

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO**

**LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA COMO FACTOR ASOCIADO A
DEPRESIÓN POSTPARTO**

AUTOR: LOYOLA RAMIREZ, KATHERINE LISSETH

ASESOR: RAMÍREZ ESPINOLA, ANA FIORELLA

Trujillo – Perú

2020

**LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA COMO FACTOR ASOCIADO A
DEPRESIÓN POSTPARTO**

MIEMBROS DEL JURADO

**PRESIDENTE
DR. PERALTA CHÁVEZ VÍCTOR**

**SECRETARIO
DR. ESPINOLA LOZANO JOEL**

**VOCAL
DR. DEZA HUANES PEDRO**

DEDICATORIA

*A mi amada familia.
Son mi mayor motivación para seguir
adelante a pesar de las dificultades.*

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo de investigación representa el último paso del Pregrado. Gracias a Dios he logrado llegar hasta aquí, me rodeó de personas que de una u otra forma me ayudaron todos estos años.

A mi padre, Vicente.

Papi, sabíamos que el camino era largo y difícil, y aun así decidimos empezar esta aventura. Esto lo logramos juntos, gracias infinitas, a ti te debo todo lo que soy ahora.

A mi madre, Rosa.

Mi gordita, has sido la persona que ha estado a mi lado todos estos años, quien me acompañó en cada acierto y caída. Gracias porque nunca estuve sola, fuiste mi compañera más leal.

A mis hermanos, André y Cilene.

Fueron ustedes quienes me alentaron a seguir adelante en el momento más difícil de la carrera, no permitieron que me rindiera. Gracias por eso, no sé qué habría hecho sin ustedes.

A mi abuelita Feli y mi tía Mili.

Aunque lejos de mí, siempre sentí su apoyo y amor incondicional. Forman parte de este pequeño logro, gracias.

A aquellas personas especiales, Marisela y Christian.

Fue genial contar con ustedes. Gracias por todo lo que compartimos juntos durante estos años.

A mis aliadas, Sheylla y Mili.

Este camino fue más divertido a lado de amigas como ustedes. Gracias por su compañía.

A mi asesora, Dra. Ramírez.

Gracias por el tiempo dedicado y por la orientación para la realización de este trabajo.

ÍNDICE

CARÁTULA	1
DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTOS	4
ÍNDICE	5
ABSTRACT.....	6
RESUMEN	7
I. INTRODUCCIÓN	9-14
1. Enunciado del problema	13
2. Objetivos	13-14
3. Hipótesis	14
II. MATERIAL Y MÉTODOS	15-20
1. Diseño del estudio	15
2. Población, muestra y muestreo	15-16-17
3. Definición operacional de variables	17-18-19
4. Procedimientos y técnicas	20
5. Plan de análisis de datos.....	21-22
6. Aspectos éticos	22
III. RESULTADOS	23-26
IV. DISCUSIÓN	27-33
V. CONCLUSIONES	34
VI. RECOMENDACIONES	35
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36-39
VIII. ANEXOS	40-44

ABSTRACT

OBJECTIVE: To assess if exclusive breastfeeding is a factor associated for postpartum depression.

MATERIAL AND METHODS: An analytical cross-sectional study was carried out, in which 144 postpartum women attended the Víctor Lazarte Echegaray Hospital during the period January-March 2018 and who met the selection criteria, and were divided into two groups: with exclusive breastfeeding and without it, and in each group the proportion of postpartum depression was assessed, through the application of the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS). The Chi square test was used, and the prevalence ratio was calculated.

RESULTS: The women found in the study with postpartum depression were 27 (18.75%), while those without postpartum depression were 117 (81.25%). The average age of women with postpartum depression was 28.96 ± 5.32 years; likewise, those without postpartum depression had an average age of 28.91 ± 5.91 years. ($p > 0.05$). The average number of previous children in women with postpartum depression was 1.04 ± 1.06 ; while in those without postpartum depression it was 1.08 ± 1.12 . ($p > 0.05$). The marital status that predominated both in the group with postpartum depression and without it was that of cohabiting with a number of 16 (59.3%) and 66 (56.4%) participants respectively. ($p > 0.05$). The educational level of the participants was mainly the upper level with a number of 15 (55.6%) in the women with postpartum depression and 64 (54.7%) in the group without it. ($p > 0.05$) Regarding work activity, 16 (59.3%) women with postpartum depression had a negative response, while 11 (40.7%) participants were doing work activities. Similarly, in the group without postpartum depression, the absence of work activity prevailed with 87 (74.4%) participants, while 30 (25.6%) participants gave a positive response. ($p > 0.05$). Women who practice exclusive breastfeeding had a 0.347 times lower probability of presenting postpartum depression than those without exclusive breastfeeding. (95% CI: 0.168-0.719; $p < 0.05$).

CONCLUSION: Exclusive breastfeeding is a factor associated with postpartum depression.

KEY WORDS: Exclusive breastfeeding, postpartum depression.

RESUMEN

OBJETIVO: Evaluar si la lactancia materna exclusiva es un factor asociado a depresión postparto.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio transversal analítico, en el cual participaron 144 mujeres en periodo postparto que acudieron al Hospital Víctor Lazarte Echegaray durante el periodo enero-marzo 2018 y que cumplieron con los criterios de selección, y fueron divididas en dos grupos: con lactancia materna exclusiva y sin ella, y en cada grupo se evaluó la proporción de Depresión postparto, a través de la aplicación de la Escala de Depresión Postparto de Edinburgo (EPDS). Se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado, además se calculó la razón de prevalencias.

RESULTADOS: Las mujeres halladas en el estudio con depresión postparto fueron 27(18.75%), mientras que las que no presentaron depresión postparto fueron 117(81.25%). La edad promedio de mujeres con depresión postparto fue de 28.96 ± 5.32 años; asimismo, aquellas sin depresión postparto tuvieron una edad promedio de 28.91 ± 5.91 años. ($p > 0.05$). El promedio del número de hijos anteriores en las mujeres con depresión postparto fue de 1.04 ± 1.06 ; mientras que en las, sin depresión postparto fue de 1.08 ± 1.12 . ($p > 0.05$). El estado civil que predominó tanto en el grupo con depresión postparto como sin él fue el de conviviente con un número de 16(59.3%) y 66(56.4%) participantes respectivamente. ($p > 0.05$). El grado de instrucción de las participantes fue principalmente el nivel superior con un número de 15(55.6%) en las mujeres con depresión postparto y de 64(54.7%) en el grupo sin él. ($p > 0.05$). En cuanto a la actividad laboral, 16(59.3%) mujeres con depresión postparto tuvieron una respuesta negativa, mientras que 11(40.7%) participantes sí se encontraban realizando actividades laborales. Del mismo modo, en el grupo sin depresión postparto, prevaleció la ausencia de actividad laboral con 87(74.4%) participantes, mientras 30(25.6%) participantes dieron una respuesta positiva. ($p > 0.05$). Las mujeres que practican la lactancia materna exclusiva presentaron una probabilidad 0.347 veces menor de presentar depresión postparto con

respecto a aquellas sin lactancia materna exclusiva. (IC95%:0.168-0.719; $p < 0.05$).

CONCLUSIÓN: La lactancia materna exclusiva es un factor asociado a la depresión postparto.

PALABRAS CLAVES: Lactancia materna exclusiva, depresión postparto.

I. Introducción

La Depresión postparto representa la complicación psiquiátrica más común del periodo posnatal (1), con una prevalencia del 13 al 19% durante los primeros 6 meses luego del parto (2). Esta patología es un trastorno del estado de ánimo, en el que además de la tristeza se presentan alteraciones en el apetito, el sueño y la energía; se inicia en el periparto, es decir, su desarrollo se da durante la gestación o en las primeras cuatro semanas del periodo postparto (3). Se encuentra con mayor frecuencia en los países en desarrollo, principalmente en los niveles socioeconómicos bajos (4,5).

El parto constituye un factor generador de mucho estrés, en el cual se experimenta una disminución hormonal muy pronunciada, específicamente de la progesterona y estrógenos; la respuesta de cada mujer frente a este descenso es distinta, afectando más a algunas y produciendo cambios en su estado de ánimo (6,7). Además, los diversos problemas que caracterizan al período puerperal, tales como la aparición de un conflicto de intereses entre las necesidades y aspiraciones personales, el hecho de asumir una nueva responsabilidad y el surgimiento de dudas acerca de la capacidad personal para llevar a cabo los cuidados que el recién nacido necesita, conllevan a una mayor predisposición de las madres tanto al estrés, como a la ansiedad y la depresión (8).

La mayor parte de mujeres que se ven afectadas por depresión postparto pueden presentar sintomatología durante seis meses y el 25% de ellas durante un año, en caso no reciban tratamiento (1). Esta patología está caracterizada por una sintomatología muy similar a la depresión que se presenta en otros periodos de la vida, pero se diferencia porque es más marcada tanto la tendencia al llanto como la labilidad emocional, se presentan también ideas de culpa con respecto a la situación de maternidad, sintiéndose incapaces, además de ambivalencia afectiva, estrés, pérdida o aumento del apetito, fatiga, anhedonia, dificultad para pensar, gran irritabilidad y pérdida del deseo sexual. Pueden llegar a presentar ideas obsesivas e incluso, en los casos más severos, diferentes grados de rechazo al hijo (9,10).

Hoy en día no es posible distinguir una sola causa que sea capaz de explicar por qué ocurre esta complicación, es debido a esto que su etiología se fundamenta en varios factores. Se describen una serie de estos relacionados con su aparición, como por ejemplo historia de trastornos psiquiátricos previos (depresión familiar o episodios depresivos anteriores), factores psicológicos, (cuál es el tipo de relación que mantiene con la pareja y cuál es su imagen de la madre ideal), factores psicosociales (el grado de apoyo que percibe en relación a las tareas domésticas), factores sociodemográficos (edad, estado civil, nivel de estudios, entre otros) y además, factores de morbilidad (coexistencia de enfermedades crónicas en la madre, la presencia de alguna anomalía o enfermedad en el recién nacido y complicaciones médicas relacionadas con el embarazo) (11,12).

La Depresión postparto tiene como consecuencia el deterioro del vínculo entre la madre y el hijo, estilos de crianza menos saludables, un mayor riesgo de abuso y negligencia infantil, además tiene repercusiones a nivel cognitivo y social, disminuyendo su calidad de vida y afectando también la relación con su pareja. Por último, constituye un factor de riesgo para el suicidio materno (13,14) .

Existe una serie de pruebas que apoyan la asociación de la lactancia materna exclusiva con una menor prevalencia de Depresión postparto. Diversos estudios han señalado que el no dar de lactar así como la interrupción precoz de dicha práctica se asocian con esta patología (2,15) . En un inicio se estableció la unidireccionalidad de la relación entre la lactancia materna y la depresión postparto, es decir, que dicha patología conllevaba a una disminución de la tasa de inicio de esta práctica y a un término precoz de la misma. Posteriormente, informes han señalado la posibilidad de que esta relación sea bidireccional, lo que quiere decir que, así como la depresión postparto puede provocar menores tasas de lactancia materna, el hecho de no realizar esta práctica puede aumentar el riesgo de sufrir dicha enfermedad (16)

La lactancia materna exclusiva se considera el único alimento principal e indispensable para los bebés durante sus primeros seis meses debido a sus múltiples beneficios (17), es por eso que la Organización Mundial de la Salud

(OMS) la recomienda durante los primeros seis meses de vida, y luego de este tiempo, sumarle un complemento adecuado y saludable para poder satisfacer adecuadamente sus necesidades nutricionales, manteniendo la lactancia materna por hasta dos años o más (18) , sin embargo sólo el 35% de los bebés a nivel mundial reciben leche materna durante los primeros cuatro meses (19). A pesar de que la mayoría de los beneficios descritos en la literatura se refieren al recién nacido como por ejemplo, el adecuado crecimiento y desarrollo gracias a que proporciona un estado nutricional óptimo, mayor inmunidad debido a las células e inmunoglobulinas que contiene, incremento del bienestar a nivel psíquico, y un buen estímulo para el lenguaje, entre otros (20,21) ; la lactancia materna exclusiva también brinda un efecto positivo sobre la salud de la madre como por ejemplo en la prevención de varios tipos de cáncer (útero, mama y ovario), aumento de periodo intergenésico, menor prevalencia de enfermedades crónicas, y al parecer un efecto protector frente a la depresión postparto, constituyendo un factor muy importante para la buena salud mental de la mujer luego de dar a luz (22,23,24).

Shah S. et al. realizaron un estudio transversal en el 2015 en las clínicas de inmunización del Hospital General, Islamabad, y el Hospital de la Sede de Tehsil, Kahuta, Pakistán para evaluar la relación de la frecuencia de depresión postparto y su asociación con la lactancia materna exclusiva. Participaron 434 mujeres de edades entre 18 y 44 años, las cuales fueron evaluadas mediante el cuestionario validado de la Escala de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS). Esta investigación halló que las probabilidades de depresión postparto fue 2.3 (IC 95%: 1.27-4.44; $p = 0.006$) veces más entre las madres que no amamantaron de manera exclusiva durante las 6 semanas iniciales después del parto en comparación con las que sí lo hicieron de forma exclusiva. Dicho estudio concluyó que la lactancia materna exclusiva tiene una fuerte asociación con la depresión postparto (15).

Figueiredo B. et al. llevaron a cabo un estudio tipo cohorte prospectivo en el que buscaron los efectos de la depresión prenatal y posparto en la lactancia materna y el efecto de la lactancia materna en la depresión postparto. A un total

de 145 mujeres que eran pacientes ambulatorias de un servicio de Obstetricia en la ciudad de Porto, Portugal se les administró la Escala de depresión posnatal de Edimburgo en el primer, segundo y tercer trimestre, en el periodo neonatal y 3 meses después del parto. Una disminución significativa en los puntajes de depresión se observó a partir del parto a los 3 meses postparto en mujeres que mantuvieron amamantamiento exclusivo durante ≥ 3 meses ($p < 0.10$). Este estudio proporcionó más evidencia empírica que apoya que la lactancia materna exclusiva puede ser una buena medida para mejorar la salud materna e infantil (25).

Hamdan A. et al. investigaron la posible correlación o relación predictiva entre la lactancia materna y la depresión postparto. Se trató de un estudio prospectivo entre el 2008 y 2009 en 137 mujeres embarazadas, durante la gestación y el periodo posparto en el Centro de Salud Materno Infantil en el Emirato de Sharjah, Emiratos Árabes Unidos. Se halló que las mujeres que estaban amamantando a los 2 y 4 meses tenían puntajes más bajos en la Escala de depresión posnatal de Edimburgo ($p < 0.0037$ y $p < 0.0001$, respectivamente) y tenían menos probabilidades de ser diagnosticadas con depresión postparto a los 4 meses ($p < 0.0025$). Los resultados de dicho estudio sugirieron que la lactancia materna sirve como un factor de protección de la depresión postparto (24) .

Essam B. et al. llevaron a cabo un estudio transversal en clínicas de bebés sanos en Kinshasa (Congo) en 2009, cuyo objetivo fue identificar la frecuencia, factores de riesgo y formas clínicas de depresión postparto en dicha ciudad. Participaron 120 madres de niños y niñas de 10 meses, con un promedio de edad de 28.4 ± 12.2 años. El porcentaje de las mujeres con depresión postparto fue de 50.8% (IC 95%: 41.9-59.7) de acuerdo con la escala de Edimburgo y de 44.2% (IC 95%: 35.3-53.1) según la escala de Goldberg. En el análisis bivariado, la depresión postparto fue más común en las madres que amamantaron de manera no exclusiva los primeros 6 meses ($p > 0.05$) (26).

Ystrom E. realizó un estudio tipo cohorte en Noruega con el fin de averiguar si el cese de la lactancia materna está relacionada con un aumento en los síntomas de ansiedad y depresión desde el embarazo hasta los seis meses después del

parto, además si el aumento de los síntomas después de la interrupción de la lactancia fue desproporcionadamente alta para las mujeres que ya sufren de altos niveles de ansiedad y depresión durante el embarazo. Se examinaron los datos de 42 225 mujeres obtenidos de MoBa (Norwegian Mother and Child Cohort Study) y se encontró que el cese de la lactancia materna fue predictivo de un aumento en la ansiedad y depresión postparto (IC 95%: 0.09-0.14; $p=0.002$). En dicho estudio se concluyó que la interrupción de la lactancia materna es un factor de riesgo para aumentar la ansiedad y la depresión (27)

La Depresión Postparto es perjudicial no solo para la madre, sino que también afecta el vínculo con el recién nacido y sus demás relaciones interpersonales. La literatura informa principalmente acerca de los factores de riesgo relacionados a este trastorno, dejando de lado los potenciales factores protectores que podrían ayudar a prevenirla de manera oportuna. Debido a esto y ya que la lactancia materna exclusiva podría ser un factor que disminuiría la prevalencia de esta patología, se realizó este estudio con el fin de evaluar su posible asociación, y de esta manera contribuir no solo con la prevención de la Depresión postparto sino también con una razón adicional de importancia para promover la lactancia materna exclusiva.

1. Enunciado del problema: ¿Es la lactancia materna exclusiva un factor asociado a Depresión postparto?

2. Objetivos:

2.1. General:

Evaluar si la lactancia materna exclusiva es un factor asociado a Depresión postparto.

2.2. Específicos:

- ✓ Identificar la proporción de Depresión postparto en las mujeres con lactancia materna exclusiva.
- ✓ Identificar la proporción de Depresión postparto en las mujeres sin lactancia materna exclusiva.

- ✓ Comparar la proporción de Depresión postparto en las mujeres con lactancia materna exclusiva y sin ella.

3. Hipótesis:

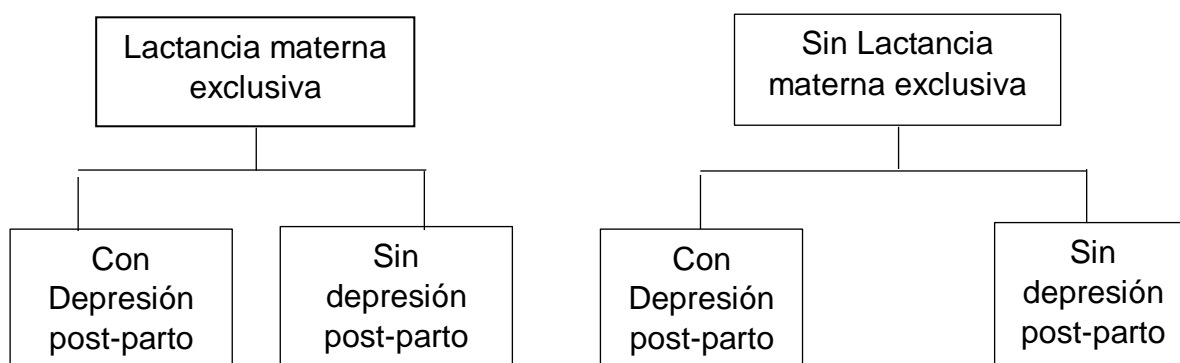
- **H1:** La lactancia materna exclusiva es un factor asociado a depresión postparto.
- **H0:** La lactancia materna exclusiva no es un factor asociado a depresión postparto.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

1. Diseño de estudio:

1.2. **Tipo de estudio:** Transversal analítico

1.3. **Diseño específico:**



2. Población, muestra y muestreo

2.1. **Población:** Mujeres adultas en periodo postparto que asistieron al Hospital Víctor Lazarte Echegaray durante el periodo julio-setiembre del 2018 que cumplen los criterios de selección.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión

- ✓ Edad de 20-40 años
- ✓ Tiempo de postparto de 1 a 6 meses
- ✓ Que acudan al consultorio de Control de desarrollo y crecimiento del niño.
- ✓ Con hijos sin patologías congénitas

Criterios de exclusión

- ✓ Diagnóstico de un cuadro depresivo durante el embarazo o antes de él.
- ✓ Antecedente de trastorno psiquiátrico o en actual tratamiento

brindado por Psiquiatría.

- ✓ Parto prematuro.
- ✓ Cuyos bebés tuvieron bajo peso al nacer
- ✓ Cuyos bebés requirieron ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales al nacer.
- ✓ Pérdida de un familiar cercano en los últimos 6 meses

2.2. Muestra

- **Unidad de análisis**

Constituida por cada mujer adulta en periodo postparto que asistieron al Hospital Víctor Lazarte Echegaray durante el periodo julio-setiembre del 2018 que cumplieron los criterios de selección.

- **Unidad de muestreo**

Constituida por cada mujer adulta en periodo postparto que asistieron al Hospital Víctor Lazarte Echegaray durante el periodo julio-setiembre del 2018 que cumplieron los criterios de selección.

- **Tamaño de muestra**

El cálculo del tamaño de muestra necesario para estudiar si existe asociación entre la exposición y la enfermedad en este estudio transversal se realizó con el programa EPIDAT, a través de la siguiente fórmula:

$$n = \left(\frac{Z_{1-\alpha/2}}{e} \right)^2 P(1-P)$$

, si la población es infinita

$$n_F = \frac{Nn}{N+n}$$

, si la población es finita

Los tamaños resultantes se multiplican por el efecto de diseño (deff).

Donde:

- P es la proporción esperada en la población
- e es la precisión absoluta de un intervalo de confianza para la proporción
- deff es el efecto de diseño
- N es el tamaño de la población

Reemplazando con los siguientes valores

- $P=0.192$ (11)
- $q=0.808$
- $1-\alpha=0.95$
- $z=1.960$
- $e=0.05$
- $N=360$
- $n=239$ Si 0.66388889
-

Se obtuvo un tamaño muestral de 144 participantes.

- **Método de selección**

Probabilístico, aleatorio simple

3. Definición operacional de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	FORMA DE REGISTRO
DEPENDIENTE				
Depresión postparto	Puntaje mayor a 13.5 puntos en la Escala de Depresión Postparto de Edinburgh (EPDS) (28) .	Cualitativa	Nominal	0: sí 1: no
INDEPENDIENTE				

Lactancia materna exclusiva	Tipo de alimentación que consiste en que el lactante recibe únicamente leche materna. No se le dan otros líquidos ni sólidos – ni siquiera agua – exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes (29). Este dato será proporcionado por la participante.	Cualitativa	Nominal	0: sí 1: no
INTERVINIENTES				
Edad	Número de años cumplidos. Este dato será proporcionado por la participante.	Cuantitativa	Razón	20 ,21, 22, ... , 40 años
Estado civil	Soltera: no ha contraído matrimonio. Casado: ha contraído matrimonio. Conviviente: cohabita con su pareja. Divorciada: cuyo matrimonio se ha disuelto legalmente. Viuda: cuyo cónyuge ha muerto y no ha vuelto a casarse. Este dato será	Cualitativa	Nominal	0: soltera 1: casada 2: conviviente 3: divorciada 4: viuda

	proporcionado por la participante.			
Número de hijos anteriores	Número de hijos previos a la última gestación. Este dato será proporcionado por la participante.	Cuantitativa	Razón	0,1, 2,...
Grado de instrucción	Primaria: educación elemental que consta de 6 años establecidos y estructurados Secundaria: educación media posterior a la enseñanza primaria. Superior: educación impartida en universidades, institutos superiores o academia de formación técnica. Este dato será proporcionado por la participante.	Cualitativa	Ordinal	0: primaria 1: secundaria 2: superior
Actividad laboral	Realización de una actividad que genere bienes o servicios que tienen valor económico en el mercado. Este dato será proporcionado por la participante	Cualitativa	Nominal	0: sí 1: no

4. Procedimientos y Técnicas

- Se solicitó la autorización del Director del Hospital Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo para llevar a cabo la ejecución del proyecto de investigación.
- A través de un consentimiento informado (Anexo 04) se solicitó la participación de las mujeres en periodo postparto que acudieron al Hospital Víctor Lazarte Echegaray durante el periodo julio-setiembre 2018 y que cumplieron con los criterios de selección.
- Se proporcionó a las participantes una encuesta (Anexo 02), en la que se identificaron los siguientes datos: edad, estado civil, número de hijos anteriores, grado de instrucción, actividad laboral y tipo de alimentación del recién nacido. Asimismo se entregó la Escala de Depresión Postparto de Edinburgo (Anexo 03). En el Perú, dicha escala ha sido validada en mujeres durante el periodo postparto (entre el momento del parto y 1 año luego de éste), siendo 13,5 el punto de corte óptimo sugerido para el diagnóstico de depresión mayor en esta población ; con 84,2% de sensibilidad y 79,5% de especificidad (28). Dicha escala contiene un total de 10 preguntas acerca de cómo se ha sentido la participante en los últimos 7 días; cada pregunta contiene 4 alternativas relacionadas con la frecuencia de la premisa descrita, se deberá escoger una de ellas y marcarla con una equis. Cada respuesta marcada da un puntaje de 0 a 3 puntos y al terminar dichos puntos deberán ser sumados. La solución de dicho cuestionario no tomó más de 5 a 7 minutos y fue desarrollada en la sala de espera del Consultorio de control y desarrollo del niño sano.
- Los datos necesarios para el estudio se registraron en la Ficha de recolección de datos (Anexo 01)
- El tiempo de recolección de los datos fue de 3 meses y se realizó en el periodo de acuerdo al cronograma establecido.
- Para el registro se elaboró una base de datos en Microsoft Excel y para el análisis de los mismos se utilizó el software estadístico SPSS Statistics 24.

5. Plan de análisis de datos

- **Estadística descriptiva**

En la presente investigación se utilizó la medida descriptiva de resumen correspondiente a las variables cualitativas: frecuencias, promedios. Las variables cuantitativas fueron representadas en medidas de tendencia central y de dispersión.

- **Estadística analítica**

Para el procesamiento de los datos se usó el Paquete Estadístico IBM SPSS Statistics 24. Para obtener resultados según el problema y los objetivos planteados se usó análisis estadístico bivariado a través de tablas cruzadas con sus frecuencias simples y porcentuales. Además se usó la prueba estadística Chi Cuadrado con una significancia estadística para tomar la decisión de rechazo de la hipótesis nula de un valor- $p < 0.05$.

- **Estadígrafo**

Dado que se trata de un estudio transversal, se empleó la Razón de prevalencias, para lo cual tenemos

	Enfermos	No enfermos	
Expuestos	A	B	a+b
No expuestos	C	D	c+d
	a+c	b+d	a+b+c+d

Donde:

$a+c$ = número de enfermos en la población

$a+c/a+b+c+d$ = prevalencia de enfermedad en la población

$a/a+b$ = prevalencia de enfermedad en los expuestos

$c/c+d$ = prevalencia de enfermedad en los no expuestos

$(a/a+b) / (c/c+d)$ = razón de prevalencias de enfermedad.

Un valor de uno se interpreta como igual prevalencia de enfermedad entre expuestos y no expuestos. Un valor mayor de uno significa que la prevalencia es mayor en los expuestos que en los no expuestos. Un valor menor a uno significa que la prevalencia es menor en los no expuestos que en los expuestos.

6. Aspectos éticos:

El presente proyecto de investigación se realizó respetando los principios establecidos en el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú (Título I Capítulo 6 Art. 42, 43, 46) (30) y la Declaración de Helsinki (Numerales: 7, 8, 9, 10, 24, 25, 26) (31) . Se protegió la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las participantes, quienes fueron informadas de su derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento.

III. RESULTADOS

Características sociodemográficas	Depresión postparto (n=27)	Sin Depresión postparto (n=117)	Significancia
Edad (años): -Promedio -D. estándar	28.96 5.32	28.91 5.91	T student: 0.039 p >0.05
Número de hijos anteriores: -Promedio -D. estándar	1.04 1.06	1.08 1.12	T student: -0.169 p >0,05
Estado civil: -Casada -Conviviente -Soltera	7 (25.9%) 16 (59.3%) 4 (14.8%)	36 (30.8%) 66 (56.4%) 15 (12.8%)	X ² : 0.27 p >0,05
Grado de instrucción: -Primaria -Secundaria -Superior	6 (22.2%) 6 (22.2%) 15 (55.6%)	11 (9.4%) 42 (35.9%) 64 (54.7%)	X ² : 4.288 p >0,05
Actividad laboral: -Sí -No	11 (40.7%) 16 (59.3%)	30 (25.6%) 87 (74.4%)	X ² : 2.456 p >0,05

FUENTE: HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY–Ficha de recolección de datos: 2018

Tabla N° 02. Proporción de Depresión postparto en mujeres con lactancia materna exclusiva en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray durante el periodo julio-setiembre 2018

Lactancia materna exclusiva	Depresión postparto		Total
	Sí	No	
Sí	9 (10.6%)	76 (89.4%)	85 (100%)

FUENTE: HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY–Ficha de recolección de datos: 2018

La proporción de Depresión postparto en las mujeres con lactancia materna exclusiva fue de $9/85 = 10.6\%$.

Tabla N° 03. Proporción de Depresión postparto en mujeres sin lactancia materna exclusiva en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray durante el periodo julio-setiembre 2018

Lactancia materna exclusiva	Depresión postparto		Total
	Sí	No	
No	18 (30.5%)	41 (69.5%)	59 (100%)

FUENTE: HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY–Ficha de recolección de datos: 2018

La proporción de Depresión postparto en las mujeres sin lactancia materna exclusiva fue de 18/41= 30.5%.

Tabla N° 04. Lactancia materna exclusiva como factor asociado a Depresión postparto. Hospital Víctor Lazarte Echegaray. Julio-setiembre 2018

Lactancia materna exclusiva	Depresión postparto				Total
	Sí		No		
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Sí	9	10.6%	76	89.4%	85 (59.1%)
No	18	30.5%	41	69.5%	59 (40.9%)
Total	27	18.75%	117	81.25%	144 (100%)

FUENTE: HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY–Ficha de recolección de datos: 2018

- Chi cuadrado: 9,071
- $p < 0,05$
- RP: 0,347
- IC %: 0,168 - 0,719

De las 360 mujeres adultas en periodo postparto que asistieron al Hospital Víctor Lazarte Echegaray durante el periodo julio-setiembre del 2018 que cumplieron los criterios de selección, el presente estudio recopiló de manera aleatoria la información de 144 de ellas, a las que se les aplicó una encuesta y la Escala de Depresión Postparto de Edinburgo, obteniéndose los siguientes resultados: Respecto a las características sociodemográficas (Tabla N° 01), el número de mujeres con Depresión postparto fue de 27(18.75%), mientras que el número de

aquellas sin Depresión postparto fue de 117(81.25%).

La edad promedio del grupo con Depresión postparto fue de 28.96 ± 5.32 años; asimismo, el grupo sin Depresión postparto tuvo una edad promedio de 28.91 ± 5.91 años. ($p > 0.05$)

El promedio del número de hijos anteriores en el grupo con Depresión postparto fue de 1.04 ± 1.06 ; mientras que en el grupo sin Depresión postparto fue de 1.08 ± 1.12 . ($p > 0.05$)

El estado civil que predominó tanto en el grupo con Depresión postparto como sin él fue el de conviviente con un número de 16(59.3%) y 66(56.4%) participantes respectivamente. El número de casadas en el grupo con depresión postparto fue de 7(25.9%), y el de solteras fue de 4(14.8%). En el grupo sin Depresión postparto las casadas fueron 36(30.8%) y las solteras, 15(12.8%). ($p > 0.05$)

El grado de instrucción de las participantes de este estudio fue predominantemente el nivel superior con un número de 15(55.6%) en el grupo con Depresión postparto y de 64(54.7%) en el grupo sin él. El número de mujeres del grupo con depresión postparto que alcanzaron el nivel primario fue de 6(22.2%), de igual manera lo fue para el nivel secundario, 6(22.2%). En cuanto al grupo sin Depresión postparto, 11(9.4%) participantes corresponden al grado de instrucción primario, mientras que 42(35.9%) participantes al secundario. ($p > 0.05$)

En relación a la variable actividad laboral, 16(59.3%) participantes del grupo con Depresión postparto tuvieron una respuesta negativa, mientras que 11(40.7%) participantes sí se encontraban realizando actividades laborales. De la misma manera, en el grupo sin Depresión postparto, predominó la ausencia de actividad laboral con 87(74.4%) participantes, mientras 30(25.6%) participantes dieron una respuesta afirmativa. ($p > 0.05$)

En la proporción entre el grupo con lactancia materna exclusiva y Depresión postparto (Tabla N° 02) se pudo apreciar que 9 integrantes, equivalentes al 10.6% de la población de este grupo, sí presentaban depresión postparto.

Asimismo, 76 pacientes, representando al 89.4% restante, no presentaron Depresión postparto.

En la proporción entre el grupo sin lactancia materna exclusiva y Depresión postparto (Tabla N° 03) se encontró que 18 participantes, equivalentes al 30.5% de dicha población, sí presentaban Depresión postparto; mientras que las 41 restantes, equivalentes al 69.5%, no tenían Depresión postparto.

La asociación entre lactancia materna exclusiva y Depresión postparto (Tabla N° 04) arrojó los siguientes resultados: se pudo inferir que la asociación entre dichas variables es estadísticamente significativa. Las mujeres con lactancia materna exclusiva presentaron una probabilidad 0.347 veces menor de tener depresión postparto con respecto a aquellas sin lactancia materna exclusiva. Como el límite inferior y superior del intervalo de confianza del 95% de la razón de prevalencias es menor que 1, se concluye que la lactancia materna exclusiva es un factor protector de la Depresión postparto. (IC95%:0.168-0.719; $p < 0.05$)

IV. DISCUSIÓN

La Depresión postparto constituye la patología psiquiátrica más común de la maternidad, constituyendo un importante problema de salud pública, ya que tiene repercusiones no solo en la salud de la madre, sino también en la salud del niño y su desarrollo. Es por esto que es importante la identificación de los factores de riesgo y los factores protectores que podrían ayudar a prevenir dicha patología. La literatura señala múltiples posibles factores asociados a la Depresión postparto, uno de ellos es la lactancia materna exclusiva. La OMS y la UNICEF recomiendan el amamantamiento exclusivo durante los primeros 6 meses. Esta práctica podría ayudar a disminuir la prevalencia de este cuadro depresivo a través de una adecuada regulación hormonal disminuyendo los niveles de cortisol, también mediante los efectos antidepresivos y ansiolíticos que han sido asociados a la oxitocina y prolactina, mejorando los patrones de sueño, así como también fortaleciendo el vínculo madre-hijo.

En nuestro estudio no se encontró significancia estadística al comparar la edad entre la distribución de los grupos analizados. Un estudio que concuerda con este hallazgo, fue el realizado por Shah S. et al. (15), que consideró un rango más amplio de edad, desde los 18 hasta los 44 años ($p=0.15$), sin encontrar asociación entre ambas variables; a diferencia de Sierra J. et al. (32) que hallaron una relación significativa entre dicha variable y la Depresión postparto ($p<0.05$; IC95%:28,8-31,5) incrementando el riesgo de este trastorno en las mujeres menores de 24 años. Asimismo, Chun E. et al. (33) encontraron que las mujeres que no presentaron síntomas depresivos eran en promedio más jóvenes que aquellas que sí los tuvieron ($p<0,05$). Mientras más joven sea la madre es más probable un menor nivel educativo, falta de empleo y una situación económica inestable, todo esto, sumada a su inmadurez, hace más difícil afrontar esta nueva etapa de la vida predisponiéndola a un cuadro depresivo.

En cuanto a los hallazgos de número de hijos anteriores, se encontró similitud con el trabajo realizado por Urdaneta M. et al. (34), en el cual tampoco se halló una asociación significativa entre esta variable y la Depresión postparto

($p=0.939$; IC95%: 0.306-2.046), observándose similares puntajes en la EPDS tanto en primíparas como multíparas, resultado que también concuerda con el publicado ($p=0.16$) por Shah S. et al. (15). Sin embargo, estudios como el realizado por Dois A. et al. (35) encontraron una correlación directa y significativa entre el número de hijos previos y la Depresión postparto ($r=0.21$; $p<0.05$). Se considera que el nacimiento del primer hijo podría condicionar a un estrés importante debido a que la madre no está preparada para asumir dicho rol, ya que constituye una experiencia nueva en todos los sentidos, no obstante, el hecho de tener más de un hijo representa una mayor responsabilidad, lo que también conlleva a estrés, contribuyendo a la aparición síntomas depresivos.

Por otra parte, en nuestro estudio se encontró una mayor proporción de participantes con estado civil conviviente en ambos grupos, sin que esta variable llegara a asociarse de manera significativa a la Depresión postparto. En el trabajo realizado por Urdaneta M. et al. (5) se agrupó a las mujeres casadas y en unión libre por un lado, y de la misma manera, a las mujeres solteras o divorciadas, siendo este segundo grupo el de mayor número en el estudio; luego del análisis realizado se llegó a la conclusión de que no existía una diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de Depresión postparto entre las mujeres de ambos grupos (OR=1.30 $p=0.383$; IC95%:0.49–3.40). En contraste, en la investigación realizada por Madeghe B. et al. (36) en donde se dio a conocer una fuerte asociación con la Depresión postparto ($p=0.003$), encontraron que las mujeres solteras conformaron el mayor número de participantes con dicha patología. La soltería representa un riesgo de padecer Depresión postparto por la falta de apoyo económico y soporte emocional necesarios para enfrentar la llegada de un hijo y todos los cambios que esto representa.

Los resultados obtenidos en el grado de instrucción en nuestro estudio son semejantes a los publicados por Madeghe B. et al. (36). Aunque en esta investigación predominó el nivel primario, a diferencia de nuestro trabajo donde el mayor número de participantes alcanzó el nivel superior, se llegó a la misma conclusión, demostrando una asociación insignificante entre dicha variable y la Depresión postparto ($p=0.270$). Esto difiere de lo publicado en la investigación de Urdaneta M et. al (5), en donde se encontró que aquellas mujeres con nivel

primario tuvieron un riesgo significativo de padecer de dicho cuadro depresivo (OR=7.14 $p=0.000$; IC95%:2.52–20.21). Debido a la falta de información, las madres con un menor nivel educativo tienden a reportar en menor medida los síntomas depresivos que pudieran presentar, pues llegan a atribuir dicha sintomatología a una reacción normal ante el embarazo, dificultando el diagnóstico y tratamiento oportunos de la Depresión postparto.

Respecto a la actividad laboral, en nuestro trabajo predominó la ausencia de ella, hallazgo similar al encontrado en la bibliografía consultada. En la investigación realizada por Nam J. et al. (2) se dio a conocer que el 71.22 % no se encontraba trabajando, además, al igual que en nuestro estudio, esta variable no alcanzó significancia estadística al asociarlo con Depresión postparto ($p=0.423$). Los resultados de Sierra J. et al. (32) no concordaron con lo expuesto anteriormente, encontrándose una relación consistente entre dichas variables ($p<0.05$; IC95%=37.2-66.7). El regreso temprano al trabajo puede generar sentimientos de culpa en la madre por no poder estar a tiempo completo con su hijo y brindarle los cuidados que éste necesita, produciendo en ella ansiedad, haciéndola más vulnerable a un cuadro depresivo.

En relación a la lactancia materna exclusiva, estuvo presente en 85 participantes, resultado que fue equivalente al 59.1% de la población de nuestro estudio. De acuerdo a la información obtenida gracias a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2016, a nivel nacional, la proporción de bebés con lactancia materna exclusiva en nuestro país es del 69.8%, porcentaje que va variando de acuerdo a los departamentos y también al área de residencia, por lo que nuestros resultados estarían dentro de lo esperado.

Otras investigaciones, como la que fue llevada a cabo en Brasil por Silva C. et al. (18), de corte transversal, contó con la participación de 2583 madres, de las cuales el 55.8% realizó dicha práctica. Cabe destacar también los hallazgos obtenidos por Shah S et al. (15) en Pakistán, donde el 49.9% amamantó de manera exclusiva a sus bebés, muestra que presentó características sociodemográficas similares a las del presente estudio. Asimismo, en el trabajo de Madeghe B. et al. (36) realizado en Kenya, la práctica de la lactancia materna exclusiva predominó con un 73%.

Es importante mencionar que la UNICEF y la OMS en conjunto con el Colectivo Mundial para la Lactancia Materna, luego de la evaluación de 194 países, encontraron que solo el 40% de los bebés menores de 6 meses reciben lactancia materna exclusiva, y que además, solo en 23 países, entre ellos el nuestro, se alcanza tasas de 60% a más. Como podemos ver, en los trabajos realizados se alcanzaron proporciones superiores a las esperadas en la mayoría de países.

La prevalencia de Depresión postparto en nuestro trabajo fue de 18.75%, semejante a lo obtenido en la investigación de Shah S et al. (15), en la que la EPDS con puntaje de 10 a más indicó una posible Depresión postparto, por lo que tales casos fueron remitidos a psiquiatras, quienes corroboraron dicho cuadro, hallándose una prevalencia del 17.3%, porcentaje similar al nuestro a pesar de que hubo diferencias respecto a cómo se llegó al diagnóstico. De la misma manera, Urdaneta M et al. (5) obtuvieron una frecuencia de 22%. Dichos hallazgos concuerdan con la prevalencia esperada descrita en la literatura. En contraste, en el trabajo publicado por Silva C et al. (18) se reportó una frecuencia de 11.8%. En esta investigación participaron 2259 madres de bebés de 15 días a 3 meses, y el punto de corte para la EPDS fue de ≥ 12 ; bajo esa misma premisa, el trabajo realizado por Sami S et al. (37) contó con la participación de 238 mujeres, a las cuales se les evaluó a los 3 meses postparto mediante la EPDS con el mismo punto de corte mencionado previamente, encontrándose este cuadro depresivo en el 9.2% de su población. Cabe mencionar el estudio tipo cohorte llevado a cabo por Nam J et al. (2) en Corea, en la que se obtuvo una prevalencia de 0.082%, notándose una marcada diferencia con lo que menciona la bibliografía revisada, así como también con lo encontrado en nuestro estudio. Estas estimaciones divergentes pueden atribuirse a las diferencias en las estrategias metodológicas, como distintos diseños de estudios, así como también a variados momentos de la entrevista postparto, y a los distintos puntos de corte de la herramienta de detección de dicha patología.

En nuestro estudio encontramos que la lactancia materna exclusiva es un factor asociado a la Depresión postparto (RP: 0.347, IC95%:0.168-0.719, $p < 0.05$). Este

hallazgo se asemeja al resultado obtenido en la investigación realizada en el 2017 por Shah S. et al. (15), de corte transversal, en dos clínicas de inmunización en Pakistán. Tal investigación mostró que las probabilidades de Depresión postparto fueron 2.3 ($p=0.02$, IC95%:1.27 - 4.44) veces más entre las madres sin lactancia materna exclusiva durante las 6 semanas iniciales postparto en comparación a aquellas con lactancia materna exclusiva. Otras variables consideradas en este estudio, tales como una mejor educación, el apoyo del esposo y de la familia, un mejor vínculo entre la madre y el hijo y una mejor salud tanto materna como infantil secundaria a la lactancia materna, hicieron dicha asociación aún más significativa ($p=0.006$). Un resultado similar se halló en la investigación realizada por Kendall-Tackett et al. (38) que contó con la participación de 6,410 madres de bebés de 0 a 12 meses de edad, las cuales fueron evaluadas a través del Cuestionario del Paciente-2 (PHQ-2), encontrándose que aquellas participantes que amamantaban a sus bebés tenían una probabilidad significativamente menor de presentar un estado de ánimo depresivo que aquellas que practicaban la lactancia mixta o alimentación con fórmula ($p<0.001$); a diferencia de nuestro estudio, este no consideró otros posibles factores asociados a la Depresión postparto, sino que asoció la lactancia materna exclusiva a las horas de sueño y el bienestar físico de la madre. Cabe destacar el trabajo publicado por Figueiredo B. et al. (25), de tipo cohorte, realizado en Portugal, que tuvo una población de 145 participantes, a las cuales se les aplicó la EPDS durante el primer, segundo, tercer trimestre de embarazo y a los 3 meses postparto, observándose que los puntajes de depresión disminuyeron al iniciar la lactancia materna exclusiva ($F_{1,113}=4.60$, $p<0.05$, $\eta^2_p=0.04$). Esta investigación tuvo la particularidad que no solo evaluó el posible efecto de la lactancia materna sobre la Depresión postparto, sino que lo hizo de manera bidireccional, es decir, también evaluó el posible efecto de la Depresión postparto sobre dicha práctica, encontrándose que esta patología aumenta la posibilidad de la interrupción temprana de la lactancia materna exclusiva.

En contraste, un trabajo llevado a cabo por Urdaneta M. et al. (5) en el 2011 en puérperas venezolanas, no mostró una asociación estadísticamente significativa entre dichas variables (OR=2.66, IC95%:0.68-10.45, $p=0.960$), a pesar que se

observó que la mayoría de deprimidas no amamantaban o tenían algún impedimento para realizarlo. Otro estudio que difiere del nuestro fue el realizado por Chung E et al. (33), que contó con la participación de 774 mujeres que asistieron a centros de salud pública en Filadelfia. De acuerdo a sus resultados, aunque la tendencia general fue el aumento de participantes con síntomas depresivos maternos conforme disminuían las tasas de lactancia materna, no se demostró una asociación significativa entre dichas variables (OR=0.84, IC95%: 0.47–1.52, p=0.40). Estos dos últimos estudios no consideraron como factores de exclusión en su población a las madres cuyo parto haya sido prematuro o cuyos bebés hayan requerido atención en UCI, y aquellas que hayan sufrido la muerte de un familiar cercano en los últimos 6 meses; los cuales sí fueron considerados en nuestra investigación por ser posibles desencadenantes de un trastorno depresivo de otra etiología que pudiera confundirse con Depresión postparto y generar sesgo en el estudio.

El mecanismo por el cual la lactancia materna exclusiva protegería frente a dicha patología es a través de beneficios psiconeuroinmunológicos mediante la reducción de la actividad inflamatoria al disminuir los niveles de cortisol. La depresión posparto puede estar asociada con un eje hipotálamo-hipófisis-glándula suprarrenal desregulado. Esta práctica podría promover una regulación más estricta de la secreción basal de esta hormona por la mañana, reduciendo el riesgo de sufrir dicha enfermedad. También disminuiría otras hormonas como la epinefrina, norepinefrina y ACTH; provocando de esta manera el descenso de la reactividad de la madre frente al estrés y la regularización del sueño, el cual suele empeorar con la severidad del cuadro. Asimismo, se daría un aumento de la autoconfianza y una óptima interacción madre-hijo mejorando de esta manera el desarrollo tanto afectivo como psicosocial entre ellos (4,11,15). Debido a esta modulación de la respuesta inflamatoria se sugiere que la lactancia materna puede ser un factor protector, y que es por eso que el tratamiento para los trastornos depresivos es de naturaleza antiinflamatoria. La percepción de las recompensas de esta práctica también se ha considerado como una posible variable que interviene (24).

Esta investigación tuvo como premisa obtener resultados de manera general

para las variables en estudio. Sin embargo, es importante señalar que la bibliografía revisada utilizó una mayor cantidad de variables intervinientes, como por ejemplo: procedencia, situación económica, comorbilidades maternas, embarazo planificado, complicaciones obstétricas, tipo de parto, sexo del bebé, peso del bebé, entre otros, lo que supone estudios con mayor análisis y mayor población que el presente, generando así asociaciones más específicas que en este trabajo.

V. CONCLUSIONES

1. No se apreciaron diferencias significativas en relación con las variables edad, número de hijos anteriores, estado civil, grado de instrucción y actividad laboral entre las participantes con y sin Depresión postparto.
2. La proporción de Depresión postparto en mujeres con lactancia materna exclusiva fue 10.6%.
3. La proporción de Depresión postparto en mujeres sin lactancia materna exclusiva fue 30.5%.
4. La lactancia materna exclusiva es un factor asociado a la Depresión postparto, con una razón de prevalencia de 0.347 ($p < 0.05$; IC95%: 0.168-0.719).

VI. RECOMENDACIONES

1. Es importante emprender nuevos trabajos de investigación: multicéntricos, con mayores muestras poblacionales y prospectivos, con el fin de corroborar la asociación descrita en nuestro estudio y documentar de manera más significativa la asociación entre lactancia materna exclusiva y Depresión postparto
2. Debido a los múltiples beneficios de la lactancia materna exclusiva, sería conveniente elaborar estrategias educativas que permitan aumentar la frecuencia del cumplimiento de dicha práctica.
3. Deberían llevarse a cabo nuevos estudios dirigidos a reconocer nuevos factores protectores de Depresión postparto, con el fin de prevenirla y disminuir la prevalencia de dicha patología.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mendoza B, Saldivia S. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev Médica Chile*. 2015; 143(7):887-894.
2. Nam J, Choi Y, Kim J, Cho K, Park E. The synergistic effect of breastfeeding discontinuation and cesarean section delivery on postpartum depression: A nationwide population-based cohort study in Korea. *J Affect Disord*. 2017; 218:53-58.
3. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-V) [internet]. Arlington-EE.UU., 2013. Disponible en: www.dsm.psychiatryonline.org. [Consultado en octubre del 2017].
4. Ortiz M, Gallego B, Buitron Z, Meneses V, Muñoz F, Gonzales B. Prevalencia de tamiz positivo para Depresión Postparto en un Hospital de tercer nivel y posibles factores asociados. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016; 45(4):253-261.
5. Urdaneta M, Rivera S, García I, Guerra V, Baabel Z, Contreras B. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2011; 76(2):102-112.
6. Jalal M, Dolatian M, Mahmoodi Z, Aliyari R. The relationship between psychological factors and maternal social support to breastfeeding process. *Electron Physician*. 2017; 9(1):3561-3569.
7. Valencia L, Cacho F. La depresión postparto. [Curso académico 2015-2106 en internet]. [Pamplona]: Universidad Pública de Navarra; 2016 [citado en octubre de 2017]. Disponible en: https://academicae.unavarra.es/bitstream/handle/2454/23448/depresion_postparto_saioavalencia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. Beck C. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res*. 2001; 50(5): 275-285.

9. Barnet B, Liu J, Devoe M. Double jeopardy: depressive symptoms and rapid subsequent pregnancy in adolescent mothers. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 2008; 162(3):246-52.
10. Phipps M, Raker C, Ware C, Zlotnick C. Randomized controlled trial to prevent postpartum depression in adolescent mothers. *Am J Obstet Gynecol.* 2013; 208 (3): 192e1-e6
11. Castellón A. Actualizaciones en depresión posparto. *Rev Cuba Obstet Ginecol.* 2012; 38(4):576-586.
12. Bustos S, Jiménez N. Factores de riesgo asociados a la depresión post parto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria en la ciudad de Arica - Chile. *Psiquiatr Salud Ment.* 2013;30(1):38-49.
13. Bobo W, Yawn B. Concise Review for Physicians and other Clinicians: Postpartum Depression. *Mayo Clin Proc.* 2014;89(6):835-44.
14. Sipsma H, Kornfeind K, Kair L. Pacifiers and Exclusive Breastfeeding: Does Risk for Postpartum Depression Modify the Association? *J Hum Lact Off J Int Lact Consult Assoc.* 2017; 33(4):692-700.
15. Shah S, Lonergan B. Frequency of postpartum depression and its association with breastfeeding: A cross-sectional survey at immunization clinics in Islamabad, Pakistan. *J Pak Med Assoc.* 2017; 67(8):1151-1156.
16. Pope C, Mazmanian D. Breastfeeding and Postpartum Depression: An Overview and Methodological Recommendations for Future Research. *Depress Res Treat.* 2016; 2016:1-9
17. Sandoval M, Peña H, Sandoval E, Gallegos J. Los beneficios conocidos de la lactancia materna exclusiva en la prevención de enfermedades transmisibles no tienen el impacto positivo esperado. *Joonpr.* 2017; 2(6): 260-263.
18. Silva C, Lima M, Sequeira L, Oliveira J, Monteiro J, Lima N, et al. Association between postpartum depression and the practice of exclusive breastfeeding in the first three months of life. *J Pediatr (Rio J).* 2017; 93(4):356-364.
19. Borre Y, Cortina C, González G. Lactancia materna exclusiva: ¿la conocen las madres realmente?. *Rev Cuid.* 2014; 5(2): 723-730

20. Basain J, Pacheco L, Valdés M, Miyar E, Maturell A. Duración de lactancia materna exclusiva, estado nutricional y dislipidemia en pacientes pediátricos. *Rev Cub Pediatr.* 2015; 87(2):156-166.
21. Castillo J, Rams A, Castillo A, Rizo R, Cádiz A. Lactancia materna e inmunidad: Impacto social. *Medisan.* 2009;13(1)
22. Sevilla R, Zalles L, Santa Cruz W. Lactancia Materna vs Nuevas Fórmulas Lácteas Artificiales: Evaluación del Impacto en el Desarrollo, Inmunidad, Composición Corporal en el Par Madre/Niño. *Gac Médica Boliv.* 2011; 34(1):6-10.
23. Chaput K, Nettel A, Musto R, Adair C, Tough S. Breastfeeding difficulties and supports and risk of postpartum depression in a cohort of women who have given birth in Calgary: a prospective cohort study. *CMAJ Open.* 2016;4(1):E103-109.
24. Hamdan A, Tamim H. The relationship between postpartum depression and breastfeeding. *Int J Psychiatry Med.* 2012;43(3):243-59.
25. Figueiredo B, Canário C, Field T. Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychol Med.* 2014; 44(5):927–936.
26. Prévalence et facteurs de risque de la dépression maternelle postnatale à Kinshasa *Med Sante Trop.* 2012; 22(4):379-384
27. Ystrom E. Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression: a longitudinal cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012; 12(36):1-6.
28. Bao M, Vega J, Saona P. Prevalencia de depresión durante la gestación. *Rev Neuropsiquiatr.* 2010; 73(3):95-103
29. OMS Lactancia materna exclusiva [Internet] . World Health Organization. 2016. [citado en octubre de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/es/
30. Colegio Médico del Perú. Código de Ética y Deontología. Lima. Octubre 2007.
31. Declaración de Helsinki de la AMM- Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Asociación Médica Mundial. 2013 [citado

en noviembre de 2017]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/politicas-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

32. Sierra J, Carro T, Ladrón E. Variables asociadas al riesgo de depresión postparto. Edinburgh Postnatal Depression Scale. Aten Primaria. 2002. 30(2):103-111.

33. Chung E, McCollum K, Elo I, Lee H, Culhane J. Maternal Depressive Symptoms and Infant Health Practices Among Low-Income Women. PEDIATRICS. 2004. 113(6): 523-529

34. Urdaneta M, Rivera S, García I, Guerra V, Baabel Z, Contreras B. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo. Rev Chil Obstet Ginecol. 2010; 75(5): 312-320.

35. Dois A, Uribe C, Villarroel L, Contreras A. Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. Rev Med Chile. 2012; 140: 719-725-

36. Madeghe B, Kimani V, Vander A, Nicodimos S, Kumar M. Postpartum depression and infant feeding practices in a low income urban settlement in Nairobi-Kenya. BMC Res Notes. 2016; 9:506-514.

37. Khalifa D, Glavin K, Bjertness E, Lien L. Determinants of postnatal depression in sudanese women at 3 months postpartum: a cross-sectional study. BMJ Open . 2016 ; 6: e009443.

38. Kendall-Tackett K, Cong Z, Hale T. The effect of feeding method on sleep duration, maternal well-being, and postpartum depression. Clinical Lactation. 2011; 2(2): 22-26.

VIII. ANEXOS

ANEXO 01

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA COMO FACTOR ASOCIADO A DEPRESIÓN POSTPARTO

I. DATOS GENERALES

Edad:

_____ años

Estado civil:

Soltera () Casada () Conviviente () Divorciada () Viuda
()

Número de hijos anteriores:

_____ hijos

Grado de instrucción:

Primaria () Secundaria () Superior ()

Actividad laboral:

Sí () No ()

II. VARIABLE DEPENDIENTE

Puntaje Escala de Depresión Postparto de Edinburgh (EPDS): _____ puntos

Depresión postparto: Sí () No ()

III. VARIABLE INDEPENDIENTE

Lactancia materna exclusiva: Sí () No ()

ANEXO 02

ENCUESTA

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA COMO FACTOR ASOCIADO A DEPRESIÓN POSTPARTO

Fecha:

N°:

1. ¿Cuántos años tiene?

_____ años

2. ¿Cuál es su estado civil?

Soltera ()

Casada ()

Conviviente ()

Divorciada ()

Viuda ()

3. ¿Cuántos hijos previos a su último embarazo tiene?

_____ Hijos

4. ¿Cuál es su grado de instrucción?

Primaria ()

Secundaria ()

Superior ()

5. ¿Actualmente realiza alguna actividad laboral?

Sí () No ()

6. ¿Con qué alimenta a su bebé?

Únicamente leche materna ()

Leche materna + fórmula ()

Fórmula ()

ANEXO 03

Escala de Depresión Postparto de Edinburgh (EPDS)

Como usted está embarazada o hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor marque con una X el casillero con la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

1	He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas.	a) Tanto como siempre	
		b) No tanto ahora	
		c) Mucho menos ahora	
		d) No, nada	
2	He disfrutado mirar hacia adelante.	a) Tanto como siempre	
		b) Menos que antes	
		c) Mucho menos que antes	
		d) Casi nada	
3	Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí misma.	a) No, nunca	
		b) No con mucha frecuencia	
		c) Sí, a veces	
		d) Sí, la mayor parte del tiempo	
4	He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo.	a) No, nunca	
		b) Casi nunca	
		c) Sí, a veces	
		d) Sí, con mucha frecuencia	
5	He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo.	a) No, nunca	
		b) No, no mucho	
		c) Sí, a veces	
		d) Sí, bastante	
6	Las cosas me han estado abrumando.	a) No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	
		b) No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	

		c) Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	
		d) Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	
7	Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir.	a) No, nunca	
		b) No, con mucha frecuencia	
		c) Sí, a veces	
		d) Sí, la mayor parte del tiempo	
8	Me he sentido triste o desgraciada.	a) No, nunca	
		b) No, con mucha frecuencia	
		c) Sí, a veces	
		d) Sí, la mayor parte del tiempo	
9	Me he sentido tan desdichada que he estado llorando.	a) No, nunca	
		b) Sólo ocasionalmente	
		c) Si, bastante a menudo	
		d) Sí, la mayor parte del tiempo	
10	Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño.	a) Nunca	
		b) Casi nunca	
		c) A veces	
		d) Sí, bastante a menudo	

A las respuestas se les otorga un puntaje de 0, 1, 2 y 3 de acuerdo a la letra marcada.

a)=0 puntos

b)=1 punto

c)= 2 puntos

d)=3 puntos

Interpretación de los resultados

> 13.5 puntos: Depresión postparto

ANEXO 04
CONSENTIMIENTO INFORMADO
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA COMO FACTOR ASOCIADO A
DEPRESIÓN POSTPARTO

Se le invita a participar del proyecto titulado “Lactancia materna exclusiva como factor asociado a Depresión postparto”, el cual tiene como objetivo evaluar una posible asociación entre estas variables, lo cual nos podría ayudar a prevenir la Depresión postparto de una forma sencilla. El tiempo estimado para el llenado de la encuesta y la Escala de Depresión postparto de Edinburgh es de aproximadamente 5-10 minutos; en dicha escala usted marcará la alternativa que más se acerque a cómo se ha sentido en los últimos 7 días. Su participación en este estudio no representa ningún tipo de riesgo, ni se le otorgará beneficios. No será expuesta información personal, de tal manera que este proceso respetará su privacidad y será estrictamente confidencial. No se le dará compensación económica por su participación. En caso de alguna duda o inquietud acerca de este proyecto de investigación se puede comunicar con Lisseth Loyola Ramirez, celular: 959910006, correo electrónico:liz_kathe3114@hotmail.com.

Su participación es totalmente voluntaria, y usted tendrá derecho a retirarse del estudio de investigación en cualquier momento, si así lo cree conveniente, sin temor a ningún tipo de represalias.

FIRMA

DNI: