

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

“DEPRESIÓN POST PARTO COMO FACTOR DE RIESGO EN EL FRACASO DE LACTANCIA
MATERNA EXCLUSIVA EN EL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO”

Área de Investigación:

Educación en ciencias de la salud

Autora:

Br. Greissy Angela Gayoso Merino

Jurado Evaluador:

Presidente: Peña Camarena, Hugo

Secretario: Lozano Ybañez, Rosa

Vocal: Albuquerque Fernández, Pablo

Asesor:

Cisneros Infantas , Luz Herlinda

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-0296>

Trujillo – Perú

2022

Fecha de sustentación: 2022/05/17

JURADO DE TESIS

Dr. Hugo Gervacio Peña Camarena
PRESIDENTE

Dra. Rosa Angela Lozano Ybañez
SECRETARIO

Dr. Pablo Antonio Albuquerque Fernández
VOCAL

AGRADECIMIENTOS

A mis padres por el apoyo incondicional durante todos estos años de carrera, no encuentro las palabras que describan todo el amor y la gratitud que siento hacia ellos.

A ti mama que me empujaste día a día a seguir perseverando y que creíste ciegamente en mí; a ti papito por cada palabra de aliento antes de cada examen y tus consejos de vida. Sin ustedes y su amor infinito no hubiese llegado hasta este momento.

A mis hermanos Alex y Guillermo por ser mis compañeros y los hombres más importantes de mi vida. Parte de este logro es para ustedes.

Mamita Estela, eres de las personas más importantes en mi vida. Gracias por ser como mi segunda mamá, por haberme criado y hecho una persona de valores, nunca me faltes.

A mi perrita Cleo por acompañarme todas las noches que me quedaba hasta tarde estudiando y que se alegraba mucho al verme llegar de mi casa después de mis turnos en el hospital, desde que llegaste a mi vida con tu amor genuino cambiaste aspectos en mí, pero para bien.

A mi asesora, la Dra. Luz Cisneros, una excelente profesional y una persona a la que admiro y respeto, gracias Dra. por todo el apoyo, consejos y paciencia durante todo este proceso.

Índice

RESUMEN	5
ABSTRACT.....	6
I. INTRODUCCIÓN	7
1.1 Marco teórico.....	7
1.2 Antecedentes.....	12
1.3 Justificación	14
1.4 Enunciado del problema:	15
1.5 Hipótesis:.....	16
1.6 Objetivos:.....	16
II. Material y métodos:.....	17
2.1 Población, muestra y muestreo	17
2.2 Criterios de selección:	17
2.3 Muestra:.....	18
2.4 Diseño de estudio	20
2.5 Variables y escalas de medición	21
2.6 Definición operacional de las variables.....	22
2.7 Procedimientos y técnicas:	24
2.8 Análisis de datos:.....	25
2.9. Aspectos éticos:	26
III. RESULTADOS:.....	28
IV. DISCUSION:.....	33
V-CONCLUSIONES:.....	38
VI.RECOMENDACIONES.....	39
BIBLIOGRAFIA	40
ANEXO 1.....	44
ANEXO 2.....	45
ANEXO 3.....	46
ANEXO 4.....	48
ANEXO 5.....	49

RESUMEN

Objetivo: Determinar si la depresión post parto (DPP) es un factor de riesgo para el fracaso de lactancia materna exclusiva en madres de pacientes del Hospital Belén de Trujillo.

Material y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte prospectivo en 115 madres que al alta hospitalaria recibieron indicación de lactancia materna exclusiva, se les aplicó el Test de Edimburgo para DPP en dos tiempos, el primero al momento de la selección y el segundo a la sexta semana. Luego se procedió a realizar el test de autoeficacia de lactancia materna para identificar en que grupo hubo fracaso de lactancia materna exclusiva, la recolección de la muestra se realizó de enero a abril del 2020. En el análisis estadístico se utilizó la prueba de Chi Cuadrado y el Riesgo Relativo.

Resultados: Se determinó que la DPP sí es un factor de riesgo para el fracaso de lactancia materna exclusiva $RR=3,09$ IC 95% 1,99 - 4,79. La prueba Chi Cuadrado resulta en $p: 20,53$, lo cual es estadísticamente significativo. Se compararon las variables intervinientes en ambos grupos: edad, procedencia, grado de instrucción, nivel socioeconómico y estado civil; no encontrándose significancia estadística en ninguna de estas variables.

Conclusión: La depresión post parto es un factor de riesgo para el fracaso de lactancia materna exclusiva.

Palabras clave: Depresión post parto, lactancia materna exclusiva (fuente: DECS/BIREME)

ABSTRACT

Objective: To determine if postpartum depression (PPD) is a risk factor for exclusive breastfeeding failure in mothers of patients at Hospital Belen de Trujillo.

Material and methods: A prospective cohort study was carried out on 115 mothers who were discharged from hospital and received an indication for exclusive breastfeeding. The Edinburgh test for postpartum depression was applied in two stages, the first at the time of selection and the second at week 6. Then, a self-efficacy test was performed to identify the group that failed in exclusive breastfeeding. The sample was collected from January to April 2020. In the statistical analysis, the Chi Square test and the Relative Risk were used.

Results: It was determined that PPD is a risk factor for exclusive breastfeeding failure (RR=3.09), CI 95% (1.99 - 4.79). The Chi-square test gives as (p): 20.53, indicating a significant $p < 0.05$. The variables involved in both groups were compared: age, origin, educational level, socioeconomic level and marital status; not finding statistical significance in any of these variables.

Conclusion: Postpartum depression is a risk factor for exclusive breastfeeding failure.

Key words: Postpartum depression, exclusive breastfeeding (source: DECS/BIREME)

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Marco teórico

La lactancia materna (LM) es un suceso biológico (1) que ha demostrado otorgar beneficios para el neonato y el lactante menor (1,2). Numerosos estudios demuestran que la lactancia materna puede prevenir mortalidad y morbilidad, especialmente cuando se trata de infecciones del tracto respiratorio, diarreas y sepsis (2). Además de su rol protagónico en el desarrollo de una adecuada composición osteomuscular y óptimo incremento del coeficiente intelectual (2,3); existen numerosas evidencias científicas que le atribuyen una disminución en la incidencia de enfermedades crónicas como obesidad, diabetes mellitus tipo 1 y asma bronquial (3). La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que se debe dar lactancia materna exclusiva (LME) hasta los seis meses de edad y luego, lactancia materna más alimentación complementaria (LMC), al menos hasta los 2 años (4).

En el 2018, ENDES (encuesta demográfica y de salud familiar) estimó que en el Perú las madres que dieron lactancia materna exclusiva a sus bebés menores de 6 meses fue de 67.9 %, quienes se encontraron en mayor proporción en el área rural (81,3%) a diferencia del área urbana (62,2%). En La Libertad , en 2018, 60% a 69,6 % de lactantes menores de 6 meses fueron alimentados con leche materna de manera exclusiva.(28)

La leche materna es un producto biológico complejo, su actividad protectora y nutricional asegura el óptimo crecimiento y desarrollo del lactante (2), la formación de leche materna es un proceso que ocurre en tres fases: emulsión-glóbulos de grasa, suspensión-micelas de caseína y solución-constituyentes hidrosolubles (2–4). La fase de emulsión constituye la fase de lípidos de la leche materna en la que se hallan los ácidos grasos libres, aceites, grasas y otros componentes liposolubles (4) además éstos a su vez maximizan los procesos de digestión y absorción de nutrientes; la fase de emulsión es rica en colesterol, antioxidantes y factores de protección, los últimos dos están implicados en una importante actividad bactericida

destacando aquí, el factor anti estafilocócico de los ésteres (4,5). La siguiente fase, de suspensión es la que contiene proteínas como las caseínas (5) y nutrientes como el calcio y fósforo, ésta fase es nutricional y abastece las necesidades de crecimiento celular estructural del lactante. La fase de solución, se compone básicamente por sustancias hidrosolubles como carbohidratos, enzimas, vitaminas y minerales; todo esto es considerado como el suero de la leche (6). Dentro de los principales factores protectores del suero de leche tenemos a la IgA, IgG, IgM, IgD e IgE, las cuales son las principales inmunoglobulinas, la lactoferrina, el interferón, los factores del sistema del complemento C3 y C4(3,5,6).

La leche materna tiene tres diferentes y distintas etapas: calostro, leche de transición y leche madura (6), el calostro es la primera etapa de la leche materna y se produce durante la etapa final del embarazo y se puede prolongar días después del nacimiento del bebé. Es de aspecto amarillento, también es más densa que la leche que se produce en las siguientes etapas. El calostro es una sustancia abundante en vitaminas solubles en grasas, inmunoglobulinas, proteínas y minerales. El calostro es reemplazado por la leche de transición dos a cuatro días posteriores al nacimiento, esta dura alrededor de dos semanas y contiene altos niveles de lactosa, grasa y vitaminas solubles en agua, además contiene más calorías que el calostro(2,3,7).

La leche madura, cuya producción se inicia alrededor de las 2 semanas, está formada por un 90% de agua, que es indispensable para sostener los requerimientos diarios de agua y mantener al bebé hidratado, el 10% restante está integrado por proteínas, grasas, carbohidratos y micronutrientes que son indispensables para el óptimo desarrollo y crecimiento del lactante (7); su valor energético es de aproximadamente 700 kcal/l (8)(27)

En materia de lactancia materna, la OMS proporciona herramientas educativas para enseñar a las madres primerizas a amamantar a sus hijos; así mismo, en alianza con diferentes organizaciones internacionales que promueven la salud materno infantil, elaboran políticas de promoción y

protección de la lactancia materna, entre ellas la iniciativa de hospitales amigos de la madre y el niño. En base a éstas políticas cada gobierno instaure directivas para que los profesionales de la salud ejecuten diversas estrategias en pro de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y la lactancia materna con alimentación complementaria hasta por lo menos los dos años; estas estrategias están diseñadas para ponerlas en práctica desde el control prenatal e involucran a la pareja o familiar cercano con el propósito de evitar el abandono de la lactancia (9).

Algunas de las estrategias que la OMS sugiere como puntos cruciales para asentar una lactancia exitosa son el contacto piel con piel al momento del nacimiento (incluso en casos de cesárea), la presencia de la pareja o un acompañante en el momento del parto, la exclusividad de la lactancia como alimento del bebé, la alimentación a libre demanda y la práctica del alojamiento conjunto para facilitar la lactancia (10).

Distintos estudios comunican un descenso en las tasas de establecimiento de una lactancia materna exitosa, lo cual, a pesar de muchos esfuerzos desarrollados por distintos organismos internacionales y países, no se ha logrado revertir (5). El consumo de productos como fórmulas (6) u otros alimentos antes de cumplir los seis meses es una práctica común hoy en día; investigaciones en distintas partes del mundo han demostrado que antes de los seis meses, la incidencia de abandono de la lactancia materna exclusiva puede llegar hasta el 90% (6,7). A pesar que la lactancia materna es un tema importante en salud pública y se encuentra bajo continuo estudio y revisión, los avances no han sido suficientes para llevar a niveles óptimos las tasas de inicio y mantenimiento del amamantamiento, que permitan al niño alcanzar un adecuado estado nutricional y un crecimiento y desarrollo óptimos (7).

El abandono de la lactancia materna se relaciona a una gran cantidad de factores los cuales varían de acuerdo al territorio geográfico y diversos contextos (9). La clase social, la edad, el estado civil, las adicciones, la primiparidad, la intención de alimentar con fórmula, el control prenatal deficiente, el retraso del contacto piel a piel, la mayor estadía post parto, los

problemas con el pezón, los trastornos depresivos y de ansiedad han sido identificados como factores asociados al abandono de la LME (9,11).

Todas las madres y familiares necesitan información y educación acerca de cómo alimentar y cuidar a sus bebés; así como, del apoyo y asistencia familiar y social después del parto. La relación social y familiar de la madre es importante para el éxito de la lactancia materna (12) ya que influye potencialmente con respecto a la forma de alimentación que la madre decide sobre su hijo(9) .

El estado psíquico de la madre también es un factor asociado a muchas alteraciones psicológicas del futuro niño; una madre insatisfecha con su posición económica, social o afectiva con su pareja (13) es una madre emocionalmente inestable, incluso pueden llegar a adoptar actitudes con manifestaciones físicas y de rechazo a su embarazo o a su recién nacido (14), éstas actitudes a su vez generan efectos de ansiedad, fragilidad emocional y tristeza de carácter crónico durante la etapa del embarazo; esto se relaciona con irritabilidad, llanto y dificultades para la alimentación de la madre y por consecuencia un déficit en la correcta producción de leche materna (14,15). La actitud de rechazo al embarazo parece ser el aspecto central que está implicado en la interacción madre-hijo, dificultando así en gran medida la disposición psicológica para amamantar (16).

El estado de ánimo y los síntomas de depresión y ansiedad pueden ser comunes durante el embarazo (17) y más aún en los primeros días y semanas postparto; en el período posparto temprano, los síntomas del estado de ánimo duran aproximadamente 2 semanas (17,18); estos síntomas generalmente se resuelven espontáneamente sin secuelas, sin embargo, un estado de depresión materna y ansiedad más severos y persistentes deben despertar la sospecha de una depresión post parto (9); la aparición de DPP generalmente ocurre dentro de los primeros meses después del parto, aunque algunas mujeres informan la aparición de síntomas durante el embarazo, la DPP puede incluir ansiedad severa, agitación, pensamientos suicidas y / o falta de interés en el recién nacido, así mismo; los pensamientos obsesivos durante el periodo perinatal que

están cada vez más documentados como la forma de presentación entre muchas mujeres que buscan tratamiento(20) .

Las hormonas reproductivas femeninas como el estrógeno y la progesterona derivan de un precursor común, el colesterol; estas hormonas, además de sus funciones reproductivas, tienen potentes efectos neuro reguladores en una línea de sucesos no reproductivos que incluyen el estado de ánimo (21). Estudios establecen que el inicio de los síntomas se debe a una desregulación hormonal, la cual está implicada en la patogénesis de las mujeres con DPP. A pesar de los niveles normales de hormonas reproductivas, las mujeres con DPP tienen una respuesta anormal a los cambios en los niveles de esteroides reproductivos (estrógeno y progesterona) (22), además, cada vez hay más pruebas de que las anomalías en la actividad del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HPA) juegan un papel clave en la etiología de la DPP. El estrógeno y la progesterona tienen interacciones con el eje HPA y por lo tanto puede desencadenar las anomalías del mismo (19,21,23); en mujeres susceptibles se producen cambios hormonales notables en la transición desde el embarazo hasta el período posparto.

El tercer trimestre del embarazo se caracteriza por niveles altos de estrógenos así como niveles altos de progesterona y un eje hiperactivo HPA (normal durante el embarazo) con cortisol plasmático alto que es estimulado en parte por los altos niveles de estrógeno y progesterona (23). En la etapa del parto y durante la transición al período posparto, los estrógenos y la progesterona disminuyen rápidamente y hay una actividad detenida del eje HPA debido a la supresión hipotalámica de la secreción de la hormona liberadora de corticotropina (CRH), esta supresión puede estar causada debido al tiempo que llevan las cortezas suprarrenales hipertróficas para reducir progresivamente y volver gradualmente a la normalidad (20,24,25). En el puerperio el eje HPA parece alterado en mujeres con DPP, además, aunque el desencadenante de DPP es probablemente heredable, los estudios previos sugieren que el inicio de DPP está determinado por factores genéticos y ambientales (26).

En un eje HPA normal, la secreción de CRH desde el núcleo paraventricular del hipotálamo desencadena la estimulación de la hormona adrenocorticotrópica (ACTH) de la adenohipófisis y, por lo tanto, el cortisol de la corteza suprarrenal. Este sistema hormonal se regula por retroalimentación negativa mediada por receptores de cortisol en la hipófisis anterior, el hipotálamo y el hipocampo, así como receptores de ACTH en la glándula suprarrenal (27); en pacientes deprimidos, se ha demostrado que hay diferencias en la regulación del eje HPA. Una característica en el eje HPA de la depresión es la respuesta exagerada al estrés y la incapacidad para mantener la regulación.

En mujeres con DPP y mujeres puérperas sin enfermedad depresiva se muestran anomalías en la actividad del eje HPA (20). Sin embargo, en las primeras semanas posparto, las mujeres presentan un eje HPA refractario al estímulo externo de CRH (27). Por el contrario, se ha demostrado que las mujeres con DPP experimentan una constante respuesta de ACTH a la hormona liberadora de corticotropina (CRH); a las 6 a 12 semanas posparto comparado con mujeres no deprimidas, interpretado como un reflejo de un eje HPA hiporeactivo en curso (22,23,27).

1.2 Antecedentes

Assarian F, et al (Irán, 2014) realizaron un estudio cuya finalidad era demostrar la asociación entre la salud mental materna y el estado de lactancia materna mediante un estudio de casos y controles, en el que ingresaron 458 madres de las cuales se dividieron en dos grupos, el grupo de madres con DPP (casos) y el grupo de madres sin DPP (control), en el se empleó el cuestionario GHQ y la entrevista clínica para la recopilación de datos. Los datos se analizaron estadísticamente utilizando la prueba de Chi cuadrado. Encontraron que las madres del grupo de casos tenían mayor susceptibilidad al fracaso de lactancia materna exclusiva a diferencia de las madres del grupo control, asociaron directamente el estado de lactancia materna al estado depresivo ($p=0.001$; $OR=5.48$) además encontraron

asociaciones significativas entre características sociodemográficas como el estado ocupacional materno ($p=0.04$) y la educación ($p=0.006$) con la lactancia materna.

Lara S, et al (Estados Unidos, 2017) efectuaron un estudio cuya finalidad era demostrar la asociación entre la DPP, ansiedad y lactancia materna en madres latinas. Mediante un estudio piloto en el que ingresaron 34 madres durante su tercer trimestre de embarazo y seguimiento a los hijos durante 8 semanas después del parto. Evaluaron la depresión utilizando la escala de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS), el estado de la lactancia se evaluó a las 4 y 8 semanas post parto. La depresión prenatal, DPP y ansiedad se asociaron significativamente con la interrupción temprana de la lactancia materna ($p<0,05$), además encontraron una asociación significativa entre la interrupción temprana y el estado de depresión a las 8 semanas post parto ($p<0,05$).

Tingting Sha. et al (China 2018) efectuaron un estudio que tenía como objetivo demostrar la asociación entre síntomas de depresión post parto y las prácticas de alimentación infantil; a través de un estudio de cohortes, prospectivo se incluyeron a 956 pares de madres e hijos, 56 madres presentaron síntomas positivos para el diagnóstico de DPP con un punto de corte >10 . El porcentaje de madres que dio inicio temprano a la lactancia materna fue de 75.8%, mientras que la duración promedio de la lactancia materna exclusiva fue de 3.90 +/- 2.33 meses. Los síntomas depresivos post parto se asociaron con una menor duración de la lactancia materna exclusiva ($P < 0.05$). En su estudio de covariables, encontraron que los síntomas depresivos post parto se asocian con un mayor riesgo para la interrupción tanto de la lactancia materna exclusiva y parcial. Estas asociaciones fueron significativas en los análisis de sensibilidad utilizando un corte EPDS de ≥ 13 .

Machado. et al (Brasil 2014) realizaron una investigación que tenía como objetivo evaluar los determinantes en el fracaso de la lactancia materna exclusiva; a través de un estudio de cohortes, longitudinal, se incluyeron y realizaron seguimiento a 168 madres a las que se le realizaron tres

entrevistas, a los 30, 60 y 120 días post parto. La Escala de depresión postnatal de Edimburgo se aplicó para identificar los síntomas depresivos en la primera y segunda reunión, con una puntuación de ≥ 12 considerado como el punto de corte. Se investigaron las variables socioeconómicas, demográficas y obstétricas, junto con las condiciones emocionales y la red social de las nuevas madres durante el embarazo y el período posparto. La prevalencia en el abandono de la lactancia materna exclusiva a los 30, 60 y 120 días después del parto fue del 53.6% (n=90), 47. % (n=80) y 69.6% (n=117) respectivamente. Síntomas depresivos y el parto traumático se asociaron con el abandono de la lactancia materna exclusiva en el segundo mes post parto ($p=0.003$).

Torquato et al (Brasil 2018) realizaron un estudio de cohorte prospectivo con la finalidad de evaluar la asociación entre la depresión post parto y el cese de la lactancia materna exclusiva. Se seleccionó a 83 mujeres las cuales fueron seguidas durante 210 días post parto. Se les aplicó la Escala de autoeficacia de la lactancia materna (BSES) y la Escala de depresión posnatal de Edimburgo (EPDS). Los resultados muestran que las probabilidades de cese de la LME disminuyen en un 80% cuando la autoeficacia de la lactancia materna cambia de media a alta, y en un 48% cuando cambia de baja a media, lo que demuestra la existencia de una asociación positiva con la lactancia materna exclusiva. La presencia de síntomas de DPP presentó una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,0303$) con el cese de la LME.

1.3 Justificación

Considerando que la depresión es un estado de ánimo observado con frecuencia en madres gestantes y en aquellas madres que se encuentran dando de lactar; la asociación entre el estado depresivo y su repercusión en la lactancia ha sido establecido; la presencia de la depresión postparto está relacionada con repercusión tanto personal como social, además la calidad de la lactancia y la relación madre-hijo que está notablemente

alterada. En tal sentido, es conveniente la identificación de factores de riesgo relacionados con el fracaso de una lactancia materna exclusiva.

Existe evidencia entre la asociación de la depresión posparto y el fracaso de lactancia materna, no existiendo aun en nuestro país un estudio respecto a si la influencia de la depresión posparto es positiva o negativa con respecto al fracaso de la lactancia materna exclusiva.

El Ministerio de Salud del Perú promueve políticas de promoción y protección a la lactancia materna evidenciándose a través de documentos normativos, como la Directiva Administrativa que establece los lineamientos para certificación de las instituciones de salud amigas de la madre , la niña y el niño; certificación que se logra con el cumplimiento de tres aspectos fundamentales: los 10 pasos para la lactancia materna exitosa, el reglamento de alimentación infantil y los lactarios institucionales. Los establecimientos de salud del país están realizando un arduo trabajo para constituirse en amigos de la madre, la niña y el niño, sin embargo, la presencia de depresión posparto no se ha considerado como un factor de riesgo que limite la lactancia materna exclusiva por lo que el estudio de esta condición y cómo influye en ella, se constituye en una herramienta más que contribuye a la lactancia materna exitosa.

Creemos necesario corroborar esta asociación en nuestra realidad con fines de plantear estrategias que mejoren tanto las condiciones de la madre como del recién nacido, asimismo, tomando la cuenta la falta de estudios similares en nuestro país, es que nos planteamos realizar la presente investigación.

1.4 Enunciado del problema:

¿Es la depresión post parto un factor de riesgo para el fracaso de lactancia materna exclusiva en el Hospital Belén de Trujillo?

1.5 Hipótesis:

Hipótesis alterna (Ha):

La depresión post parto es factor de riesgo para el fracaso de lactancia materna exclusiva en madres de pacientes del Hospital Belén de Trujillo.

Hipótesis nula (Ho):

La depresión post parto no es factor de riesgo para el fracaso de lactancia materna exclusiva en madres de pacientes del Hospital Belén de Trujillo.

1.6 Objetivos:

Objetivo general:

- Determinar si la depresión post parto es un factor de riesgo para el fracaso de lactancia materna exclusiva en madres de pacientes del Hospital Belén de Trujillo.

Objetivos específicos:

- Determinar si las variables intervinientes edad, procedencia, grado de instrucción, nivel socioeconómico, estado civil en las mujeres con y sin depresión postparto están asociadas al fracaso de la lactancia materna exclusiva.

2. Material y métodos:

2.1 Población, muestra y muestreo

Población Universo:

Madres de pacientes que acudieron al Consultorio Externo de Crecimiento y Desarrollo (CRED) del Hospital Belén de Trujillo.

Población de estudio:

Madres de pacientes que acudieron al Consultorio Externo de Crecimiento y Desarrollo (CRED) del Hospital Belén de Trujillo entre Enero del 2020 y Abril del 2020.

2.2 Criterios de selección:

❖ Criterios de inclusión (expuestos):

- Madres que tuvieron contacto piel con piel con el recién nacido después del nacimiento.
- Madres de recién nacidos que al alta salieron con indicación de lactancia materna exclusiva.
- Madres de lactantes de 3 semanas a más.
- Madres sanas, nunca hospitalizadas.
- Madres que tuvieron una gestación a término.
- Madres que tuvieron parto eutócico o cesárea.
- Madres de recién nacidos a término sanos
- Madres con depresión post parto según escala de Edimburgo.

❖ Criterios de inclusión (no expuestos):

- Madres que hayan tenido contacto piel con piel con el recién nacido después del nacimiento.
- Madres recién nacido que al alta salieron con indicación de lactancia materna exclusiva.
- Madres de lactantes de 3 semanas a más.
- Madres sanas, nunca hospitalizadas.
- Madres que tuvieron una gestación a término.
- Madres que tuvieron parto o cesárea.

- Madres sin depresión post parto según escala de Edimburgo.

❖ **Criterios de exclusión (ambos grupos):**

- Madres con tuberculosis mamaria
- Madres con diagnóstico de VIH.
- Madres que se encuentran en UCI.
- Madres con trastornos psiquiátricos previos al presente embarazo.
- Mujeres que consumieron fármacos que interfieren con la lactancia.
- Madres que no colaboraron con la aplicación de los Test de Edimburgo y/o la encuesta de autoeficacia de lactancia materna.

2.3 Muestra:

2.3.1 Unidad de Análisis

Estuvo conformado por las madres de pacientes que acudieron a CRED del Hospital Belén de Trujillo y que cumplieron con los criterios de selección.

2.3.2 Unidad de Muestreo:

Estuvo conformado por la información recolectada a través de encuestas realizadas a las madres de los pacientes que acuden a CRED del hospital Belén de Trujillo y que cumplan con los criterios de selección.

2.3.3 Tipo de Muestreo:

Probabilístico, aleatorio simple

2.3.4 Tamaño muestral:

Para la determinación del tamaño de muestra se utilizó la fórmula estadística para estudio tipo cohortes:

Fórmula:

Tamaños de muestra para aplicar el test χ^2 :

$$n_1 = \frac{\left(z_{1-\alpha/2} \sqrt{(1+\phi)\bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta} \sqrt{\phi P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right)^2}{\phi(P_1 - P_2)^2}; n_2 = \phi n_1$$

Donde:

- P_i es la proporción esperada en la población i , $i=1, 2$,
- ϕ es la razón entre los dos tamaños muestrales,
- $\bar{P} = \frac{P_1 + \phi P_2}{1 + \phi}$.

- $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ (Coeficiente de Confiabilidad al 95% de confianza)
- $Z_{1-\beta} = 1,2816$ (Coeficiente de Potencia de Prueba 90%)
- P_1 es el riesgo en expuestos,
- P_2 es el riesgo en no expuestos,
- P_1 y P_2 se relacionan con RR del modo siguiente: $P_1 = P_2 RR$, $P_2 = \frac{P_1}{RR}$,
- ϕ es la razón entre el tamaño muestral de no expuestos y el de expuestos.

Cálculo: EPIDAT 4.2 (ver referencia 2)

Datos:

Riesgo en expuestos:	83,000%
Riesgo en no expuestos:	48,000%
Riesgo relativo a detectar:	1,729
Razón no expuestos/expuestos:	4,00
Nivel de confianza:	95,0%

Resultados:

Potencia (%)	Tamaño de la muestra*		
	Expuestos	No expuestos	Total
90,0	23	92	115

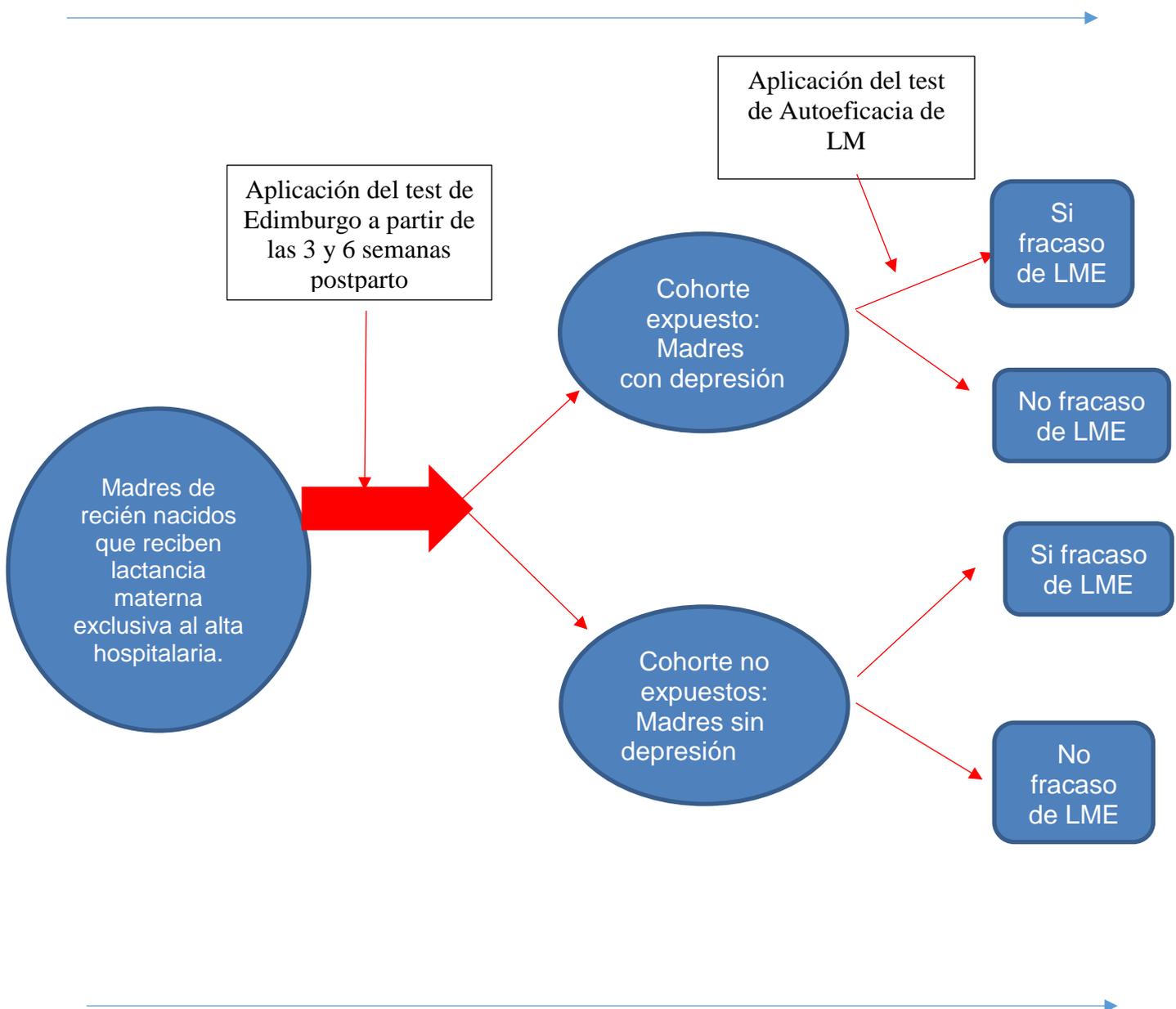
2.4 Diseño de estudio

2.4.1 Tipo de estudio

El trabajo de investigación realizado fue analítico, observacional, prospectivo de cohorte.

Esquema:

Dirección de investigación



Línea de tiempo

2.5 Variables y escalas de medición

VARIABLE	TIPO	ESCALA	INDICADORES	ÍNDICES
DEPENDIENTE Fracaso de lactancia materna exclusiva	Cualitativa	Nominal	Escala para la eficacia de lactancia materna: <ul style="list-style-type: none"> • Autoeficacia baja (14 a 32 puntos) • Autoeficacia media (33 a 51 puntos) • Autoeficacia alta (52 a 70 puntos). 	Si (Media-Baja) No (Alta)
INDEPENDIENTE: Depresión post parto	Cualitativa	Nominal	Medida a través de la escala de depresión post parto de Edimburgo (EPDS) DPP: ≥ 10 puntos	Si No
INTERVINIENTE Edad	Cuantitativa	Discreta	Ficha de recolección de datos	Años
Procedencia	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Rural – Urbano

Grado de instrucción	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Superior Secundaria Primaria
Nivel socioeconómico	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Alto Medio Bajo
Estado civil	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Soltera Casada Viuda Divorciada

2.6 Definición operacional de las variables

1. Fracaso de lactancia materna exclusiva:

Alimentación del lactante menor de 6 meses que alterna la lactancia materna exclusiva con leche artificial, líquidos u otros alimentos o aquel paciente que se alimenta exclusivamente de fórmula láctea en los 6 primeros meses de vida. El fracaso corresponde a un puntaje menor de 51 puntos con la Escala de autoeficacia para lactancia materna (BSES) (29).

2. Depresión post parto:

Es un trastorno del estado de ánimo que puede afectar a las mujeres durante el embarazo y después del parto, se caracteriza por llanto, apatía y sentimientos de incapacidad para afrontar el cuidado del recién nacido y las tareas del hogar que aparece después del parto y que puede extenderse luego de la tercera semana de vida del bebé

o posteriormente hasta un año. Corresponde a un puntaje mayor o igual de 10 puntos con la escala de Edimburgo. (30)

3. Edad:

Se tomó el dato reportado en las encuestas realizadas a las madres de pacientes que acuden al programa de CRED del Hospital Belén de Trujillo.

4. Procedencia:

Se tomó el dato correspondiente de las encuestas realizadas a las madres de pacientes que acuden al programa de CRED del Hospital Belén de Trujillo.

5. Grado de instrucción:

Es el grado de estudios más elevado o en curso. Se tomó el dato a través de la encuesta realizada a las madres que acuden al programa de CRED del hospital Belén de Trujillo.

6. Nivel socioeconómico:

Está basado en los ingresos, educación y empleo de las personas. Fue determinada mediante la ficha de recolección de datos.

7. Estado civil:

Se determinó según ficha de recolección de datos.

2.7 Procedimientos y técnicas:

Ingresaron al trabajo de investigación 120 madres de pacientes que acuden a CRED del Hospital Belén de Trujillo y que cumplieron con los criterios de selección; se solicitó el permiso correspondiente en el departamento mencionado en el cual se obtuvo la información a través de la realización de encuestas y se procedió a:

1. Se entregó a cada mamá una hoja informativa sobre el trabajo de investigación y posteriormente se solicitó la firma del consentimiento informado.

2. Se procedió a llenar la Ficha de recolección de datos (ANEXO 5)

3. Se aplicó el test de Edimburgo (ANEXO 3), por primera vez, a todas las pacientes que cumplieron los criterios de inclusión en forma consecutiva a la llegada al establecimiento de salud. Se tomó en cuenta para la aplicación de la primera encuesta que las 120 madres hayan tenido 3 semanas a más de tiempo post parto.

4. Se aplicó el segundo test de Edimburgo 6 las semanas postparto a 115 madres, los 5 restantes no fueron localizadas. Es necesario informar que en esta segunda evaluación se aplicó a algunas madres el test vía telefónica ya que debido a la emergencia sanitaria por Covid-19 se cerró el consultorio de CRED. Se obtuvo dos grupos de cohorte: expuesta (madres con DPP) y no expuesta (madres sin DPP)

5. Inmediatamente se procedió a aplicar la encuesta de autoeficacia de lactancia materna a ambos grupos (ANEXO 4).

2.8 Análisis de datos:

Los datos recopilados de la ficha de recolección fueron ingresados a una matriz de datos en el Microsoft Excel 2016, luego exportados al Paquete Estadístico IBM SPSS STATISTICS 25 para su respectivo procesamiento.

Estadística Descriptiva:

Los resultados para las variables cualitativas se presentaron en tablas cruzadas con frecuencias absolutas y porcentuales. Para las variables cuantitativas se presentaron en medias y desviaciones estándar.

Estadística Analítica:

Para las variables cualitativas se usó la prueba Chi Cuadrado de Pearson y para las variables cuantitativas se usó la prueba t-Student, ambas pruebas con un nivel de significancia del 5% ($p < 0,05$.)

Estadígrafo:

El estadístico que se usó es una medida de riesgo que según el tipo de estudio es el riesgo relativo (RR) estimado puntual y por intervalos al 95% de confianza.

		Fracaso de lactancia materna exclusiva	
		Si	No
Depresión post parto	Si	a	b
	No	c	d

Donde:

$$RR = \frac{I_e}{I_o} = \frac{a/(a+b)}{c/(c+d)}$$

I_e = Incidencia en expuestos

I_o = Incidencia en no expuestos

El RR obtenido en un estudio es una estimación puntual y, por lo tanto, debe calcularse su intervalo de confianza (IC). Si el IC del 95% no incluye el valor $RR = 1$, existe una asociación estadísticamente significativa entre el factor de estudio y el desenlace. Para calcularlo, debe determinarse, en primer lugar, el error estándar del logaritmo natural (neperiano) del RR:

$$EE (\ln RR) = \sqrt{\frac{b}{(a+b) \times a} + \frac{d}{(c+d) \times c}}$$

Donde la RR es el logaritmo natural del RR. El IC de $\ln RR$ se calcula del siguiente modo:

$$\ln RR \pm z_{\alpha/2} \times EE (\ln RR)$$

Dado que la formula anterior permite obtener los límites del IC del logaritmo del RR, deberán determinarse sus antilogaritmos para conocer el IC del RR.

2.9. Aspectos éticos:

El siguiente estudio contó con el permiso de la comisión de Ética e investigación del Hospital Belén de Trujillo; así como, el de la Universidad Privada Antenor Orrego. Dado que es un trabajo de cohortes en el cual solo se recogieron datos clínicos de las encuestas realizadas a las madres de los pacientes; se tomó en cuenta la declaración de Helsinki II (Numerales: 11, 12, 14, 15,22 y 23) y la ley general de salud (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA) (31).

III. RESULTADOS:

De las 120 mujeres que acudieron a CRED del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo Enero- Marzo del 2020 que cumplieron los criterios de selección, se recopiló información de 115 de ellas, a las que se les aplicó la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo de la cuales 23 tuvieron DPP y 92 no padecieron dicha afección. Luego a ambos grupos se les aplicó el test de autoeficacia de lactancia materna y en el grupo con DPP 17 hicieron fracaso de LME mientras que en el grupo sin DPP fueron 22. Se obtuvieron los siguientes resultados:

En la tabla 1 se determinó que la DPP si es un factor de riesgo para el fracaso de lactancia materna exclusiva. (RR=3,09). Con un IC 95%: 3,09 (1,99 - 4,79), lo que significa que una madre con depresión post parto tiene 3,09 veces más probabilidad de tener fracaso de lactancia materna exclusiva en comparación a la que no tiene depresión postparto.

De la tabla 2 encontramos que la edad obtuvo un valor $p = 0.9309$, la procedencia $p=0.567$, el grado de instrucción $p=0.148$, nivel socioeconómico $p=0.767$ y estado civil $p=0.150$. No se verificaron diferencias significativas respecto a estas variables en las madres con DPP asociado al fracaso de LME por no tener valores p menores de 0.05.

De la tabla 3. encontramos que la edad, procedencia, grado de instrucción, nivel socioeconómico y estado civil en mujeres sin DPP no se asociaron con el fracaso de lactancia materna exclusiva por no tener valores p menores de 0.05

En la tabla 4 tenemos el análisis de regresión logística múltiple con las variables DPP, procedencia, nivel socioeconómico, estado civil y edad, en donde solo se mantuvo la DPP como factor de riesgo para el fracaso de LME, con un RR controlado de 3.08 (p=0000)

Tabla Nº 1: Depresión post parto como factor de riesgo para el fracaso de lactancia materna exclusiva en madres de pacientes del hospital Belén de Trujillo.

Depresión postparto	Fracaso de lactancia materna exclusiva				Total
	Si		No		
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Si	17	73.9%	6	26.1%	23
No	22	23.9%	70	76.1%	92

RR (IC 95%): 3,09 (1,99 - 4,79) χ^2 de Pearson (p): 20,53 (p = 0,000), p < 0,05 significativo.

Tabla 2: Características de las pacientes con Depresión postparto asociadas al Fracaso de la lactancia materna exclusiva. Hospital Belén de Trujillo.

Variables intervinientes	Fracaso de lactancia materna exclusiva				p
	Si		No		
	ni	%	ni	%	
Edad					
< 25	6	75.0	2	25.0	0.9309
≥ 25	11	73.3	4	26.7	
Procedencia					
Rural	3	100.0	0	0.0	0.2698
Urbano	14	70.0	6	30.0	
Grado de instrucción					
Primaria	0	0.0	0	0.0	0.9566
Secundaria	3	75.0	1	25.0	
Superior	14	73.7	5	26.3	
Nivel socioeconómico					
Bajo	3	75.0	1	25.0	0.9566
Medio	14	73.7	5	26.3	
Alto	0	0.0	0	0.0	
Estado civil					
Soltera	11	78.6	3	21.4	0.5257
Casada	6	66.7	3	33.3	
Total	17		6		

X² de Pearson, p < 0.05 significativo.

Tabla 3: Características de las pacientes sin Depresión postparto asociadas al Fracaso de la lactancia materna exclusiva. Hospital Belén de Trujillo.

Variables intervenientes	Fracaso de lactancia materna exclusiva				p
	Si		No		
	ni	%	ni	%	
Edad					
< 25	8	38.1	13	61.9	0.0828
>=25	14	19.7	57	80.3	
Procedencia					
Rural	3	16.7	15	83.3	0.4216
Urbano	19	25.7	55	74.3	
Grado de instrucción					
Primaria	1	9.1	10	90.9	0.4425
Secundaria	10	27.8	26	72.2	
Superior	11	24.4	34	75.6	
Nivel socioeconómico					
Bajo	7	26.9	19	73.1	0.6710
Medio	15	22.7	51	77.3	
Alto	0	0.0	0	0.0	
Estado civil					
Soltera	14	28.6	35	71.4	0.2635
Casada	8	18.6	35	81.4	
Total	22		70		

X² de Pearson, p < 0.05 significativo.

Tabla 4: Análisis de Regresión Logística para el Fracaso de la Lactancia Materna Exclusiva. Hospital Belén de Trujillo.

Variables en la ecuación	B	EE(B)	X²W	gl	RR	P
Constante	-1.594	0.402	15.732			
Depresión postparto	2.19	0.547	16.041	1	3.08	0.000
Procedencia	-0.552	0.732	0.569	1	0.68	0.451
Nivel socioeconómico	0.452	0.626	0.522	1	1.32	0.470
Estado civil	0.455	0.47	0.937	1	1.36	0.333
Edad	0.578	0.514	1.262	1	1.45	0.261

V. DISCUSION

Los síntomas de depresión y ansiedad pueden ser comunes durante el embarazo (17) y más aún en los primeros días y semanas, estos síntomas duran aproximadamente 2 semanas. La depresión post parta (DPP) puede incluir ansiedad severa, agitación, pensamientos suicidas y falta de interés en el recién nacido. Las hormonas reproductivas femeninas como el estrógeno y la progesterona derivan de un precursor común, el colesterol; estas hormonas además de sus funciones reproductivas se ha demostrado que tienen potentes efectos neuroreguladores en una línea de sucesos no reproductivos que incluyen el estado de ánimo (21). A pesar de los niveles normales de hormonas reproductivas, las mujeres con DPP tienen una respuesta anormal a los cambios en los niveles de esteroides reproductivos (estrógeno y progesterona) (22).

El abandono de la lactancia materna se relaciona a una gran cantidad de factores, los cuales varían de acuerdo al territorio geográfico y diversos contextos (9). La clase social, la edad, el estado civil, adicciones, primiparidad, la intención de alimentar con fórmula, un control prenatal defectuoso, el retraso del contacto piel con piel, mayor estadía post parto, problemas con el pezón y trastornos depresivos y de ansiedad, han sido relacionados como factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva (LME) (9,11).

En el presente estudio se encontró que la DPP es un factor de riesgo para el fracaso de lactancia materna exclusiva (RR : 3,09; $p < 0,05$), lo cual coincide con Assarian y cols, que en 2014 realizó un estudio de casos y controles en un grupo de 458 madres donde asoció directamente el estado de lactancia materna con la DPP; encontraron que las madres del grupo con DPP tenían 5.48 veces más susceptibilidad al fracaso de la LME que las madres del grupo sin DPP; asociaron el estado depresivo post parto directamente con la lactancia materna exclusiva (OR=5.48). Este hallazgo se asemeja a la investigación de Lara et al realizada en Estados Unidos, en el cual 34 mujeres fueron inscritas durante su tercer trimestre de embarazo y se les dio seguimiento durante las 8 semanas posteriores al parto, se aplicó la escala de Edimburgo a las 4 y 8 semanas dando como resultado una asociación significativa entre la depresión postparto y el cese de la lactancia materna a las 8 semanas posparto ($p = 0,015$) lo que sugiere

una importante implicancia fisiológica de la interrupción temprana de la LME entre las mujeres con DPP. Un resultado similar se encontró en el estudio realizado por Tingting Sha et al en 2015 en China, quienes entrevistaron a 956 madres; demostraron asociación entre DPP y el cese de LME ($P = 0,047$) y además asociación entre DPP y lactancia materna parcial ($P = 0,006$) a los 12 meses posparto, también los síntomas de DPP se asociaron con la introducción de fórmula para lactantes en el primer año de vida ($P = 0,016$). Otros autores como Machado et al, realizaron un estudio longitudinal basado en una cohorte de nacimientos en Brasil donde se siguió a 168 madres, se realizaron tres entrevistas, a los 30, 60 y 120 días posparto con el objetivo de evaluar los determinantes en el fracaso de la lactancia materna exclusiva. La prevalencia de abandono de la lactancia materna exclusiva a los 30, 60 y 120 días posparto fue de 53,6% ($n = 90$), 47,6% ($n = 80$) y 69,6% ($n = 117$) respectivamente concluyendo que los síntomas de DPP se asociaron con el abandono de la LME en el segundo mes después del parto. Se contrastó además que la incidencia de abandono de la LME en el segundo mes (47,6%) fue menor que en el primer mes (53,6%) esto se debe a que, a partir del primer mes, las nuevas madres asistidas fueron alentadas y orientadas según principios éticos para amamantar exclusivamente a sus bebés hasta el sexto mes. Otro estudio que contrasta nuestros resultados es el de Torqueato et al, quienes llevaron a cabo una investigación de tipo cohorte en Brasil a 83 mujeres con la finalidad de evaluar la asociación entre la DPP y el cese de LME, comprobaron que la presencia de síntomas de DPP presentó una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,0303$) con el cese de la LME.

En relación con los autores mencionados, reconocemos que la DPP es un factor de riesgo para el fracaso de lactancia materna exclusiva; en nuestro estudio se demostró que una madre con DPP tiene 3,09 veces más probabilidad de tener fracaso de LME en comparación con la que no tiene DPP. En contraste con Assarian et al quienes encontraron que las madres con DPP tienen 5.48 veces más probabilidad de tener fracaso de lactancia materna exclusiva, esto podría atribuirse a un tamaño de muestra más grande a diferencia del nuestro y al uso de una herramienta de medición para el hallazgo de DPP diferente a la escala de Edimburgo, que se usó en nuestra investigación, como lo es el GHQ-28 el cual no es tan específico para el tamizaje de DPP. Además, creemos que estos

resultados tienen relación con los efectos negativos que causa la DPP en la autoestima y la cognición materna. Las mujeres con síntomas depresivos post parto pueden tener interacciones más inadecuadas con sus recién nacidos, como menos contacto, sensibilidad de piel con piel, lo que a su vez aumenta el riesgo de falta de confianza en su capacidad para amamantar a sus bebés, y disminución de la satisfacción relacionada con sus prácticas de alimentación infantil. Además, las posibilidades de que las madres con síntomas depresivos mantengan la lactancia materna o la lactancia materna exclusiva se reducen entre las cuatro y las 16 semanas después del parto.

En el presente trabajo no se encontró significancia estadística al comparar la edad entre la distribución de los grupos analizados. Un estudio que encaja con este hallazgo es el realizado por Machado et al, donde encuentran mayor predisposición en mujeres menores de 20 años con DPP asociado a fracaso de LME, sin embargo, se concluyó que la variable edad no tenía significancia estadística en este grupo de madres ($p=0.478$). A diferencia del trabajo de Tingting Sha et al que consideró que las mujeres menores de 25 años con DPP hacían fracaso de la LME por ende se halló relación significativa entre esta variable ($P= 0.018$). En madres más jóvenes con DPP donde el nivel educativo es menor por lo tanto no pueden acceder a un empleo bien remunerado se hace más complicado enfrentar esta etapa de la vida y tienen predisposición a desarrollar fracaso de LME además por la falta de experiencia al ser, en algunos casos, madres primerizas.

Se realizó el análisis de la variable grado de instrucción donde en el grupo de madres con DPP había un mayor porcentaje de madres con nivel educativo superior asociado al fracaso de LME sin embargo no se encontró significancia estadística de esta variable. Difiere del estudio realizado por Assarian et al donde la mayoría de las madres tenían nivel de educación primario en comparación con el nivel de escuela secundaria en los grupos de casos y controles respectivamente siendo una variable con significancia estadística ($p = 0,006$). Asimismo, Lara. et al reconocer que las madres con primaria incompleta tienen mayor riesgo al fracaso de la lactancia materna exclusiva asociado a la DPP, en contraste con aquellas madres con un grado de instrucción de secundaria completa o estudios superiores ($p = 0,015$). Tingting Sha et al, reconocen que

las madres con DPP y educación superior tienen mayor riesgo de fracaso de LME ($p = 0.029$). Una explicación a éstos resultados es que las madres con estudios superiores concluidos o en proceso, trabajan fuera del hogar entonces le corresponde balancear las responsabilidades de la familia y el trabajo; el doble rol que, tras la incorporación masiva al mundo del trabajo, desempeña la mujer como trabajadora y cuidadora del hogar puede tener consecuencias directas en el rendimiento y en la salud física y mental, cuando se desarrollan de forma conjunta, lo cual puede influenciar en el desarrollo de DPP, además la lactancia materna se vuelve un reto para ellas ya que en algunos casos no disponen del tiempo suficiente para poder amamantar a sus bebés y tienen que reemplazar la leche materna con fórmulas.

En nuestro estudio también se encontró mayor proporción de mujeres con estado civil soltera en ambos grupos, sin embargo, esta variable no se asoció de manera significativa, lo cual difiere con el trabajo realizado por Lara et al donde concluyen que las madres que tienen un estado civil de casados tuvieron mayor probabilidad para desarrollar DPP y tener un fracaso en el proceso de lactancia materna exclusiva. ($p = 0,011$). La soltería conlleva a un mayor riesgo de desarrollar DPP porque al no tener el apoyo económico y emocional de una pareja al momento del nacimiento de un hijo este tipo de mujeres son más susceptibles y por lo tanto su salud mental y la lactancia se verán afectados.

Con respecto a la variable estado socioeconómico en el grupo con madres que tienen DPP asociado a fracaso de LME no se halló significancia estadística, lo cual difiere con el estudio de Lara et al, quienes en su trabajo encontraron que un mayor grupo de madres con DPP asociado a fracaso de LME pertenecía a un nivel socioeconómico bajo encontrando significancia estadística ($p = 0.041$). Esto se debe a que hay mayor predisposición a que una mujer que no percibe ingresos altos, ya sea por diversos motivos, tendrán más tendencia a preocuparse, a no tener un control adecuado de sus emociones y por lo tanto estar más propensas a desarrollar depresión posparto lo cual repercutirá en la lactancia materna exclusiva de manera negativa.

Se estudio también el lugar de procedencia donde se vio que un mayor porcentaje de madres con DPP residen en área urbana, sin embargo, no se encontró significancia estadística de esta variable. Creemos que este resultado se debe a que las mujeres que viven en zonas rurales se les hace más difícil acceder a la ciudad ya sea por la distancia, falta de medio de transporte entre otras razones.

VI. CONCLUSIONES

1. La depresión posparto es un factor de riesgo para el fracaso de lactancia materna exclusiva.
2. No se observaron diferencias significativas en relación las variables edad, grado de instrucción, estado civil, nivel socioeconómico y procedencia tanto en las madres con y sin DPP con respecto a la lactancia materna exclusiva.

VII. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda nuevas investigaciones que complementen el presente estudio y permitan, también, identificar más factores asociados al fracaso de la lactancia materna exclusiva y pueda servir como referencia para futuras investigaciones
2. Es esencial también implementar estrategias de educación hacia las madres acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva con el fin de lograr la mayor frecuencia de esta práctica.
3. Con respecto a la depresión post parto, también es importante plantear nuevas estrategias para el diagnóstico temprano, de igual manera reconocer los factores de riesgo que estén implicados y así disminuir su incidencia.
4. Dar a conocer los resultados del presente trabajo al Hospital Belén de Trujillo, hospital certificado como amigo de la madre la niña y el niño, para sugerir la incorporación en las estrategias institucionales de promoción y protección de lactancia materna, la evaluación de la DPP a toda madre que amamanta con el propósito de realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno de este factor de riesgo de fracaso de la lactancia materna exclusiva.

BIBLIOGRAFIA

1. Stuebe am, meltzer-brody s, propper c, pearson b, beiler p, elam m, et al. The mood, mother, and infant study: associations between maternal mood in pregnancy and breastfeeding outcome. *Breastfeeding medicine*. 19 de agosto de 2019;bfm.2019.0079.
2. Lara-cinisomo s, mckenney k, di florio a, meltzer-brody s. Associations between postpartum depression, breastfeeding, and oxytocin levels in latina mothers. *Breastfeeding medicine*. Septiembre de 2017;12(7):436-42.
3. Ystrom e. Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression: a longitudinal cohort study. *Bmc pregnancy childbirth*. Diciembre de 2012;12(1):36.
4. Cox eq, stuebe a, pearson b, grewen k, rubinow d, meltzer-brody s. Oxytocin and hpa stress axis reactivity in postpartum women. *Psychoneuroendocrinology*. Mayo de 2015;55:164-72.
5. Fairlie tg, gillman mw, rich-edwards j. High pregnancy-related anxiety and prenatal depressive symptoms as predictors of intention to breastfeed and breastfeeding initiation. *Journal of women's health*. Julio de 2009;18(7):945-53.
6. Ystrom e, niegel s, klepp k-i, vollrath me. The impact of maternal negative affectivity and general self-efficacy on breastfeeding: the norwegian mother and child cohort study. *The journal of pediatrics*. Enero de 2008;152(1):68-72.

7. Henderson jj, evans sf, straton jay, priest sr, hagan r. Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth*. Septiembre de 2003;30(3):175-80.
8. Silva cs, lima mc, sequeira-de-andrade las, oliveira js, monteiro js, lima nms, et al. Association between postpartum depression and the practice of exclusive breastfeeding in the first three months of life. *Jornal de pediatria*. Julio de 2017;93(4):356-64.
9. Fallon v, groves r, halford jcg, bennett km, harrold ja. Postpartum anxiety and infant-feeding outcomes: a systematic review. *J hum lact*. Noviembre de 2016;32(4):740-58.
10. World health organization. Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised baby-friendly hospital initiative. 2018;56.
11. Loke ay, chan ls. Maternal breastfeeding self-efficacy and the breastfeeding behaviors of newborns in the practice of exclusive breastfeeding. *Journal of obstetric, gynecologic & neonatal nursing*. Noviembre de 2013;42(6):672-84.
12. Figueiredo b, dias cc, brandão s, canário c, nunes-costa r. Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. *Jornal de pediatria*. Julio de 2013;89(4):332-8.
13. Milgrom j, holt cj, bleker ls, holt c, ross j, ericksen j, et al. Maternal antenatal mood and child development: an exploratory study of treatment effects on child outcomes up to 5 years. *J dev orig health dis*. Abril de 2019;10(02):221-31.
14. Glover v. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best practice & research clinical obstetrics & gynaecology*. Enero de 2014;28(1):25-35.
15. Woody ca, ferrari aj, siskind dj, whiteford ha, harris mg. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of affective disorders*. Septiembre de 2017;219:86-92.

16. Aktar e, qu j, lawrence pj, tollenaar ms, elzinga bm, bögels sm. Fetal and infant outcomes in the offspring of parents with perinatal mental disorders: earliest influences. *Front psychiatry*. 27 de junio de 2019;10:391.
17. Meltzer-brody s. New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues clin neurosci*. 2011;13(1):89-100.
18. Odom ec, li r, scanlon ks, perrine cg, grummer-strawn l. Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding. *Pediatrics*. 1 de marzo de 2013;131(3):e726-32.
19. Hamdan a, tamim h. The relationship between postpartum depression and breastfeeding. *Int j psychiatry med*. Abril de 2012;43(3):243-59.
20. Hinic k. Predictors of breastfeeding confidence in the early postpartum period. *Journal of obstetric, gynecologic & neonatal nursing*. Septiembre de 2016;45(5):649-60.
21. Ahn s, corwin ej. The association between breastfeeding, the stress response, inflammation, and postpartum depression during the postpartum period: prospective cohort study. *International journal of nursing studies*. Octubre de 2015;52(10):1582-90.
22. Pino v jl, lópez e má, medel i ap, ortega s a. Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de chile. *Rev chil nutr*. Marzo de 2013;40(1):48-54.
23. Pereyra-elías, r. L-r a. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en una muestra de madres de lima, Perú, 2013. *Imedpub journals*. 2015;11(31):7.
24. Becerra bulla f. El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. *Rev fac med*. 12 de junio de 2015;63(2):217-27.
25. Meltzer-brody s, howard lm, bergink v, vigod s, jones i, munk-olsen t, et al. Postpartum psychiatric disorders. *Nat rev dis primers*. Junio de 2018;4(1):18022.

26. Herrera-gómez, a., ramos-torrecillas, j. And ocaña-peinado, f., 2019. Prevalencia del inicio precoz de la lactancia materna. In: nutrición hospitalaria, 4th ed. Granada: aran, p.6.
27. Kramer ms. Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. Arch gen psychiatry. 1 de mayo de 2008;65(5):578.
28. Encuesta demografica y de salud familiar. Indicadores de resultados de los programas presupuestales del primer semestre 2018. Inei. 2018;151.
29. Llopis, m., lópez, c., durán, m., martínez, m., y oliver, a. (2011). Fiabilidad y validez de la versión española de una escala de autoeficacia en la lactancia materna. Revista matronas profesión, 12(1), 3 –8.
30. The royal college of psychiatrists 1987. Translated from cox,jl, holden jm & sagovsky r. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item edinburgh postnatal depression scale. British journal of psychiatry. 150, 782-786.
31. Declaración de helsinki de la asociación médica mundial. Adoptada por la 18 asamblea médica mundial, Helsinki, finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 asamblea médica mundial, tokió, japon, octubre de 1975, la 35 asamblea médica mundial, venecia, italia, octubre de 1983 y la 41 asamblea médica mundial, hong kong, septiembre de 2011.
32. Machado M, Assis K, Oliveira F, Ribeiro A, Araújo R, Cury A et al. Determinants of the exclusive breastfeeding abandonment: psychosocial factors. Revista de Saúde Pública. 2014;48(6):985-994.
33. Vieira e, caldeira n, eugênio d, lucca m, silva i. Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: a cohort study. Revista latino-americana de enfermagem. 2018;26(0).

ANEXO 1

HOJA INFORMATIVA PARA EL PACIENTE

- **Título:** “Depresión posparto como factor de riesgo para el fracaso de lactancia materna exclusiva en el Hospital Belén de Trujillo”
- **Autor:** Gayoso Merino Greissy Angela
- **Objetivo principal del estudio:** Determinar si la depresión post parto es un factor de riesgo para el fracaso de lactancia materna exclusiva en madres de pacientes del hospital Belén de Trujillo.

Estimado participante:

Para efectos de la presente investigación se le pedirá responder sinceramente los ítems del TEST DE EDIMBURGO, para determinar la depresión posparto, en dos tiempos: **el** primero al momento de la llegada al establecimiento de salud; la segunda, 6 semanas después. Posteriormente se aplicará una segunda encuesta, ESCALA DE AUTOEFICACIA PARA EFICACIA DE LACTANCIA MATERNA.

RECUERDE:

1. Su participación es muy valiosa, pues permite tener datos actualizados, que pueden ser útiles para un diagnóstico precoz de la depresión posparto y así, de forma voluntaria, recibir el tratamiento adecuado.
2. Su participación no conlleva riesgos personales, caso contrario el personal investigador corre con todos los pormenores.
3. No recibirá ninguna compensación económica por participar.
4. Su identidad será protegida desde el momento de la recolección de la muestra y los resultados serán de uso exclusivo para la investigación.
5. Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria y es libre de retirarse de la misma sin previa explicación de los motivos.
6. Cualquier información al respecto de la investigación se le será brindada.

ANEXO 2

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ (Apellidos y nombre)
acepto participar de forma voluntaria en el desarrollo del Test de Edimburgo y el
Test de autoeficacia de lactancia materna, contribuyendo a la realización del
proyecto de tesis llamado **“Depresión post parto como factor de riesgo para
el fracaso de lactancia materna exclusiva en el Hospital Belén de Trujillo”**
desarrollado por Greissy Angela Gayoso Merino , alumna de Medicina Humana.

Trujillo _____ del 2020

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FIRMA DE INVESTIGADORA
GREISSY ANGELA GAYOSO MERINO

ANEXO 3

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: _____

Dirección: _____

Su fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento del Bebé: _____

Teléfono: _____

Por favor marque la respuesta que más se acerque de cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy. Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas
 - a) Tanto como siempre
 - b) No tanto
 - c) ahora Mucho menos
 - d) No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer
 - a) Tanto como siempre
 - b) Algo menos de lo que solía hacer
 - c) Definitivamente menos
 - d) No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien
 - a) Sí, la mayoría de las veces
 - b) Sí, algunas veces
 - c) No muy a menudo
 - d) No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo
 - a) No, para nada
 - b) Casi nada
 - c) Sí, a veces
 - d) Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno.
 - a) Sí, bastante
 - b) Sí, a veces
 - c) No, no mucho
 - d) No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian
 - a) Sí, la mayor parte de las veces
 - b) Sí, a veces
 - c) No, casi nunca
 - d) No, nada

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
 - a) Sí, la mayoría de las veces
 - b) Sí, a veces
 - c) No muy a menudo
 - d) No, nada
 - e)

8. Me he sentido triste y desgraciada
 - a) Sí, casi siempre
 - b) Sí, bastante a menudo
 - c) No muy a menudo
 - d) No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando
 - a) Sí, casi siempre
 - b) Sí, bastante a menudo
 - c) Sólo en ocasiones
 - d) No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma
 - a) Sí, bastante a menudo
 - b) A veces
 - c) Casi nunca
 - d) No, nunca

PAUTAS PARA EVALUACION:

1. A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma.
2. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0)
3. Se suman todos los puntos para dar la puntuación total.
4. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una DPP

ANEXO 4

ESCALA DE AUTOEFICACIA PARA LACTANCIA MATERNA (BSES)

Autora: Dennis (1999)

Modificada por: Llopis, López, Durá, Richart y Oliver (2011)

ITEMS	SI	A VECES	NO
1. Sé que mi bebé está tomando suficiente leche			
2. Estoy enfrentando bien el amamantamiento, igual como otros retos en mi vida.			
3. Puedo amamantar a mi bebé sin utilizar leche artificial o en polvo como complemento.			
4. Estoy segura de que mi bebé se coge bien al pecho durante la toma			
5. Puedo manejar la situación de la lactancia de forma satisfactoria para mí.			
6. Puedo dar de mamar incluso cuando el bebé está llorando			
7. En todo momento sigo manteniendo las ganas de amamantar a mi bebé			
8. Me siento cómoda cuando doy el pecho en presencia de otros miembros de mi familia.			
9. Dar el pecho es siempre una experiencia satisfactoria para mí.			
10. Me siento siempre segura de poder enfrentar el hecho de que lactar consume mi tiempo.			
11. Puedo acabar de amamantar a mi bebé con un pecho antes de cambiar el otro.			
12. En cada toma siempre creo que mi pecho es suficiente para alimentar a mi bebé.			
13. Soy capaz de alimentar a mi bebé cada vez que me lo pide			
14. Siempre que alguien me preguntar si mi bebé ha terminado de mamar, sé responder si lo ha hecho o no.			

Si : 5 puntos , A veces: 3 puntos , No :1 punto

- Autoeficacia baja (14 a 32 puntos)
- Autoeficacia media (33 a 51 puntos)
- Autoeficacia alta (52 a 70 puntos).

ANEXO 5
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha _____

Nombre: _____

I. DATOS GENERALES:

1.1. **Edad:** () <25 años () >25 años

1.2. **Procedencia:** Urbano () Rural ()

1.3. **Grado de instrucción:** primaria () secundaria () superior ()

1.4. **Nivel socioeconómico:** bajo () medio () alto ()

1.5. **Estado civil**

Soltera ()

Casada ()

Divorciada ()

Viuda ()

1.6 **Teléfono:** _____

II. VARIABLE INDEPENDIENTE:

Puntaje de escala de Edimburgo:

A las 3 semanas: _____

A las 6 semanas: _____

Depresión posparto: Si () No ()

III: VARIABLE DEPENDIENTE:

Puntaje de escala de autoeficacia de lactancia materna: alta () media () baja ()

Fracaso de lactancia materna exclusiva: Si () No ()