Universidad Católica de Santa María

Escuela de Postgrado

Maestría en Salud Mental del Niño, del adolescente y de la Familia

Depresión postparto y autoeficacia en la lactancia materna en puérperas de 3 a 8 semanas que acuden a consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud Maritza Campos Díaz, Zamácola de Cerro Colorado. Arequipa 2024

Tesis presentada por:

Huayta Paucar, Marlene Betty

ORCID: 0009-0001-3262-4171

para optar el Grado Académico de Maestro en Salud Mental del Niño, del Adolescente y de la Familia

Asesor (a):

Mg. Anchante Hernández, Elva Elvira

ORCID: 0009-0005-4756-174X

Arequipa - Perú

2026

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ESCUELA DE POSTGRADO

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR DE TESIS

Arequipa, 22 de Abril del 2026

Dictamen: 013377-C-EPG-2026

Visto el borrador del expediente 013377, presentado por:

2023002202 - HUAYTA PAUCAR MARLENE BETTY

Titulado:

DEPRESIÓN POSTPARTO Y AUTOEFICACIA EN LA LACTANCIA MATERNA EN PUÉRPERAS DE 3 A 8 SEMANAS QUE ACUDEN A CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ, ZAMÁCOLA DE CERRO COLORADO. AREQUIPA 2024

Nuestro dictamen es:

APROBADO

29203672 - ESCOBEDO VARGAS JANNET MARIA
DICTAMINADOR

29611429 - FERIA AYTA JACINTA GILMA
DICTAMINADOR

29550447 - MEDINA ARCE NORMA ROXANA
DICTAMINADOR

Depresión postparto y autoeficacia en la lactancia materna en puérperas de 3 a 8 semanas que acuden a consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud Maritza Campos Díaz, Zamácola de Cer

INFORME DE ORIGINALIDAD

11%	15%	9%	10%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	3%
2	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	2%
3	Submitted to Universidad Politécnica de Madrid Trabajo del estudiante	1%
4	repositorio.upla.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	www.aepap.org Fuente de Internet	1%
6	revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	repository.unab.edu.co Fuente de Internet	1%
8	repositorio.upse.edu.ec Fuente de Internet	1%
9	Submitted to Universidad Privada del Norte Trabajo del estudiante	1%
10	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	1%

Excluir citas	Apagado	Excluir coincidencias	< 1%
Excluir bibliografía	Apagado		

DEDICATORIA

Dedicado a los seres que siempre me han demostrado que todo lo que vale, requiere esfuerzo, mis padres Leo y Rosa.

Al amor de mi vida, Sofía, a quien deseo mostrarle que no hay límites en nuestros logros.

A Marco por su apoyo y comprensión constante, mi gran compañero.

AGRADECIMIENTOS

A la Escuela de Postgrado, por brindarnos un entorno donde el conocimiento se transforma en desarrollo personal y cada desafío nos motivó a pensar con profundidad y creatividad.

A Dios, por ser luz en los momentos de duda y sostén firme en cada paso que dimos.

A mis progenitores, por su amor constante y por las lecciones que han dejado huella en nuestro camino.

A cada uno de ustedes, nuestro más sincero y duradero agradecimiento.

EPÍGRAFE

"En cada parto morimos un poco, dicen algunas parteras. O tal vez mucho. Muere la mujer que éramos y nace una madre, nueva madre si ya lo éramos."

Ibone Olza.

RESUMEN

El objetivo fue analizar la relación entre la depresión postparto y la autoeficacia en lactancia materna en puérperas de 3 a 8 semanas que acuden con sus recién nacidos al consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Zamácola, del distrito de Cerro Colorado, 2024. La investigación fue de tipo descriptivo-correlacional, con enfoque de campo y diseño transversal. Se aplicó una encuesta estructurada a una muestra representativa de 60 puérperas, extraída de un universo de 71 mediante fórmula para poblaciones finitas, con un nivel de confianza del 95%. Las variables estudiadas se centraron en la salud mental de la puérpera y su práctica de la lactancia materna. El 90% de las madres presentó una alta autoeficacia para amamantar, mientras que el 75% no evidenció síntomas de depresión postparto. Sin embargo, el 25% restante presentó algún nivel depresivo: leve (8.3%), moderado (13.3%) o severo (3.3%). Se encontró una relación significativa entre la edad materna y ambas variables, así como entre las semanas de embarazo y la autoeficacia. Destaca la identificación de una correlación inversa estadísticamente significativa entre depresión postparto y autoeficacia en lactancia (rho = -0.552; $p < 0.001$), lo que sugiere que, a mayor confianza en la capacidad de amamantar, menor es la presencia de síntomas depresivos. La mayoría de puérperas evaluadas mostró altos niveles de autoeficacia y ausencia de depresión postparto. Se encontró una relación inversa entre ambas variables lo que resalta la importancia de incluir estrategias de apoyo emocional y psicológico en la atención primaria, promoviendo así la salud mental materna y el éxito en la lactancia desde las primeras semanas del posparto.

Palabras clave: Depresión postparto, autoeficacia, lactancia materna.

ABSTRACT

The objective was to establish this relationship in postpartum women between three and eight weeks postpartum who attended the Growth and Development Clinic (CRED) during October and November 2024. The research was descriptive-correlational, with a field approach and cross-sectional design. A structured survey was administered to a representative sample of 60 postpartum women, drawn from a population of 71 using a formula for finite populations, with a 95% confidence level. The variables studied focused on the postpartum woman's mental health and her breastfeeding practices. The variables studied focused on mental health and breastfeeding practices. Ninety percent of the mothers demonstrated high self-efficacy for breastfeeding, while 75% showed no symptoms of postpartum depression. However, the remaining 25% presented some level of depression: mild (8.3%), moderate (13.3%), or severe (3.3%). A significant relationship was found between maternal age and both variables, as well as between gestational age and self-efficacy. The study highlights a statistically significant inverse correlation between postpartum depression and breastfeeding self-efficacy (rho = -0.552; $p < 0.001$), suggesting that greater confidence in breastfeeding ability is associated with lower depressive symptoms. The majority of postpartum women assessed showed high levels of self-efficacy and no postpartum depression. An inverse relationship was found between both variables, highlighting the importance This inverse relationship underscores the importance of incorporating emotional and psychological support strategies into primary care, thereby promoting maternal mental health and breastfeeding success from the first weeks postpartum.

Keywords: Postpartum depression, self-efficacy, breastfeeding.

INDICE GENERAL

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

EPÍGRAFE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN 1

HIPÓTESIS 4

OBJETIVOS 5

CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO 6

1.Marco Conceptual 7

1.1. Matrescencia 7

1.2. Depresión 8

1.2.1. Depresión post-parto 8

1.2.2. Causas y factores de riesgo 9

1.2.3. Diagnóstico de la depresión post-parto 11

1.2.4. Pruebas y Escalas 14

1.2.5. Exclusión de otras condiciones 15

1.2.6. Clasificación DPP 17

1.2.7. Consecuencias 20

1.2.8. Tratamiento y manejo 21

1.2.9. Importancia de saber pedir ayuda 24

1.3. Autoeficacia en la lactancia materna 25

1.3.1. Factores que afectan la autoeficacia en lactancia materna Salud y bienestar 28

1.3.2. Experiencias previas 29

1.3.3. Información y educación 29

1.3.4. Percepción verbal 30

1.3.5. Apoyo social 30
1.3.6. Valorización de la autoeficacia de la lactancia materna 30
1.3.7. Cuestionarios y escalas estandarizadas 31
1.3.8. Observación directa 32
1.3.9. Estrategias para mejorar la autoeficacia de la lactancia materna 33
1.3.10. Educación prenatal 33
1.3.11. Grupo de apoyo 34
1.3.12. Cuidar la salud mental de la madre 34
2.Antecedentes Investigativos 34
2.1. Antecedentes Internacionales 34
2.2. Antecedentes Nacionales 36
2.3. Antecedentes Locales 37
CAPÍTULO II METODOLOGÍA 40
1.Técnicas, instrumentos y materiales de verificación. 41
2.Campos de verificación 43
2.1. Ubicación espacial 43
2.2. Ubicación temporal 43
2.3. Unidades de estudios 43
2.3.1. Universo 43
2.3.2. Muestra 44
3.Estrategia de recolección de datos 45
3.1. Organización 45
3.2. Recursos 45
3.3. Validación de instrumentos 46
3.4. Análisis de datos 47
CAPÍTULO III RESULTADOS 48
DISCUSIÓN 77

CONCLUSIONES 80

RECOMENDACIONES 81

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 82

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Edad distribuida en rangos en puérperas que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo …….	49
Tabla 2	Estado civil en puérperas que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo ……	51
Tabla 3	Grado de instrucción de las puérperas que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo …….	53
Tabla 4	Planificación del embarazo en puérperas que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo …….	55
Tabla 5	Nro° de hijos que tienen las puérperas que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo …….	57
Tabla 6	Peso de los hijos de las puérperas que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo ……	59
Tabla 7	Semanas en la que finalizó el embarazo de las puérperas que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo …….	61
Tabla 8	Capacitación sobre la técnica de lactancia en puérperas que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo …….	63
Tabla 9	Edad del menor hijo de las puerperas que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo …….	65
Tabla 10	Tipo de parto que las puérperas tuvieron y acuden al área de crecimiento y desarrollo ……	67
Tabla 11	Incidencia de depresión post parto en puérperas que acuden con sus recién nacidos al consultorio de crecimiento y desarrollo ……	69
Tabla 12	Relación entre las variables sociodemográficas e incidencia en depresión post parto en puérperas de 3 a 8 semanas que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo …….	71
Tabla 13	Relación entre el rango de edades e incidencia en depresión post parto en puérperas de 3 a 8 semanas que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo ……	72
Tabla 14	Nivel de autoeficacia de lactancia materna en puérperas de 3 a 8 semanas que acuden con sus recién nacidos al consultorio de crecimiento y desarrollo…….	73

Tabla 15 Relación entre las variables sociodemográficas y el nivel de autoeficacia de lactancia materna en puérperas de 3 a 8 semanas que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo…….. 75

Tabla 16 Correlación entre la depresión postparto y la autoeficacia en lactancia materna en puérperas de 3 a 8 semanas que acuden con sus recién nacidos al consultorio de crecimiento y desarrollo ……. 76

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Edad distribuida en rangos en puérperas que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo …….	50
Figura 2	Estado civil en puérperas que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo ……	52
Figura 3	Grado de instrucción de las puérperas que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo …….	54
Figura 4	Planificación del embarazo en puérperas que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo …….	56
Figura 5	Nro° de hijos que tienen las puérperas que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo …….	58
Figura 6	Peso de los hijos de las puérperas que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo …….	60
Figura 7	Semanas en la que finalizó el embarazo de las puérperas que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo …….	62
Figura 8	Capacitación sobre la técnica de lactancia en puérperas que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo …….	64
Figura 9	Edad del menor hijo de las puérperas que acuden al consultorio de crecmientoy desarrollo ……...	66
Figura 10	Tipo de parto que las puérperas tuvieron y acuden al área de crecimiento y desarrollo ……	68
Figura 11	Incidencia de depresión post parto en puérperas que acuden con sus recién nacidos al consultorio de crecimiento y desarrollo ……	70
Figura 12	Nivel de autoeficacia de lactancia materna en puérperas de 3 a 8 semanas que acuden con sus recién nacidos al consultorio de crecimiento y desarrollo ……	74

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1	Consentimiento Informado …….	88
Anexo 2	Datos Sociodemográficos ……...	89
Anexo 3	Escala Edimburgo para la depresión postnatal ……...	90
Anexo 4	Escala de autoeficacia para la lactancia materna (BSES-SF) …….	91
Anexo 5	Dictamen favorable de Comité de ética de investigación ……...	92
Anexo 6	Carta de autorización ……..	93
Anexo 7	Carta de presentación ……..	94
Anexo 8	Matriz de Datos ……...	95
Anexo 9	Matriz de consistencia …….	97

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es una de las acciones de salud pública más significativas que tienen impacto en la humanidad, y su importancia se ha elevado, prestando mayor atención a sus aspectos de beneficio biológico y bioquímico, descuidando los componentes psicológicos de esta práctica y la especificidad de cada binomio madre-hijo, especialmente la salud psicológica de las madres, quienes pueden experimentar frustración, depresión y ansiedad en el afán de alcanzar la tan ansiada lactancia materna "feliz", que es uno de los indicadores sociales e incluso de salud de ser una "buena madre".

En 2017, la prestigiosa revista Nature Neuroscience publicó un estudio que demostraba por primera vez que el embarazo provoca cambios sustanciales y duraderos en el cerebro de la madre. Una de las autoras de este revolucionario estudio es la doctora Susana Carmona, brillante científica que dirige el grupo de investigación Neuro Maternal del Instituto de investigación Sanitaria Gregorio Marañón de Madrid. (1).

La llegada de un bebé trae consigo todo tipo de sentimientos intensos: amor, alegría, emoción, frustración y nerviosismo, sólo por nombrar algunos. (2). Es habitual experimentar altibajos en las primeras semanas después del parto, pues muchas madres atraviesan episódios de tristeza, irritabilidad, se encuentran propensas al llanto o están inseguras con respecto a su capacidad de cuidado. Estos síntomas son conocidos como baby blues, que están relacionados en parte con los cambios hormonales, pero también influyen factores como el cansancio, las dificultades para amamantar y algunas complicaciones post parto (3).

Cuando estas manifestaciones se intensifican y se prolongan por más de dos semanas, se puede hablar de depresión postparto, una condición que requiere atención profesional, ya que puede afectar tanto a la madre como a su capacidad de responder adecuadamente a las necesidades del recién nacido, con impacto en el desarrollo infantil (4).

Por tanto, la lactancia materna debe entenderse no solo como un proceso biológico sino también psicológico, reconocer y atender la salud mental de las madres resulta esencial para el bienestar del binomio madre – hijo y favorecer un desarrollo saludable para los primeros años de vida.

La presente investigación se justifica a partir de la necesidad de comprender y abordar de manera integral los desafíos que enfrentan las mujeres durante el periodo postparto,

particularmente en relación con la depresión postparto (DPP) y su influencia en la autoeficacia para la lactancia materna. Este fenómeno representa un problema de salud pública de creciente relevancia, debido a su impacto no solo en la salud mental de la madre, sino también en el bienestar del recién nacido, el vínculo madre–hijo y la dinámica familiar.

Desde una perspectiva científica, diversos estudios han evidenciado una relación significativa entre la presencia de síntomas depresivos en el postparto y una disminución en la autoeficacia para la lactancia materna, entendida como la confianza de la madre en su capacidad para amamantar de manera efectiva (Dennis, 1999; Shorey et al., 2018). Investigaciones realizadas en contextos latinoamericanos y nacionales han utilizado instrumentos validados, como la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) y la Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES-SF), demostrando que la DPP constituye un factor de riesgo para el abandono temprano o la baja exclusividad de la lactancia materna.

Desde el punto de vista teórico, el estudio se sustenta en modelos psicológicos que explican la autoeficacia como un constructo central en la conducta humana, especialmente en situaciones de estrés y adaptación, como lo plantea la teoría social cognitiva de Bandura (1997). Asimismo, se articula con enfoques contemporáneos que conceptualizan la maternidad como un proceso de transformación psicosocial —conocido como matrescencia—, en el cual convergen cambios hormonales, emocionales, cognitivos y sociales que pueden afectar la salud mental de la mujer.

Desde una relevancia social y humana, el estudio aborda una problemática que afecta directamente la calidad de vida de las madres y sus hijos. La depresión postparto suele permanecer invisibilizada debido a estigmas sociales, a la idealización de la maternidad y a la normalización del sufrimiento emocional como parte inherente del rol materno. Esta situación conlleva a que muchas mujeres no expresen sus dificultades ni accedan oportunamente a apoyo profesional, perpetuando el malestar psicológico y sus consecuencias.

Desde el ámbito práctico, los resultados de esta investigación pueden servir como base para el diseño e implementación de programas de prevención, detección temprana e intervención psicológica dirigidos a mujeres en el periodo postparto. Asimismo, aportan información relevante para profesionales de la salud —psicólogos, obstetras, enfermeras y

médicos, permitiéndoles comprender la importancia de abordar de manera conjunta la salud mental materna y la promoción de la lactancia.

Desde una perspectiva ética, esta investigación se vincula con la defensa de los derechos fundamentales de la madre y del niño, particularmente el derecho a la salud mental, al cuidado integral y a una maternidad acompañada y libre de estigmas. La evidencia generada puede contribuir al fortalecimiento de las políticas públicas de salud materno-infantil, promoviendo la inclusión de la evaluación psicológica y el acompañamiento emocional como componentes esenciales del cuidado postnatal.

HIPÓTESIS

Dado que, la depresión postparto es un trastorno que suele comenzar entre la 3ra y 8va semana después del nacimiento del bebé y la lactancia materna se convierte en un acto vital para el cuidado del recién nacido.

Es probable que, la depresión postparto sea un factor de riesgo en la autoeficacia de la lactancia materna de las madres que acuden a consultorio de Crecimiento y Desarrollo entre la 3ra a 8va semanas de postparto del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Zamácola del distrito de Cerro Colorado.

OBJETIVOS

Objetivo General

Establecer la relación entre la depresión postparto y la autoeficacia en lactancia materna en puérperas de 3 a 8 semanas que acuden con sus recién nacidos al consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Zamácola, del distrito de Cerro Colorado, 2024.

Objetivos Específicos

Precisar la incidencia de depresión postparto en puérperas de 3 a 8 semanas que acuden con sus recién nacidos al consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Zamácola del distrito de Cerro Colorado, 2024.

Identificar el nivel de autoeficacia de lactancia materna en puérperas de 3 a 8 semanas que acuden con sus recién nacidos consultorio de Crecimiento y Desarrollo del centro de Salud Maritza Campos Díaz, Zamácola del distrito de Cerro Colorado, 2024.

CAPÍTULO I
MARCO TEÓRICO

1. Marco Conceptual

1.1. Matrescencia

El concepto de matrescencia ha sido acuñado en 2008 por la psicóloga Aurelie Athan para describir el profundo proceso de cambio biopsicosocial que vive una mujer al convertirse en madre, abarcando transformaciones físicas, emocionales, cognitivas y sociales que configuran una etapa de transición comparable en intensidad a la adolescencia. Esta noción ha permitido visibilizar una experiencia que, pese a ser universal, con frecuencia ha sido ignorada o minimizada por la sociedad y los sistemas de salud, generando la necesidad de desarrollar un lenguaje que dé voz a estas vivencias y promueva una mayor empatía y apoyo del entorno. Desde la neurociencia, se ha evidenciado que el cerebro materno experimenta modificaciones significativas durante el embarazo y el posparto, especialmente en áreas relacionadas con la empatía, la percepción emocional y el comportamiento de cuidado, lo cual sugiere una adaptación evolutiva para el vínculo con el recién nacido. La amplia difusión que ha alcanzado este enfoque se refleja, entre otros ejemplos, en la repercusión de la charla TED de la psiquiatra Alexandra Sacks, quien ha contribuido activamente a divulgar el concepto de matrescencia con claridad, sensibilidad y respaldo científico, facilitando su incorporación en el discurso público y en las prácticas de salud mental perinatal (1).

Hace referencia a la transformación profunda que viven las mujeres al asumir la maternidad, una experiencia que ha generado la necesidad de contar con mayor respaldo por parte de su entorno. Este proceso también requiere fortalecer los vínculos de apoyo y proporcionar información clara y accesible que permita comprender con mayor profundidad todo lo que implica convertirse en madre (5). La matrescencia se caracteriza por transformaciones en la estructura cerebral de la mujer que ha asumido la maternidad. Resulta importante subrayar que estos cambios no son excepcionales, sino que se asemejan a los procesos de adaptación que han ocurrido en otras etapas del desarrollo humano a lo largo de la vida (2).

La matrescencia se concibe como una etapa vital caracterizada por profundas transformaciones en la estructura cerebral y por un proceso continuo de ajuste y redefinición que abarca la identidad personal, las relaciones interpersonales y el equilibrio emocional de la mujer que ha iniciado la experiencia de la maternidad. Diversos factores psicológicos y contextuales que favorecen el bienestar y la sensación de seguridad durante el parto han

demostrado ser fundamentales para el adecuado funcionamiento del sistema hormonal e inmunológico que interviene en este momento crítico. Estudios científicos han confirmado que aspectos como la percepción positiva del cuidado recibido, el acompañamiento emocional y el confort del entorno físico durante el parto, pueden facilitar el proceso fisiológico y enriquecer la vivencia materna. Esta experiencia, a su vez, impacta directamente el periodo posparto, influyendo en la salud mental de la madre y en la calidad del vínculo temprano con el recién nacido. En este sentido, intervenciones como el contacto piel con piel en las primeras horas tras el nacimiento, se reconoce por su eficacia para reducir el estrés tanto en la madre como en el bebé, fortalecer el apego afectivo y favorecer el inicio exitoso de la lactancia materna (1).

1.2. Depresión

1.2.1. Depresión post-parto

La depresión posparto, también conocida como depresión puerperal, se presenta como una alteración del estado de ánimo que puede manifestarse dentro del primer mes tras el nacimiento del bebé, aunque en muchos casos ha aparecido semanas o incluso meses después del parto. Esta condición afecta significativamente el bienestar emocional, psicológico y funcional de la madre, interfiriendo en su capacidad para vincularse con el recién nacido y responder a sus necesidades. La literatura científica ha identificado múltiples factores asociados a su aparición, entre ellos, antecedentes de trastornos depresivos, desequilibrios hormonales abruptos, falta de apoyo social, partos traumáticos, dificultades en la lactancia y estrés crónico. Además, se reconoce que la depresión posparto puede coexistir con sentimientos de culpa, irritabilidad, ansiedad intensa o desconexión emocional, lo que complejiza su detección y tratamiento. Por ello, su abordaje requiere una atención integral desde el ámbito clínico, familiar y comunitario, favoreciendo el diagnóstico temprano, la intervención oportuna y el acompañamiento empático a las madres durante esta etapa vulnerable del ciclo vital (6).

La depresión posparto se manifiesta como un trastorno afectivo de considerable impacto que ha comenzado a evidenciarse tanto durante la gestación como en las primeras semanas posteriores al nacimiento, especialmente dentro del primer mes. Lejos de tratarse de una tristeza transitoria, esta condición se caracteriza por una alteración profunda y sostenida del estado de ánimo, acompañada de síntomas

como fatiga persistente, desinterés por actividades cotidianas, llanto frecuente, ansiedad, dificultad para vincularse con el recién nacido e incluso pensamientos de culpa o inutilidad. Su duración ha oscilado desde algunas semanas hasta varios meses, dependiendo de la gravedad del cuadro y del acceso a redes de apoyo o atención especializada. Estudios clínicos han demostrado que su aparición responde a una interacción compleja entre factores neuroendocrinos como los cambios abruptos en los niveles de estrógeno y progesterona tras el parto, antecedentes de salud mental, experiencias traumáticas previas, percepciones negativas sobre el parto, y condiciones psicosociales como el aislamiento o la sobrecarga en el cuidado del bebé. Esta depresión no solo afecta el bienestar emocional de la madre, sino que también ha interferido con el establecimiento del apego materno-infantil, impactando el desarrollo emocional y cognitivo del niño. Por ello, su reconocimiento temprano y el abordaje terapéutico oportuno resultan esenciales para preservar la salud integral de la díada madre-hijo, y promover un entorno favorable durante el periodo posnatal (7).

1.2.2. Causas y factores de riesgo

Diversos estudios indican que hay factores genéticos y ambientales que desempeñan un papel muy importante en el desarrollo de este trastorno. Entre los factores específicos que influyen en la depresión perinatal se encuentran:

- Situaciones de vida estresantes como pueden ser presiones laborales o experiencias traumáticas previas.
- Las demandas físicas y emocionales del parto y del cuidado de un recién nacido.
- Las variaciones hormonales que tienen lugar durante el embarazo y en el periodo posterior al mismo.

El riesgo de presentar depresión perinatal se incrementa significativamente cuando la mujer posee antecedentes personales o familiares de trastornos afectivos, en particular depresión mayor o trastorno bipolar, lo cual ha sido documentado por diversos estudios clínicos y epidemiológicos. Esta asociación se debe a la interacción entre factores genéticos, neuroquímicos y psicosociales que predisponen a una desregulación del estado de ánimo en contextos de alta demanda emocional, como el embarazo y el puerperio. Además, se ha comprobado que haber atravesado un episodio

depresivo durante un embarazo anterior constituye un predictor clínico de recurrencia, dado que el sistema nervioso central conserva patrones de respuesta alterados frente a estímulos hormonales y psicoemocionales similares. En consecuencia, el seguimiento especializado de mujeres con este perfil de riesgo es esencial desde la etapa prenatal, a fin de implementar medidas preventivas que promuevan el equilibrio psicológico y favorezcan una transición saludable hacia la maternidad (8).

Al analizar con mayor profundidad los factores de riesgo vinculados a la depresión perinatal, se reconoce que diversas circunstancias personales, familiares y contextuales han contribuido e incrementan de forma considerable la vulnerabilidad emocional de la madre durante el embarazo y el puerperio. Se ha identificado que tener antecedentes propios o familiares de trastornos mentales, convivir con personas diagnosticadas con alguna enfermedad psiquiátrica, así como haber atravesado experiencias de duelo, rupturas afectivas, conflictos laborales o vivir el embarazo y el parto como procesos emocionalmente abrumadores, representan condiciones que aumentan la probabilidad de desarrollar este trastorno afectivo. Asimismo, variables sociodemográficas han desempeñado un papel relevante, como la edad materna, siendo más frecuente en adolescentes, el estado civil, con mayor prevalencia en mujeres solteras o sin una red de apoyo estable, y factores estructurales como la precariedad económica, la desnutrición materna y un bajo nivel educativo. Estas condiciones, al interactuar con los cambios hormonales propios del periodo perinatal, han creado un terreno fértil para el desequilibrio emocional, lo que evidencia la necesidad de intervenciones integrales que consideren tanto la salud mental como los determinantes sociales que rodean a la maternidad (6).

Al hablar sobre las causas de la depresión posparto, es fundamental señalar que su origen exacto aún no se conoce con precisión. No obstante, se han identificado múltiples factores que pueden contribuir a su aparición. Uno de ellos es el hormonal, ya que las fluctuaciones en los niveles durante el embarazo y después del parto pueden afectar el estado de ánimo de la madre y traer con ello (8):

- Cambios físicos, durante el embarazo y luego del parto.
- Modificaciones en las relaciones sociales y laborales.
- Daño de tiempo personal y de libertad.
- Alteración de los tiempos de descanso y sueño.

- Preocupación respecto a su capacidad al asumir la crianza de su hijo.

1.2.3. Diagnóstico de la depresión post-parto

El diagnóstico adecuado de la depresión posparto requiere una evaluación clínica minuciosa que considere tanto los antecedentes como la vivencia emocional actual de la madre. Para ello, se ha recurrido a la recopilación detallada de información relacionada con sus estados afectivos, patrones de pensamiento, percepción de sí misma y su entorno, así como con su historia en salud mental. Este proceso debe ser guiado por un profesional capacitado y se complementa mediante la utilización de herramientas psicométricas validadas, como la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), que han sido diseñadas para detectar con mayor precisión la presencia y severidad de los síntomas depresivos. Estas evaluaciones, que se han aplicado ampliamente en contextos clínicos y comunitarios, han demostrado su eficacia en la identificación temprana del trastorno, lo que facilita una intervención oportuna y evita consecuencias adversas tanto para la madre como para el desarrollo integral del recién nacido (9). De manera más específica, los síntomas que deben considerarse para el diagnóstico de la depresión posparto son similares a los que se presentan en un episodio de depresión mayor. Entre ellos se pueden incluir:

- Uno de los más comunes es la tristeza posparto o también llamada baby blues, que se presenta con cambios repentinos de humor, irritabilidad, llanto fácil, dificultad para concentrarse y presencia de ansiedad.
- Alteraciones en el sueño, como insomnio o hipersomnia
- Variaciones del apetito, que pueden resultar en una pérdida o aumento de peso notorio.
- Frecuentes cefaleas y/o dolores corporales
- Cansancio extremo frecuente
- Experimentar preocupaciones irracionales relacionadas al bebé o en cambio el extremo de falta de interés.
- Sentimientos de insuficiencia en el rol de madre.
- Sentimientos de insuficiencia o de culpa como madre.
- Pensamientos suicidas (10).

Por otra parte, de acuerdo al Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – (DSM-V), deben manifestarse cinco o más de los síntomas

mencionados anteriormente. Estos deben estar presentes durante la mayor parte del día, casi todos los días, y mantenerse por un período mínimo de dos semanas consecutivas:

Humor depresivo: Entre los días cuatro y cinco posteriores al parto, muchas madres experimentan una forma transitoria de tristeza emocional conocida como baby blues. Este estado se caracteriza por llanto fácil, irritabilidad, sensibilidad emocional y cambios de humor repentinos, y suele durar unas horas al día durante un máximo de dos semanas. Esta condición se considera parte del reajuste hormonal y psicológico del posparto; sin embargo, cuando los síntomas persisten más allá de este periodo o se intensifican, el cuadro clínico se redefine como depresión posparto, ya que deja de ser una respuesta adaptativa para convertirse en una afectación emocional de mayor gravedad.

Anhedonia: La pérdida de interés o disfrute por actividades que antes resultaban placenteras fenómeno conocido como anhedonia constituye uno de los criterios diagnósticos más representativos de la depresión posparto. Las madres afectadas suelen mostrar un marcado desapego emocional no solo hacia sus intereses personales, sino también hacia el vínculo con su hijo, lo que puede afectar el apego temprano y generar repercusiones en el desarrollo afectivo del bebé. Este síntoma ha sido identificado en diversas investigaciones como un indicador de alteración profunda del sistema de recompensa cerebral, mediado por neurotransmisores como la dopamina y la serotonina.

Alteraciones del sueño: Los cambios en el patrón de sueño son comunes durante el puerperio, dada la necesidad de atender continuamente al recién nacido. Sin embargo, en la depresión posparto, estos trastornos adoptan formas más severas y persistentes. Algunas madres manifiestan insomnio incluso cuando el bebé duerme, mientras que otras experimentan hipersomnia, un exceso de sueño que interfiere con sus responsabilidades diarias. Estas alteraciones han sido asociadas con desregulaciones en el ritmo circadiano y en los niveles de cortisol, lo cual contribuye al deterioro del estado anímico y al agotamiento físico y mental.

Agotamiento o falta de energía: Aunque el cansancio en el posparto es esperable por las exigencias del cuidado neonatal, se torna preocupante cuando persiste

incluso tras haber dormido o descansado adecuadamente. La sensación de fatiga constante, aún en ausencia de privación de sueño, ha sido observada como un síntoma frecuente en mujeres con depresión posparto, y refleja una desregulación del sistema nervioso autónomo y una posible activación inflamatoria crónica, según estudios recientes. Este agotamiento no solo dificulta el funcionamiento diario, sino que incrementa la sensación de incompetencia materna.

Alteraciones en la actividad psicomotora: Las madres que atraviesan un episodio depresivo pueden experimentar cambios notorios en su conducta motora. Estos se manifiestan como agitación psicomotora dificultad para quedarse quietas, movimientos repetitivos o una inquietud constante o como enlentecimiento, observable en la lentitud al hablar, pensar o ejecutar movimientos. Estos signos no solo reflejan un trastorno emocional, sino también una alteración en la coordinación entre los sistemas motor y cognitivo, y se han asociado con afectaciones en la corteza prefrontal y el sistema límbico.

Sentimientos intensos de culpa: La presencia de sentimientos desproporcionados de culpa es un componente clínico relevante en la depresión posparto. A diferencia del sentido de responsabilidad saludable que puede surgir con la maternidad, en este caso la madre se percibe a sí misma como un fracaso, se acusa de no ser suficiente para su bebé y se siente decepcionada de sus propias capacidades. Estas emociones, que pueden estar acompañadas de pensamientos autorreferenciales negativos persistentes, tienen una alta correlación con cuadros depresivos severos y con el riesgo de autolesiones si no se abordan terapéuticamente.

Dificultad en la concentración: Los problemas cognitivos, en particular la disminución de la concentración y la claridad mental, son síntomas que muchas veces pasan desapercibidos. Aunque pueden asociarse a la falta de sueño, en contextos donde no hay privación significativa del descanso, deben considerarse señales de alerta. Las madres pueden experimentar dificultades para tomar decisiones simples, olvidos frecuentes y una sensación de “mente nublada” o bloqueo mental, lo que interfiere con el desempeño cotidiano y alimenta el ciclo de frustración personal. Estos síntomas han sido vinculados con una reducción funcional del hipocampo y la alteración de la atención sostenida.

Ideas suicidas: En los casos más graves de depresión posparto, pueden surgir pensamientos recurrentes sobre la muerte, el deseo de desaparecer o hacerse daño, e incluso la elaboración de planes concretos para acabar con la propia vida. Este tipo de ideación suicida representa una emergencia médica que debe ser atendida de forma inmediata, ya que pone en riesgo no solo la vida de la madre, sino también la del recién nacido. Estudios neuropsiquiátricos han señalado que la combinación de desesperanza, aislamiento emocional y alteraciones hormonales del posparto puede aumentar significativamente la vulnerabilidad al suicidio en este periodo, por lo que la detección precoz es fundamental para prevenir desenlaces fatales (7).

1.2.4. Pruebas y Escalas

Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDRS): Compuesta por 10 ítems, cuya aplicación toma aproximadamente 10 minutos, que la convierte en una herramienta de evaluación rápida y accesible cuyo objetivo es detectar posibles síntomas depresivos en mujeres, a través de la evaluación de aspectos como la ansiedad, el estado de ánimo, la pérdida de interés, los sentimientos de culpa, las alteraciones del sueño y la presencia de ideación suicida (11).

Dentro de las dimensiones evaluadas (11) se encuentran las siguientes:

La anhedonia que es entendida como la disminución o pérdida de la capacidad para experimentar placer, constituye un indicador clave en la detección de sintomatología depresiva. En el contexto postparto, esta puede manifestarse como desinterés por actividades cotidianas o dificultad para disfrutar de la interacción con el recién nacido, lo cual impacta directamente en el vínculo materno-infantil y en la adaptación a la maternidad. La identificación temprana de esta dimensión permite intervenir oportunamente, considerando su relación con procesos motivacionales y emocionales alterados (11)

Asimismo, la ansiedad y preocupación excesiva representa otra dimensión relevante dentro de la escala. Esta se expresa a través de pensamientos recurrentes de temor, inseguridad o anticipación negativa frente al cuidado del bebé o a situaciones cotidianas. Durante el postparto, estas manifestaciones pueden intensificarse debido a cambios hormonales, falta de sueño y nuevas responsabilidades, afectando la percepción de autoeficacia materna (11).

Por otro lado, el estado de ánimo depresivo se refiere a la presencia persistente de tristeza, desesperanza o desmotivación, siendo una de las dimensiones centrales en la evaluación de la depresión postparto. En muchas mujeres, este estado puede presentarse acompañado de llanto frecuente, sensación de incapacidad o pérdida de energía, lo que interfiere en el funcionamiento diario y en el cuidado del recién nacido. La escala incluye reactivos específicos orientados a identificar estas experiencias emocionales, facilitando su detección en contextos clínicos y comunitarios (11).

Preguntas Whooley; Guías NICE (National Institute for Health and Care Excellence. Great Britain): Esta herramienta puede ser administrada por cualquier profesional de la salud, ya que su diseño es sencillo y accesible. Las preguntas están orientadas en función de los criterios de diagnóstico establecidos para un episodio depresivo mayor según el DSM-V. Inicialmente, consta de dos preguntas clave, y en caso de que ambas respuestas indiquen riesgo, se procede con una tercera pregunta complementaria para profundizar en la evaluación (12).

1.2.5. Exclusión de otras condiciones

1.2.5.1.Trastornos de ansiedad

La ansiedad representa una reacción neurofisiológica y emocional inherente al ser humano, cuyo propósito es prepararnos para enfrentar situaciones inciertas o potencialmente amenazantes. Esta respuesta adaptativa activa circuitos cerebrales vinculados al sistema límbico, particularmente la amígdala y el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, promoviendo un estado de alerta que favorece la supervivencia. En condiciones habituales, sentir ansiedad en ciertos momentos resulta funcional, especialmente cuando las demandas del entorno son elevadas o el estrés supera la capacidad momentánea de afrontamiento.

No obstante, cuando esta reacción natural se intensifica de manera excesiva, prolongada y desproporcionada, y comienza a interferir con el desempeño cotidiano o el bienestar general, puede constituir un trastorno de ansiedad. Durante el periodo posparto, muchas mujeres han experimentado esta alteración, caracterizada por una preocupación constante, irracional y centrada

en la seguridad del recién nacido, fenómeno clínicamente identificado como ansiedad posparto.

A diferencia de la depresión posparto, que se manifiesta a través de una tristeza persistente, pérdida del interés por actividades placenteras y sensación de vacío, la ansiedad posparto se presenta con un patrón de hipervigilancia continua, pensamientos intrusivos de peligro inminente hacia el bebé y conductas reiterativas orientadas a controlar posibles amenazas, como verificar constantemente si el lactante respira o si está alimentado adecuadamente. Este estado de tensión puede perturbar significativamente el descanso de la madre, deteriorar la relación vincular con el bebé y alterar la armonía familiar.

Diversos estudios han identificado factores predisponentes para este trastorno, siendo más común en mujeres con antecedentes de ansiedad, niveles elevados de estrés durante el puerperio, o escaso apoyo emocional y social. A nivel neurobiológico, se ha vinculado con una sobreactivación del eje del estrés y alteraciones en los sistemas de neurotransmisores como el GABA y la serotonina, claves en la modulación emocional y la inhibición de la respuesta ansiosa.

El reconocimiento clínico temprano de esta condición resulta determinante para evitar consecuencias a largo plazo en la salud mental materna y en el desarrollo del vínculo afectivo con el recién nacido. Abordarla mediante intervenciones psicoterapéuticas especializadas —como la terapia cognitivo-conductual y en casos moderados o graves, con el uso controlado de psicofármacos seguros en lactancia, ha demostrado ser eficaz para restaurar el equilibrio emocional de la madre y favorecer un entorno saludable para el desarrollo infantil (13).

1.2.5.2.Trastornos de Tiroides

Una de las disfunciones endocrinas más comunes que puede surgir durante el periodo posparto es la tiroiditis posparto (TPP), un trastorno autoinmune transitorio que afecta la glándula tiroides y suele desarrollarse dentro del primer año tras el nacimiento del bebé. Se ha documentado que su prevalencia en la población general varía considerablemente, con cifras que

oscilan entre el 1,9 % y el 16,7 %, aunque en determinados contextos clínicos se ha reportado hasta un 21 %. Esta afección suele evolucionar en dos fases diferenciadas: inicialmente, entre el primer y tercer mes posparto, puede presentarse una etapa de hipertiroidismo, breve y en muchos casos silenciosa, ya que los síntomas suelen ser leves o inexistentes y tienden a resolverse sin intervención médica.

No obstante, cuando esta fase se manifiesta clínicamente, puede incluir signos como palpitaciones, irritabilidad, intolerancia al calor, insomnio, fatiga o incluso episodios de depresión, los cuales con frecuencia no se relacionan de forma inmediata con una alteración tiroidea, lo que dificulta su diagnóstico oportuno. Posteriormente, entre el tercer y octavo mes, muchas mujeres han atravesado una fase de hipotiroidismo, que puede ser más prolongada y clínicamente relevante. Ante la presencia de síntomas sugestivos, o en casos donde se observe bocio o cambios físicos y emocionales inexplicables en mujeres que han dado a luz en los últimos nueve meses, resulta fundamental considerar la TPP como una posible causa.

Para establecer el diagnóstico, basta con solicitar una evaluación de las hormonas tiroideas, especialmente la hormona estimulante de la tiroides (TSH), lo que permite confirmar la disfunción y orientar el manejo adecuado. Asimismo, es crucial diferenciar esta entidad de la enfermedad de Graves, dado que ambas comparten características clínicas iniciales, pero difieren en su evolución, fisiopatología y requerimientos terapéuticos. La identificación oportuna de la TPP ha sido clave para evitar complicaciones en la salud materna y garantizar un seguimiento endocrinológico preciso durante el puerperio (14).

1.2.6. Clasificación DPP

1.2.6.1.Tristeza post-parto o “baby blue”

El término tristeza posparto, también conocido como “Baby blues” hace referencia a alteraciones emocionales leves y transitorias que se presentan en el estado de ánimo de la madre. Es importante destacar que tanto su intensidad como sudoración suelen ser moderadas acompañadas con frecuencia de

sentimientos de preocupación, cansancio extremo y una sensación general de agotamiento emocional (15).

Una vez abordado este tema, es importante señalar que, en ocasiones, resulta complejo establecer una diferencia clara entre la tristeza posparto y la depresión posparto. No obstante, ambas condiciones se distinguen principalmente por su duración, evolución y necesidad de tratamiento. En el caso de la tristeza posparto, los síntomas suelen ser leves y transitorios, con episodios que pueden durar desde unos minutos hasta algunas horas, desapareciendo generalmente dentro de las dos semanas posteriores al parto sin requerir intervención clínica (16).

1.2.6.2.Depresión postparto sin psicosis

La depresión perinatal comprende los episodios depresivos que tienen lugar tanto durante la gestación —fase en la que se le denomina depresión prenatal— como en el periodo inmediato posterior al parto, conocido como depresión posparto. Esta condición ha sido reconocida como una de las alteraciones emocionales más prevalentes en mujeres en edad reproductiva, y en la mayoría de los casos sus manifestaciones han surgido entre la cuarta y la octava semana tras el nacimiento del bebé, momento en el que los cambios hormonales, físicos y psicosociales alcanzan su máxima intensidad.

La presentación clínica de la depresión perinatal varía considerablemente entre las pacientes: mientras algunas mujeres experimentan síntomas leves como tristeza persistente, irritabilidad o fatiga, otras han atravesado cuadros más severos, con pérdida del interés por actividades cotidianas, alteraciones del sueño o del apetito, sentimientos de culpa o inutilidad e incluso pensamientos intrusivos relacionados con daño hacia ellas mismas o hacia el recién nacido. Esta variabilidad sintomática ha subrayado la importancia de una evaluación individualizada y oportuna, ya que la detección precoz permite intervenir de forma adecuada y evitar consecuencias negativas tanto para la madre como para el desarrollo psicoemocional del niño.

Entre los síntomas más comunes se encuentran (15):

- Estado de ánimo persistentemente triste, ansioso o "vacío" que se mantiene la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos dos semanas
- Sentimientos de desesperanza o pesimismo; irritabilidad, frustración o inquietud;
- Sentimientos de culpa, inutilidad o impotencia;
- Falta de interés o de disfrute en pasatiempos y actividades;
- Fatiga o disminución anormal de la energía; desasosiego o problemas para quedarse quieta
- Dificultad en la concentración, recuerdo o toma de decisiones;
- Problemas para dormir (incluso cuando el bebé lo hace),
- Despertarse temprano en el día o dormir demasiado;
- Cambios significativos en el apetito o cambios de peso no planificados;
- Dolor o molestias físicas, cefaleas,
- Problemas digestivos sin causa física clara y que no mejoran con tratamiento;
- Dificultad para establecer vínculo afectivo, apego emocional con el bebé;
- Inseguridad constante sobre la propia capacidad de cuidado del bebé;
- Aparición de pensamientos intrusivos sobre la muerte o deseos de autolesionarse o dañar incluso al bebé, puede haber intentos de suicidio.

1.2.6.3.Psicosis post-parto

La psicosis posparto constituye una de las afecciones psiquiátricas más graves asociadas al periodo del puerperio y suele emerger en las primeras semanas tras el nacimiento del bebé. Este trastorno se caracteriza por la aparición abrupta de síntomas psicóticos que comprometen severamente la percepción de la realidad y el juicio de la madre. Entre las manifestaciones clínicas más comunes se encuentran los delirios —ideas erróneas sin fundamento lógico ni evidencia—, alucinaciones sensoriales que pueden ser auditivas, visuales o táctiles, episodios de manía con exaltación extrema del

estado de ánimo, desorganización del pensamiento y la conducta, además de desorientación, agitación y sentimientos de persecución o paranoia. Se ha documentado que las mujeres que han atravesado episodios de trastorno bipolar o antecedentes de psicosis previa presentan un mayor riesgo de desarrollarla.

Dado que la intensidad de estos síntomas puede escalar rápidamente y comprometer tanto la integridad de la madre como la del recién nacido, la psicosis posparto ha sido reconocida como una emergencia médica de índole psiquiátrica. Su abordaje exige una intervención inmediata, usualmente mediante hospitalización, para garantizar una evaluación especializada, estabilización clínica y protección de la díada madre-hijo. La detección temprana y el tratamiento adecuado, que pueden incluir psicofármacos y apoyo psicoterapéutico, son fundamentales para favorecer una recuperación favorable y reducir el riesgo de recaídas o complicaciones mayores. (15).

1.2.7. Consecuencias

Cuando la depresión posparto no ha sido tratada de manera oportuna y adecuada, ha interferido de forma notable en la formación del vínculo emocional entre la madre y su hijo, afectando negativamente su interacción. Esta alteración en la relación primaria también repercute en la dinámica familiar, generando tensiones y dificultades en el entorno afectivo y de cuidado.

1.2.7.1.En la madre

Cuando la depresión posparto no ha recibido tratamiento adecuado, puede prolongarse durante meses e incluso transformarse en un trastorno depresivo persistente, comprometiendo la capacidad de la madre para amamantar, vincularse afectivamente con su hijo y brindarle cuidados adecuados. Esta condición también ha aumentado el riesgo de ideación o conductas suicidas. Incluso con intervención terapéutica, haber atravesado un episodio de depresión posparto constituye un factor de riesgo significativo para futuras recaídas en trastornos depresivos mayores (9).

La depresión posparto ha afectado de forma directa la salud mental de la madre, deteriorando su calidad de vida e interfiriendo en la relación afectiva

con su bebé, su pareja y el entorno familiar, lo que repercute en la armonía y estabilidad emocional del hogar (17).

1.2.7.2.En el bebé

Los hijos de madres que han atravesado una depresión posparto sin recibir atención oportuna presentan mayor vulnerabilidad a dificultades emocionales y conductuales, tales como trastornos del sueño, problemas en la alimentación, llanto persistente y posibles retrasos en el desarrollo del lenguaje (9).

La depresión posparto ha impactado negativamente la calidad de vida de muchas madres, afectando también la manera en que se relacionan con sus hijos. Esta condición limita su capacidad para ofrecer una atención emocional adecuada y establecer un vínculo afectivo seguro, lo que puede comprometer el entorno necesario para el desarrollo saludable del niño (9).

1.2.7.3.Efectos en la familia

La depresión posparto ejerce un efecto cascado que trasciende el malestar individual de la madre, alcanzando también a las figuras cercanas al entorno inmediato del recién nacido. Se ha documentado que el otro progenitor presenta una mayor susceptibilidad a desarrollar síntomas depresivos cuando su pareja atraviesa este trastorno, lo que intensifica la carga emocional y dificulta la estabilidad familiar. No obstante, incluso en contextos donde la madre ha permanecido emocionalmente estable o ha superado el episodio depresivo, el padre u otro cuidador principal también puede experimentar alteraciones anímicas significativas. Esta situación sugiere que el nacimiento de un hijo, en sí mismo, representa un evento de alto impacto psicoemocional que requiere atención integral para ambos cuidadores (9).

1.2.8. Tratamiento y manejo

El abordaje temprano de la depresión perinatal resulta esencial para preservar la salud de la madre y favorecer el desarrollo integral del bebé, dado que esta condición ha generado repercusiones importantes en ambos. Se ha observado que, con un tratamiento adecuado, la mayoría de mujeres ha logrado una mejoría notable. Las

estrategias terapéuticas más utilizadas comprenden la psicoterapia, el uso de fármacos o la combinación de ambos. En paralelo, la investigación actual sigue explorando alternativas terapéuticas más eficaces y seguras para este periodo clínicamente sensible.

1.2.8.1.Intervención psicológica

La psicoterapia, también denominada terapia psicológica o consejería, constituye una estrategia terapéutica altamente efectiva en el abordaje de la depresión perinatal, ya que ha permitido a numerosas mujeres modificar patrones cognitivos y conductuales que han contribuido a su malestar emocional durante el embarazo o el posparto.

Dentro de las modalidades con mayor evidencia científica destacan la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia interpersonal (TIP), las cuales se orientan a generar cambios funcionales y sostenibles en la vida de la paciente. La TCC se ha centrado en ayudar a identificar, cuestionar y reestructurar pensamientos automáticos negativos, así como en promover habilidades para el manejo de la ansiedad y la resolución de problemas, lo cual ha demostrado una disminución significativa de los síntomas depresivos. Esta intervención puede desarrollarse de forma individual o grupal, permitiendo un espacio compartido para la validación emocional y el aprendizaje mutuo.

Por su parte, la TIP parte del principio de que las relaciones sociales y los eventos vitales afectan directamente el estado de ánimo, y viceversa, por lo que se enfoca en fortalecer las habilidades comunicacionales, la red de apoyo emocional y las capacidades para enfrentar crisis o conflictos personales, reduciendo así los factores interpersonales que han influido en la aparición o mantenimiento de la depresión. Ambas terapias han sido reconocidas por guías clínicas internacionales, como las del National Institute for Health and Care Excellence (NICE), como tratamientos de primera línea para mujeres en el periodo perinatal, debido a su seguridad y eficacia (15).

1.2.8.2.Tratamiento farmacológico

Los antidepresivos han demostrado ser eficaces en el tratamiento de la depresión perinatal, ya sea como única intervención o en combinación con

psicoterapia. Estos fármacos actúan al modificar la actividad de neurotransmisores vinculados al estado de ánimo y la respuesta al estrés, como la serotonina, la norepinefrina o la dopamina. Se ha observado que los efectos terapéuticos no son inmediatos, sino que suelen manifestarse entre la cuarta y la octava semana de tratamiento. Inicialmente, tienden a mejorar síntomas como las alteraciones del sueño, el apetito o la concentración, antes de producir una mejora notable en el estado anímico. Por ello, es esencial permitir que transcurra el tiempo necesario antes de evaluar la eficacia del tratamiento o considerar un cambio de medicación, dado que en algunos casos ha sido necesario ajustar la dosis o probar diferentes opciones para encontrar la más adecuada.

En cuanto a opciones más recientes, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) ha aprobado nuevos tratamientos específicos para la depresión posparto severa. La brexanolona, el primer fármaco desarrollado exclusivamente para este tipo de depresión, se administra por vía intravenosa en un entorno hospitalario y ha mostrado efectos rápidos al modular la actividad del ácido gamma-aminobutírico (GABA), un neurotransmisor clave en la regulación emocional. Más recientemente, la FDA ha aprobado la zuranolona, el primer tratamiento oral indicado para mujeres adultas con depresión posparto. Esta molécula, estructuralmente similar a la brexanolona, también actúa sobre los receptores GABA-A del cerebro, y los ensayos clínicos han evidenciado una reducción más rápida de los síntomas depresivos en comparación con los antidepresivos convencionales. Ambos avances marcan un hito en el enfoque farmacológico de la salud mental materna (15).

1.2.8.3.Apoyo del entorno cercano

Es crucial entender que la depresión perinatal constituye una condición médica que impacta tanto a la madre como al bebé y al entorno familiar. Recibir tratamiento es clave para lograr la recuperación. Los esposos, parejas, parientes y amistades suelen ser quienes primero identifican los indicios de depresión en una madre reciente. Los seres queridos pueden ofrecer apoyo de diversas formas, entre ellas:

- Motivar a tener comunicación con un profesional de la salud.
- Ayudar a cumplir con las citas.
- Brindar apoyo emocional o ayuda práctica en las tareas diarias.
- Colaborar con responsabilidades cotidianas, como el cuidado del bebé o las labores del hogar (15).

1.2.9. Importancia de saber pedir ayuda

En la actualidad, muchas mujeres enfrentan lo que se ha denominado el "síndrome de la súper mujer", una presión cultural interiorizada que las impulsa a demostrar que son igualmente capaces que los hombres para alcanzar cualquier meta, pero que, a la vez, les dificulta reconocer sus propios límites o pedir ayuda. Esta dualidad se ha hecho evidente en el posparto, donde la llegada del primer hijo puede desencadenar una profunda crisis personal que, en algunos casos, ha derivado en depresión. Es frecuente que, por primera vez, muchas madres sientan que no pueden con todo o incluso perciban que no pueden con nada.

Una de las inquietudes más comunes entre mujeres con depresión posparto es preguntarse por qué se sienten tan cansadas si, aparentemente, "no han hecho nada" durante el día. Sin embargo, atender de forma continua a un bebé durante las 24 horas implica un nivel de esfuerzo físico y emocional que muchas veces resulta invisible y profundamente agotador. Esta sobrecarga puede llegar a ser abrumadora, y no son pocas las madres que han experimentado un deseo profundo de desconectarse o escapar de todo.

En estas circunstancias, una recomendación esencial es que la madre no permanezca sola con su bebé. Si bien el riesgo de que pueda hacerle daño suele ser bajo, su angustia emocional disminuye notablemente cuando se encuentra acompañada y contenida. No obstante, el puerperio es también una etapa de gran sensibilidad emocional, por lo que las relaciones con la pareja o con otros familiares pueden tornarse tensas. Muchas mujeres han encontrado consuelo y comprensión al compartir experiencias con madres que ya han transitado por lo mismo, lo cual se ha revelado como una fuente valiosa de apoyo emocional.

Cuidar a una madre reciente también es parte del cuidado del recién nacido. Esta tarea no debe recaer únicamente sobre la pareja, ya que los padres también pueden

atravesar cuadros depresivos durante este periodo. Estudios han demostrado que muchos experimentan sentimientos de temor, impotencia o soledad frente a esta situación. Aunque se reconoce que la depresión materna puede afectar al bebé, el afecto proveniente de personas cercanas ayuda a amortiguar ese impacto. Los bebés no necesitan una madre perfecta, sino una madre presente, amada y sostenida emocionalmente por su entorno.

Pedir ayuda no debe considerarse un signo de debilidad, sino un acto de responsabilidad y prevención. Lo más recomendable es solicitar apoyo desde el final del embarazo, antes de que surjan los síntomas. Aplazar visitas durante el primer mes de vida del bebé favorece el descanso materno, y delegar tareas domésticas concretas en familiares o amistades cercanas puede marcar una gran diferencia en el estado anímico de la madre. Anticiparse a los desafíos y construir una red de apoyo sólida ha resultado clave para evitar llegar al límite.

En este contexto, la lactancia materna también ha demostrado tener un efecto protector ante la depresión posparto. Lejos de ser una carga adicional, muchas mujeres que han conseguido mantenerla durante un episodio depresivo lo consideran un gran logro personal, especialmente cuando su autoestima se ha visto comprometida. No debe recomendarse abandonar la lactancia como primera medida terapéutica, ya que existen antidepresivos compatibles con ella, lo que permite recibir tratamiento sin tener que interrumpir el vínculo de amamantamiento (5).

1.3. Autoeficacia en la lactancia materna

La lactancia materna se reconoce como el método más adecuado y beneficioso para alimentar a los lactantes, ya que aporta todos los nutrientes esenciales en cantidades óptimas y fortalece el sistema inmunológico, brindando protección frente a diversas enfermedades. La Organización Mundial de la Salud ha recomendado mantener la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, incorporando progresivamente alimentos complementarios inocuos y nutritivos a partir de ese momento, y prolongando la lactancia hasta los dos años o más. En concordancia con esta evidencia, la Asamblea Mundial de la Salud ha establecido en 2012 una meta global en nutrición: alcanzar para el año 2025 que al menos el 50% de los bebés en todo el mundo haya recibido lactancia materna exclusiva durante sus primeros seis meses de vida (18).

La lactancia materna proporciona beneficios fundamentales para la salud infantil, ya que ha demostrado reducir el riesgo de padecer diversas enfermedades crónicas. Contribuye a prevenir el sobrepeso y la diabetes tipo 2 en la niñez, y se ha vinculado a una disminución del 19 % en la incidencia de leucemia infantil cuando se prolonga por seis meses o más, en comparación con una duración menor o la ausencia total de lactancia. También ejerce un efecto protector frente al síndrome de muerte súbita del lactante, al reducir en un 60 % su ocurrencia, siendo este efecto aún más marcado cuando la lactancia es exclusiva.

Además de su impacto físico, la lactancia fortalece el vínculo afectivo madre-hijo. Este lazo emocional se relaciona con una mayor sensibilidad materna y una sensación de seguridad en el bebé, lo que favorece el desarrollo del apego y tiene un efecto positivo en la capacidad cognitiva. Se ha observado que los niños amamantados obtienen, en promedio, 3,4 puntos más en pruebas de desarrollo intelectual y alcanzan mayores niveles de escolaridad.

La leche materna no solo provee una nutrición ideal y defensa frente a infecciones, sino que también contiene componentes bioactivos que probablemente participan en la programación epigenética del organismo. Este proceso, que ocurre en una etapa crítica del desarrollo, puede influir en la expresión genética con repercusiones duraderas en la salud.

Los beneficios de la lactancia se extienden también a la madre. Las mujeres que han amamantado presentan un menor riesgo de desarrollar enfermedades como diabetes tipo 2 (32 %), cáncer de mama (26 %) y cáncer de ovario (37 %), en comparación con aquellas que no lo han hecho o han amamantado por menos tiempo.

A nivel social y económico, las políticas que respaldan la lactancia en el ámbito laboral generan efectos positivos tanto para las madres como para las empresas. Estas medidas favorecen la permanencia de las trabajadoras, mejoran el rendimiento laboral y fortalecen la lealtad, el compromiso y la colaboración en los equipos de trabajo.

Por último, el Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna ha establecido directrices para evitar la promoción inapropiada de productos como fórmulas infantiles, biberones, tetinas y otros sustitutos. Es indispensable que este código sea respaldado con legislación efectiva, monitoreado con rigor y que cualquier infracción por parte de fabricantes o distribuidores reciba las sanciones correspondientes (18).

A pesar de la abrumadora evidencia sobre los beneficios de la lactancia, actualmente solo el 41% de los bebés reciben leche materna de forma exclusiva. Ante esta situación, la Organización Mundial de la Salud destaca que, si todos los niños de 0 a 23 meses fueran amamantados de manera adecuada, se podrían salvar más de 820.000 vidas de menores de cinco años cada año (19).

Según la Organización Mundial de la Salud, una de las principales razones que ha dificultado el sostenimiento de la lactancia materna ha sido la desinformación, sumada a la baja confianza que muchas mujeres presentan respecto a su capacidad para amamantar. Las madres que estudian o desempeñan labores fuera del hogar enfrentan obstáculos importantes para mantener la lactancia, como la falta de tiempo, espacios adecuados y apoyo institucional. El estrés cotidiano y la influencia constante de la publicidad dirigida a promover fórmulas infantiles también han incidido en que muchas familias reemplacen prematuramente la leche materna por productos alternativos. Además, se han identificado factores de riesgo asociados al abandono temprano de la lactancia, entre ellos las condiciones sociodemográficas de la madre y ciertos antecedentes perinatales del recién nacido, lo cual evidencia la necesidad de intervenciones más eficaces y sostenidas (20).

El concepto de autoeficacia ha sido introducido por Albert Bandura en 1977, como un eje central dentro de su Teoría Social Cognitiva, la cual sostiene que tanto la conducta como la motivación están determinadas por procesos cognitivos que se autorregulan mediante dos tipos de expectativas: de eficacia y de resultado. La expectativa de eficacia hace referencia al grado de confianza que una persona tiene en su capacidad para ejecutar con éxito una tarea específica, mientras que la expectativa de resultado se relaciona con la convicción de que una acción determinada conducirá a los efectos esperados.

Inspirada en este marco teórico, la Dra. Cindy-Lee Dennis, de la Universidad de Toronto, ha desarrollado un modelo aplicado a la lactancia materna, centrado en la autoeficacia de la madre. Su propuesta subraya que la confianza en la propia capacidad para amamantar desempeña un papel determinante en la decisión de iniciar o mantener la lactancia, en la disposición al esfuerzo, en la persistencia ante las dificultades, así como en la gestión emocional frente a los retos propios de este proceso.

En 1999, Dennis diseñó la Escala de Autoeficacia en la Lactancia Materna (BSES, por sus siglas en inglés), conformada por 33 ítems, con el propósito de evaluar el nivel de

autoconfianza de las mujeres respecto a su habilidad para amamantar y predecir el éxito de dicha práctica. Posteriormente, en 2003, elaboró una versión abreviada del instrumento con 14 ítems (BSES-SF), la cual ha demostrado ser válida y confiable en múltiples contextos internacionales, incluyendo países de América, Europa y Asia.

La autoeficacia en la lactancia materna se ha revelado como un factor altamente moldeable, influenciado por las creencias, actitudes y experiencias previas de la madre. Además, se ha consolidado como un predictor clave para anticipar la probabilidad de que la lactancia se inicie, se mantenga y sea exitosa, constituyéndose en una herramienta valiosa para diseñar intervenciones eficaces de promoción de la salud materno-infantil (21).

Puede entenderse la confianza materna a partir de la definición de autoeficacia como "la percepción de las madres sobre su capacidad para organizar y ejecutar las acciones necesarias para dar el pecho, estando influenciada por la experiencia previa de la madre, el aprendizaje por su observación, su estado fisiológico y afectivo y la persuasión verbal" (17).

1.3.1. Factores que afectan la autoeficacia en lactancia materna Salud y bienestar

El parto por cesárea ha dificultado el inicio oportuno de la lactancia materna, ya que se ha observado una reducción en los niveles de oxitocina y prolactina, hormonas fundamentales para la producción y eyección de la leche. A esto se suman las molestias físicas derivadas del dolor posquirúrgico, los efectos residuales de la anestesia y, con frecuencia, una separación temprana entre la madre y el recién nacido, lo cual interfiere en el establecimiento temprano del vínculo y la succión eficaz.

Uno de los factores que más ha afectado la confianza materna en el proceso de amamantar, es la hipogalactia, entendida como la percepción o realidad de una producción insuficiente de leche. Esta inseguridad se ha intensificado en contextos donde las mujeres deben incorporarse tempranamente al trabajo, situación que ha generado tensión entre las demandas laborales y el deseo de mantener la lactancia, afectando la continuidad del proceso.

Además, investigaciones recientes han vinculado el consumo de tabaco durante el embarazo y el periodo posnatal con un mayor riesgo de abandono precoz de la lactancia, en comparación con las madres no fumadoras, lo que refuerza la importancia

de considerar factores conductuales y ambientales en las estrategias de apoyo a la lactancia materna (22).

La relación entre la salud mental y la autoeficacia en la lactancia materna exclusiva es compleja y abarca varios aspectos, aunque esta relación ha sido poco explorada. Las afecciones relacionadas con la salud mental pueden tener efectos negativos, alterando la percepción de las madres sobre su capacidad para cuidar de su recién nacido. Esto puede influir en su habilidad para amamantar de manera efectiva, generando temor, inseguridad, dudas o preocupaciones acerca de su autoconfianza y autoestima. En consecuencia, la autoeficacia en la lactancia materna se ve afectada, lo que puede repercutir indirectamente en el bienestar del bebé, afectando su nutrición, desarrollo físico, cognitivo y emocional. Por lo tanto, es crucial reforzar el enfoque en la atención a la salud mental, prevenir los síntomas de depresión posparto y abordar otros trastornos relacionados, poniendo énfasis en los factores protectores que favorecen la lactancia materna (23).

1.3.2. Experiencias previas

Las madres primerizas presentan un mayor riesgo de desarrollar una baja autoeficacia en la lactancia materna, especialmente si han tenido dificultades previas al intentar amamantar, ya que tienden a creer que estas experiencias negativas se repetirán en el futuro. Por otro lado, el estudio de Schafer señala que las madres con varios hijos, especialmente aquellas que enfrentan problemas relacionados con la succión o el agarre del bebé como dolor, grietas o lesiones, suelen iniciar la lactancia materna con menor frecuencia. Es importante identificar y resolver las dificultades experimentadas con el primer hijo antes del nacimiento de un nuevo bebé (22).

1.3.3. Información y educación

La Dra. Linda Richter, de la Universidad de Witwatersrand en Sudáfrica, señala: «Las empresas que fabrican preparaciones para lactantes utilizan datos científicos poco rigurosos para sugerir, con escasas pruebas, que sus productos solucionan problemas frecuentes relacionados con la salud y el desarrollo en estas edades. Esta técnica de marketing infringe claramente el Código de 1981, que establece que el etiquetado no debe idealizar la utilización de las preparaciones para lactantes para vender más productos» (23). La desinformación y la orientación

inadecuada proporcionada por los vendedores de fórmulas infantiles debilitan significativamente los esfuerzos por promover y proteger la lactancia materna. A esto se suma la falta de respaldo por parte del gobierno en funciones, lo que agrava aún más la situación.

1.3.4. Percepción verbal

El lenguaje que rodea a la madre en relación con la lactancia materna ejerce un impacto considerable en su experiencia, ya que los comentarios y juicios emitidos por personas de su entorno —como familiares, amistades o profesionales de la salud— han influido de manera positiva o negativa en su percepción y seguridad. Dentro de este escenario, el personal sanitario desempeña un rol fundamental en el refuerzo de la autoeficacia materna, al ofrecer orientación adecuada que contrarreste los mensajes desalentadores del entorno. No obstante, se ha observado que esta misma fuente de influencia social, cuando transmite información poco empática o contradictoria, puede debilitar más la confianza de la madre que fortalecerla (22).

1.3.5. Apoyo social

La autoeficacia se ve influida por la confianza personal, la preparación previa y la determinación de las mujeres, así como por su percepción de capacidad para amamantar y el tipo de apoyo que han recibido. Este respaldo contribuye significativamente al fortalecimiento de su autoeficacia. La sostenibilidad de la lactancia está estrechamente vinculada con el acceso continuo a apoyo y educación, elementos clave para que las madres puedan alcanzar sus objetivos de lactancia a largo plazo. En particular, el acompañamiento de madres con experiencias similares como pares, tiene un impacto positivo en la autoeficacia de la lactancia materna, especialmente en mujeres primerizas (20).

1.3.6. Valorización de la autoeficacia de la lactancia materna

Se han desarrollado múltiples instrumentos para evaluar la autoeficacia en la lactancia materna, los cuales se basan principalmente en cuestionarios y escalas validadas. Estas herramientas miden el grado de confianza que expresa la madre respecto a su habilidad para amamantar y afrontar los desafíos que puedan surgir. En esencia, lo que se analiza es la percepción subjetiva de competencia materna, más que una evaluación objetiva de sus capacidades reales (24).

1.3.7. Cuestionarios y escalas estandarizadas

La Escala de Autoeficacia en Lactancia Materna (Lactation Self-Efficacy Scale, LSES) se ha consolidado como un instrumento de evaluación reconocido internacionalmente para medir el nivel de confianza de las madres en su capacidad para amamantar. Esta herramienta se estructura en enunciados vinculados a la experiencia de lactancia, ante los cuales las madres manifiestan su grado de acuerdo. A través de sus respuestas, se valora su percepción personal de eficacia en esta práctica. La escala, desarrollada por la Dra. Cindy-Lee Dennis, inicialmente incluía 33 ítems, pero ha sido adaptada en una versión abreviada denominada BSES-SF, compuesta por 14 afirmaciones de autoaplicación. Su calificación se realiza mediante una escala tipo Likert del 1 al 5, donde 1 representa un nivel muy bajo de seguridad y 5, el más alto (25).

La Escala de Autoeficacia en Lactancia Materna Prenatal (Prenatal Breastfeeding Self-Efficacy Scale, PBSES-e) ha sido desarrollada originalmente en inglés por Wells et al., quienes han comprobado sus adecuadas propiedades psicométricas al identificar, en población gestante de Estados Unidos, a mujeres con mayor probabilidad de no iniciar o interrumpir tempranamente la lactancia. Posteriormente, Piñero Albero et al. han adaptado esta herramienta al español, validada como un recurso confiable y predictivo para evaluar la autoeficacia en gestantes hispanohablantes. La PBSES-e consta de 20 ítems distribuidos en una escala tipo Likert de 5 puntos, donde 1 representa “nada segura” y 5 “completamente segura”, permitiendo una puntuación total que varía entre 20 y 100. Las puntuaciones más altas reflejan una mayor percepción de autoeficacia en relación con la lactancia. Dieciocho de estos ítems se agrupan en cuatro dimensiones: habilidades y demandas para amamantar (7 ítems), búsqueda activa de información sobre lactancia (5 ítems), incomodidad al amamantar en público (4 ítems) y presión social (2 ítems). Los dos ítems restantes evalúan la seguridad de la madre para mantener la lactancia durante el primer año del bebé y la importancia que percibe que su pareja atribuye a esta práctica (25).

La Escala de Actitud hacia la Alimentación Infantil de Iowa en su versión abreviada en español (IIFAS-S, Iowa Infant Feeding Attitude Scale–Short) evalúa la actitud materna frente a la lactancia materna, el uso de fórmulas infantiles y la duración

de ambas prácticas. Esta herramienta fue originalmente elaborada en inglés por De la Mora et al., y ha mostrado un notable valor predictivo sobre las decisiones alimentarias de las madres. La versión inicial constaba de 17 ítems, formulados en una escala tipo Likert de cinco puntos, que van desde "completamente en desacuerdo" (1) hasta "completamente de acuerdo" (5); las puntuaciones más altas han estado asociadas con una mayor probabilidad de que la madre opte por amamantar. Posteriormente, Tomás-Almarcha y colaboradores han desarrollado una versión reducida del instrumento, suprimiendo ocho ítems con baja capacidad predictiva y conservando solo nueve. Esta versión breve conserva el objetivo de la original, pero se ha consolidado como una opción más eficiente, de fácil aplicación y con mayor confiabilidad. Además, ha demostrado ser un buen predictor del inicio, la intención, la exclusividad y la duración de la lactancia materna (25).

1.3.8. Observación directa

La escala LATCH se ha consolidado como una herramienta de evaluación clínica frecuente en contextos hospitalarios, especialmente antes del alta médica. Su aplicación permite valorar de manera integral tanto a la madre como al recién nacido, considerando aspectos esenciales como el agarre al pecho, la deglución audible, la morfología del pezón, el nivel de confort materno y la presencia de dolor. También toma en cuenta si la madre requiere apoyo externo para adoptar una posición adecuada durante la lactancia. Se ha distinguido por su facilidad de uso y por centrarse en indicadores clínicos que el personal de salud observa rutinariamente al supervisar el proceso de amamantamiento. Su implementación ha permitido identificar oportunamente a aquellas madres con mayor probabilidad de interrumpir la lactancia de forma temprana (26).

Los elementos que se analizan mediante esta escala coinciden con los que habitualmente observan los profesionales de salud durante una evaluación clínica convencional, lo que hace que su aplicación sea sencilla y práctica. Además, su estructura permite estandarizar la observación y cuantificar los resultados, lo que facilita el seguimiento del progreso de la lactancia y la identificación temprana de posibles dificultades:

- Identificar las barreras que dificultan el inicio de la lactancia materna y anticiparse a posibles complicaciones que puedan surgir durante el proceso.

- Anticipar y favorecer la continuidad y evolución adecuada de la lactancia materna durante las primeras 24 horas de vida del recién nacido.
- Detectar a las madres que presentan mayor probabilidad de interrumpir la lactancia materna de forma prematura.
- Facilitar el intercambio de información entre los profesionales de la salud.
- Evaluar el efecto de las intervenciones implementadas por los profesionales de la salud en relación con la lactancia materna.
- Unificar criterios para realizar una evaluación adecuada de las tomas durante la lactancia.

Es importante destacar que dos de los indicadores evaluados por la escala presentan ciertas limitaciones para su mejora durante la estancia hospitalaria: la morfología del pezón materno y el nivel de comodidad durante la lactancia. No obstante, a pesar de estas restricciones, el método LATCH es considerado una herramienta confiable, validada científicamente y recomendada ampliamente en las guías clínicas disponibles para su uso rutinario (27).

1.3.9. Estrategias para mejorar la autoeficacia de la lactancia materna

Tanto el inicio como la continuidad de la lactancia constituyen etapas sensibles, donde los factores externos desempeñan un rol determinante. Aunque la madre desee amamantar, estas influencias pueden dificultar o incluso interrumpir el proceso. Por ello, se han propuesto diversas estrategias de apoyo que fortalecen la práctica de la lactancia materna. Este proceso se reconoce como un fenómeno complejo y multifactorial, condicionado por variables sociodemográficas, biológicas y psicosociales que interactúan entre sí (28).

1.3.10. Educación prenatal

Se ha comprobado que las madres que reciben información adecuada y profesional sobre la lactancia materna tienden a optar por la lactancia tradicional, reconociendo la leche materna como el alimento más adecuado para sus hijos e hijas. Un factor clave a considerar es el momento en que reciben esta información, siendo el embarazo una etapa crucial para abordar estos temas, ya que se estima que un alto porcentaje de las madres toman la decisión sobre la alimentación de su bebé durante este período gestacional. Este apoyo debe mantenerse durante el posparto, dado que el acompañamiento en ambas etapas está estrechamente relacionado con un mayor

porcentaje de lactantes alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida (29).

1.3.11. Grupo de apoyo

La presencia de una red de apoyo sólida resulta fundamental para favorecer el éxito y la continuidad de la lactancia materna. La actitud de la pareja y del núcleo familiar frente a esta práctica, así como el acompañamiento que ofrecen a la gestante, influyen directamente en la duración y efectividad del amamantamiento. En este contexto, el rol de la familia adquiere especial relevancia, destacando la figura de la abuela materna, cuya experiencia previa con la lactancia puede fortalecer la confianza de la madre. Se ha observado, además, que muchas mujeres que han sido alimentadas exclusivamente con leche materna durante su infancia tienden a replicar esta práctica con sus propios hijos (28).

1.3.12. Cuidar la salud mental de la madre

La salud mental de las madres es crucial para el desarrollo y bienestar de sus hijos. Muchas mujeres enfrentan emociones negativas debido a los numerosos cambios que experimentan durante el embarazo y el posparto. Se estima que el 25% de las mujeres embarazadas experimentan algún tipo de malestar psicológico importante (29).

Aunque es natural que las mujeres experimenten cambios emocionales durante el embarazo y después del parto, es importante romper con la creencia de que todas las alteraciones emocionales en esta etapa son siempre completamente normales. La etapa perinatal es especialmente vulnerable para las mujeres y, en una proporción significativa de casos, los cambios emocionales comunes pueden evolucionar hacia un trastorno emocional que podría no ser detectado. Por lo tanto, es urgente proporcionar información tanto a las mujeres como a la sociedad en general sobre este tema (29).

2. Antecedentes Investigativos

2.1.Antecedentes Internacionales

Camargo L., et al. (31), tuvieron como objetivo identificar los niveles de ansiedad y autoeficacia para la lactancia materna en puérperas a intervalos de 60, 120 y 180 días posparto y verificar la influencia de la ansiedad sobre la autoeficacia para amamantamiento en estas madres. Su estudio fue de tipo analítico, longitudinal y prospectivo, con 186

puérperas, utilizando un cuestionario sociodemográfico y obstétrico, el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado y la Breastfeeding SelfEficcacy Scale – Short Form, tuvieron como conclusión la necesidad prestarle mayor atención a la salud mental de las puérperas, dado que las mujeres que presentaban bajos niveles de ansiedad tenían mayores niveles de autoeficacia, lo que puede implicar un mayor tiempo de lactancia materna exclusiva.

Suarez de Leon, M. (32), tuvo como objetivo conocer la prevalencia de la depresión post parto y sus posibles factores asociados de madres puérperas entre las 4 – 6 semanas post parto. El método utilizado fue observacional, descriptivo, transversal de prevalencia. Este estudio se fundamenta en observar y medir las variables definidas en un momento determinado y sobre una población predefinida, sin manipular ninguna variable, de carácter exploratorio.

Calle J. (33), en el trabajo de investigación busco identificar los factores de riesgo asociados a la depresión posparto en madres adolescentes, realizando una revisión sistemática y el análisis de datos por zonas geográficas basándose en la metodología prisma 2020. Las conclusiones a las que llegó, determinaron los factores de riesgo más comunes para la (DPP), en las madres adolescentes son: situación económica, estado civil (soltera) edad, apoyo de la pareja, disfunción familiar, antecedentes de depresión, violencia intrafamiliar, embarazo no planificado toma de decisiones sobre el futuro del niño, estrés parental, apoyo social, angustia, alteraciones del peso, siendo estos los que coinciden en el análisis comparativo por regiones a nivel mundial.

Zafra N. (34), en el artículo tuvo como objetivo comprender la experiencia de lactancia materna en madres del departamento de Santander y la posible influencia sobre su salud mental, desde un abordaje cualitativo para poder identificar variables que a futuro permitan diseñar estrategias que favorezcan su calidad de vida. Su tipo de investigación fue cualitativa, asimismo se usó la entrevista semiestructurada individual. Concluyeron que de igual forma que no existe una maternidad sino muchas formas de aproximarse a ella, la experiencia de la lactancia está determinada por las características propias de cada madre, su bebé y su entorno, sin embargo, muchas de ellas comparten pensamientos, emociones, conductas, vivencias y prácticas, cada una con sus particularidades como los elementos compartidos que permiten aproximarnos a la forma en que esta experiencia está relacionada con su salud mental. Todas las madres fueron capaces de ver en la lactancia como un espacio importante para establecer un vínculo fuerte con sus hijos y para favorecer el desarrollo

físico y emocional del lactante; en este sentido cuando pueden lograr la LME experimentan satisfacción personal.

2.2.Antecedentes Nacionales

Ramos M., et al. (35), tuvieron como objetivo determinar la asociación entre la depresión postparto y el apoyo de la pareja en mujeres de un centro materno infantil. Su estudio fue de tipo observacional, descriptivo correlacional, de corte transversal conformado por una muestra de 122 mujeres en quienes se aplicaron la Escala de Edimburgo y la Escala de Apoyo de la Pareja, además de cumplir con los criterios de inclusión y exclusión. En el análisis estadístico inferencial se aplicó el coeficiente de correlación Rho de Spearman. Sus resultados indicaron que el 20,5% dio positivo para depresión postparto (DPP). Según las dimensiones del apoyo de la pareja y su correlación con la (DPP), se demostró que el apoyo emocional resultó Rho = -0,464; el apoyo instrumental, Rho = -0,402 y; el apoyo informativo, Rho = -0,388. Se demostró una correlación inversa y moderada en cada una de las dimensiones. Concluyeron que el apoyo de la pareja está relacionado inversamente con la depresión postparto en mujeres. La participación de la pareja en el postparto podría reducir las probabilidades de desarrollar esta patología dentro del primer año postparto.

Gálvez L. (36), busco determinar si existe asociación entre la depresión postparto y la adherencia a la lactancia materna exclusiva en puérperas atendidas en el hospital. Proponen como hipótesis que existe asociación entre la depresión postparto y la adherencia a la lactancia materna exclusiva en puérperas, este estudio fue de diseño observacional, analítico, de tipo cohortes prospectivo y la técnica utilizada para la determinación del riesgo de (DPP), fue la Escala Postnatal de Edimburgo (EPDS), para determinar la adherencia a la (LME) se realizó el cuestionario de adherencia a la (LME). Se tuvo un total de 117 pacientes, aplicando dos cuestionarios a las puérperas participantes del estudio, Escala Postnatal de Edimburgo (EPDS), determinar el riesgo de depresión post-parto, cuestionario de adherencia a la (LME), elaborado en Google Forms, El puntaje (EPDS), (Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo) y la presencia de depresión postparto también mostraron una relación significativa con la adherencia a la (LME), donde aquellas con puntajes más altos y aquellas que presentaron depresión postparto tuvieron menores porcentajes de adherencia a la (LME), siendo estos el 20,9% y 79,1%, respectivamente. Se realizó el análisis multivariado de los factores y la adherencia a la lactancia materna exclusiva, donde

se observó que las puérperas mayores de 30 años tuvieron un riesgo de 1,27 veces de falta de adherencia a la lactancia materna, mostrando asociación estadísticamente significativa.

Gayoso M. (37), propuso como objetivo determinar si la depresión postparto se establece como un factor de riesgo para el fracaso de lactancia materna exclusiva en madres, proponiendo como hipótesis que este si se constituía en un factor de riesgo para el fracaso de la lactancia materna exclusiva en las madres. Dicho estudio fue 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 qué grupo hubo fracaso de lactancia materna exclusiva. Buscaron así determinar si la depresión postparto es un factor de riesgo para el fracaso de la lactancia materna exclusiva en madres de pacientes. Se determinó que la (DPP), si es un factor de riesgo para el fracaso de lactancia materna exclusiva Determinar si la depresión postparto (DPP), es un factor de riesgo para el fracaso de lactancia materna exclusiva en madres RR=3,09 IC 95% 1,99 - 4,79. La prueba Chi-Cuadrado resulta en p: 20,53, lo cual es estadísticamente significativo. Por ello se concluyó que la (DPP), es un factor de riesgo para el fracaso de la lactancia materna exclusiva.

Castro C., et al. (38), en la publicación tuvo como objetivo general fue determinar la relación de la depresión postparto en el abandono de la lactancia materna, utilizando el método cuantitativo descriptivo, no experimental; la muestra fue de 60 madres del hospital de ventanilla, el instrumento fue la escala de Edimburgo. Los resultados fueron la detección de depresión posparto en madres obteniendo un nivel alto de 65,0% (39), medio 26,7% (16) y bajo de 8,3% (5) donde el abandono de la lactancia materna obtuvo un nivel alto de 61,7% (37), medio 23,3 (14) y bajo 15,0% por lo que se concluyó que el 65% de las madres sufren depresión posparto y por ello abandonan la lactancia materna y lo sustituyen con fórmula materna.

2.3.Antecedentes Locales

Zeballos G., et al. (39), buscaron analizar la asociación entre la depresión postparto y la violencia doméstica en mujeres de esta ciudad, aplicando un diseño observacional, prospectivo y transversal para evaluar a 288 mujeres puérperas que acudieron al servicio de obstetricia de un hospital nivel III, usando la escala de depresión postparto de Edimburgo y el índice de violencia de pareja, previo consentimiento informado. Dentro de los resultados

encontraron que el 27,8 % de estas mujeres presentaron depresión postparto y que los factores asociados fueron las discusiones de pareja y la violencia física y no física concluyendo que ambas se asocian a una mayor probabilidad de que las puérperas presenten depresión postparto. De ello se considera de suma importancia, el diseño de programas de intervención interdisciplinaria, así como la existencia de políticas que fortalezcan la prevención, diagnóstico y tratamiento de mujeres con depresión postparto.

Angulo N., et al. (40), tuvo como objetivo principal el determinar la efectividad de una intervención educativa en el nivel de conocimiento y la práctica sobre lactancia materna en gestantes y puérperas, proponiendo como hipótesis que las madres incrementan el nivel de conocimiento y práctica sobre lactancia materna, después de realizar una intervención educativa. La muestra final de estudios se conformó por 132 madres siendo un estudio de tipo Cuasi experimental, el nivel de investigación fue explicativo. Las técnicas empleadas fueron la exposición y el cuestionario; los instrumentos fueron el módulo de intervención educativa, ficha de preguntas y ficha de recolección de datos. La prueba estadística empleada fue la prueba de Wilcoxon demostrando en los resultados que antes de la aplicación de la intervención educativa el 62.88% de las gestantes y puérperas tuvieron un nivel de conocimiento "Medio", el 32.58% tuvieron un nivel de conocimiento "Alto" y el 4.55% un conocimiento "Bajo". Después de la aplicación de la intervención educativa el 85.61% de las madres tuvieron un nivel de conocimiento "Alto", el 14.39% tuvieron un nivel de conocimiento "Medio", y ninguna gestante y puérpera se ubicó en el nivel bajo, por lo que se concluyó que la intervención educativa fue efectiva incrementando el nivel de conocimiento del 32.6% al 85.6% y en la práctica del 76.5% al 99.2% sobre lactancia materna después de realizar la intervención educativa.

Apaza M., et al. (30), tuvieron como objetivo principal poder identificar si el tipo de parto influye en una mayor incidencia de síntomas depresivos, teniendo como hipótesis que las puérperas por cesárea experimentan niveles más altos de depresión en comparación de las que tuvieron un parto eutócico. La población de estudio fueron las mujeres que dieron a luz en el mencionado hospital durante febrero de 2024, totalizando 200 puérperas. Se aplicó una metodología transversal y relacional inferencial, utilizando el cuestionario de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. Los resultados revelaron que, en el grupo de parto vaginal, el 71.0% se encontraba en el rango normal, el 13.0% presentaba síntomas de depresión, y el 16.0% experimentaba una fuerte depresión. Por otro lado, en el grupo de

parto por cesárea, el 53.0% se encontraba en el rango normal, el 13.0% presentaba síntomas de depresión, y un 34.0% experimentaba una fuerte depresión. La diferencia en la incidencia de fuerte depresión entre los grupos (16.0% en parto vaginal frente a 34.0% en cesárea) fue estadísticamente significativa, con un valor de p=0.011, según la prueba estadística Chi-Cuadrado, concretando una notable diferencia en la incidencia de fuerte depresión posparto asociada al tipo de parto, siendo significativamente mayor en las puérperas que tuvieron un parto por cesárea.

CAPÍTULO II
METODOLOGÍA

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación.

La presente investigación corresponde a un estudio descriptivo, de campo y de corte transversal. El nivel corresponde a un estudio descriptivo-correlacional.

La técnica principal empleada para la recolección de datos en la investigación fue el cuestionario.

Instrumento 1: Escala de Edimburgo

Para medir la variable independiente: depresión postparto, se utilizó la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS), elaborada por Cox, Holden y Sagovsky (1987). Este instrumento fue desarrollado originalmente en el Reino Unido y, desde entonces, ha sido ampliamente validado y utilizado en diversos contextos culturales y poblaciones a nivel internacional, incluyendo países de América Latina. La EPDS tiene como objetivo evaluar la presencia e intensidad de los síntomas depresivos durante el periodo postparto, especialmente en mujeres que se encuentran entre la tercera y octava semana posterior al parto. La escala consta de 10 ítems, los cuales exploran manifestaciones emocionales y cognitivas asociadas a la depresión postparto, donde cada ítem se valora mediante una escala tipo Likert de cuatro puntos, que oscila entre 0 y 3. En cuanto a sus dimensiones, la EPDS evalúa principalmente: Anhedonia (disminución del disfrute), ansiedad y preocupación, estado de ánimo depresivo. Su escala de puntuación nos indica:

- 0 – 9 = **Sin depresión significativa**
- 10 – 12 = **Depresión Leve**
- 13 – 19 = **Depresión Moderada**
- 20 – 30 = **Depresión Severa**

Instrumento 2: Escala de Autoeficacia de la Lactancia Materna (BSES-SF)

Para evaluar la variable dependiente: autoeficacia en la lactancia materna, se empleó la Escala de Autoeficacia de la Lactancia Materna en su versión corta (Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form, BSES-SF), diseñada por Dennis (44) y adaptada al idioma español por Llopis, Durá, Richard y Oliver. Este instrumento se fundamenta en la teoría de la autoeficacia de Bandura, la cual postula que la percepción de competencia personal influye directamente en la iniciación, persistencia y mantenimiento de una conducta. En este

caso, la escala mide el nivel de confianza que tiene la madre en su capacidad para amamantar de manera eficaz. La BSES-SF está compuesta por 14 ítems, organizados en torno a dos dimensiones principales: Dimensión técnica de la lactancia: relacionada con la habilidad percibida para realizar adecuadamente la práctica de amamantamiento. Dimensión intrapersonal: vinculada a la confianza, seguridad y manejo emocional de la madre frente a las dificultades de la lactancia. El puntaje total oscila entre 14 y 70 puntos, clasificándose de la siguiente manera:

- **Autoeficacia baja :** 14 – 32 puntos
- **Autoeficacia media :** 33 – 51 puntos
- **Autoeficacia alta :** 52 – 70 puntos

Cuadro de coherencias

Variable	Dimensiones	Técnicas	Instrumentos	Estructura del instrumento
Variable Independiente: Depresión Postparto	- Anhedonia - Ansiedad y preocupación - Estado de ánimo depresivo	Cuestionario	Escala de Edimburgo sobre Depresión Postparto (EPDS)	Ítems 1, 2 Ítems 3,4, 5, 6 Ítem 7,8,9 y 10
Variable Dependiente: Autoeficacia de Lactancia Materna	- Intrapersonal - Técnica de la Lactancia	Cuestionario	Escala de Autoeficacia de la Lactancia Materna (BSES-SF)	2,3,5,7,8,9,10,12, 1,4,6,11,13,14

Datos Sociodemográficos

- Edad
- Estado civil
- Grado de instrucción
- Planificación del embarazo

- Nro° de Hijos
- Peso al nacer
- Semanas de embarazo
- Capacitación sobre técnica de lactancia
- Edad del recién nacido
- Tipo de parto

2. Campos de verificación

2.1. Ubicación espacial

La presente investigación se llevó a cabo en el consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, ubicado en Zamácola, en el distrito de Cerro Colorado, Arequipa. Este consultorio forma parte de un establecimiento público del Ministerio de Salud, clasificado como categoría 1-4. La ubicación exacta se encuentra en la esquina de la calle Yaraví con Marañón, s/n, en la misma localidad de Zamácola, distrito de Cerro Colorado.

2.2. Ubicación temporal

La ubicación temporal de la investigación se llevó a cabo durante los meses de octubre y noviembre de 2024. Durante este periodo, se aplicó los instrumentos a todas las madres que estaban entre la 3era. y 8ava. semana post parta y acuden con su recién nacido a control en consultorio de (CRED), del Centro de Salud Maritza Campos Díaz. Este tiempo fue seleccionado para asegurar una adecuada representación de las madres en la etapa postparto y para obtener datos relevantes sobre la alimentación infantil en este contexto específico.

2.3. Unidades de estudios

2.3.1.Universo

El universo estuvo conformado por 71 madres que se encontraban entre 3 y 8 semanas posparto y que acudían al control de su recién nacido al consultorio de Crecimiento y Desarrollo (CRED), del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, ubicado en Zamácola, Cerro Colorado, Arequipa.

2.3.2.Muestra

Para poder obtener la muestra basada en el universo, se realizó mediante la fórmula para poblaciones finitas con un nivel de confiabilidad de 95%, (1.96) con un margen de error 5% (0.05), para ello se aplicó la siguiente fórmula.

$$n = \frac{z^2.N.p.q}{E^2(N-1) + z^2.p.q},$$

Donde:

Z: Nivel de confianza (95%)

n: Tamaño de muestra para poblaciones finitas

N: Tamaño de la población (71)

p y q: Valores estadísticos de la población (varianza) cuando los parámetros son desconocidos (p=50% y q=50%)

e: Error de estimación (5%)

Reemplazamos los valores:

$$n = \frac{1.96^2 * 71 * 0.5 * 0.5}{0.05^2(71-1) + 1{,}96^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = 60{,}05 = 60$$

Entonces, se consideró como muestra 60 madres.

Criterios de inclusión

- Madres que estuvieron de acuerdo a participar con el estudio de investigación y que acudían al consultorio de Crecimiento y Desarrollo, con su recién nacido entre 3 y 8 semanas de vida.
- Madres que tuvieron su parto ya sea por vía vaginal o por cesárea.
- Primíparas y multíparas.

Criterios de exclusión

- Madres con trastornos psiquiátricos.
- Madres que no aceptaron participar del estudio de investigación
- Madres con 9 o más semanas de post parto

- Madres que no llenaron las respuestas completas del instrumento de investigación.

3. Estrategia de recolección de datos

3.1. Organización

Para el desarrollo de la investigación, y tras la aprobación y evaluación por la Escuela de posgrado se procedió a gestionar la autorización ante la Jefatura del establecimiento elegido para este estudio. En dicho establecimiento de salud se aplicó los instrumentos hacia la muestra establecida. Tras revisar con los criterios de inclusión se contó con la participación total de 60 madres, a quienes se entregó el consentimiento informado, y los 2 instrumentos para su respectiva resolución llevándoles aproximadamente entre 10 a 20 minutos, dependiendo de la lectura. Una vez que la madre terminó de resolver las pruebas se les agradeció por su participación y se procedió a calificar cada instrumento. Una vez culminada con todas las madres, se elaboró una base de datos en Excel que se utilizó en el análisis estadístico mediante el programa Statistical Package for the social Sciences (SPSS) en su versión V26.0, generando las tablas correspondientes. La hipótesis fue confirmada a través de un análisis correlacional de distribución no normal, por ende, se utilizó la prueba de rho de Spearman.

3.2. Recursos

- Humanos:
  - Investigadora y asesor de tesis
  - Muestra: 60 madres entre la 3era. y 8 ava. semana postparto.
- Materiales:
  - Materiales diversos de escritorio
  - Escala de Depresión de Postparto de Edimburgo
  - Escala de autoeficacia para la lactancia materna
- Institucionales:
  - Centro de Salud Maritza Campos Díaz Zamácola
- Financieros:
  - Autofinanciado por la investigadora.

Categoría	Descripción	Costo(PEN)
Humanos	Investigadora y asesor de tesis	200
	Muestra: 60 madres entre la 3era. y 8ava. semana postparto	0
Materiales	Equipo informático/ Procesamiento de datos	800
	Materiales diversos de escritorio	50
	Escala de Depresión de Postparto de Edimburgo/ impresiones	38
	Escala de autoeficacia para la lactancia materna/ impresiones	38
Institucionales	Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Zamácola	0
Financieros	Investigadora autofinanciada	0
	Total	**1126**

3.3. Validación de instrumentos

Instrumento 1: Cuestionario de Edimburgo

La escala de Depresión Postnatal de Edimburgo es un instrumento de cribado empleado para identificar posibles cuadros de depresión, utilizado durante el postparto como durante el embarazo. Permite evaluar la presencia de sintomatología depresiva de tipo cognitivo-psicológico. Fue creado por Cox et al. (1987) y validado en población gestante por Murray y Cox (1990). Tiene las siguientes dimensiones: Estado de ánimo depresivo, anhedonia, ansiedad y preocupación y sentimientos de culpa e incapacidad. En el Perú fue validado por Vega et al. (2007), obteniendo un coeficiente de Cronbach de 0.704, que representa un resultado muy bueno resaltando su confiabilidad (42).

Instrumento 2: Escala de Autoeficacia de la Lactancia Materna (BSES-SF)

La validación del instrumento sobre autoeficacia de la lactancia materna fue llevada a cabo por 4 expertos, como se detalla en la tesis elaborada por Gómez Acuña, Jacqueline en Huánuco. Presenta las siguientes dimensiones: Confianza intrapersonal en la lactancia, habilidades y técnicas de amamantamiento; estos especialistas evaluaron cada ítem del instrumento considerando criterios de relevancia, claridad y vigencia según las dimensiones contempladas en el instrumentó de estudio, concluyendo que estaban adecuadamente elaboradas y dirigidas para obtener el objetivo propuesto en la investigación, siendo viable su aplicación en la muestra de estudio. Además, se realizó una validación complementaria

mediante una prueba piloto aplicada a un grupo de madres con edades entre 20 y 40 años, obteniendo un coeficiente alfa de Cronbach de 0,87, lo que evidencia un alto grado de confiabilidad del instrumento (43).

3.4. Análisis de datos

El diseño metodológico de la presente investigación ha sido formulado respetando la autonomía y confidencialidad de los participantes, mediante la obtención del consentimiento informado. De igual manera, se ha considerado el principio de justicia, garantizando que todas las personas que cumplieron con los criterios establecidos tuvieran la posibilidad de formar parte del estudio. Para preservar la validez de los datos recolectados, se definieron criterios específicos de inclusión y exclusión, con la finalidad de reducir posibles sesgos. Al tratarse de una investigación de tipo correlacional, se implementaron medidas orientadas a asegurar tanto el beneficio como la no afectación de los participantes. La información obtenida a través de los instrumentos será organizada y presentada mediante tablas y/o gráficos, utilizando el software estadístico SPSS en su versión 26.0. Para la verificación de la hipótesis planteada, se empleará un análisis correlacional.

CAPÍTULO III
RESULTADOS

Tabla 1

Edad distribuida en rangos en puérperas que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo

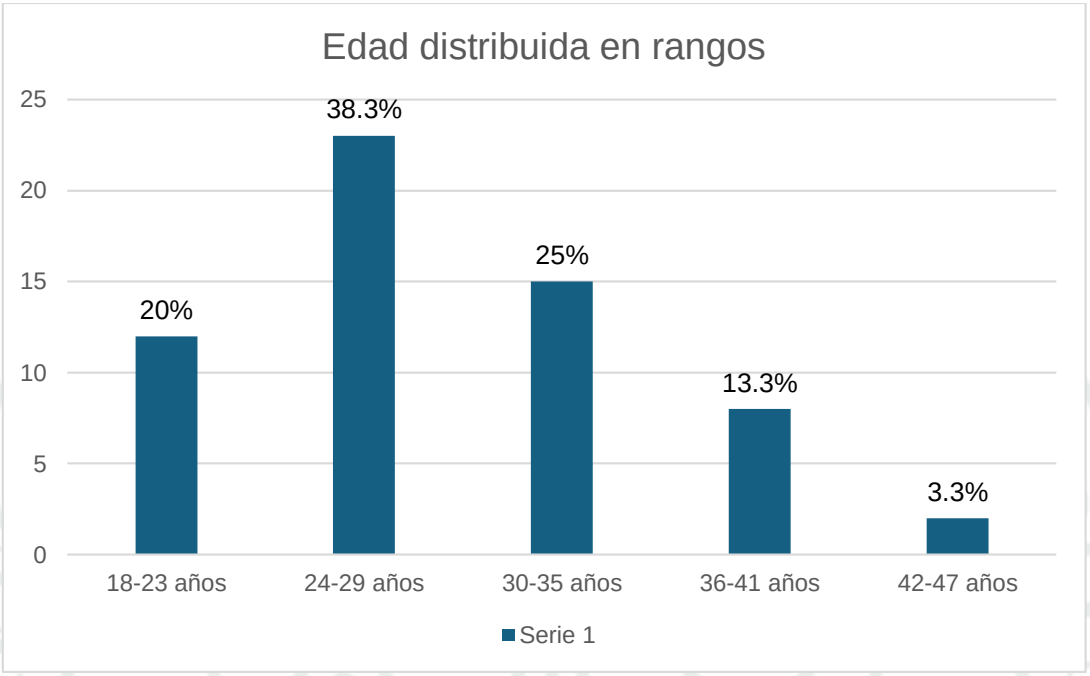
		n	%
Edad distribuida en rangos	18-23	12	20.0%
	24-29	23	38.3%
	30-35	15	25.0%
	36-41	8	13.3%
	42-47	2	3.3%
	Total	60	100%

Nota. Elaboración propia.

En la presente tabla se observa la edad distribuida en rangos de las puérperas y observamos que 23 de ellas se encuentran entre el rango de 24-29 conformando el 38.3%, seguido de 15 que están entre el rango de 30-35 años con un porcentaje del 25%, prosiguiendo con 12 puérperas que conforman el 20% que están en el rango de 18-23, un total de 8 puérperas están entre el rango de 36-41 con un 13.3% y finalmente 2 están entre el rango de 42-47 que conforman el 3.3%.

Figura 1

Edad distribuida en rangos en puérperas que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo



Nota. Elaboración propia.

Tabla 2

Estado civil en puérperas que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo

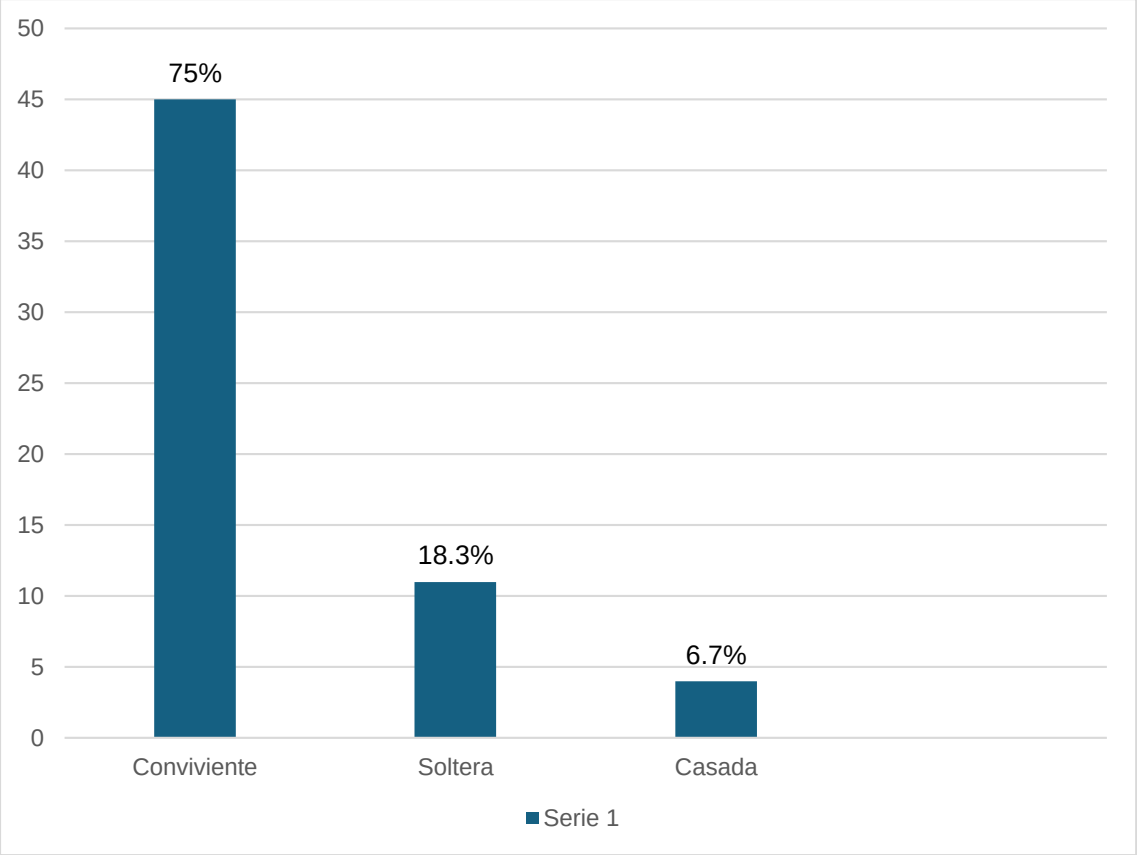
		n	%
Estado Civil	Conviviente	45	75.0%
	Soltera	11	18.3%
	Casada	4	6.7%
	Total	60	100%

Nota. Elaboración propia.

En la presente tabla se observa el estado civil de las puérperas, 45 de ellas refieren que son convivientes conformando el 75%, seguido de 11 que son solteras representando al 18.3% y finalmente 4 puérperas son casadas siendo el 6.7%.

Figura 2

Estado civil en puérperas que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo



Nota. Elaboración propia.

Tabla 3

Grado de instrucción de las puérperas que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo

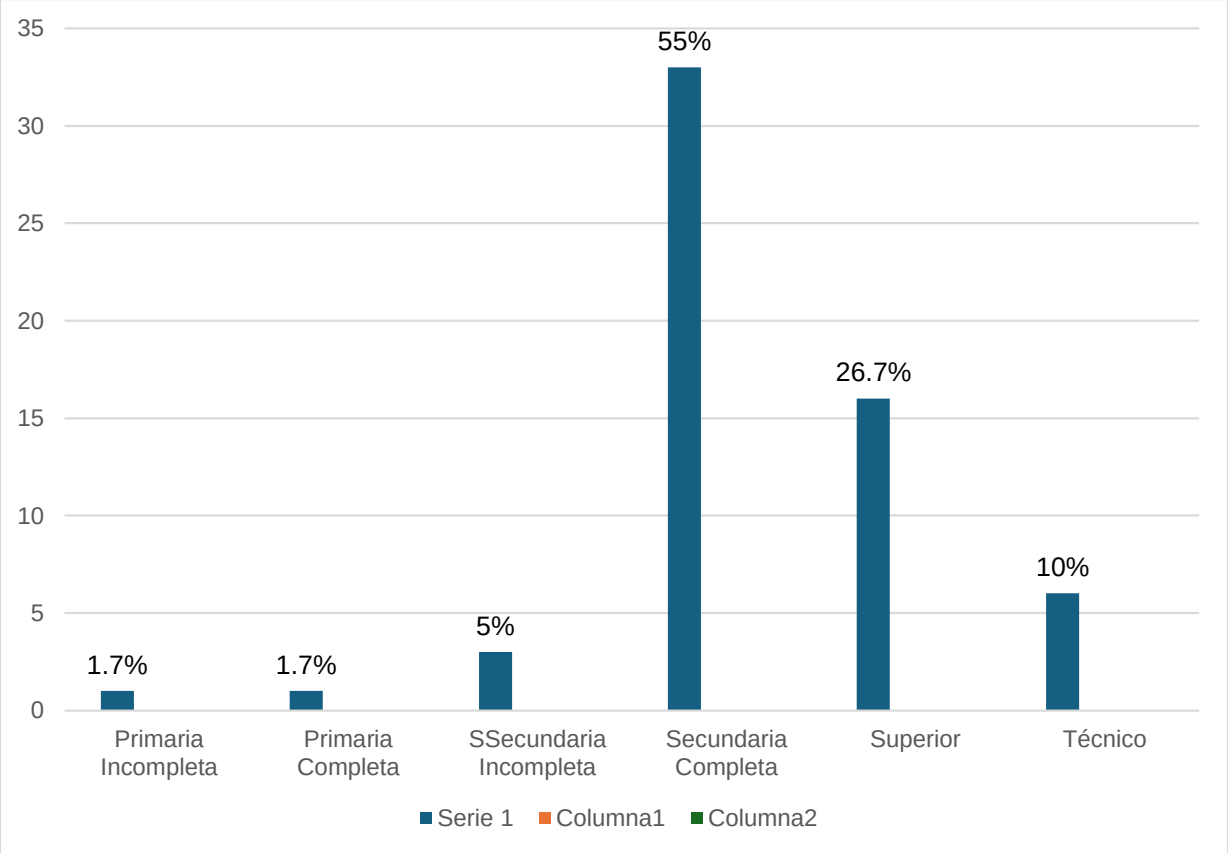
		n	%
Grado de instrucción	Primaria Incompleta	1	1.7%
	Primaria Completa	1	1.7%
	Secundaria Incompleta	3	5.0%
	Secundaria Completa	33	55.0%
	Superior	16	26.6%
	Técnico	6	10.0%
	Total	60	100%

Nota. Elaboración propia.

En la tabla se observa el grado de instrucción en Puérperas donde 55% de ellas, lograron terminar la secundaria completa sin estudios posteriores, seguido de aquellas que si los realizaron siendo un 26.6%, a esto les siguen las profesionales técnicas que está representando al 10%, en el caso de las personas que no terminaron la secundaria, tenemos 3 personas siendo el 5%, de las que no terminaron la primaria solo es 1 puérpera que conforma el 1.7%. Es importante resaltar que hay 1 puérpera que solo completó la primaria sin estudios posteriores conformando el 1.7%.

Figura 3

Grado de instrucción de las puérperas que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo



Nota. Elaboración propia.

Tabla 4

Planificación del embarazo en puérperas que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo

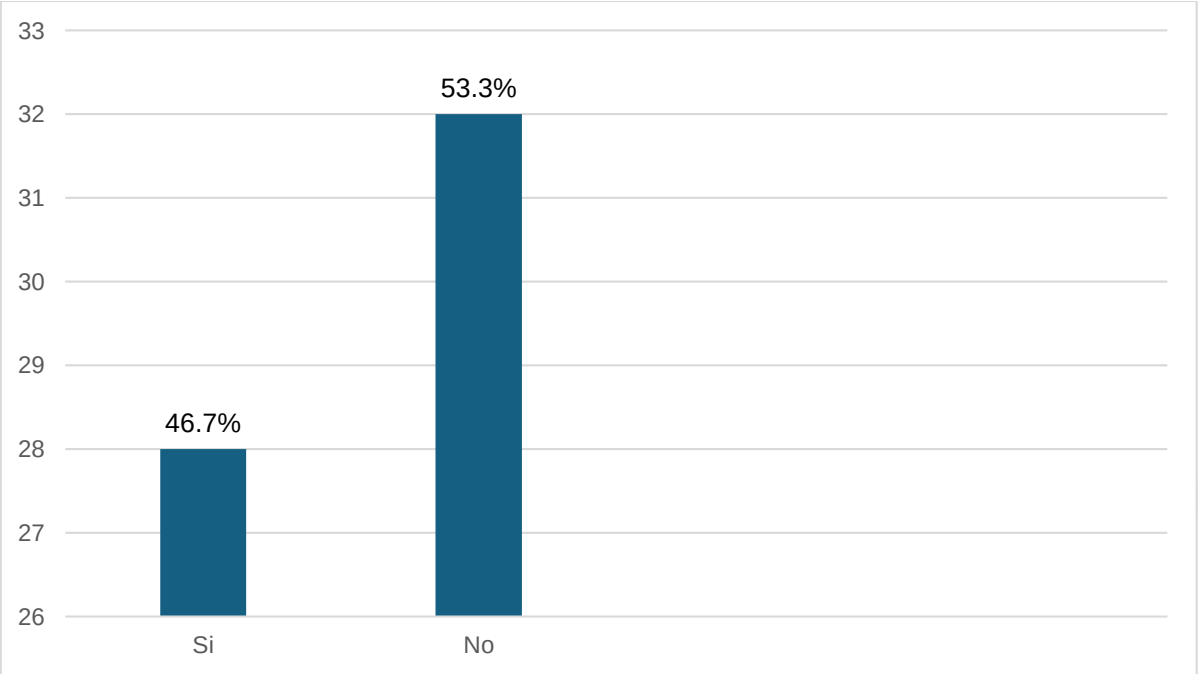
		n	%
El menor fue planificado	Si	28	46.7%
	No	32	53.3%
	Total	60	100%

Nota. Elaboración propia.

En la presente tabla se observa la planificación del embarazo, donde 28 madres planificaron su embarazo siendo un 46.7% y 32 madres, que no lo planificaron representando al 53.3%.

Figura 4

Planificación del embarazo en puérperas que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo



Nota. Elaboración propia.

Tabla 5

Nro° de hijos que tienen las puérperas que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo

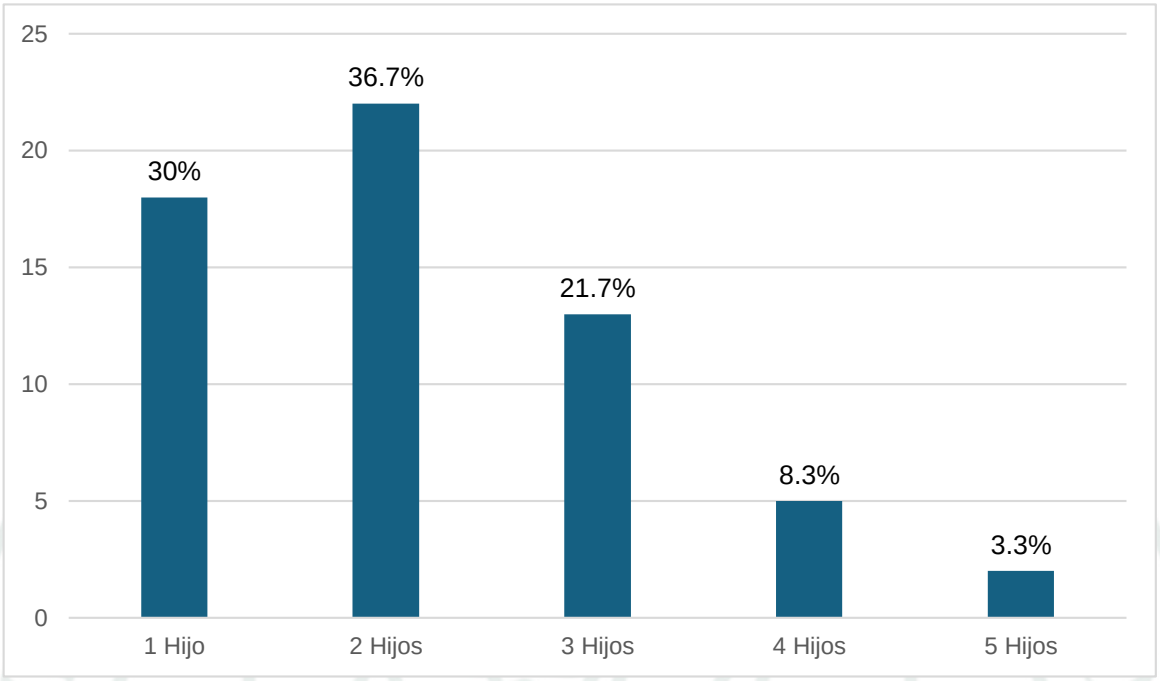
		n	%
Nro° de Hijos	1	18	30.0%
	2	22	36.7%
	3	13	21.7%
	4	5	8.3%
	5	2	3.3%
	Total	60	100%

Nota. Elaboración propia.

En la presente tabla se presenta el número de hijos en Puérperas y podemos observar que 22 madres solo tienen 2 hijos representando al 36.7%, seguido de 18 que tienen un solo hijo con un 30%, a esto le prosiguen 13 madres con solo 3 hijos que representa al 21.7%, seguido de 5, con 4 hijos que sería el 8.3% y finalmente solo 2 madres tienen 5 hijos que engloba un 3.3%.

Figura 5

Nro° de hijos que tienen las puérperas que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo



Nota. Elaboración propia.

Tabla 6

Peso de los hijos de las puérperas que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo

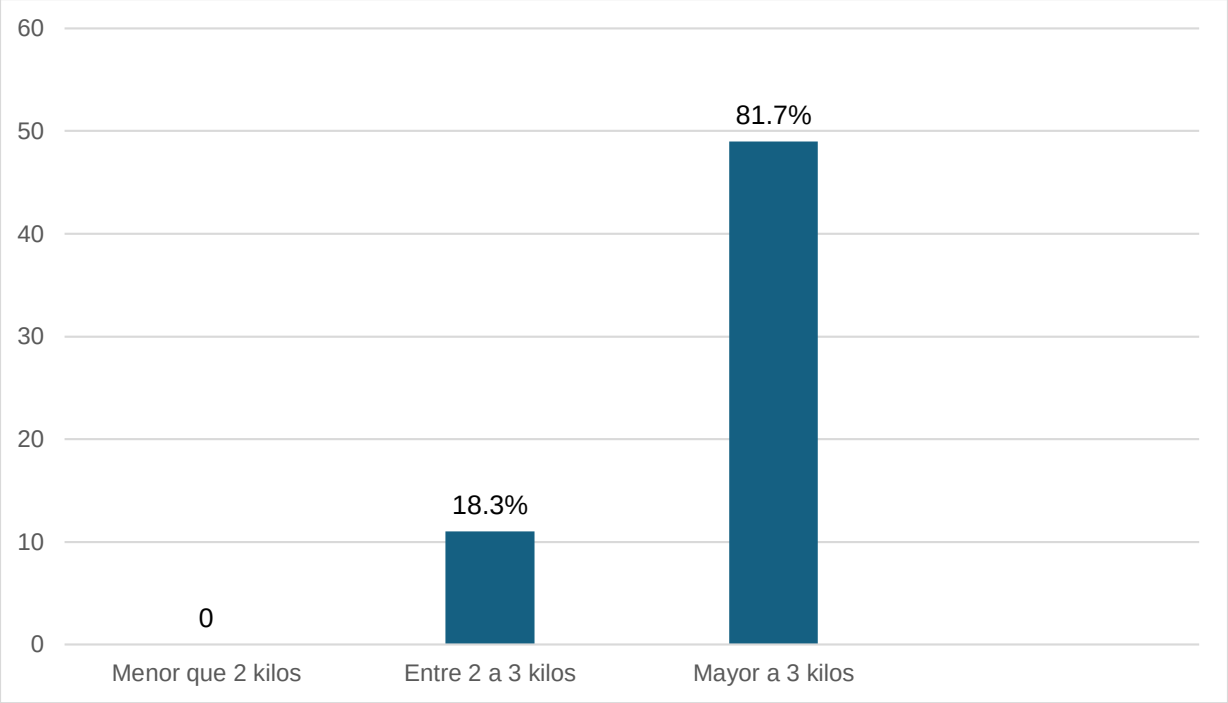
		n	%
Peso del menor	Menor que 2 kilos	0	0.0%
	Entre 2 a 3 kilos	11	18.3%
	Mayor a 3 kilos	49	81.7%
	Total	60	100%

Nota. Elaboración propia.

En lo que respecta al peso del recién nacido, 49 menores pesan mayor a 3 kilos, representando al 81.7%, mientras que solo 11 menores pesan entre 2 a 3 kilos, representando al 18.3%.

Figura 6

Peso de los hijos de las puérperas que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo



Nota. Elaboración propia.

Tabla 7

Semanas en la que finalizó el embarazo de las puérperas que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo

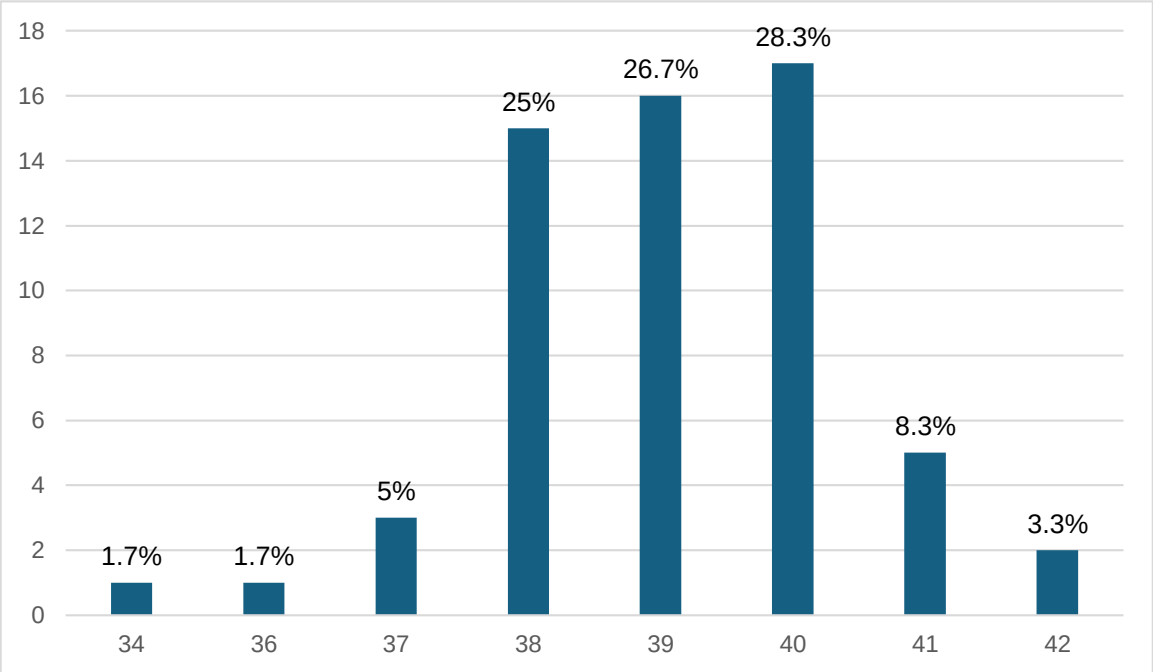
		n	%
Semana de parto	34	1	1.7%
	36	1	1.7%
	37	3	5.0%
	38	15	25.0%
	39	16	26.7%
	40	17	28.3%
	41	5	8.3%
	42	2	3.3%
	Total	60	100%

Nota. Elaboración propia.

En lo que respecta a las semanas de parto de las madres, observamos que 17 madres tuvieron a su menor hijo a las 40 semanas representando un 28.3%, 16 madres a las 39 semanas con un 26.7%, 15 madres a las 38 semanas con un 25%, 5 a las 41 semanas con un 8.3%, 3 madres a las 37 semanas con un 5%, 2 madres a las 42 semanas con un 3.3% y 1 madre trajo a su hijo al mundo con 36 semanas con un 1.7%, de igual manera 1 madre trajo a su hijo a las 34 semanas con un 1.7%.

Figura 7

Semanas en la que finalizó el embarazo de las puérperas que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo



Nota. Elaboración propia.

Tabla 8

Capacitación sobre la técnica de lactancia en puérperas que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo

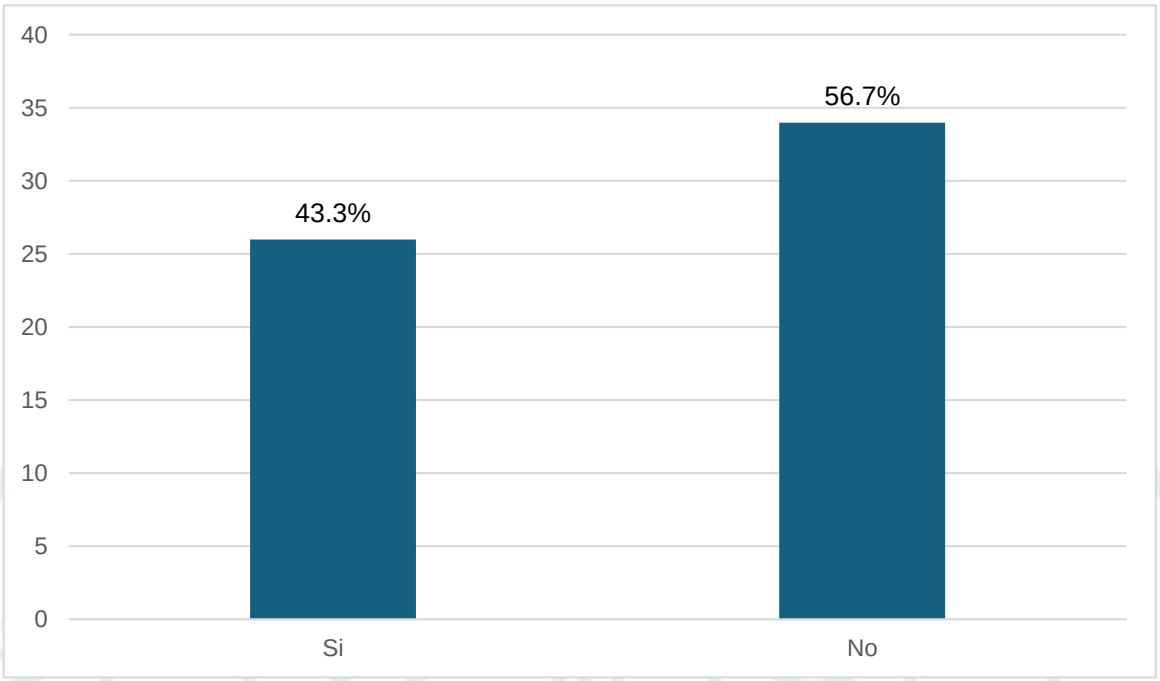
		n	%
Capacitación sobre la técnica de lactancia	Si	26	43.3%
	No	34	56.7%
	Total	60	100%

Nota. Elaboración propia.

En la presente tabla se observa la capacitación que recibieron durante la gestación y el puerperio. Un 56.7% que son las 34 madres, no recibieron ningún tipo de capacitación por sobre 26 madres que si recibieron siendo el 43.3%.

Figura 8

Capacitación sobre la técnica de lactancia en puérperas que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo



Nota. Elaboración propia.

Tabla 9

Edad del menor hijo de las puérperas que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo

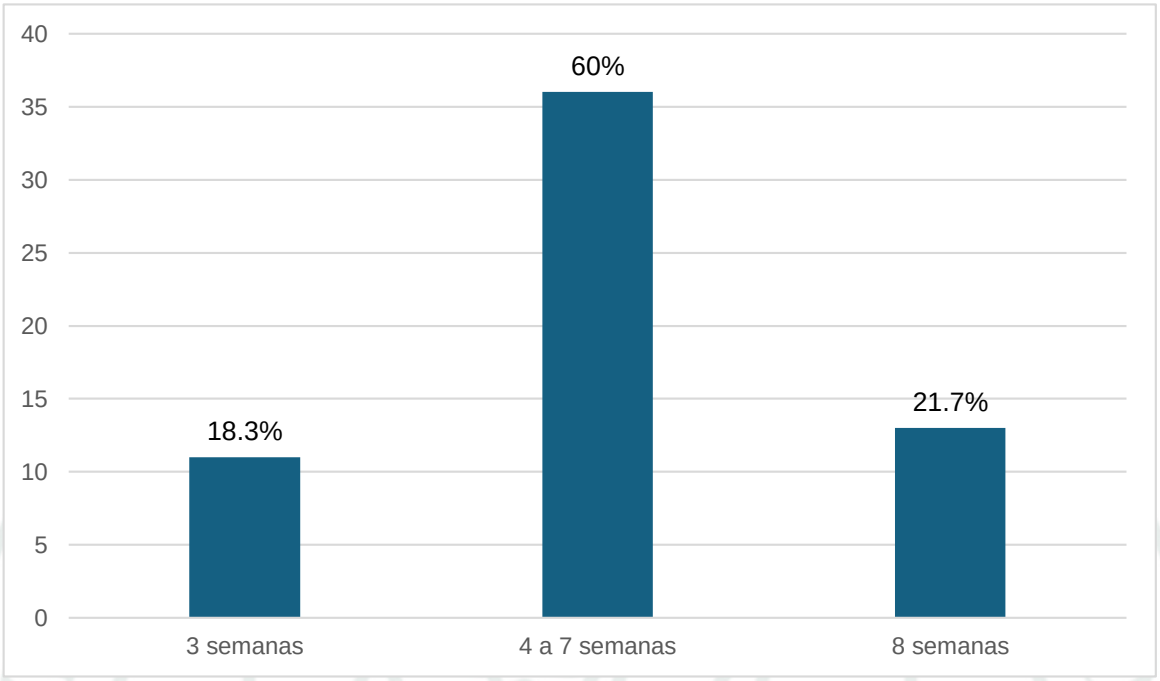
		n	%
Edad del menor	3 semanas	11	18.3%
	4 a 7 semanas	36	60.0%
	8 semanas	13	21.7%
	Total	60	100%

Nota. Elaboración propia.

Durante la aplicación de las pruebas, 36 menores tenían de 4 a 7 semanas de nacidos, siendo un 60%, seguido de 13 que poseían 8 semanas con un 21.7% y también 11 menores recién nacidos de 3 semanas siendo 18.3% también.

Figura 9

Edad del menor hijo de las puérperas que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo



Nota. Elaboración propia.

Tabla 10

Tipo de parto que las puérperas tuvieron y acuden al área de crecimiento y desarrollo

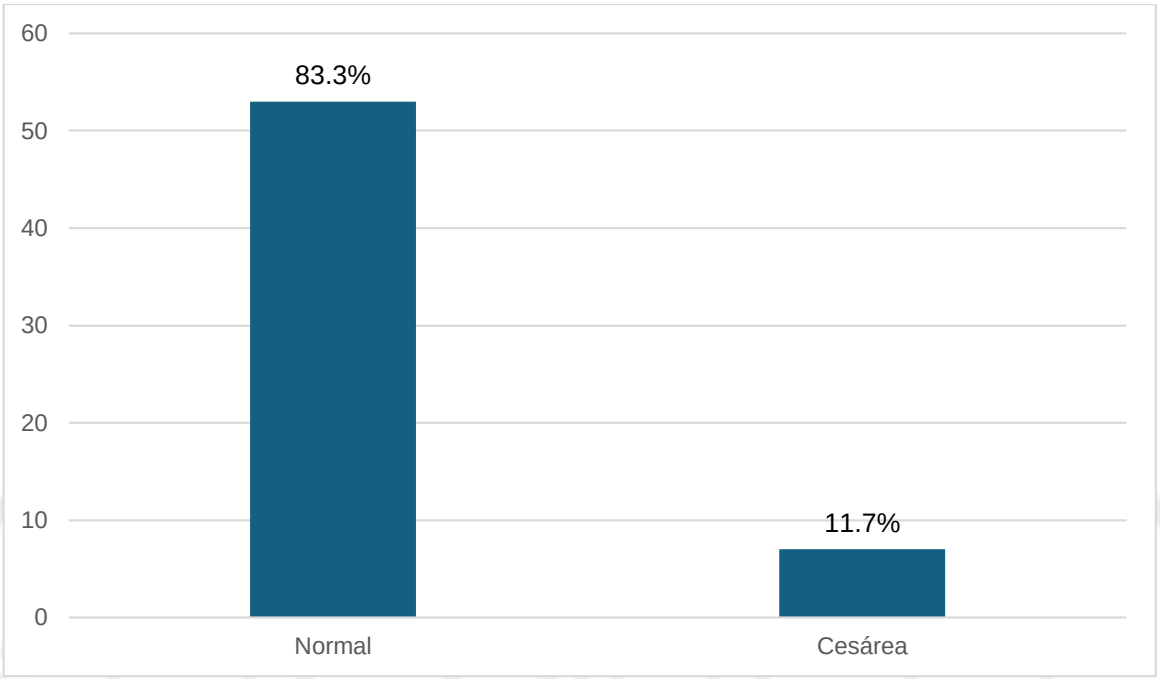
		n	%
Tipo de parto	Normal	53	88.3%
	Cesárea	7	11.7%
	Total	60	100%

Nota. Elaboración propia.

En lo referido al tipo de parto, 53 madres tuvieron un parto normal siendo un 88.3%, seguido de 7 madres que pasaron por una cesárea siendo un 11.7%.

Figura 10

Tipo de parto que las puérperas tuvieron y acuden al área de crecimiento y desarrollo



Nota. Elaboración propia.

Tabla 11

Incidencia de depresión post parto en puérperas que acuden con sus recién nacidos al consultorio de crecimiento y desarrollo

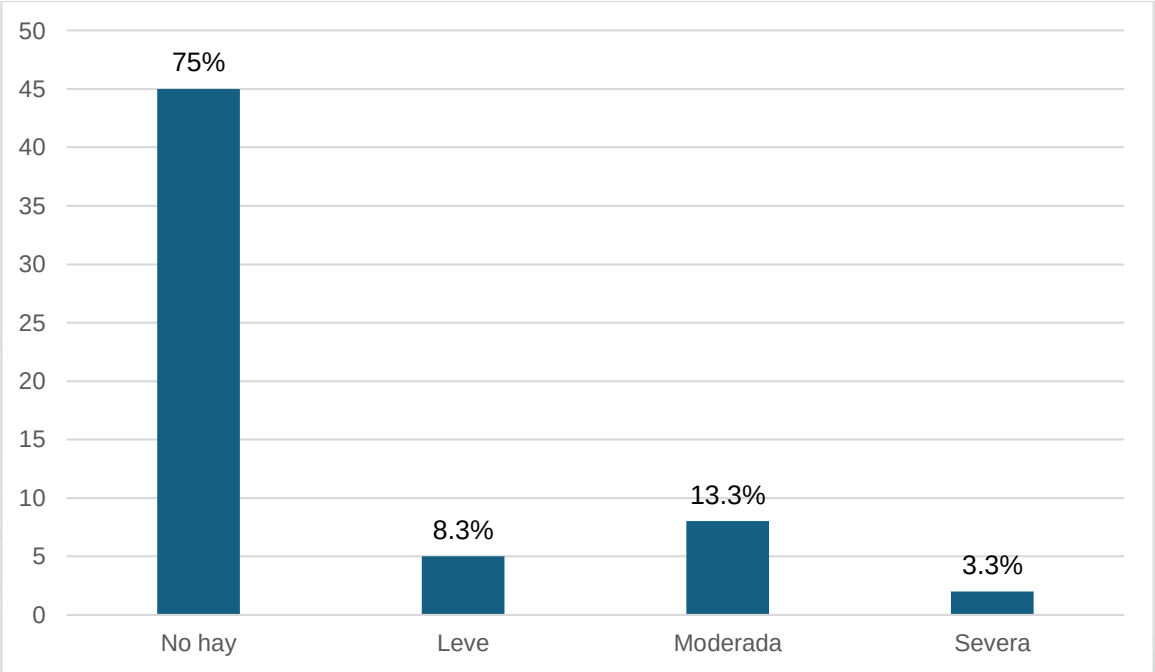
		n	%
Incidencia de Depresión Post parto	No hay	45	75.0%
	Leve	5	8.3%
	Moderada	8	13.3%
	Severa	2	3.3%
	Total	60	100%

Nota. Elaboración propia.

Se evidencia que 45 puérperas no presentaron signos ni síntomas que puedan representar un nivel depresivo las cuales representan un 75%, seguido de 8 que demuestran una depresión moderada que conforman el 13.3%, seguido de 5 puérperas que presentan una depresión leve que engloba un 8.3% y finalmente una cifra de 2 madres que presentan depresión severa que conforman un 3.3%.

Figura 11

Incidencia de depresión post parto en puérperas que acuden con sus recién nacidos al consultorio de crecimiento y desarrollo



Nota. Elaboración propia.

Tabla 12

Relación entre las variables sociodemográficas e incidencia en depresión post parto en puérperas de 3 a 8 semanas que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo

	Incidencia de Depresión Post parto	
	X2	p
Edad distribuida en Rangos	23.860	0.021
Estado Civil	8.342	0.214
Grado de Instrucción	8.199	0.916
Planificación del menor	0.993	0.803
Nro° de Hijos	14.192	0.289
Peso del menor	1.892	0.595
Semanas de parto	29.939	0.093
Capacitación sobre técnica de lactancia	2.771	0.428
Edad del menor	4.814	0.568
Tipo de parto	2.642	0.450

Nota. Elaboración propia.

Observamos que solo la variable de Edad distribuida en Rangos se encuentra por debajo de 0.05 implicando que posee una relación con la variable de incidencia de depresión post parto.

Tabla 13

Relación entre el rango de edades e incidencia en depresión post parto en puérperas de 3 a 8 semanas que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo

Rango de edades	Incidencia de depresión post parto								x^2	p
	No hay		Leve		Moderada		Severa			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
18-23	9	75%	2	16.67 %	1	8.33 %	0	0.00 %	23.860	0.021
24-29	18	78.26%	3	13.04 %	1	4.35 %	1	4.35 %		
30-35	13	86.67%	0	0.00 %	1	6.67 %	1	6.67 %		
36-41	3	37.5%	0	0.00 %	5	62.50 %	0	0.00 %		
42-47	2	100%	0	0.00 %	0	0.00 %	0	0.00 %		
Total	45	75	5	8.33 %	8	13.33 %	2	3.33 %		

Nota. Elaboración propia.

Se observa una relación entre el rango de edades y la incidencia de la depresión postparto debido a que se encuentra por debajo de 0.05. Adicionalmente, se observa que el rango de edad de 36-41 un 62.5% posee depresión moderada, en el rango de edad de 24-29 el 4.35% posee una depresión severa, en el rango de edad de 30-35 el 6.67% posee depresión severa.

Tabla 14

Nivel de autoeficacia de lactancia materna en puérperas de 3 a 8 semanas que acuden con sus recién nacidos al consultorio de crecimiento y desarrollo

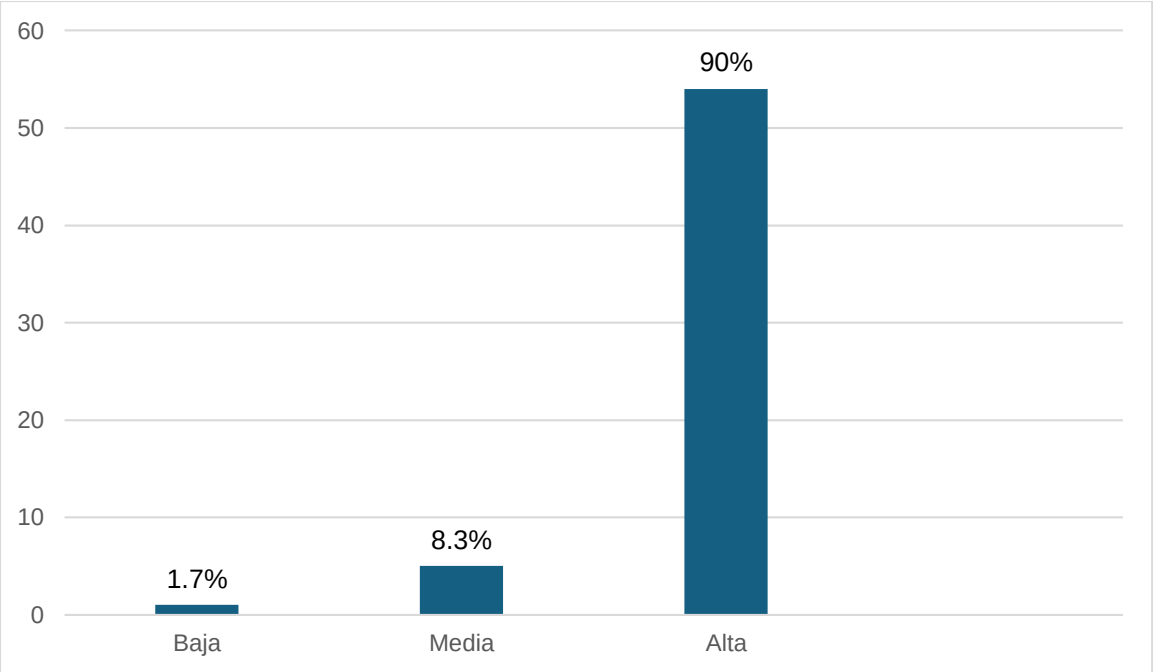
		n	%
Nivel de Autoeficacia de Lactancia Materna	Autoeficacia Baja	1	1.7%
	Autoeficacia Media	5	8.3%
	Autoeficacia Alta	54	90.0%

Nota. Elaboración propia.

En lo que respecta al nivel de autoeficacia de lactancia materna, podemos observar que 54 puérperas obtuvieron un nivel de autoeficacia alta representando a un 90% de la muestra, seguido de 5 que presentaron un nivel de autoeficacia media con un 8.3% y finalmente solo 1 puérpera se percibe que poseía un nivel de autoeficacia bajo siendo un 1.7%.

Figura 12

Nivel de autoeficacia de lactancia materna en puérperas de 3 a 8 semanas que acuden con sus recién nacidos al consultorio de crecimiento y desarrollo



Nota. Elaboración propia.

Tabla 15

Relación entre las variables sociodemográficas y el nivel de autoeficacia de lactancia materna en puérperas de 3 a 8 semanas que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo

	Nivel de Autoeficacia de Lactancia Materna	
	x2	p
Edad distribuida en rangos	19.792	0.011
Estado Civil	1.931	0.748
Grado de Instrucción	1.968	0.997
Planificación del menor	1.012	0.603
Nro° de Hijos	3.460	0.902
Peso del menor	1.497	0.473
Semanas de Embarazo	23.000	0.028
Capacitación sobre técnica de lactancia	2.443	0.295
Edad del menor	3.683	0.451
Tipo de parto	0.881	0.644

Nota. Elaboración propia.

En la presente tabla se observa la relación entre las variables sociodemográficas y el Nivel de Autoeficacia de Lactancia Materna. Donde observamos que hay 2 variables que poseen relación directa con la variable, siendo la Edad distribuida en rangos con un p-valor de 0.011 y la variable de Semanas de Embarazo con un p-valor de 0.028.

Tabla 16

Correlación entre la depresión postparto y la autoeficacia en lactancia materna en puérperas de 3 a 8 semanas que acuden con sus recién nacidos al consultorio de crecimiento y desarrollo

		Incidencia de Depresión Post parto
Nivel de Autoeficacia de Lactancia Materna	Rho de Spearman	-0.552
	p-valor	<0.001

Nota. Elaboración propia.

En la última tabla donde se propuso ubicar cual era la correlación entre la depresión postparto y la autoeficacia en lactancia materna en puérperas de 3 a 8 semanas, nos percatamos que se obtuvo un p-valor por debajo de 0.05. Esto significa que existe una correlación entre ambas variables, pero si observamos el valor obtenido en la Rho de Spearman observamos que se observa que es -0.552, esto demuestra que este estudio obtuvo una correlación significativa inversa. Esto quiere decir que, si una madre presenta niveles bajos de autoeficacia, presenta mayor incidencia de depresión post parto o si una madre posee bajos nivel de incidencia de depresión post parto, presenta un nivel alto de autoeficacia de lactancia materna.

DISCUSIÓN

Se tuvo como objetivo establecer la relación entre la depresión postparto y la autoeficacia en lactancia materna en puérperas de 3 a 8 semanas y se encontró una correlación significativa inversa. Esto quiere decir que, si una madre presenta niveles bajos de autoeficacia, presenta mayor incidencia de depresión post parto o si una madre posee bajos niveles de incidencia de depresión post parto, presenta un nivel alto de autoeficacia de lactancia materna. Estos resultados son similares a los encontrados en Camargo et al. (31) ya que también encontraron una relación inversa entre las variables, resaltando que las madres con menores síntomas ansiosos presentaban una mayor capacidad para amamantar. Del mismo modo Zafra (34), destacó que la lactancia está profundamente relacionada con el estado emocional de la madre, de manera que durante el proceso y la adherencia a la lactancia materna exclusiva se ven favorecidas por el mayor grado de bienestar psicológico que logra la madre.

Del mismo modo Ramos et al. (35) mencionan que el apoyo de la pareja resulta un factor fundamental ya que se relaciona inversamente con la depresión por lo que coincide en la necesidad de considerar factores protectores en el ambiente familiar para una buena lactancia. En esta línea tanto Gálvez (36) y Gayoso (37) concuerda que la depresión posparto suele asociarse significativamente al abandono de la lactancia materna por lo que, al experimentar estos síntomas depresivos, la autoeficacia tiende a disminuir y por lo tanto la adherencia a la lactancia también.

Así mismo se evaluó la incidencia de depresión postparto, encontrándose que 75% puérperas no presentaron síntomas compatibles con un cuadro depresivo, mientras que 13% mostraron síntomas compatibles con una depresión de grado moderado, 8% presentaron síntomas leves y 3% evidenciaron síntomas afines a una depresión severa. Estos resultados fueron consistentes con los reportados por Ramos et al. (35), Gálvez (36) y Zeballos et al. (39), quienes identifican patrones similares en poblaciones maternas postnatales. Sin embargo, en Castro et al. (38) se reporta que se encontraron niveles altos alcanzando un 65% de prevalencia, por lo que los autores aluden que este resultado se puede deber a las diferencias sociodemográficas de la muestra o condiciones contextuales (mayor vulnerabilidad social y económica en determinadas zonas).

Por otro lado, se evaluó el nivel de autoeficacia en la lactancia materna, encontrándose que 54 puérperas presentaron un nivel alto, 5 un nivel medio y únicamente 1 participante evidenció un nivel bajo. Estos resultados coinciden con lo reportado por Camargo (31), quien también identificó niveles predominantemente elevados de autoeficacia en su población de estudio, lo que sugiere que, en determinados contextos, las madres pueden percibirse como suficientemente preparadas y respaldadas para llevar a cabo el proceso de lactancia.

En su estudio Gayoso (37), resalta que los niveles de autoeficacia en lactancia materna valorados en las madres, tienen relación directa con el éxito o fracaso de una lactancia materna exclusiva, práctica fundamental para la salud infantil.

En esta línea, Camargo et al. (31) menciona que la autoeficacia no es un constructo aislado, sino que está fuertemente influenciada por la salud mental de la madre, en particular por los niveles de ansiedad y depresión. Así, es posible que la alta proporción de autoeficacia observada en nuestro estudio esté relacionada con el hecho de que un 75% de las participantes no presentó síntomas depresivos, lo cual podría haber favorecido la confianza en su capacidad de amamantar. Asimismo, Zafra (34) aporta un matiz relevante al señalar que la experiencia de la lactancia materna es diversa y depende tanto de las características individuales de la madre como de su entorno social y emocional. Desde esta perspectiva, los resultados positivos en autoeficacia obtenidos en nuestra investigación pueden interpretarse como reflejo de un grupo de madres que, en su mayoría, cuentan con condiciones protectoras, ya sean internas (confianza, motivación) o externas (apoyo familiar, práctica cultural, acceso a información), que refuerzan su seguridad en la práctica de la lactancia.

En concordancia con ello, Angulo et al. (40) diseñaron una intervención educativa dirigida a madres con bajos niveles de autoeficacia, logrando incrementar significativamente los resultados desde un 32,6 % a un 85,6 % dentro del nivel alto, lo que evidencia la efectividad de este tipo de estrategias. La variabilidad en el conocimiento sobre lactancia entre diferentes poblaciones sustenta la necesidad de adaptar las intervenciones educativas a los contextos específicos. Los propios hallazgos refuerzan esta necesidad, ya que se identificó que el 56.7 % de las participantes no había recibido ningún tipo de capacitación formal sobre técnicas de lactancia. Por tanto, resulta fundamental que en cada atención prenatal y posnatal se incorpore sistemáticamente orientación, acompañamiento y entrenamiento sobre cómo lograr una

lactancia materna exitosa, así como planes estructurados de intervención, a fin de fortalecer la autoeficacia en la lactancia materna, reducir barreras y dificultades en el inicio y mantenimiento de la misma, durante el tiempo que el binomio madre – niño, lo deseen, contribuyendo a mejorar los indicadores de salud infantil y materna.

CONCLUSIONES

Primera: Al analizar la relación entre la depresión postparto y la autoeficacia en la lactancia materna, se determinó la existencia de una correlación estadísticamente significativa de tipo inversa. Esto significa que, a menor presencia de síntomas de depresión postparto, mayor es la percepción de autoeficacia en la lactancia materna, y, de manera inversa, a mayor sintomatología depresiva, menor confianza percibida en la capacidad para amamantar. Este resultado confirma que el estado emocional de la madre constituye un factor relevante en la vivencia y sostenimiento de la lactancia materna.

Segunda: En relación con la depresión postparto en puérperas de 3 a 8 semanas que acudieron al consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Zamácola, distrito de Cerro Colorado, durante el año 2024, se concluye que la mayoría de las participantes no presentó niveles clínicamente significativos de depresión postparto. No obstante, se identificó la presencia de un grupo de madres con sintomatología leve a moderada, lo cual evidencia la vulnerabilidad emocional característica del periodo puerperal.

Tercera: Respecto a la autoeficacia en la lactancia materna, se concluye que la mayoría de las puérperas presentó un nivel alto de percepción de autoeficacia, lo que refleja una adecuada confianza en sus habilidades para amamantar. Sin embargo, también se identificó un grupo con niveles medios y bajos de autoeficacia, lo que evidencia diferencias individuales en la percepción de competencia materna durante el proceso de lactancia.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al jefe del Centro de salud promover la elaboración y práctica de los planes de prevención y promoción a la salud mental dirigido a las madres atendidas en el consultorio del centro de salud, en colaboración con el servicio de psicología, para un correcto abordaje de los problemas depresivos observados entre las madres, todo esto mediante una prueba piloto. Una vez el programa tenga éxito, podrá expandirse a otros centros para que pueda ser un plan estándar de atención inmediata, además de poder reducir el nivel de depresión en nuestra población de estudio.
2. Se recomienda al jefe del servicio y profesionales del consultorio de crecimiento y desarrollo, sean capacitados en la vigilancia activa de la salud mental, identificando aquellas sintomatologías de riesgo, derivación oportuna al profesional de psicología con el objetivo de un diagnóstico oportuno, logrando así proteger el vínculo materno, la salud infantil y la salud de la madre. Además de capacitación respecto a los conocimientos y habilidades que apoyen la práctica de una lactancia materna exitosa, con el fin de garantizar el adecuado acompañamiento al binomio madre - niño.
3. Se recomienda a futuros colegas que integran la comunidad científica de la escuela de postgrado de la Universidad Católica Santa María, realizar más estudios frente a las variables de estudio, tanto por la falta de estudios, y tratar de enfocarse en correlacionar más variables y expandirse a otros tipos de trastornos que la madre podría presentar como son síntomas ansiosos, depresivos-mixtos, entre otros trastornos que afecten a su salud mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carmona S. Neuromaternal: ¿qué le pasa a mi cerebro durante el embarazo y la maternidad? 1.ª ed. Barcelona: Paidós; 2024.
2. Orchard ER, Rutherford HJV, Holmes AJ, Jamadar SD. Matrescence: lifetime impact of motherhood on cognition and the brain. Trends Cogn Sci. 2023 Mar;27(3):302-16.
3. UNICEF. ¿Qué es la depresión posparto? [Internet]. 2024 [citado 2025 oct 16]. Disponible en: https://www.unicef.org/parenting/es/salud-mental/que-es-la-depresion-posparto
4. Gonzales C. Un regalo para toda la vida. Madrid: Temas de Hoy; 2015.
5. Castillo IF del. Matrescencia: el cerebro de las embarazadas se transforma tanto como durante la adolescencia [Internet]. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal; 2019 [citado 2025 oct 16]. Disponible en: https://saludmentalperinatal.es/2019/02/08/matrescencia-el-cerebro-de-las-embarazadas-se-transforma-tanto-como-durante-la-adolescencia/
6. Quesada MV, Chinchilla KV. Detección temprana de la depresión posparto. Rev Cienc Salud Integr Conocim [Internet]. 2022 Oct 21 [citado 2025 oct 16];6(5):37-44.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2018.
8. MedlinePlus. Depresión posparto [Internet]. 2024 [citado 2025 oct 16]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007215.htm
9. MSD Manuals. Depresión posparto [Internet]. 2024 [citado 2025 oct 16]. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/atenci%C3%B3n-posparto-y-trastornos-asociados/depresi%C3%B3n-posparto
10. Moldenhauer J. Depresión posparto. En: Manual MSD versión para profesionales [Internet]. 2024 [citado 2025 oct 16]. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecología-y-obstetricia/atención-posparto-y-trastornos-asociados/depresión-posparto
11. García L, Ascaso C, Ojuel J, Navarro P. Ficha técnica del instrumento: escala de depresión postnatal de Edimburgo [Internet]. CIBERSAM; 2015 [citado 2025 oct 16]. Disponible en: https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=240
12. Krauskopf V, Valenzuela P. Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. Rev Med Clin Condes [Internet]. 2020 Mar [citado 2025 oct 16];31(2):139-49.

13. Vicente PN. Ansiedad postparto: causas y síntomas [Internet]. Psicología Nafria; 2020 [citado 2025 oct 16]. Disponible en: https://psicologianafria.com/ansiedad-postparto/
14. Mingo M. Tiroiditis postparto [Internet]. Blogs Quirónsalud; 2024 [citado 2025 oct 16]. Disponible en: https://www.quironsalud.com/blogs/es/actualidad-endocrina/tiroiditis-postparto
15. National Institute of Mental Health. Depresión perinatal [Internet]. 2024 [citado 2025 oct 16]. Disponible en: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion-perinatal
16. Clínica Las Condes. Baby blues y depresión postparto: ¿son lo mismo? [Internet]. 2020 [citado 2025 oct 16]. Disponible en: https://clinicalascondes.cl/BLOG/Listado/Psiquiatria-Adultos/baby-blues
17. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: a systematic review of maternal and infant outcomes. Womens Health (Lond Engl) [Internet]. 2019 [citado 2025 oct 16];15:1-16. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1745506519844044
18. Organización Panamericana de la Salud. Lactancia materna y alimentación complementaria [Internet]. 2024 [citado 2025 oct 16]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria
19. Organización Mundial de la Salud. Alimentación del lactante y del niño pequeño [Internet]. 2023 [citado 2025 oct 16]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding
20. García-Fernández R, Rodríguez-Llagüerri S, Presado MH, Lavareda Baixinho C, Martín-Vázquez C, Liebana-Presa C, et al. Autoeficacia en la lactancia materna y apoyo social: un estudio de revisión sistemática. NTQR [Internet]. 2023 [citado 2025 oct 16];18:1-11.
21. Garrido-Pérez SMG, Xala-Méndez CA, Domínguez-Veja GM. Factores asociados al nivel de autoeficacia en mujeres lactantes del IMSS, Tabasco. Horiz Sanit [Internet]. 2023 [citado 2025 oct 16];22(3):583-91.
22. Mulero S. Abandono prematuro de la lactancia materna exclusiva [Internet]. España: Universidad de Valladolid; 2020 [citado 2025 oct 16]. Disponible en: https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/42033/TFG-H1940.pdf?sequence=1
23. Organización Mundial de la Salud. En una nueva serie de The Lancet, los expertos piden medidas drásticas contra la comercialización abusiva de preparaciones para lactantes [Internet]. 2023 [citado 2025 oct 16]. Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/08-

02-2023-experts-call-for-clampdowns-on-exploitative-formula-milk-marketing-in-new-lancet-series

24. Trujillo A, Maldonado-Avendaño N, Castro-Osorio R. Traducción y validación de la escala de autoeficacia en lactancia materna BSES-SF en población colombiana. Av Psicol Latinoam [Internet]. 2024 [citado 2025 oct 16];42(1). Disponible en: https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/13013
25. Duque de Rodríguez G, Laredo S, Soriano JM. Cuestionarios validados en español para la investigación en lactancia materna: una revisión sistemática. Nutr Clin Diet Hosp [Internet]. 2022 [citado 2025 oct 16];42(2). Disponible en: https://doi.org/10.12873/422soriano
26. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Valoración de la lactancia materna [Internet]. GuíaSalud; 2020 [citado 2025 oct 16]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/egpc/lactancia-valoracion/
27. Sánchez A. Valoración de una lactancia eficaz: la escala LATCH [Internet]. Campus Vygon; 2022 [citado 2025 oct 16]. Disponible en: https://campusvygon.com/es/escala-latch/
28. Míguez M. La educación prenatal como factor en el éxito de la lactancia materna: revisión bibliográfica [Internet]. A Coruña: Universidade da Coruña; 2022 [citado 2025 oct 16]. Disponible en: https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/32402
29. Nanobébé. Importancia de la educación en la lactancia materna [Internet]. 2023 [citado 2025 oct 16]. Disponible en: https://nanobebe.com.co/la-educacion-en-la-etapa-de-lactancia-materna/
30. Apaza Begazo MA, Quiroz Berroa PM. Incidencia de depresión en puérperas de parto vía vaginal y puérperas con parto por cesárea en el Hospital III Yanahuara Essalud, Arequipa, 2024 [tesis]. Arequipa: Universidad Católica Santa María; 2024 [citado 2025 oct 16]. Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.12920/13422
31. Melo LCDO, Bonelli MCP, Lima RVA, Gomes-Sponholz FA, Monteiro JCDS. Anxiety and its influence on maternal breastfeeding self-efficacy. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2021 [citado 2025 oct 16];29:1-9.
32. Suárez de León M. Prevalencia de la depresión post parto y factores asociados en tres centros de salud de la isla de La Palma [tesis]. La Palma: Universidad de La Laguna; 2020 [citado 2025 oct 16]. Disponible en: https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/19913

33. Calle J. Factores de riesgo asociados a la depresión posparto en madres adolescentes [tesis]. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca; 2023 [citado 2025 oct 16]. Disponible en: https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/16321
34. Zafra Ayala NS, Quintero Martínez XA. La experiencia de la lactancia materna: factores protectores y de riesgo para la salud mental de la madre [tesis]. Bucaramanga: Universidad Autónoma de Bucaramanga; 2023 [citado 2025 oct 16]. Disponible en: http://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/6660595
35. Ramos Cárdenas MA, Rivera Félix LM. Asociación entre depresión postparto y apoyo de la pareja en un centro materno infantil de Lima. An Fac Med (Lima) [Internet]. 2022 Mar 17 [citado 2025 oct 16];83(1):19-24.
36. Gálvez S. Asociación entre depresión postparto y adherencia a la lactancia materna exclusiva en puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el año 2023 [tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2023 [citado 2025 oct 16]. Disponible en: https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/6677/T030_70792097_T%20STEPHANIE%20CECILIA%20GA%cc%81LVEZ%20LO%cc%81PEZ%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y
37. Gayoso Merino GA. Depresión postparto como factor de riesgo en el fracaso de lactancia materna exclusiva en el Hospital Belén de Trujillo [tesis]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2022 [citado 2025 oct 16]. Disponible en: https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/8965
38. Castro D, Rodriguez D. Riesgo de depresión postparto y el abandono de la lactancia materna exclusiva en el Hospital Ventanilla-Callao 2022 [tesis]. Lima: Universidad César Vallejo; 2022.
39. Gonzales EPZ, Gallegos WLA, Toia ÁM del C, Rivera R, Condori ML. Depresión postparto en mujeres víctimas de violencia doméstica en la ciudad de Arequipa. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2020 [citado 2025 oct 16];46(1):1-16.
40. Angulo Alarcón NR, Salazar Saravia AF. Efectividad de una intervención educativa en el nivel de conocimiento y práctica sobre lactancia materna en gestantes y puérperas del Hospital III Goyeneche, Arequipa - nov 2022. Perú: Universidad Católica Santa María; 2023. Disponible en: https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/12420

41. Villanueva-Basilio AJ. Factores asociados a la depresión postparto en puérperas adultas atendidas por teleconsulta en un instituto peruano, 2020. Rev Int Salud Materno Fetal. 2023 Jul 1;8(3):38–44.
42. Cruz Marquina CR. Autoeficacia de la lactancia materna según percepción de madres de 20 a 40 años de la Urbanización Mirones – Cercado de Lima. Perú: Universidad César Vallejo; 2020. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/54222
43. Dorantes Vidal X. Autoeficacia y actitud en lactancia materna en mujeres puérperas del Hospital de la Mujer Puebla. 2019 nov. Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.12371/10246
44. Malavé Mateo VM. Factores fisiológicos y psicosociales que afectan al cumplimiento de la lactancia materna en puérperas. Hospital especializado Matilde Hidalgo de Procel. Guayaquil. Ecuador: Universidad Estatal Península de Santa Elena; 2022. Disponible en: https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/8919
45. Sosa Páez V, Kamenetzky G, Rovella A. Effects of perceived social support on maternal stress and breastfeeding: a narrative review. Interacciones [Internet]. 2023 [citado 2025 oct 16];9:e334. Disponible en: https://doi.org/10.24016/2023.v9.334

ANEXOS

Anexo 1

Consentimiento Informado

Estimada participante:

Mi nombre es Marlene Huayta Paucar, alumna de maestría Salud Mental del niño, adolescente y familia, de la Universidad Católica de Santa María.

Actualmente, estoy realizando un trabajo de investigación titulado: "Depresión Postparto y Autoeficacia en la Lactancia Materna en Puérperas de 3 a 8 semanas que acuden a Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Zamácola de Cerro Colorado, Arequipa 2024".

El objetivo principal de este estudio es investigar la posible asociación entre la depresión postparto y la autoeficacia a la lactancia materna exclusiva. Los resultados de este estudio contribuirán al conocimiento científico sobre la importancia de la salud mental en la práctica de la lactancia materna exclusiva en el periodo postparto.

Si decide participar, se le solicitará completar dos cuestionarios que abordará aspectos relacionados con su estado de ánimo y síntomas de depresión postparto, así como su experiencia percibida en la lactancia materna. La información recopilada será tratada de manera **confidencial** y se utilizará únicamente con fines de investigación.

Existen riesgos mínimos al participar en este estudio, sin embargo, es posible que, al responder preguntas sobre su estado emocional, pueda sentir alguna incomodidad emocional.

Agradezco su participación que contribuirá al conocimiento científico sobre la relación entre la depresión postparto y la autoeficacia en la lactancia materna, lo que ayudará a brindar una mejor atención integral del binomio de la madre y su bebé.

Yo _____, acepto voluntariamente participar en el presente estudio y declaro estar plenamente informada sobre mi participación en el mismo. Entiendo que los resultados obtenidos de esta entrevista serán utilizados para la elaboración de un informe que formará parte de la investigación. Tengo pleno conocimiento de que tengo el derecho de retirarme de este estudio de investigación en cualquier momento, sin que esto genere consecuencia negativa o represalia hacia mi persona.

Fecha: _____

Firma de la participante

Anexo 2

Datos Sociodemográficos

1. Edad de la madre: _____años
2. Estado Civil:
   - Casada ( )
   - Soltera ( )
   - Conviviente ( )
3. Grado de Instrucción
   - Primaria incompleta ( )
   - Primaria completa ( )
   - Secundaria incompleta ( )
   - Secundaria completa ( )
   - Superior ( )
   - Técnico ( )
4. ¿Planifico su embarazo?: _____
5. Nro. de Hijos: _____
6. Peso de nacimiento del bebé _____
7. ¿Cuantas semanas de embarazo tenía al tener su bebé?
   _____
8. Tuvo alguna capacitación sobre lactancia materna
   - SI ( )
   - NO ( )
9. ¿Cuál es la edad de su bebé?:
   - Recién nacido ( )
   - 1 mes ( )
   - 2 meses cumplidos ( )
10. ¿Qué tipo de parto tuvo?
    - Natural ( )
    - Cesárea ( )

Anexo 3

Escala Edimburgo para la depresión postnatal

Nombre de participante: _____ Fecha: _____
Número de identificación de participante: _____
Como usted está embarazada o hace poco que tuvo un bebe, nos gustaría saber cómo se siente actualmente. Por favor MARQUE (X) la respuesta que más se acerca a como se ha sentido durante LOS ÚLIMOS 7 DÍAS y no solo como se ha sentido hoy.

A continuación, se muestra un ejemplo completado:
Me he sentido feliz:
Sí, todo el tiempo ___0
Sí, la mayor parte del tiempo X 1
No, no muy a menudo ___2
No, en absoluto ___3

Esto significa: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la última semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:
   Tanto como siempre he podido hacerlo ___0
   No tanto ahora ___1
   Sin duda, mucho menos ahora ___2
   No, en absoluto ___3

2. He mirado al futuro con placer para hacer cosas:
   Tanto como siempre ___0
   Algo menos de lo que solía hacerlo ___1
   Definitivamente menos de lo que solía hacerlo ___2
   Prácticamente nunca ___3

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:
   Sí, casi siempre ___3
   Sí, algunas veces ___2
   No muy a menudo ___1
   No, nunca ___0

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo alguno:
   No en absoluto ___0
   Casi nada ___1
   Sí, a veces ___2
   Sí, muy a menudo ___3

5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:
   Sí, bastante ___3
   Sí, a veces ___2
   No, no mucho ___1
   No, en absoluto ___0

6. Las cosas me oprimen o agobian:
   Sí, la mayor parte del tiempo no he podido sobrellevarlas ___3
   Sí, a veces no he podido sobrellevarlas de la manera ___2
   No, la mayoría de las veces he podido sobrellevarlas bastante bien ___1
   No, he podido sobrellevarlas tan bien como lo hecho siempre ___0

7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:
   Sí, casi siempre ___3
   Sí, a veces ___2
   No muy a menudo ___1
   No, en absoluto ___0

8. Me he sentido triste y desgraciada:
   Sí, casi siempre ___3
   Sí, bastante a menudo ___2
   No muy a menudo ___1
   No, en absoluto ___0

9. Me he sentido ten infeliz que he estado llorando:
   Sí, casi siempre ___3
   Sí, bastante a menudo ___2
   Ocasionalmente ___1
   No, nunca ___0

10. He pensado en hacerme daño:
    Sí, bastante a menudo ___3
    A veces ___2
    Casi nunca ___1
    No, nunca ___0

Anexo 4

Escala de autoeficacia para la lactancia materna (BSES-SF)

Para cada una de las siguientes fases, escoja la que mejor describe la seguridad con la que se encuentra amamantando a su bebe.

	Nada en absoluto	**En absoluto**	**No estoy segura**	**Casi siempre**	**Siempre**
1. Siempre sé que mi bebé está tomando leche.					
2. Siempre me apaño bien con la lactancia igual que con otros retos de mi vida.					
3. Siempre puedo amamantar a mi bebé sin utilizar leche artificial como complemento.					
4. Siempre estoy segura que mi bebé se coge bien al pecho durante la toma.					
5. Siempre puedo manejar la situación de la lactancia de forma satisfactoria para mí.					
6. Siempre puedo dar de mamar incluso cuando el bebé está llorando.					
7. En todo momento sigo manteniendo las ganas de amamantar a mi bebe.					
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. Siempre llevo bien el hecho de que la lactancia consuma parte de mi tiempo.					
11. Siempre puedo acabar de amamantar a mi bebe con un pecho antes de cambiar a otro.					
12. En cada toma, siempre creo que mi pecho es suficiente para alimentar a mi bebé.					
13. Soy capaz de amamantar a mi bebé cada vez que me lo pide.					
14. Siempre que alguien me pregunta si mi bebé ha terminado de mamar soy capaz de responder si lo ha hecho o no.					
Puntuación total					

Anexo 5

Dictamen favorable de Comité de ética de investigación

COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM

DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION
UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

SUJETOS DE ESTUDIO:

Madres que se encuentran entre 3 y 8 semanas posparto que acuden al control de su recién nacido al consultorio de Crecimiento y Desarrollo (CRED), del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, ubicado en Zamácola, Cerro Colorado, Arequipa.

RIESGO DEL ESTUDIO:

Mínimo.

OBSERVACIONES, SUGERENCIAS:

Debe proteger confidencialidad de la data sensible.

DICTAMEN:

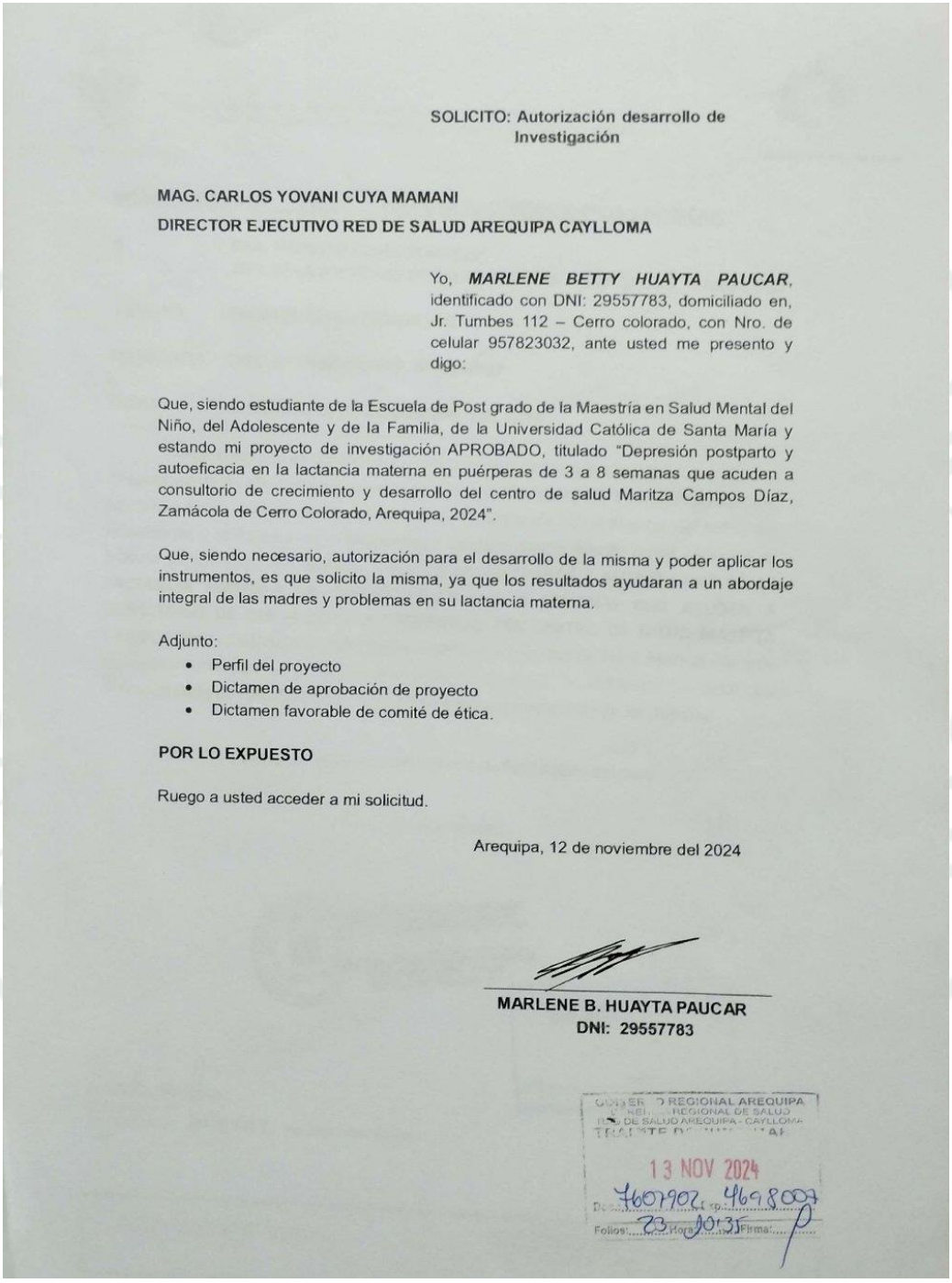
DICTAMEN FAVORABLE
282 - 2024

Agueda Muñoz Del Carpio Toia
Comité Institucional de Ética de la Investigación UCSM

Cualquier duda comunicarse a: comiteeticainvestigacionucsm@gmail.com

Anexo 6

Carta de autorización



SOLICITO: Autorización desarrollo de Investigación

MAG. CARLOS YOVANI CUYA MAMANI
DIRECTOR EJECUTIVO RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA

Yo, ***MARLENE BETTY HUAYTA PAUCAR***, identificado con DNI: 29557783, domiciliado en, Jr. Tumbes 112 – Cerro colorado, con Nro. de celular 957823032, ante usted me presento y digo:

Que, siendo estudiante de la Escuela de Post grado de la Maestría en Salud Mental del Niño, del Adolescente y de la Familia, de la Universidad Católica de Santa María y estando mi proyecto de investigación APROBADO, titulado "Depresión postparto y autoeficacia en la lactancia materna en puérperas de 3 a 8 semanas que acuden a consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud Maritza Campos Díaz, Zamácola de Cerro Colorado, Arequipa, 2024".

Que, siendo necesario, autorización para el desarrollo de la misma y poder aplicar los instrumentos, es que solicito la misma, ya que los resultados ayudaran a un abordaje integral de las madres y problemas en su lactancia materna.

Adjunto:

- Perfil del proyecto
- Dictamen de aprobación de proyecto
- Dictamen favorable de comité de ética.

POR LO EXPUESTO

Ruego a usted acceder a mi solicitud.

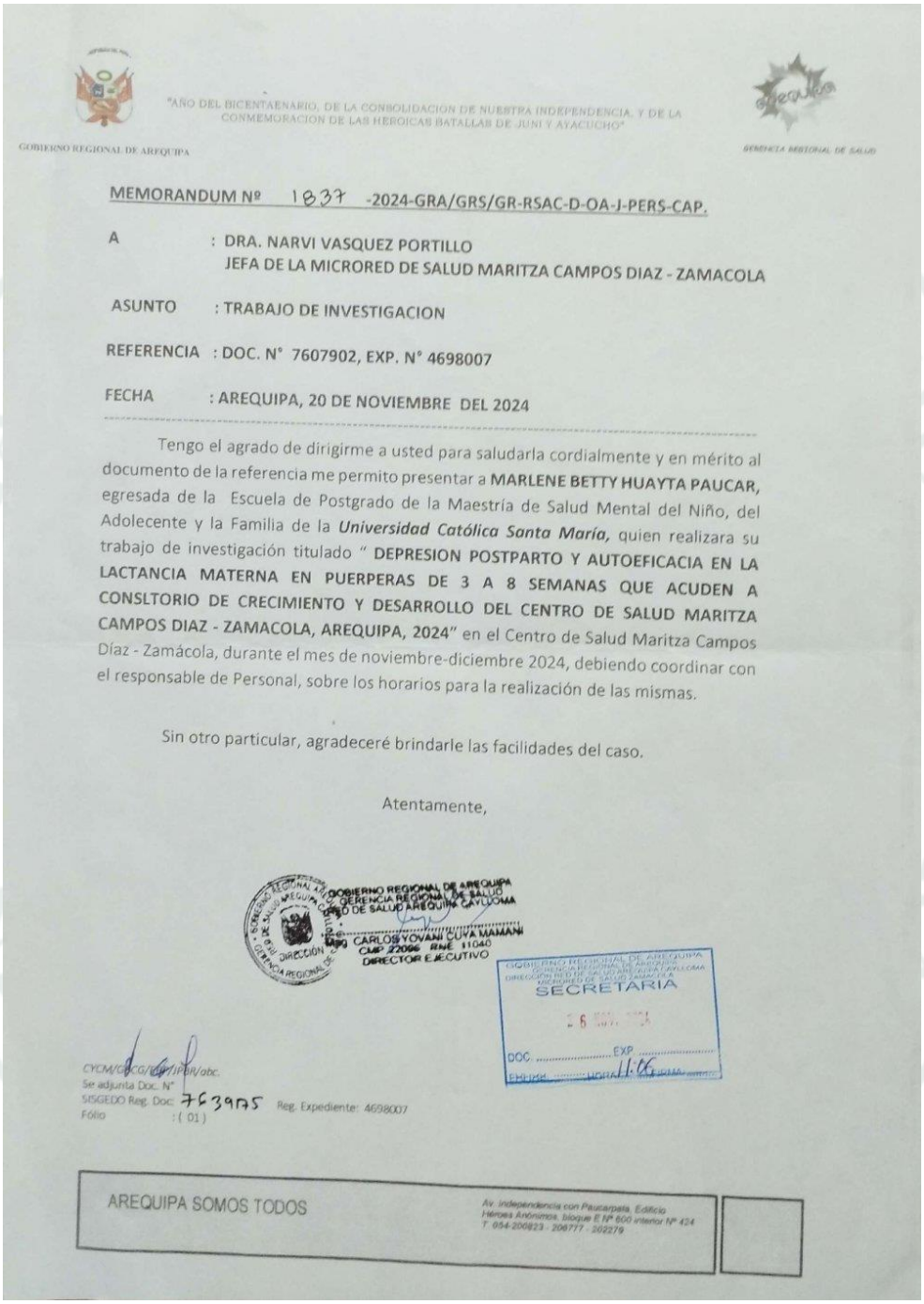
Arequipa, 12 de noviembre del 2024

MARLENE B. HUAYTA PAUCAR
DNI: 29557783

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA - CAYLLOMA
13 NOV 2024
Folios: 23 Hora: 10:31 Firma:

Anexo 7

Carta de presentación



"AÑO DEL BICENTAENARIO, DE LA CONSOLIDACION DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACION DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNI Y AYACUCHO"

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

GERENCIA REGIONAL DE SALUD

MEMORANDUM Nº 1837 -2024-GRA/GRS/GR-RSAC-D-OA-J-PERS-CAP.

A : DRA. NARVI VASQUEZ PORTILLO
JEFA DE LA MICRORED DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ - ZAMACOLA

ASUNTO : TRABAJO DE INVESTIGACION

REFERENCIA : DOC. N° 7607902, EXP. N° 4698007

FECHA : AREQUIPA, 20 DE NOVIEMBRE DEL 2024

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarla cordialmente y en mérito al documento de la referencia me permito presentar a **MARLENE BETTY HUAYTA PAUCAR,** egresada de la Escuela de Postgrado de la Maestría de Salud Mental del Niño, del Adolecente y la Familia de la ***Universidad Católica Santa María,*** quien realizara su trabajo de investigación titulado " **DEPRESION POSTPARTO Y AUTOEFICACIA EN LA LACTANCIA MATERNA EN PUERPERAS DE 3 A 8 SEMANAS QUE ACUDEN A CONSLTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ - ZAMACOLA, AREQUIPA, 2024**" en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz - Zamácola, durante el mes de noviembre-diciembre 2024, debiendo coordinar con el responsable de Personal, sobre los horarios para la realización de las mismas.

Sin otro particular, agradeceré brindarle las facilidades del caso.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
DIRECCION EJECUTIVA DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA
CARLOS YOVANI CUYA MAMANI
CMP 22066 RNE 11040
DIRECTOR EJECUTIVO

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
DIRECCION EJECUTIVA DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA
MICRORED DE SALUD ZAMACOLA
SECRETARIA
DOC. EXP.
FIRMA HORA 11:06

CYCM/CCG/[illegible]/JPGR/abc.
Se adjunta Doc. N°
SISGEDO Reg. Doc: 7639785 Reg. Expediente: 4698007
Fólio : (01)

AREQUIPA SOMOS TODOS

Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E Nº 600 interior Nº 424
T. 054-200823 - 208777 - 202279

Anexo 8 Matriz de Datos

N°	Edad	Edad Rangos	Estado Civil	Grado Instrucción	Planificación	Nro. Hijos	Peso	Peso Clasificación	Semanas de Embarazo	Capacitación Recibida	Edad Bebe	Tipo de parto	Puntuación depresión	Calificación depresión	Puntuación autoeficacia	Calificación autoeficacia
1	28	24-29	Conviviente	Superior	Si	1	2.850	Entre 2 a 3 kilos	38	Si	RN	Cesárea	5	No hay	68	Alta
2	26	24-29	Conviviente	Secundaria Completa	No	3	3.215	Mayor a 3 kilos	39	Si	RN	Normal	11	Leve	65	Alta
3	25	24-29	Conviviente	Secundaria Incompleta	Si	3	3.360	Mayor a 3 kilos	39	No	1 mes	Normal	0	No hay	69	Alta
4	43	42-47	Conviviente	Secundaria Completa	No	5	3.400	Mayor a 3 kilos	42	No	1 mes	Cesárea	4	No hay	66	Alta
5	27	24-29	Conviviente	Superior	No	1	2.755	Entre 2 a 3 kilos	38	Si	1 mes	Normal	5	No hay	69	Alta
6	20	18-23	Conviviente	Secundaria Completa	No	1	2.000	Entre 2 a 3 kilos	39	Si	1 mes	Normal	7	No hay	70	Alta
7	28	24-29	Conviviente	Secundaria Completa	Si	1	3.650	Mayor a 3 kilos	38	Si	2 meses	Normal	9	No hay	70	Alta
8	30	30-35	Conviviente	Secundaria Completa	No	2	3.200	Mayor a 3 kilos	40	Si	1 mes	Normal	6	No hay	70	Alta
9	19	18-23	Conviviente	Secundaria Completa	Si	1	3.460	Mayor a 3 kilos	38	No	1 mes	Normal	4	No hay	67	Alta
10	25	24-29	Conviviente	Superior	Si	2	3.530	Mayor a 3 kilos	40	No	1 mes	Normal	0	No hay	70	Alta
11	21	18-23	Conviviente	Técnico	No	1	3.880	Mayor a 3 kilos	40	No	1 mes	Normal	9	No hay	65	Alta
12	23	18-23	Conviviente	Secundaria Completa	Si	2	3.300	Mayor a 3 kilos	38	Si	1 mes	Normal	7	No hay	60	Alta
13	34	30-35	Conviviente	Secundaria Completa	No	3	3.530	Mayor a 3 kilos	40	No	1 mes	Normal	6	No hay	68	Alta
14	25	24-29	Conviviente	Superior	No	1	3.470	Mayor a 3 kilos	42	Si	2 meses	Normal	6	No hay	65	Alta
15	37	36-41	Conviviente	Secundaria Completa	No	4	2.500	Entre 2 a 3 kilos	37	No	1 mes	Normal	14	Moderada	54	Alta
16	26	24-29	Conviviente	Técnico	No	2	3.065	Mayor a 3 kilos	39	No	1 mes	Normal	5	No hay	56	Alta
17	26	24-29	Soltera	Secundaria Completa	No	3	4.350	Mayor a 3 kilos	41	Si	RN	Normal	6	No hay	67	Alta
18	36	36-41	Conviviente	Secundaria Completa	No	2	2.850	Entre 2 a 3 kilos	38	No	1 mes	Normal	8	No hay	69	Alta
19	29	24-29	Soltera	Superior	No	3	3.800	Mayor a 3 kilos	40	Si	1 mes	Normal	18	Moderada	69	Alta
20	20	18-23	Conviviente	Secundaria Completa	Si	1	3.390	Mayor a 3 kilos	40	No	1 mes	Normal	4	No hay	69	Alta
21	19	18-23	Soltera	Secundaria Completa	No	1	3.600	Mayor a 3 kilos	41	No	2 meses	Normal	5	No hay	65	Alta
22	20	18-23	Conviviente	Secundaria Completa	Si	1	2.000	Entre 2 a 3 kilos	40	No	2 meses	Normal	19	Moderada	66	Alta
23	31	30-35	Conviviente	Secundaria Completa	Si	2	3.175	Mayor a 3 kilos	38	No	1 mes	Normal	7	No hay	70	Alta
24	18	18-23	Conviviente	Secundaria Completa	Si	1	3.215	Mayor a 3 kilos	40	No	1 mes	Normal	12	Leve	69	Alta
25	27	24-29	Conviviente	Superior	Si	3	3.825	Mayor a 3 kilos	39	No	RN	Normal	9	No hay	70	Alta
26	29	24-29	Conviviente	Secundaria Completa	Si	4	3.290	Mayor a 3 kilos	39	No	RN	Normal	11	Leve	68	Alta
27	37	36-41	Soltera	Secundaria Completa	Si	3	3.540	Mayor a 3 kilos	38	No	1 mes	Normal	13	Moderada	50	Media
28	31	30-35	Soltera	Secundaria Completa	Si	3	3.700	Mayor a 3 kilos	41	Si	1 mes	Normal	27	Severa	57	Alta

29	43	42-47	Soltera	Secundaria Completa	No	5	3.410	Mayor a 3 kilos	41	Si	2 meses	Normal	7	No hay	70	Alta
30	33	30-35	Soltera	Secundaria Completa	Si	4	3.700	Mayor a 3 kilos	38	Si	RN	Cesárea	8	No hay	66	Alta
31	26	24-29	Soltera	Superior	Si	2	3.065	Mayor a 3 kilos	39	Si	1 mes	Normal	5	No hay	55	Alta
32	33	30-35	Conviviente	Superior	Si	3	3.300	Mayor a 3 kilos	40	Si	2 meses	Normal	15	Moderada	68	Alta
33	29	24-29	Conviviente	Superior	Si	2	3.750	Mayor a 3 kilos	40	Si	1 mes	Cesárea	3	No hay	65	Alta
34	24	24-29	Conviviente	Secundaria Completa	No	2	3.280	Mayor a 3 kilos	38	Si	2 meses	Normal	25	Severa	17	Baja
35	27	24-29	Conviviente	Superior	Si	1	4.000	Mayor a 3 kilos	40	Si	1 mes	Normal	1	No hay	70	Alta
36	38	36-41	Casada	Secundaria Incompleta	Si	3	3.700	Mayor a 3 kilos	40	Si	1 mes	Normal	13	Moderada	62	Alta
37	32	30-35	Soltera	Secundaria Completa	Si	1	3.560	Mayor a 3 kilos	39	No	1 mes	Cesárea	9	No hay	67	Alta
38	30	30-35	Soltera	Técnico	No	1	3.700	Mayor a 3 kilos	39	No	RN	Normal	2	No hay	59	Alta
39	37	36-41	Conviviente	Técnico	No	3	3.200	Mayor a 3 kilos	36	No	RN	Normal	13	Moderada	40	Media
40	36	36-41	Casada	Superior	Si	2	3.200	Mayor a 3 kilos	37	No	2 meses	Normal	16	Moderada	35	Media
41	23	18-23	Conviviente	Superior	No	1	3.100	Mayor a 3 kilos	39	No	1 mes	Normal	0	No hay	67	Alta
42	29	24-29	Conviviente	Secundaria Completa	Si	2	3.550	Mayor a 3 kilos	40	No	1 mes	Normal	6	No hay	67	Alta
43	27	24-29	Conviviente	Técnico	No	4	3.315	Mayor a 3 kilos	41	No	RN	Normal	6	No hay	66	Alta
44	37	36-41	Conviviente	Primaria Completa	No	3	4.100	Mayor a 3 kilos	40	No	1 mes	Normal	1	No hay	70	Alta
45	35	30-35	Conviviente	Superior	No	2	2.700	Entre 2 a 3 kilos	34	No	2 meses	Cesarea	4	No hay	66	Alta
46	26	24-29	Conviviente	Secundaria Completa	No	2	3.110	Mayor a 3 kilos	40	Si	RN	Normal	5	No hay	68	Alta
47	26	24-29	Conviviente	Secundaria Completa	No	2	2.600	Entre 2 a 3 kilos	39	Si	1 mes	Normal	5	No hay	60	Alta
48	23	18-23	Conviviente	Secundaria Completa	Si	1	3.300	Mayor a 3 kilos	39	Si	1 mes	Normal	5	No hay	65	Alta
49	31	30-35	Conviviente	Secundaria Completa	No	3	3.180	Mayor a 3 kilos	39	No	2 meses	Normal	2	No hay	67	Alta
50	30	30-35	Casada	Superior	Si	2	2.890	Entre 2 a 3 kilos	38	Si	1 mes	Cesarea	2	No hay	68	Alta
51	33	30-35	Conviviente	Superior	No	2	2.950	Entre 2 a 3 kilos	38	Si	1 mes	Normal	3	No hay	65	Alta
52	30	30-35	Conviviente	Secundaria Completa	Si	2	3.095	Mayor a 3 kilos	39	No	1 mes	Normal	0	No hay	65	Alta
53	24	24-29	Conviviente	Secundaria Completa	No	2	3.500	Mayor a 3 kilos	39	No	1 mes	Normal	10	Leve	50	Media
54	19	18-23	Conviviente	Secundaria Completa	No	1	3.400	Mayor a 3 kilos	40	Si	1 mes	Normal	11	Leve	50	Media
55	25	24-29	Conviviente	Secundaria Completa	No	2	3.570	Mayor a 3 kilos	40	No	2 meses	Normal	0	No hay	70	Alta
56	30	30-35	Conviviente	Secundaria Completa	Si	2	3.200	Mayor a 3 kilos	38	No	2 meses	Normal	0	No hay	69	Alta
57	20	18-23	Casada	Técnico	No	1	3.180	Mayor a 3 kilos	39	No	1 mes	Normal	4	No hay	62	Alta
58	34	30-35	Conviviente	Superior	Si	2	2.700	Entre 2 a 3 kilos	37	Si	1 mes	Normal	0	No hay	68	Alta
59	37	36-41	Conviviente	Primaria Incompleta	No	4	3.700	Mayor a 3 kilos	38	No	2 meses	Normal	3	No hay	67	Alta
60	29	24-29	Soltera	Secundaria Incompleta	No	2	4.000	Mayor a 3 kilos	38	No	RN	Normal	8	No hay	66	Alta

Anexo 9 Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGIA
Problema general ¿Cuál es la relación entre la depresión postparto y la autoeficacia en lactancia materna en puérperas de 3 a 8 semanas que acuden con sus recién nacidos al consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Zamácola, del distrito de Cerro Colorado, 2024? **Problemas específicos** ¿Cuál es la incidencia de depresión postparto en puérperas de 3 a 8 semanas que acuden con sus recién nacidos al consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Zamácola del distrito de Cerro Colorado, 2024? ¿Cuál es el nivel de autoeficacia de lactancia materna en puérperas de 3 a 8 semanas que acuden con sus recién nacidos consultorio de	**Objetivo general** Establecer la relación entre la depresión postparto y la autoeficacia en lactancia materna en puérperas de 3 a 8 semanas que acuden con sus recién nacidos al consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Zamácola, del distrito de Cerro Colorado, 2024. **Objetivos específicos** Precisar la incidencia de depresión postparto en puérperas de 3 a 8 semanas que acuden con sus recién nacidos al consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Zamácola del distrito de Cerro Colorado, 2024. Identificar el nivel de autoeficacia de lactancia materna en puérperas de 3 a 8 semanas que acuden con sus recién nacidos consultorio de Crecimiento y Desarrollo del centro de	Dado que, la depresión postparto es un trastorno que suele comenzar entre la 3ra y 8va semana después del nacimiento del bebé y la lactancia materna se convierte en un acto vital para el cuidado del recién nacido. Es probable que, la depresión postparto sea un factor de riesgo en la autoeficacia de la lactancia materna de las madres que acuden a consultorio de Crecimiento y Desarrollo entre la 3ra a 8va semanas de postparto del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Zamácola del distrito de Cerro Colorado.	**Variable Independiente:** Depresión Postparto **Variable Dependiente:** Autoeficacia de Lactancia Materna	- - Anhedonia - Ansiedad y preocupación -Estado de ánimo depresivo -Intrapersonal -Técnicas de amamantamiento	Sin depresión (0 - 9) Depresión leve (10 -12) Depresión moderada (13 -19) Depresión severa (20 – 30) Autoeficacia Baja (14-32) Autoeficacia Media (33-51) Autoeficacia Alta (52-70)	**Tipo de investigación** Básica **Nivel de investigación** Descriptivo correlacional de corte transversal. **Enfoque** Cuantitativo **Diseño** No experimental **Técnica** Cuestionario **Instrumentos** “Escala de Edimburgo sobre Depresión Postparto (EPDS)” “Escala de Autoeficacia de la Lactancia Materna (BSES-SF)”

Crecimiento y Desarrollo del centro de Salud Maritza Campos Díaz, Zamácola del distrito de Cerro Colorado, 2024?	Salud Maritza Campos Díaz, Zamácola del distrito de Cerro Colorado, 2024.					