

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



**Asociación entre lactancia materna no exclusiva y  
depresión en madres de un hospital público en el Perú.**

**Tesis para optar el Título de Médico Cirujano**

**AUTOR: Castro Ramos Henry Anderson**

**ASESOR:**

**Dr. Dante Cabos Yopez**

**Trujillo – Perú**

**2017**

## **MIEMBROS DEL JURADO**

---

**Dra. LOZANO IBAÑEZ ROSA**

**PRESIDENTE**

---

**Dra. DIAZ LEON ERICKA**

**SECRETARIO**

---

**Dra. JARA PEREDA LUZ**

**VOCAL**

DEDICATORIA:

*A ti Dios*

Por ser siempre mí ayuda mostrándome tu amor en Jesucristo y en las personas más cercanas, por renovar mis fuerzas en momentos difíciles y por guiarme continuamente.

*A mi madre*

Por mostrarme su amor, por apoyarme siempre, por su cuidado, por preferirme siempre a mi antes que a ella, por ser la mejor mamá del mundo.

*A mi padre*

Que ahora se encuentra en gracia de nuestro señor Jesucristo. Por ser una inspiración en mi vida, enseñándome a respetar a las demás personas, por apoyarme siempre en este sueño y sus consejos.

*A mis hermanos*

Por ser los mejores hermanos que uno pudiera tener, por estar conmigo en las buenas y malas.

## AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por planear un futuro de buenas obras, llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad

A mi asesor el Dr. Dante Cabos yepez por brindarme sus conocimientos y su ayuda desinteresada en la realización de esta investigación.

Un profundo agradecimiento a todos mis docentes y a la vez maestros, por el empeño, la paciencia y la confianza, que durante todos los años de estudio, han puesto en mí.

## **TABLA DE CONTENIDOSoo**

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| PAGINAS PRELIMINARES            |    |
| PORTADA                         |    |
| PAGINA DE DEDICATORIA           |    |
| PAGINA DE AGRADECIMIENTOS       |    |
| TABLA DE CONTENIDOS.....        | 5  |
| RESUMEN .....                   | 6  |
| ABSTRACT.....                   | 7  |
| INTRODUCCION.....               | 8  |
| MATERIAL Y METODOS.....         | 15 |
| RESULTADOS.....                 | 25 |
| DISCUSION.....                  | 32 |
| CONCLUSIONES.....               | 35 |
| RECOMENDACIONES.....            | 36 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... | 37 |
| Anexos:.....                    | 43 |

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar si existe asociación entre lactancia materna no exclusiva y depresión en madres atendidas en el Hospital Belén de Trujillo.

**Material y Métodos:** Se llevó a cabo un estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La población de estudio estuvo constituida por 111 madres; quienes se dividieron en 2 grupos: con depresión o sin depresión; se aplicó la prueba de chi cuadrado y el cálculo del odds ratio.

**Resultados:** No se apreciaron diferencias significativas entre los grupos de madres con o sin depresión respecto a las variables edad materna, grado de paridad o procedencia. La frecuencia de lactancia materna no exclusiva en madres con depresión fue de 54%. La frecuencia de lactancia materna no exclusiva en madres sin depresión fue de 23%. La lactancia materna no exclusiva es factor asociado a depresión en madres con un odds ratio de 3.94 el cual fue significativo ( $p < 0.05$ ).

**Conclusiones:** Existe asociación entre lactancia materna no exclusiva y depresión en madres atendidas en el Hospital Belén de Trujillo.

**Palabras Clave:** Asociación, lactancia materna no exclusiva, depresión.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine if there is an association between non-exclusive breastfeeding and depression in mothers attended at Hospital Belén de Trujillo.

**Material and Methods:** An analytical, observational, retrospective, case-control study was conducted. The study population consisted of 111 mothers; Who were divided into 2 groups: with depression or without depression; The chi cuadrado test and the odds ratio calculation were applied.

**Results:** There were no significant differences between the groups of mothers with or without depression regarding the variables maternal age, degree of parity or origin. The frequency of non-exclusive breastfeeding in mothers with depression was 54%. Non-exclusive breastfeeding frequency in mothers without depression was 23%. Non-exclusive breastfeeding is a factor associated with depression in mothers with an odds ratio of 3.94 which was significant ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions:** There is an association between no exclusive breastfeeding and depression in mothers attended at Hospital Belén de Trujillo.

**Key words:** Association, no exclusive breastfeeding, depression.

## I. INTRODUCCION

### 1.1. Marco teórico:

La depresión consiste en un trastorno del estado de ánimo que implica alteración de la capacidad afectiva; caracterizado por los siguientes síntomas: estado de ánimo bajo, anestesia afectiva, irritabilidad, incapacidad para experimentar placer, fatigabilidad, alteraciones del apetito y del sueño, trastornos sexuales y alteraciones del comportamiento<sup>1,2,3</sup>.

Es considerado a nivel mundial un problema en la área de salud pública que puede llegar a afectar entre el 10% a 15% de madres en países desarrollados. En el Reino Unido se observa que la incidencia de esta patología oscila entre 10 a 15%; En España la frecuencia se registra en el 26% de las puérperas mientras que en Brasil se observan una prevalencia de hasta 12%. En Perú se ha descrito que la prevalencia es alrededor de 24,1%; sin embargo esta cifra es variable según las características maternas<sup>4,5,6</sup>.

El motivo de esta heterogeneidad se debe en parte al empleo de diferentes estrategias de diagnóstico y a una tendencia al subdiagnóstico de esta entidad, subestimando su trascendencia clínica. Como factores de riesgo asociados a esta entidad se han descrito: antecedente de depresión, disfuncionalidad familiar, eventos vitales estresantes, carencia de apoyo durante el embarazo, ausencia de soporte emocional y económico de la pareja, madre soltera, nivel socioeconómico bajo<sup>7,8,9</sup>.



En su fisiopatología es útil describir el enfoque neurobiológico por medio del cual como en la mayoría de los trastornos psiquiátricos, se amalgaman los determinantes genéticos, alteraciones neuroendocrinas y el influjo medioambiental hostil. Existen líneas de investigación que pretenden establecer el nexo entre esta entidad y algunas circunstancias fisiológicas característica del periodo de gestación que particularmente corresponde a la influencia del patrón hormonal característico: estrógenos, progesterona, hormonas tiroideas; sobre los circuitos de neurotransmisores responsables de la estabilidad emocional<sup>10,11,12</sup>.

La lactancia materna influiría en la salud mental de la madre, confiriendo a ésta tranquilidad y una menor reacción frente a factores estresantes. Por otro lado, la producción de oxitocina reduce la respuesta al estrés y mejora el sueño y descanso, dejando estudios que datan un retraso en la aparición de la depresión post parto (DPP) de hasta nueve meses. También, los niveles de prolactina están inversamente relacionados con el estrés. El favorecer la lactancia mantendría estables estos niveles hormonales y el desarrollo de esta patología puerperal quedaría atenuado. Surge así una nueva relación, el descenso del factor estrés favorece la producción de leche y la conservación de la energía, lo que son factores protectores según estudios. Dejando a un lado las teorías hormonales, la lactancia materna también está involucrada en el aumento de la autoestima y los sentimientos de éxito.<sup>13</sup>

Al cuadro clínico se puede agregar en intensidad variable: ansiedad, rabia, irritabilidad, fobias y la expresión de disfunción autonómica concomitante (somnolencia y aumento del apetito). Puede experimentar sensación de culpa, incapacidad para realizar labores domésticas (especialmente las maternas), pensamientos autodestructivos y rechazo del recién nacido<sup>14,15</sup>.

La depresión es una patología a la que se le ha empezado a prestar atención en el contexto de la atención médica primaria, por el incremento progresivo de casos. Resulta relevante asimismo el escenario en el cual al existir limitación para su diagnóstico, consecuentemente se produce una omisión de su asistencia sanitaria lo cual podría tener impacto en la interacción entre las madres y sus recién nacidos, tales como alteraciones psicológicas infantiles a corto y largo plazo y un mayor riesgo de separaciones y divorcios<sup>16,17</sup>.

La escala de valoración de Hamilton para depresión (Hamilton depression rating scale (HDRS)) es una escala cuyo objetivo es el de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica<sup>18,19</sup>.

La práctica de la lactancia materna exclusiva por lo menos durante los seis primeros meses de vida en el niño, constituye una de las estrategias más útiles y más rentables para garantizar la supervivencia, garantizar el crecimiento y el desarrollo infantil y reducir la prevalencia e infecciones de un gran número de infecciones en los primeros años de vida<sup>20,21</sup>.

El periodo de lactancia materna exclusiva debe extenderse como mínimo por un periodo de 6 meses, llegando incluso hasta los 2 años de edad alternativamente según la preferencia materna. En tal sentido se desaconseja de manera enfática la posibilidad de introducir alimentos distintos de la leche materna antes de los seis meses de edad dado que en este periodo de vida, ningún alimento reúne las características adecuadas como para sustituir a la leche materna<sup>22,23</sup>.

A nivel mundial, la prevalencia de la lactancia exclusiva hasta los 12 meses es mayor en el África subsahariana, el sur de Asia y partes de América

Latina. En gran parte de países desarrollados, sin embargo la prevalencia es inferior al 20%. Se han descrito diferencias importantes entre países en vías de desarrollo; entre el Reino Unido (<1%) y los EE.UU. (27%), y entre Noruega (35%) y Suecia (16%). En el Perú se ha descrito en el año 2013 que el porcentaje de abandono de lactancia materna exclusiva llegó a ser de hasta el 70%<sup>24,25</sup>.

A pesar de que la tendencia en Latinoamérica es favorable hacia la adherencia a las recomendaciones internacionales del patrón de lactancia exclusiva, aun se reportan que únicamente poco más de la tercera parte de la población infantil menor de 6 meses se beneficia de esta práctica nutricional<sup>26,27</sup>.

El amamantamiento por un periodo menor a los seis primeros meses de vida se ha relacionado con un incremento de mortalidad neonatal e infantil, así mismo se reconoce su asociación con un mayor riesgo de infecciones gastrointestinales e infecciones respiratorias altas y bajas y dermatitis. A mediano y a largo plazo también se han observado desenlaces adversos, como un incremento del riesgo de desarrollar diabetes, obesidad, asma y leucemia y un promedio de coeficiente intelectual inferior al alcanzado por los niños beneficiados con la lactancia materna exclusiva<sup>28,29,30</sup>.

La leche humana posee un valor nutricional incalculable gracias a su capacidad fisiológica de transporte de aminoácidos, hidratos de carbono, lípidos y minerales (particularmente calcio); en comparación con las leches de otras especies o la composición de las fórmulas lácteas las cuales ostentan una calidad proteica inferior y una densidad energética inadecuadas a las necesidades del recién nacido<sup>31,32</sup>.

## 1.2. Antecedentes:

**Figueiredo B, et al** (Brasil, 2014); llevó a cabo un estudio con miras a definir la asociación entre la depresión durante el puerperio y el tipo de patrón de lactancia materna, en la cual se hizo un estudio de tipo retrospectivo de casos y controles en el que se incluyeron a 145 mujeres las cuales fueron evaluadas durante un periodo de 12 meses incluyendo la gestación; observando que los puntajes elevados de la escala de depresión durante el puerperio e asociaron de manera significativa con el patrón de lactancia materna no exclusiva ( $p < 0.05$ )<sup>33</sup>.

**Borra C, et al** (Norteamérica, 2015); se llevó a cabo una investigación con el objetivo de identificar la asociación de la depresión puerperal y al tipo de lactancia materna, por medio de un estudio longitudinal prospectivo en el que se incluyeron a 234 madres las cuales fueron evaluadas hasta las 8 semanas postparto; encontrando que la depresión puerperal mantiene una relación significativa que depende del patrón de lactancia materna no exclusiva ( $p < 0.05$ )<sup>34</sup>.

**Reifsnider E, et al** (Reino Unido, 2016); se desarrolló un estudio con la finalidad de precisar la relación entre la depresión puerperal y la aparición de lactancia materna no exclusiva ,por medio de un estudio prospectivo longitudinal de casos y controles en el que se incluyeron a 150 mujeres, lo cual se realizó un seguimiento por un periodo de 6 meses; en la cual se observó puntajes en la escala de la depresión postparto, que fueron mayores en el grupo de pacientes con lactancia materna no exclusiva, verificando asociación significativa entre las variables de interés ( $p < 0.05$ )<sup>35</sup>.

**Yusuff A et al** (Malasia, 2016); desarrollaron una investigación con la finalidad de determinar la relación de la depresión postparto y el patrón de lactancia

materna exclusiva por medio de un estudio longitudinal de cohortes prospectivo en el que se incluyeron 2072 pacientes a quienes se les hizo seguimiento durante un periodo de 6 semanas; y 46% de mujeres siguieron el patrón de lactancia materna exclusiva y este grupo ostento puntajes de la escala de depresión significativamente inferiores que el grupo que ofreció lactancia materna no exclusiva ( $4.14 \pm 4.12$  y  $4.27 \pm 4.12$ , respectivamente;  $p < 0.05$ )<sup>36</sup>.

**Woolhouse H, et al** (Norteamérica, 2016); llevaron a cabo un estudio con la finalidad de identificar la relación entre la depresión postparto y el riesgo de lactancia maternal no exclusiva, por medio de un estudio retrospectivo de casos y controles, aplicando una valoración a los 3 meses del parto en 1507 madres; se encontró mayor frecuencia de síntomas depresivos en madres sin adherencia a lactancia materna exclusiva, siendo esta diferencia significativa (49% vs. 61%; OR=0.55, IC 95% 0.34-0.90)<sup>37</sup>.

**Ahn S, et al** (Reino Unido, 2016); desarrollaron un estudio con el objetivo de reconocer la influencia de la depresión durante el puerperio y el tipo de lactancia maternal ofrecida, por medio de un estudio longitudinal prospectivo en el que se incluyeron a 119 madres las cuales fueron evaluadas hasta los 6 meses; observando una asociación significativa entre lactancia materna no exclusiva y depresión ( $p < 0.05$ )<sup>38</sup>.

### **1.3. Justificación:**

La lactancia materna exclusiva constituye una práctica recomendada en muchas guías de práctica clínica, habiéndose documentado evidencia en relación con el impacto positivo de la misma en la reducción de la morbilidad tanto en el neonato como durante los primeros años de infancia e incluso dejando traducir sus efectos favorables hasta la niñez; ello debido a que la composición proteica de la leche materna, ofrece principios activos

insustituibles para el adecuado proceso de crecimiento y desarrollo del individuo; aparte de su beneficio nutricional, hay evidencia que este patrón de lactancia protegería contra la depresión postparto, evitándose los efectos negativos que esta condición podría ocasionar en el recién nacido (retraso en el desarrollo psicomotor, déficits en el área social y cognitiva; y pobre vínculo materno infantil). La identificación de esta asociación en nuestro medio permitiría intervenir oportunamente sobre este factor a través de estrategias conductuales o farmacológicas para asegurar así la adherencia a la lactancia exclusiva en nuestra realidad y por ende disminuir el riesgo de morbilidad en el recién nacido e incrementar su calidad de vida en el futuro; considerando que no hemos identificado estudios recientes en nuestro medio es que nos proponemos realizar la presente investigación.

#### **1.4. Formulación del problema científico:**

¿Existe asociación entre lactancia materna no exclusiva y depresión en madres atendidas en el Hospital Belén de Trujillo?

#### **1.5. Hipótesis:**

##### **Nula:**

No existe asociación entre lactancia materna no exclusiva y depresión en madres atendidas en el Hospital Belén de Trujillo

##### **Alterna:**

Existe asociación entre lactancia materna no exclusiva y depresión en madres atendidas en el Hospital Belén de Trujillo

## **1.6 Objetivos**

### **Principal:**

Determinar si existe asociación entre lactancia materna no exclusiva y depresión en madres atendidas en el Hospital Belén de Trujillo.

### **Específicos:**

Determinar la frecuencia de lactancia materna no exclusiva en madres con depresión y sin ella.

Comparar la frecuencia de lactancia materna no exclusiva entre madres con y sin depresión.

Contrastar la frecuencia de edad, paridad y procedencia entre madres con y sin depresión.

## **II. MATERIAL Y MÉTODOS:**

### **2.1. Población:**

#### **Población Universo:**

Madres que acudan al Servicio de Consultorios Externos del Departamento de Pediatría del Hospital Belén de Trujillo durante el período Diciembre 2016 – Enero 2017.

### **Poblaciones de Estudio:**

Madres que acudan al Servicio de Consultorios Externos del Departamento de Pediatría del Hospital Belén de Trujillo durante el período Diciembre 2016 – Enero 2017 y que cumplieron con los siguientes criterios de selección:

### **Criterios de Inclusión (Casos):**

- Madres con depresión; mayores de 15 años.; que estén de acuerdo en formar parte del estudio; de niños mayores de 6 meses y menores de dos años.

### **Criterios de Inclusión (Controles):**

- Madres sin depresión ; mayores de 15 años; que estén de acuerdo en formar parte del estudio; de niños mayores de 6 meses y menores de dos años.

### **Criterios de exclusión:**

Madres que tengan contraindicación para brindar lactancia materna; con antecedentes de patología psiquiátrica previa a la gestación: depresión, psicosis, trastorno bipolar.; con patología tiroidea; con retraso mental; víctimas de abuso sexual; que hayan pertenecido a la categoría gestante de alto riesgo obstétrico.



## 2.2.Muestra:

### Unidad de Análisis

Estuvo constituido por cada madre que acudan al Servicio de Consultorios Externos del Departamento de Pediatría del Hospital Belén de Trujillo durante el período Diciembre 2016 – Enero 2017 y que cumplieron con los siguientes criterios de selección.

### Unidad de Muestreo

Estuvo constituido por la ficha de recolección de datos de cada madre que acudan al Servicio de Consultorios Externos del Departamento de Pediatría del Hospital Belén de Trujillo durante el período Diciembre 2016 – Enero 2017 y que cumplieron con los siguientes criterios de selección

### Tamaño muestral:

Para la determinación del tamaño de muestra se utilizó la fórmula estadística para 2 grupos de estudio<sup>39</sup>.

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 P (1 - P) (r + 1)}{d^2r}$$

Donde:

$$P = \frac{p_2 + r p_1}{1 + r} = \text{promedio ponderado de } p_1 \text{ y } p_2$$

$p_1$  = Proporción de casos que presentan un determinado factor de riesgo.

$p_2$  = Proporción de controles que presentan un determinado factor de riesgo.

$r$  = Razón de número de controles por caso

$n$  = Número de casos

$d$  = Valor nulo de las diferencias en proporciones =  $p_1 - p_2$

$Z_{\alpha/2} = 1,96$  para  $\alpha = 0.05$

$Z_{\beta} = 0,84$  para  $\beta = 0.20$

$P_1 = 0.62$  (Ref. 38)

$P_2 = 0.34$  (Ref. 38)

R: 2

**Ahn S, et al** en Reino Unido en el 2016 observaron que la frecuencia de depresión fue de 62% en el grupo de lactancia materna no exclusiva y de solo 34% en el grupo de lactancia materna exclusiva.

Reemplazando los valores, se tiene:

$$n = 37$$

CASOS : (Madres con depresión) = 37 pacientes

CONTROLES : (Madres sin depresión) = 74 pacientes

### 2.3. Diseño de Estudio

#### Tipo de estudio:

El estudio fue analítico, retrospectivo de casos y controles.

#### Diseño Específico:

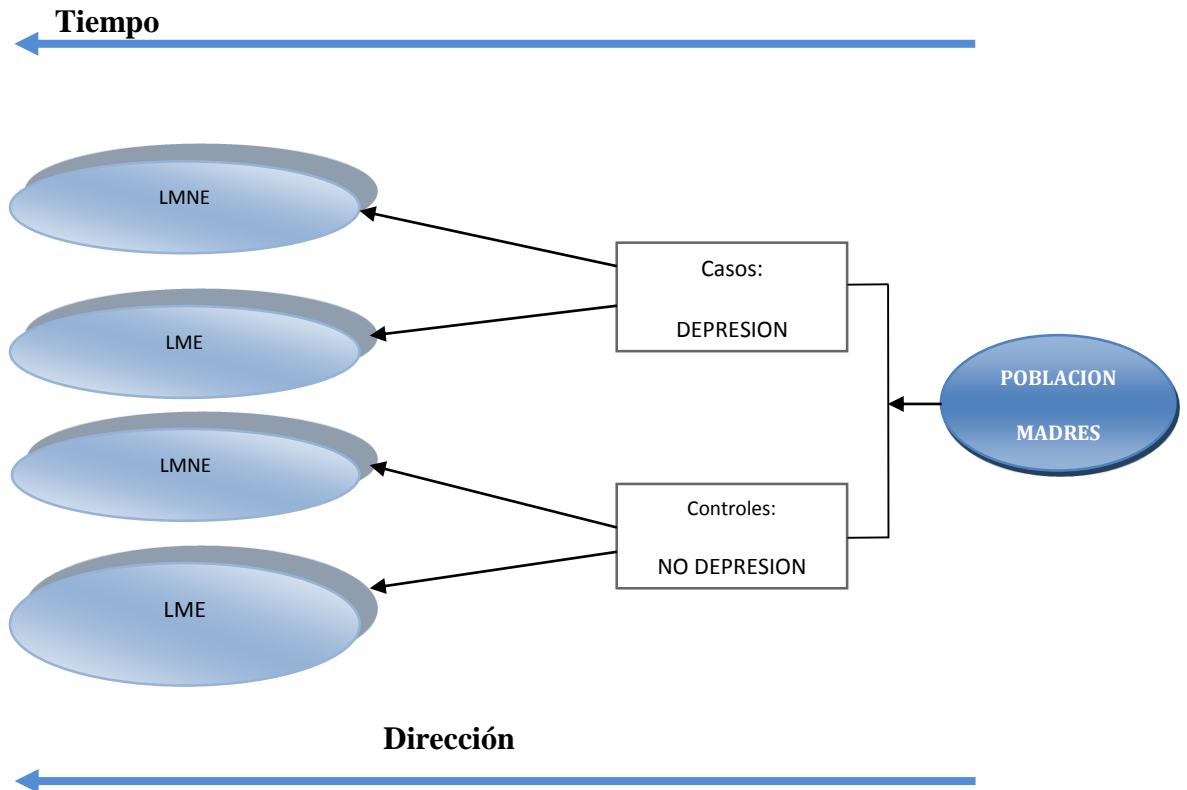
| FACTORES<br>RIESGO |    |    |
|--------------------|----|----|
| G1                 | X1 | X2 |
| G2                 | X1 | X2 |

G1: Madres con depresión

G2: Madres sin depresión

X1: Lactancia materna no exclusiva

X2: Lactancia materna exclusiva



**2.4. Variables y escalas de medición:**

| <b>VARIABLE</b>                       | <b>DIMENSIONES</b>                               | <b>DEFINICION OPERACIONAL</b>   | <b>INDICADOR</b>                               | <b>CRITERIO OBSERVADO</b> |
|---------------------------------------|--|---|--|---------------------------|
| <b>Lactancia materna no exclusiva</b> | <b>Independiente<br/>Cualitativa<br/>Nominal</b> | Alimentación leche materna o fórmula láctea artificial desde el nacimiento hasta los primeros 6 meses de vida, con agregado de otros líquidos o alimentos   | Reporte del paciente.                          | Si - No                   |
| <b>Depresión</b>                      | <b>Dependiente<br/>Cualitativa<br/>Nominal</b>   | Trastorno del estado de ánimo que se evidenciara a través de la aplicación de La Escala de Depresión de Hamilton se considerara cuando el puntaje de la mencionada escala sea mayor a 7 <sup>35</sup> . | Escala de Hamilton:<br>>7 puntos<br><=7 puntos | Si-No                     |

| <b>INTERVINIENT</b> |                                  |  |                                |                |
|---------------------|----------------------------------|--|--------------------------------|----------------|
| <b>Edad</b>         | <b>Cuantitativa<br/>Continua</b> | Edad de la madre al momento de la entrevista       | Documento de identidad         | Años           |
| <b>Paridad</b>      | <b>Cuantitativa<br/>Discreta</b> | Número de partos previos                           | Ficha de recolección de datos. | Partos         |
| <b>Procedencia</b>  | <b>Cualitativa<br/>Nominal</b>   | Ámbito geográfico desde donde procede la paciente. | Ficha de recolección de datos. | Urbano – rural |

### **Definiciones operacionales:**

**Lactancia materna no exclusiva:** Alimentación leche materna o fórmula láctea artificial desde el nacimiento hasta los primeros 6 meses de vida, con agregado de otros líquidos o alimentos<sup>36</sup>.

**Depresión:** Trastorno del estado de ánimo que se evidenciara a través de la aplicación de La Escala de Depresión de Hamilton (Anexo 2) la cual ha sido validada y diseñada con el propósito de conocer el grado de depresión en cuanto a su intensidad; para fines de la presente investigación se considerara depresión cuando el puntaje de la mencionada escala sea mayor a 7.

La escala de depresión de Hamilton es un instrumento validado En sus dos versiones (adaptadas) esta escala posee una buena consistencia interna (alfa de

Cronbach entre 0,76 y 0,92). El coeficiente de correlación intraclase es de 0,92<sup>38</sup>.

## **2.5. Procedimientos:**

Ingresaron al estudio las Madres que acudan al Servicio de Consultorios Externos del Departamento de Pediatría del Hospital Belén de Trujillo durante el período entre Diciembre 2016 y Enero 2017 y que cumplieron con los criterios de selección; se solicitó la autorización en el departamento académico que corresponda y posteriormente se procedió a:

1. Realizar en Consultorios externos la captación de las madres según su pertenencia a uno u otro grupo de estudio según el patrón de lactancia, por muestreo por conveniencia.
2. Recoger los datos pertinentes correspondientes a la variable depresión a través de la aplicación de la Escala de Hamilton; información que se incorporara en la hoja de recolección de datos (Anexo 1).
3. Continuar con el llenado de la hoja de recolección de datos hasta completar los tamaños muestrales en ambos grupos de estudio.
4. Recoger la información de todas las hojas de recolección de datos con la finalidad de elaborar la base de datos respectiva para proceder a realizar el análisis respectivo.

## **2.6. Procesamiento y análisis de la información:**

El registro de datos que estuvieron consignados en las correspondientes hojas de recolección fueron procesados utilizando el paquete estadístico SPSS V 23.0, los que luego fueron presentados en cuadros de entrada simple y doble, así como gráficos de relevancia.

**Estadística Descriptiva:**

Se obtuvieron datos de distribución de frecuencias para las variables cualitativas.

**Estadística Analítica:**

Se hizo uso de la prueba estadística chi cuadrado para las variables cualitativas y de la prueba t de student para las variables cuantitativas; para verificar la significancia estadística de las asociaciones encontradas con los factores de riesgo en estudio; las asociaciones fueron consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse fue menor al 5% ( $p < 0.05$ ).

**Estadígrafo propio del estudio:**

Se obtuvo el OR para el correspondiente factor de riesgo en cuanto a su asociación con la presencia de la patología en estudio, si este fue mayor de 1 se realizó el cálculo del intervalo de confianza al 95%.

|                                   |    | DEPRESION |    |
|-----------------------------------|----|-----------|----|
|                                   |    | SI        | NO |
| LACTANCIA<br>MATERNA<br>EXCLUSIVA | NO | a         | b  |
|                                   | SI | c         | d  |

**ODSS RATIO:      $a \times d / c \times b$**

## **2.7. Aspectos éticos:**

La presente investigación contó con la autorización del comité de Investigación y Ética del Hospital Belén de Trujillo y de la Universidad Particular Antenor Orrego. Debido a que fue un estudio de casos y controles en donde solo se recogerán datos clínicos de pacientes; se tomó en cuenta la declaración de Helsinki II (Numerales: 11, 12, 14, 15,22 y 23)<sup>40</sup> y la ley general de salud (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA)<sup>41</sup>.



### III. RESULTADOS

**Tabla N° 01. Características de las pacientes incluidos en el estudio Hospital Belén de Trujillo período Diciembre 2016 – Enero 2017:**

| Características  | Depresión<br>(n=37) | Sin depresión<br>(n=74) | Significancia                |
|--|---------------------|-------------------------|------------------------------|
| <b>Sociodemográficas</b>                                     |                     |                         |                              |
| <b>Edad:</b><br>- <b>Promedio</b><br>- <b>D. estandar</b>    | 26.2<br>6.4         | 27.9<br>6.7             | T student: 0.96<br>p>0.05    |
| <b>Paridad:</b><br>- <b>Promedio</b><br>- <b>D. estandar</b> | 1.6<br>0.8          | 1.9<br>0.10             | T de student: 0.84<br>p>0.05 |
| <b>Procedencia:</b><br>- <b>Urbano</b><br>- <b>Rural</b>     | 30(81%)<br>7(19%)   | 69(93%)<br>5(7%)        | Chi cuadrado:2.36<br>p>0.05  |
|  |                     |                         |                              |

FUENTE: HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO–Ficha de recolección de datos: 2016

-2017.

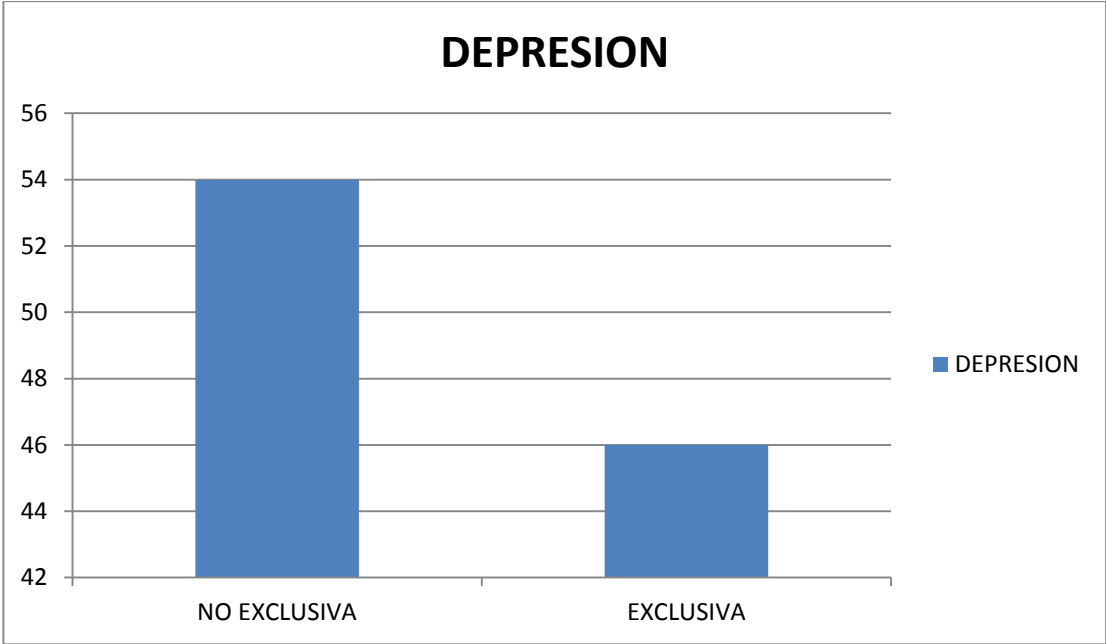
**Tabla N° 2: Frecuencia de lactancia materna no exclusiva en madres con depresión en el Hospital Belén de Trujillo período Diciembre 2016 – Enero 2017:**

| <b>Depresión</b> | <b>Lactancia materna</b> |                  | <b>Total</b>     |
|------------------|--------------------------|------------------|------------------|
|                  | <b>No exclusiva</b>      | <b>Exclusiva</b> |                  |
| <b>Si</b>        | 20 (54%)                 | 17 (46%)         | <b>37 (100%)</b> |

FUENTE: HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO–Archivo historias clínicas: 2016 - 2017.

La frecuencia de lactancia materna no exclusiva en madres con depresión fue de  
 $20/37 = 54\%$ .

**Gráfico N° 1: Frecuencia de lactancia materna no exclusiva en madres con depresión en el Hospital Belén de Trujillo período Diciembre 2016 – Enero 2017:**



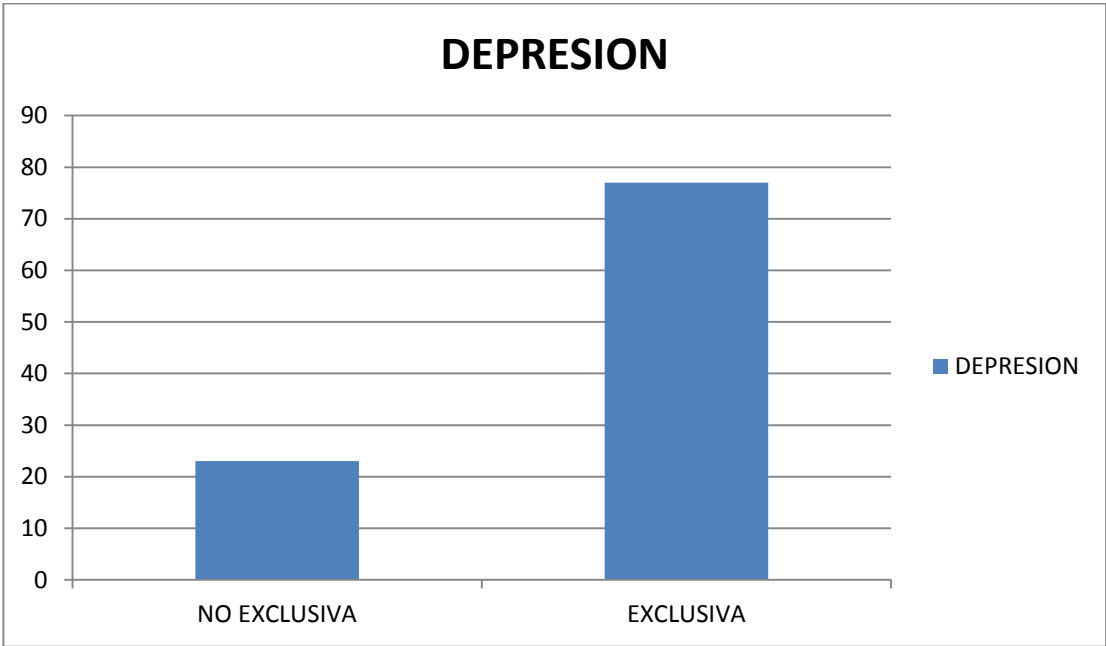
**Tabla N° 3: Frecuencia de lactancia materna no exclusiva en madres sin depresión en el Hospital Belén de Trujillo período Diciembre 2016 – Enero 2017:**

| <b>Depresión</b> | <b>Lactancia materna</b> |                  | <b>Total</b>     |
|------------------|--------------------------|------------------|------------------|
|                  | <b>No exclusiva</b>      | <b>Exclusiva</b> |                  |
| <b>No</b>        | 17 (23%)                 | 57 (77%)         | <b>74 (100%)</b> |

FUENTE: HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO–Archivo historias clínicas: 2016 - 2017.

La frecuencia de lactancia materna no exclusiva en madres sin depresión fue de 17/74 = 23%.

**Gráfico N° 2: Frecuencia de lactancia materna no exclusiva en madres sin depresión en el Hospital Belén de Trujillo período Diciembre 2016 – Enero 2017:**



**Tabla N° 4: Lactancia materna no exclusiva como factor asociado a depresión en madres del Hospital Belén de Trujillo período Diciembre 2016 – Enero 2017:**

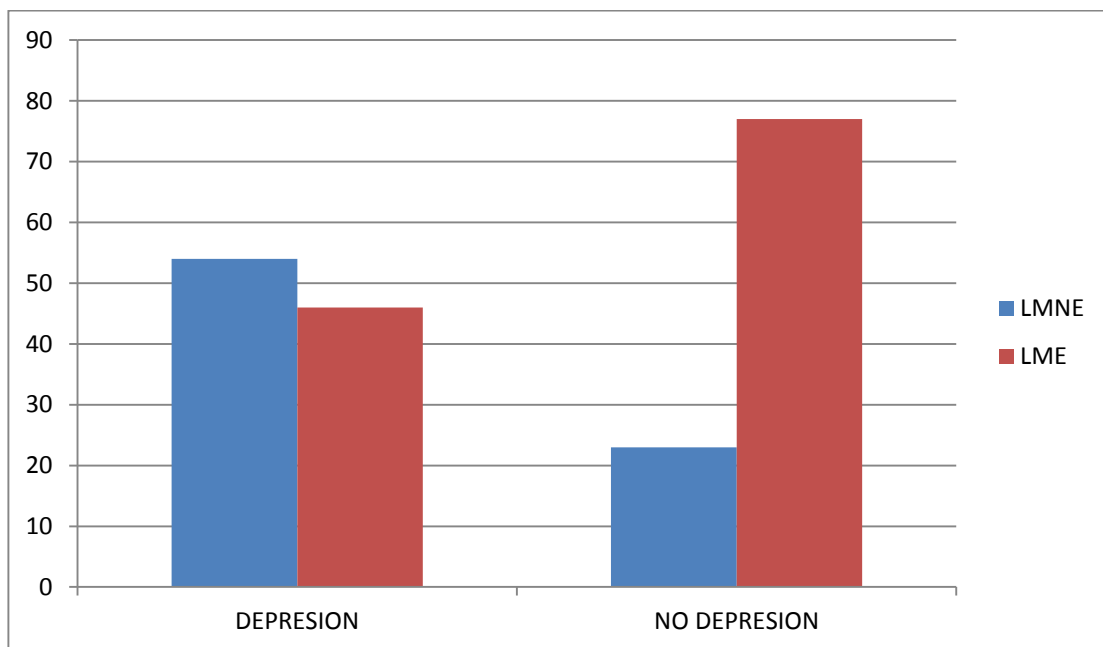
| <b>Lactancia materna</b> | <b>Depresión</b> |                  | <b>Total</b> |
|--------------------------|------------------|------------------|--------------|
|                          | <b>Si</b>        | <b>No</b>        |              |
| <b>No exclusiva</b>      | 20 (54%)         | 17 (23%)         | <b>37</b>    |
| <b>Exclusiva</b>         | 17 (46%)         | 57 (77%)         | <b>74</b>    |
| <b>Total</b>             | <b>37 (100%)</b> | <b>74 (100%)</b> | <b>111</b>   |

FUENTE: HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO–Archivo historias clínicas: 2016 - 2017.

- Chi Cuadrado: 8.7
- $p < 0.05$
- Odds ratio: 3.94
- Intervalo de confianza al 95%: (1.78;6.24)

En el análisis se observa que la lactancia materna no exclusiva se asocia con depresión a nivel muestral lo que se traduce en un odds ratio  $> 1$ ; expresa esta mismo riesgo a nivel poblacional lo que se traduce en un intervalo de confianza al 95%  $> 1$  y finalmente expresa significancia de estos riesgos al verificar que la influencia del azar es decir el valor de  $p$  es inferior al 5%; estas 3 condiciones permiten afirmar que la lactancia materna no exclusiva es factor asociado a depresión.

**Gráfico N° 3: Lactancia materna no exclusiva como factor asociado a depresión en madres del Hospital Belén de Trujillo período Diciembre 2016 – Enero 2017:**



**La frecuencia de lactancia materna no exclusiva en el grupo con depresion fue de 54% mientras que en el grupo sin depresion fue 23%.**

#### IV. DISCUSION

La depresión consiste en un trastorno del estado de ánimo que implica alteración de la capacidad afectiva; caracterizado por los siguientes síntomas: estado de ánimo bajo, anestesia afectiva, irritabilidad, incapacidad para experimentar placer, fatigabilidad, alteraciones del apetito y del sueño, trastornos sexuales y alteraciones del comportamiento<sup>1,2,3</sup>. La práctica de la lactancia materna exclusiva por lo menos durante los seis primeros meses de vida en el niño, constituye una de las estrategias más útiles y más rentables para garantizar la supervivencia, garantizar el crecimiento y el desarrollo infantil y reducir la prevalencia e infecciones de un gran número de infecciones en los primeros años de vida<sup>20,21</sup>.

En la Tabla N° 1 podemos observar algunos datos representativos respecto a ciertas variables intervinientes como la edad materna, grado de paridad y procedencia; sin verificar diferencias significativas respecto a ellas en ambos grupos de estudio; todo lo cual caracteriza uniformidad lo que representa un contexto apropiado para efectuar comparaciones y minimizar la posibilidad de sesgos. Estos hallazgos son coincidentes con lo descrito por **Yusuff A et al**<sup>36</sup> en Malasia en el 2016; **Reifsnider E, et al**<sup>35</sup> en Reino Unido en el 2016 y **Figueiredo B, et al**<sup>33</sup> en Brasil en el 2014; quienes tampoco registran diferencia respecto a edad materna y procedencia entre los grupos de pacientes con o sin depresión.

En la Tabla N° 2 realizamos la valoración de las frecuencias de lactancia materna no exclusiva en primer término en el grupo de madres con depresión, encontrando que de las 37 madres con esta característica el 54% practicaron lactancia materna no exclusiva. En la Tabla N° 3 por otro lado se registra en



el grupo de madres sin depresión, que la frecuencia de lactancia materna no exclusiva, siendo esta de solo 23%.

En relación a los referentes bibliográficos previos podemos mencionar a **Woolhouse H, et al** en Norteamérica en el 2016 quienes identificaron la relación entre la depresión postparto y el riesgo de lactancia materna no exclusiva, en un estudio retrospectivo de casos y controles, en 1507 madres; se encontró que la frecuencia de lactancia materna no exclusiva fue mayor en el grupo con depresión (49% vs. 61%; OR=0.55, IC 95% 0.34-0.90)<sup>37</sup>.

En la Tabla N° 4 precisamos el riesgo muestral que conlleva la presencia de lactancia materna no exclusiva en relación a la presencia de depresión; el cual se expresa como un odds ratio de 3.94; que al ser expuesto al análisis estadístico con la prueba chi cuadrado verifica su presencia en toda la población al tener gran significancia estadística ( $p < 0.05$ ); lo cual nos permite concluir que la lactancia materna no exclusiva se comporta como factor asociado a depresión en madres,

Por otro lado tenemos el estudio de **Ahn S, et al** en Reino Unido en el 2016 quienes precisaron la asociación de la depresión durante el puerperio y el tipo de lactancia materna en un estudio longitudinal prospectivo en 119 madres encontrando asociación entre el puntaje de síntomas depresivos durante el puerperio y la suspensión de la lactancia materna antes del sexto mes después del parto ( $p < 0.05$ )<sup>38</sup>.

Cabe mencionar las tendencias descritas por **Yusuff A et al** en Malasia en el 2016 quienes determinaron la relación entre la depresión postparto respecto al patrón de lactancia materna en un estudio longitudinal de cohortes prospectivo en 2072 pacientes observando que el grupo de lactancia materna exclusiva ostento puntajes inferiores que el grupo que ofreció lactancia materna no exclusiva ( $4.14 \pm 4.12$  y  $4.27 \pm 4.12$ , respectivamente;  $p < 0.05$ )<sup>36</sup>.

Cabe hacer referencia las conclusiones a las que llegó **Reifsnider E, et al** en Reino Unido en el 2016 quienes precisaron la asociación entre la depresión puerperal y la presencia de lactancia materna en un estudio prospectivo longitudinal de casos y controles en 150 mujeres, observando que los puntajes de depresión fueron mayores en el grupo de pacientes con lactancia materna no exclusiva( $p<0.05$ )<sup>35</sup>.

Finalmente es de resaltar lo encontrado por **Figueiredo B, et al** en Brasil en el 2014 quienes precisaron la asociación entre la depresión durante el puerperio y el tipo de patrón de lactancia maternal, en un estudio de tipo retrospectivo de casos y controles en 145 mujeres observando que los puntajes elevados de depresión se asociaron de manera significativa con lactancia materna no exclusiva ( $p<0.05$ )<sup>33</sup>.

## **V. CONCLUSIONES**

1.-No se apreciaron diferencias significativas entre los grupos de madres con o sin depresión respecto a las variables edad materna, grado de paridad o procedencia.

2.-La frecuencia de lactancia materna no exclusiva en madres con depresión fue de 54%.

3.-La frecuencia de lactancia materna no exclusiva en madres sin depresión fue de 23%.

4.-La lactancia materna no exclusiva es factor asociado a depresión en madres con un odds ratio de 3.94 el cual fue significativo ( $p < 0.05$ ).

## **VI. RECOMENDACIONES**

1. Es recomendable realizar nuevas investigaciones multicéntricas con mayor tamaño muestral y prospectivos con el objetivo de corroborar la asociación observada, tomando en cuenta nuevas variables intervinientes.
2. Considerando que la lactancia materna no exclusiva es una circunstancia potencialmente modificable, estrategias educativas debieran llevarse a cabo, con el objetivo de incrementar los índices de adherencia a la recomendación de lactancia materna exclusiva.
3. Nuevos estudios con miras a caracterizar la influencia de la lactancia materna no exclusiva respecto a la presencia de otros desenlaces relacionados con la calidad de vida a corto mediano y largo plazo debieran llevarse a cabo.

## **VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:**

1.-Kessler R, Angermeyer M, Anthony J, De Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 2012; 6 (3): 168-176.

2.-Fiestas F, Piazza M. Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos mentales en el Perú urbano: Resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2014;31(1):39-47.

3.-Schoevers R, Geerlings M, Deeg D, et al. Depression and excess mortality: evidence for a dose response relation in community living elderly. *international journal of geriatric psychiatry* 2012;24(2):169-176

4.-Yiend J, Paykel E, Merritt R, et al. Long term outcome of primary care depression. *journal of affective disorders* 2012;118(1-3):79-86

5.-Mori N, Caballero J. Historia natural de la depresión. *Rev. Peru. Epidemiol*. 2012; 14 (2): 1-5.

6.-Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med*. 2012;9:90.

7.-Park M, Unützer J. Geriatric Depression in Primary Care. *Psychiatric Clinics of North America*. 2012;34(2):469-87.

8.-Katon W, Lin E, Von Korff M, Ciechanowski P, Ludman E, Young B, et al. Collaborative Care for Patients with Depression and Chronic Illnesses — NEJM. 2012;363(N Engl J Med):2611–20.

9.-Deng V, Prevalencia y factores de riesgo de depression postparto en una muestra basada en la población de mujeres en Tangxia Comunidad, de Guangzhou. Asian Pacific journal of tropical medicine 2014; 7(3): 244-249.

10.-Taherifard P. Socioeconomic, psychiatric and materiality determinants and risk of postpartum depression in Border city of Ilam, Western Iran. Depression research and treatment, 2013; 1 (1):4-7.

11.-Rementería, S. B., & Ponce, N. J. (2013). Factores de riesgo asociados a la depresión post parto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria en la ciudad de Arica-Chile. *PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL*, 30(1), 38-49.

12.-Montoya M. Prevalencia de los síntomas de depresión posparto en población urbana, rural e indígena. *Rev Esp Méd Quir* 2015; 20: 18-23.

13.- Giralda J. Abordaje de la depresión postparto. 2015. Tesis. España.

14.-Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. *Rev Med Chile* 2011; 138(5): 536 – 42.

15.-Krause K, Ostbye T, Swamy G. Occurrence and Correlates of Postpartum Depression in Overweight and Obese Women: Results from the Active Mothers Postpartum (AMP) Study. *Matern Child Health J* 2012; 13(6): 832 – 838.

16.-La Coursiere D, Barrett E, O'Hara M. The association between prepregnancy obesity and screening positive for postpartum depression. BJOG. 2012; 117(8): 1011 – 1018.

17.-Lasheras G, Farré B, Serra B. Screening of postpartum depression (PD) and mother-infant bonding (MIB) disorders at the Hospital Universitario Quirón Dexeus. Preliminary results. Med. Psicosom. 2014; 109 (22): 13-18.

18.-Pérez M, Forero C; Cabarcas N; Hinestroza, C; Lobo S; Garavito M, et al, Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla (Colombia). Source: Salud Uninorte, 2013, 29 (3);394-405.

19.-Gjerdingen D, CrowS, McGovern P, Miner M, Center B. Postpartum Depression Screening at well-child visits: Validity of a 2-questions screen and the PHQ-9. Ann Fam Med 2012; 7(1):63-70.

20.-Cáceres W., Reyes M, Malpica E. Variables que influyen en el comportamiento de la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes. Revista Cubana de Medicina General Integral 2013; 29(3): 245-252.

21.-Victoria C. La lactancia materna en el Siglo XXI: epidemiología, mecanismos y efectos a lo largo de la vida. Lancet 2016; 387; 475-90.

22.-Rey A, Ayca A, Denegri R. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en una muestra de madres de Lima, Perú, 2013. Archivos de medicina 2015; 11(3): 11.

23.-Watkins S, Meltzer S. Las primeras experiencias de lactancia materna y la depresión posparto. Obstet Gynecol. 2011; 118 (1):214-21.

- 24.-Bogen D, Hanusa B, Moses E. Son la depresión materna o la gravedad de los síntomas asociados con la lactancia Intención o resultados?. *J Clin Psychiatry*. 2011; 71(8):1069-78.
- 25.-Nishioka E, Haruna M, Ota E. Un estudio prospectivo de la relación entre la lactancia materna y los síntomas depresivos posparto aparece en 1-5 meses después del parto. *J Affect Disord*. 2011; 133(3):553-9.
- 26.-Dias C, Figueiredo B. Breastfee. La lactancia materna y la depresión: una revisión sistemática de la literatura. *J Affect Disord*. 2015; 171:142-54.
- 27.-Victora C, Horta B. World Health Organization. Long-term effects of breastfeeding: a systematic review. 2013.
- 28.-Wade D, Haining S, Day A. Breastfeeding peer support: are there additional benefits? *Community Practitioner*. 2012; 82 (12): 30–3.
- 29.-Mushtaq N, Moayad N, Abid S. Breast feeding as a protective factor against otitis media in Thi-Qar. *Kufa Med.Journal* 2012: 14(1): 309-314.
- 30.-Duijts L, Jaddoe VW, Hofman A. Prolonged and exclusive breastfeeding reduces the risk of infectious diseases in infancy. *Pediatrics*. 2011;126(1):18-25.
- 31.-Fairbrother N, Stanger-Ross I. Reproductive-aged women's knowledge and attitudes regarding infant-feeding practices: an experimental evaluation. *Journal of Human Lactation*. 2012; 26(2):157–67.



32.-Lamberti L, Zakarija I, Fischer C, Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two: a systematic literature review and meta-analysis. BMC Public Health. 2013;13(3): 3-9.

33.-Figueiredo B, Canário C, Field T. La lactancia materna se ve afectada negativamente por la depresión prenatal y reduce la depresión posparto. Psychol Med. 2014; 44(5):927-36.

34.-Borra C, Iacovou M, Sevilla A. Nueva evidencia sobre la lactancia materna y la depresión posparto: la importancia de comprender las intenciones de la mujer. Matern Child Health J. 2015; 19(4):897-907.

35.-Reifsnider E, Flowers J, Todd M. La relación entre la lactancia materna, la depresión posparto, y peso después del parto en las mujeres mexicano-americanas. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2016 (16) 30293-3.

36.-Yusuff A, Tang L, Binns C. La lactancia materna y la depresión postnatal: Un estudio de cohorte prospectivo en Sabah, Malasia. J Hum Lact. 2016; 32(2):277-81.

37.-Woolhouse H, James J, Gartland D. Síntomas depresivos maternos a los tres meses después del parto y las tasas de lactancia materna a los seis meses después del parto: Implicaciones para la atención primaria en un estudio de cohorte prospectivo de las mujeres primíparas en Australia. Women Birth. 2016; 29(4):381-7.

38.-Ahn S, Corwin E. La asociación entre la lactancia materna, la respuesta al estrés, la inflamación y la depresión post-parto durante el período post-parto: estudio de cohorte prospectivo. Int J Nurs Stud. 2016; 52(10):1582-90.

39.-Kleinbaum D. Statistics in the health sciences: Survival analysis. New York: Springer-Verlag publishers; 2011.p78.

40.-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, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2012.

41.-Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S.N° 007-98-SA. Perú: 20 de julio de 2012.

**ANEXO**

**ANEXO N° 01**

Asociación entre lactancia materna no exclusiva y depresión en madres atendidas en el Hospital Belén de Trujillo.

**PROTOCOLO DE RECOLECCION DE DATOS**

Fecha..... N°.....

**I. DATOS GENERALES:**

1.1. Edad: \_\_\_\_\_ años

1.2. Paridad: \_\_\_\_\_

1.3. Procedencia: Urbano ( ) Rural ( )

**II. VARIABLE INDEPENDIENTE:**

Puntaje de la escala de Hamilton:.....

Depresión: Si ( ) No ( )

**IV: VARIABLE DEPENDIENTE:**

Meses de lactancia:.....

Lactancia materna no exclusiva: Si ( ) No ( )

## **ANEXO 2:**

### **Escala de Depresión de Hamilton**

| Items   | Criterios operativos de valoración   |
|---|--|
| 1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, intensidad)   | <ul style="list-style-type: none"><li>0. Ausente</li><li>1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado</li><li>2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente</li><li>3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto</li><li>4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea</li></ul>  |
| 2. Sensación de culpabilidad  | <ul style="list-style-type: none"><li>0. Ausente</li><li>1. Se culpa a si mismos, cree haber decepcionado a la gente</li><li>2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones</li><li>3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad</li><li>4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experiencia alucinaciones visuales amenazadoras</li></ul>  |
| 3. Suicidio   | <ul style="list-style-type: none"><li>0. Ausente</li><li>1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida</li><li>2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir</li><li>3. Ideas de suicidio o amenazas</li><li>4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)</li></ul>   |
| 4. Insomnio precoz  | <ul style="list-style-type: none"><li>0. Ausente</li><li>1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora</li><li>2. Dificultades para dormirse cada noche</li></ul>  |
| 5. Insomnio medio   | <ul style="list-style-type: none"><li>0. Ausente</li><li>1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche</li><li>2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)</li></ul>   |
| 6. Insomnio tardío  | <ul style="list-style-type: none"><li>0. Ausente</li><li>1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse</li><li>2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama</li></ul>  |
| 7. Trabajo y actividades  | <ul style="list-style-type: none"><li>0. Ausente</li><li>1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones</li><li>2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación</li><li>3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad</li><li>4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad</li></ul> |
| 8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de la palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida) | <ul style="list-style-type: none"><li>0. Palabra y pensamiento normales</li><li>1. Ligero retraso en el diálogo</li><li>2. Evidente retraso en el diálogo</li><li>3. Diálogo difícil</li><li>4. Torpeza absoluta</li></ul>   |
| 9. Agitación  | <ul style="list-style-type: none"><li>0. Ninguna</li><li>1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc.</li><li>2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.</li></ul>  |
| 10. Ansiedad psíquica   | <ul style="list-style-type: none"><li>0. No hay dificultad</li><li>1. Tensión subjetiva e irritable</li><li>2. Preocupación por pequeñas cosas</li><li>3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla</li><li>4. Terrores expresados sin preguntarle</li></ul>  |

| Items   | Criterios operativos de valoración  |
|---|---|
| 11. Ansiedad somática                         | 0. Ausente<br>1. Ligera<br>2. Moderada<br>3. Grave<br>4. Incapacitante<br>Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como:<br>~ Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijoes<br>~ Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias<br>~ Respiratorios: Hiperventilación suspiros<br>~ Frecuencia urinaria<br>~ Sudoración  |
| 12. Síntomas somáticos gastrointestinales     | 0. Ninguno<br>1. Pérdida de apetito, pero come sin necesidad de que estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen<br>2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales  |
| 13. Síntomas somáticos generales              | 0. Ninguno<br>1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad<br>2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2  |
| 14. Síntomas genitales                        | 0. Ausente<br>1. Débil<br>2. Grave<br>3. Incapacitante<br>Síntomas como<br>~ Pérdida de la libido<br>~ Trastornos menstruales   |
| 15. Hipocondría                               | 0. No la hay<br>1. Preocupado de sí mismo (corporalmente)<br>2. Preocupado por su salud<br>3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc.<br>4. Ideas delirantes hipocondríacas  |
| 16. Pérdida de peso (completar A o B)         | A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)<br>0. No hay pérdida de peso<br>1. Probable Pérdida de peso asociada con la enfermedad actual<br>2. Pérdida de peso definida (según el enfermo)<br>B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes)<br>0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana<br>1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana<br>2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio) |
| 17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad) | 0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo<br>1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.<br>2. Niega que esté enfermo   |

### ANEXO N° 3

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La ..... que  
suscribe:..... de  
.....años de edad, con domicilio en:  
.....  
.....

(Calle, número, urbanización/sector), por este medio, con toda libertad y sin ningún tipo de presión, acepto ser parte de la investigación Científica:

Asociación entre lactancia materna no exclusiva y depresión en madres atendidas en el Hospital Belén de Trujillo.

Esta Investigación realizada por el alumno ....., quien me informó el procedimiento de manera detallada de mi participación durante el proceso, asimismo los datos que se obtenga serán de reserva exclusiva para el referido estudio manteniendo la confidencialidad de mis datos personales.

Ante lo expuesto doy mi consentimiento a participar en dicho estudio.

---

(Firma del Paciente)