubiorev>
- Utchitel, L. (2005). *La Importancia del Vínculo en el Proceso de Separación e Individuación*. En: Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales. No 17. Edición electrónica. Recuperado en febrero de 2007 de, <http://www.iberopsicomot.net>
- Weiers, R. M. (1986). *Investigación de Mercados*. México: Prentice-Hall-Hispanoamericana, S.A.
- Winnicott, D.W. (1947). *El Odio en la Contratransferencia*. En: Escritos de Pediatría y Psicoanálisis. Barcelona, España: Editorial Laia.
- Winnocott, D.W. (1949). *“La Mente y su Relación con el Psiquesoma”*. En: Escritos de Pediatría y Psicoanálisis. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

- Winnicott, D.W (1962). *“El proceso de maduración en el niño”*. *La integración del ego en el desarrollo del niño*. En: Escritos de Pediatría y Psicoanálisis. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós
- Winnicott, D. W. (1984). *La Familia y el Desarrollo del Individuo*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Hormé.

ANEXO I

Criterios diagnósticos para el EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (APA, 1995):

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (por ejemplo, llanto)

(2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)

(3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi cada día

(4) Insomnio o hipersomnia casi cada día

(5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)

(6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día

(7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

(9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica (por ejemplo hipotiroidismo)

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor de primer nivel y delirios extraños.

ANEXO II

ESCALA DE DEPRESIÓN POSTNATAL DE EDIMBURGO (EPDS)

Debido a que Ud. ha tenido su bebé hace poco, nos gustaría saber cómo se ha sentido en los últimos 7 días, no sólo como se siente hoy.

Por favor marque con una cruz (x) la respuesta que elija.

En los Últimos siete días:

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

- Tanto como siempre
- No tanto ahora
- Mucho menos
- No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer

- Tanto como siempre
- Algo menos de lo que solía hacer
- Definitivamente menos
- No, nada

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

- Sí, la mayoría de las veces
- Sí, algunas veces
- No muy a menudo
- No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo

- No, para nada

- Casi nada
- Sí, a veces
- Sí, a menudo

***5 He sentido miedo y pánico sin motivo alguno**

- Sí, bastante
- Sí, a veces
- No, no mucho
- No, nada

***6. Las cosas me superaban, me sobrepasaban**

- Sí, la mayor parte de las veces
- Sí, a veces
- No, casi nunca
- No, nada

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

- Sí, la mayoría de las veces
- Sí, a veces
- No muy a menudo
- No, nada

***8 Me he sentido triste y desgraciada**

- Sí, casi siempre
- Sí, bastante a menudo
- No muy a menudo
- No, nada

***9 He sido tan infeliz que he estado llorando**

- Sí, casi siempre

- Sí, bastante a menudo
- Sólo en ocasiones
- No, nunca

***10 He pensado en hacerme daño a mí misma**

- Sí, bastante a menudo
- A veces
- Casi nunca
- No, nunca

ANEXO III

CUESTIONARIO DE CONDUCTA DE LACTANCIA MATERNA

Nº del cuestionario:.....

Fecha del Cuestionario:.....

Por favor complete con una cruz (x) la respuesta que usted elija.

Por favor las preguntas que tengan línea de puntos complete escribiendo su respuesta.

Este fue su primer parto

Sí

No

Fecha de Nacimiento:.....

Fecha de Nacimiento de su hijo:.....

¿Cómo nació su hijo?

A término, por parto natural

A término, por operación cesárea

Prematuro, por parto natural

Prematuro, por operación cesárea

¿Cuál fue el peso de su hijo al nacer?

Más de 2 kg. y medio

2 kg. y medio

Menos de 2 kg. y medio

1) En este momento ¿cómo está alimentando a su hijo?

Sólo con leche materna (pecho)

- Con leche materna y leche artificial
- Sólo con leche artificial (mamadera)
- Prefiere no contestar

Si Ud. está alimentando a su hijo sólo con leche artificial, por favor indique el motivo
.....

2) ¿Prendió al pecho a su hijo dentro de la primera hora después del nacimiento?

- Sí
- No recuerdo
- No
- Prefiere no contestar

3) ¿Con qué frecuencia alimenta a su hijo?

- Cuando el bebé pide
- Cada tres horas, despertándolo en caso que sea necesario
- Cuando el bebé llora
- Prefiere no contestar

4) ¿La duración de cada toma es de 10 min.?

- Sí
- Lo que mi hijo pide
- No, menos tiempo
- Prefiere no contestar

5) ¿Cómo se siente con la postura que utiliza para amamantar a su hijo?

- Cómoda
- Relativamente cómoda
- Incómoda
- Prefiere no contestar

6) El lugar donde alimenta a su bebé por lo general es:

- Tranquilo (silencioso)
- Poco tranquilo (ruidoso)
- Intranquilo (muy ruidoso)
- Prefiere no contestar

7) Además de la leche materna, ¿le ofrece otros líquidos a su bebé?

- No
- Agua, jugos, infusiones, vitaminas
- Otros
- Prefiere no contestar

8) Su hijo usa chupete

- Nunca
- A veces
- Siempre
- Prefiere no contestar

9) Durante el embarazo y después del parto, ¿ha recibido información acerca de cómo alimentar a su hijo?

- Sí
- Muy poco
- No
- Prefiere no contestar

10) Luego del parto ha ingerido medicamentos

- No, en absoluto
- Ocasionalmente
- Sí, frecuentemente ¿Nombre?.....
- Prefiere no contestar

11) En caso que haya tomado medicamentos, ¿debió interrumpir la lactancia materna?

- No, en absoluto

- Ocasionalmente ¿Por cuánto tiempo?
- Sí, definitivamente ¿Por cuánto tiempo?.....
- Prefiere no contestar

12) Durante la lactancia Ud. ha ingerido:

a) Alcohol

- No
- Un vaso por día
- Más de un vaso por día
- Prefiere no contestar

b) Tabaco

- No
- Sí (hasta 10 cigarrillos por día)
- Sí (más de 10 cigarrillos por día)
- Prefiere no contestar

c) Cafeína (café, té)

- No
- Si (Máximo una taza por día)
- Sí (más de una taza por día)
- Prefiere no contestar

SE AGRADECE SU GENEROSA COLABORACIÓN