

PARA TÍTULOS PROFESIONALES DE ESPECIALISTAS DE CUARTO NIVEL  
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, Gema Beatriz Ochoa Ramírez, con CI y Delia María Gómez Macías, con CI, autoras del trabajo de investigación titulado:

**“Asociación entre sintomatología depresiva materna y práctica de la lactancia materna exclusiva a los seis meses de edad en la población ecuatoriana encuestada en la ENSANUT 2018”.**

1. Manifiesto gozar en pleno conocimiento de la obligación que posee la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de acuerdo con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior de entregar a la SENESCYT, en los siguientes formatos: digital una copia del referido trabajo de graduación, para ser integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador, para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, a publicar a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el presente trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Quito, de 2021



Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador

**“PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR”**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESPECIALIZACIÓN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**“ASOCIACIÓN ENTRE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA MATERNA Y  
PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A LOS SEIS  
MESES DE EDAD EN LA POBLACIÓN ECUATORIANA ENCUESTADA  
EN LA ENSANUT 2018”.**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**AUTORAS:**

**GEMA BEATRIZ OCHOA RAMÍREZ**

**DELIA MARÍA GÓMEZ MACÍAS**

**DIRECTOR DE TESIS y DIRECTOR METODOLÓGICO:**

**DR. IVAN DUEÑAS ESPIN**

**PORTOVIEJO, 2021**

## **AGRADECIMIENTO**

Desde mi existir y conocimiento agradezco a mi Creador Dios, ser vital en la existencia de cada uno de nosotros: a Isabel, mi madre, quien siempre confió en mis capacidades y logros, ella quien desde pequeña inculco el deseo de superación y honestidad, a Saruka y Desireth, mis hijas, quienes han sufrido el sacrificio de mi esfuerzo y lejanía, pero al final del camino este éxito, también es de ellas.

A mi compañera de tesis y amiga Dra. Gema Ochoa, sin duda alguna sin su apoyo, paciencia y ayuda constante esto no sería posible.

Agradezco a cada amigo enseñante que compartió conmigo sus conocimientos y por quienes nutro profundo respeto, y cariño especialmente a: Dra. Estefanía Saavedra, Dr. Jonathan Zambrano, Dra. Adriana Vera Carranza

Delia

A Dios, quien no me ha desamparado jamás, gracias por sus bendiciones y por concederme todo lo maravilloso que he logrado hasta ahora.

A mis docentes formadores durante estos años, quienes me impartieron sus conocimientos y ahora son partícipes de este logro.

A mi señora madre por siempre estar presente en cada una de mis metas.

A mi querido esposo por su apoyo inigualable, te amo y te agradezco infinitamente.

A mis hijas por ser mi fortaleza siempre, mi vida entera.

Gema

## **DEDICATORIA**

A Dios, creador y guiador de mi existencia, por regalarme día tras día la vida, y ponerme pruebas para mi superación.

A mis hijas Saruka y Desireth, por ser esa energía, luz y ese apoyo constante durante cada día, quienes jamás me dejaron caer.

A mi madre, Isabel, mujer de mucha admiración y veneración, por estar a mi lado siempre siendo el apoyo fundamental de cada uno de mis días y enseñarme que las vicisitudes de la vida se las enfrenta con valor, y que con perseverancia se alcanzan las metas

Delia

Dedicado a mi adorada familia, en especial a mi madre quien me inculcó a valorar el estudio como uno de los más grandes tesoros y me ha brindado todo su amor y apoyo incondicional

Mi esposo, mi ser de luz, la persona que tanta paciencia y amor me ha brindado y ha sido mi soporte siempre

Mis hijas quienes con sus abrazos y palabras de cariño que han sido los detonantes de mi felicidad han logrado que no me rinda jamás.

Gema

## TABLA DE CONTENIDOS

<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	3
<b>DEDICATORIA</b> .....	3
<b>ABREVIATURAS</b> .....	7
<b>RESUMEN</b> .....	9
<b>ABSTRACT</b> .....	12
<b>CAPITULO 1</b> .....	14
<b>1.1 Introducción</b> .....	14
<b>1.1.1 Objetivo general</b> .....	23
<b>1.1.2 Objetivos específicos</b> .....	23
<b>1.2 Hipótesis</b> .....	24
<b>CAPITULO II</b> .....	25
<b>2.1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA</b> .....	25
<b>2.1.1 Sintomatología depresiva materna</b> .....	25
<b>2.1.2 Lactancia materna exclusiva</b> .....	31
<b>2.1.3 Sintomatología depresiva materna en relación a la lactancia materna exclusiva</b> .....	34
<b>2.1.4 Lactancia materna en Ecuador</b> .....	38
<b>CAPITULO III</b> .....	40
<b>3.1. METODOLOGIA</b> .....	40
<b>3.1.1 Diseño</b> .....	40
<b>3.1.2 Población</b> .....	40
<b>3.1.3 Mediciones</b> .....	40
<b>3.1.4 Variables del estudio</b> .....	40
<b>Matriz de variables</b> .....	40
<b>Variables confusoras</b> .....	40
<b>Variable dependiente</b> .....	40
<b>Variable independiente</b> .....	40
<b>Operacionalización de las variables</b> .....	41

<b>3.1.5 Plan de análisis de datos y estadístico</b> .....	44
<b>Consideraciones muestrales</b> .....	44
<b>Consideraciones muestrales para el análisis inferencial</b> .....	44
<b>3.1.6 Aspectos bioéticos:</b> .....	45
<b>3.1.7 Aspectos administrativos</b> .....	46
<b>CAPITULO IV</b> .....	47
<b>4.1 RESULTADOS</b> .....	47
<b>4.1.1 Evaluación de las características sociodemográficas, prevalencia sobre lactancia materna y sintomatología depresiva</b> .....	47
<b>CAPITULO V</b> .....	56
<b>DISCUSIÓN</b> .....	56
<b>CAPITULO VI</b> .....	62
<b>CONCLUSIONES</b> .....	62
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	63
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	64

## **ABREVIATURAS**

**CIE-10:** Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados

**DDE:** depresión durante el embarazo

**DPP:** depresión posparto

**ENSANUT:** Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Nacional

**LM:** lactancia materna

**LME:** lactancia materna exclusiva

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**PP:** período perinatal

**SM:** salud mental

## **LISTA DE TABLAS**

**Tabla 1: Características sociodemográficas, prevalencia sobre lactancia materna y sintomatología depresiva**

**Tabla 2: Relación entre las características sociodemográficas, sintomatología depresiva y lactancia materna.**

## **LISTA DE FIGURAS**

**Figura 1. Número de casos de lactancia materna**

**Figura 2. Número de casos de sintomatología depresiva**

**Figura 3. Relación entre el estado civil: casada en el mantenimiento de la lactancia materna**

**Figura 4. Casos de cesárea en relación con el mantenimiento de la lactancia materna**

**Figura 5. Relación entre problemas de sueño y mantenimiento de la lactancia materna**

**Figura 6. Relación entre problemas de concentración y mantenimiento de la lactancia materna**

**Figura 7. Relación entre el corte oportuno de cordón y mantenimiento de la lactancia materna**

**Figura 8. Relación entre el control posparto y mantenimiento de la lactancia materna**

## **RESUMEN**

La interrupción temprana de la lactancia materna (LM) es un importante problema de salud pública. Varios factores pueden afectar el patrón de lactancia y los aspectos mentales se han explorado poco, sin embargo, la depresión postparto tiene efectos de moderados a grandes sobre las interacciones madre-hijo durante el primer año de vida. Por lo tanto, este estudio tuvo como objetivo establecer la asociación entre la depresión postparto y el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva en la población de seis meses de edad ecuatoriana incluida en la Ensanut 2018. Métodos: Diseño muestral, probabilístico estratificado y transversal (no hay separación temporal) no causalidad. Se utilizó la información disponible en las bases de datos derivadas de la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) 2018, se midió las asociaciones entre las variables socioeconómicas, demográficas y obstétricas, con las condiciones emocionales registradas por la encuesta y la práctica de la LME en lactantes de hasta seis meses. Resultados: la duración de la LME de una mujer puérpera están determinadas por las condiciones socio demográficas, ser casadas o en unión libre, parto por cesárea, corte de cordón y control postparto se asociaron al mantenimiento de LME y disminución de sintomatología depresiva. A su vez problemas de concentración y trastorno del sueño son predictores negativos para la suspensión prematura de la LME. Conclusiones: se descubrió que existe una asociación entre algunos síntomas depresivos sobre la práctica de la LME. Sin embargo, no pudimos demostrar una asociación dependiente empleando un puntaje mediante un cuestionario validado puesto que la ENSANUT no empleó la totalidad de los ítems del cuestionario phq 9, consideramos que la asociación entre síntomas depresivos y la práctica de la LME está mediado por múltiples factores que deben ser conocidos por parte del sistema de salud

y por la parte de los trabajadores de la salud para mejorar las condiciones en las que las diadas madre e hijo puedan continuar con esta práctica.

**Palabras claves:** lactancia materna exclusiva, depresión postparto, ENSANUT, factores sociodemográficos.

## **ABSTRACT**

Early cessation of breastfeeding (BF) is a major public health problem. Several factors can affect the breastfeeding pattern and the mental aspects have been little explored, however, postpartum depression has moderate to large effects on mother-infant interactions during the first year of life. Therefore, this study aimed to establish the association between postpartum depression and the maintenance of exclusive breastfeeding in the six-month-old Ecuadorian population included in Ensanut 2018. Methods: Sample design, stratified probabilistic and cross-sectional (no there is temporal separation) no causality. The information available in the databases derived from the National Health Survey (ENSANUT) 2018 was used, Associations between socioeconomic, demographic and obstetric variables were measured, along with the emotional conditions recorded by the survey and the practice of EBF in infants up to six months of age. Results: the duration of a postpartum woman's EBF is determined by socio-demographic conditions, being married or in common-law union, cesarean delivery, cutting the cord and postpartum control were associated with the maintenance of EBF and reduction of depressive symptoms (DS). In turn, concentration problems and sleep disorders are negative predictors for premature termination of EBF. Conclusions: it was discovered that there is an association between some depressive symptoms on the practice of EBF. However, we could not demonstrate an independent association using a score using a validated questionnaire since ENSANUT did not use all the items in the phq 9 questionnaire. We consider that the association between depressive symptoms and the practice of EBF is mediated by multiple factors that must be known by the health system and on the part of health workers to improve the conditions in which mother and child dias can continue with this practice.

**Keywords:** exclusive breastfeeding, postpartum depression, ENSANUT, sociodemographic factors.

## **CAPITULO 1**

### **1.1 Introducción**

La lactancia materna (LM) es ampliamente conocida por beneficiar tanto al bebé como a la madre, dado que varios de los beneficios de la LM parecen fortalecerse aún más con una mayor duración de la lactancia exclusiva. La Organización Mundial de la Salud (OMS) sugiere que se procure mantener la lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros seis meses después del nacimiento (Victora et al. 2016) (Reifsnider et al. 2016).

La promoción de la LME es la intervención más rentable entre todas las intervenciones para reducir la mortalidad infantil, además porque proporciona a los bebés la nutrición ideal que necesitan para su crecimiento y desarrollo. Tiene las cantidades adecuadas de nutrientes en la leche materna que se pueden digerir fácilmente y protegen tanto a la madre como al niño contra enfermedades y dolencias (Nkrumah 2017).

Las directrices de la OMS manifiestan que la iniciación de la LM, debe ser después de una hora del parto, y que sea una práctica de alimentación exclusiva durante los primeros seis meses de vida para, posteriormente, seguir con la inclusión de alimentos complementarios nutritivos seguros, hasta que el niño tenga dos años o más. Sin embargo, la evidencia actual sugiere que aproximadamente el 38% de los bebés son amamantados exclusivamente en todo el mundo, mientras que el inicio oportuno de la LM varía globalmente, siendo más alto en países de altos ingresos en relación a los de bajos y medios ingresos (Cato et al. 2019) (Jara-Palacios et al. 2015).

En Ecuador, la tasa de LME en la población ecuatoriana es del 54% durante la primera hora de vida, y el 43% solo son amamantados hasta los seis meses de acuerdo a la “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Nacional” (ENSANUT), y la proporción de lactantes desde que nacen hasta los cinco meses, que son amamantados exclusivamente es solo del 42% en todo el mundo, en relación al 39,6% en Ecuador (Ortiz-Prado, Stewart Ibarra, et al. 2016) (Freire et al. 2020a).

La LM es una práctica de alimentación única y valiosa en la infancia que se asocia con una menor mortalidad neonatal y previene morbilidades como diarrea, neumonía, sepsis neonatal y puede reducir la obesidad y la diabetes mellitus y contribuye a aliviar las desigualdades sociales (Rollins et al. 2016).

La estimación de las muertes infantiles es del 11.6% y el 21,9 millón de años ajustados por discapacidad podrían prevenirse mediante programas de promoción de la lactancia materna a gran escala. Las recomendaciones mundiales sobre LM, tienen la finalidad de apoyar el inicio de la LM que radica en fomentar la lactancia dentro de la primera hora, apego precoz, alojamiento conjunto, educación prenatal, asesoría nutricional (Takahashi et al. 2017).

La LME ofrece beneficios para la salud a corto y largo plazo tanto para la madre como para el bebé. También proporciona beneficios económicos al reducir los costes directos e indirectos relacionados con la asistencia sanitaria y la alimentación infantil. Además, reduce el riesgo de contraer infecciones gastrointestinales y del tracto respiratorio. La lactancia materna no exclusiva se asocia con un bajo rendimiento académico y un aumento de la morbilidad y la mortalidad debido a enfermedades (Adugna et al. 2017a) (Dueñas-Espín et al. 2021).

Para permitir una sesión temprana de LM después del nacimiento, el apego piel a piel entre la figura materna y neonatal es un fuerte protector de la LME. En consecuencia, las recomendaciones sugieren que la LM debe iniciarse lo antes posible después del parto y el bebé debe colocarse preferiblemente con la madre y no separarse hasta que tenga lugar la primera sesión de la LME (Pérez-Escamilla, Martínez, y Segura-Pérez 2016) (Aoyagi y Tsuchiya 2019).

Por otro lado, no solo la lactancia dentro de la primera hora se asocia con una mayor duración de la LM, sino también con niveles más bajos de síntomas depresivos. Existe evidencia que demuestra una interacción compleja entre la depresión perinatal y la falta de lactancia materna en una asociación probablemente bidireccional. Una revisión sistemática reciente que se ocupa de este tema concluye que la depresión durante el embarazo predice una duración más corta de la lactancia que, en consecuencia, puede aumentar los síntomas depresivos posparto (Cato et al. 2019).

A nivel mundial, la depresión es una fuente importante de carga de enfermedad entre las mujeres y ha sido clasificada por el Estudio Global de Carga de Enfermedades (2015) como la principal fuente de carga de enfermedad en términos de años de vida ajustados por discapacidad y muerte. Se ha demostrado que la depresión durante el embarazo es prevalente entre las mujeres (entre 3.0 y 22.6%), y también se asocia con angustia considerable, pérdida de productividad y comportamientos de salud mental materna inapropiada. Estudios anteriores han informado que los signos depresivos prenatales fueron uno de los determinantes más fuertes (en términos del tamaño del efecto) para el desarrollo de problemas mentales postnatales (Eastwood et al. 2017).

La evidencia científica también ha demostrado que la mala salud mental está asociada con menor duración de la lactancia materna. Los estudios han estimado que entre el 8 y el 16% de las mujeres tendrán depresión, con la mayoría de los diagnósticos ocurridos durante la maternidad. Un estudio longitudinal mostró duraciones de lactancia más cortas entre las mujeres más jóvenes y aquellas con niveles más altos de síntomas depresivos prenatales y posparto. Otro estudio transversal informó que las mujeres con síntomas depresivos posparto tuvieron una duración de lactancia materna exclusiva y general más corta en comparación con las mujeres sin síntomas depresivos (Ko et al. 2017) (Bascom y Napolitano 2016)

La depresión es una de las complicaciones maternas más comunes durante la maternidad, con un estimado del 20% de las madres que experimentan un episodio dentro de los primeros tres meses después del parto. Uno de los predictores más fuertes para la depresión posparto (DPP) es la incidencia de depresión durante el embarazo (DDE). Existe evidencia que demuestra una interacción compleja entre la depresión perinatal y la lactancia materna con una asociación potencialmente unidireccional. Una reciente revisión sistemática que trata este tema concluye que la DDE predice una menor duración de la LM, lo que en consecuencia puede aumentar los síntomas depresivos posparto (Sha et al. 2019) (Woolhouse et al. 2016).

El período perinatal (PP) es una condición de riesgo para desarrollar trastornos del estado anímico. La ansiedad y la depresión son las complicaciones más comunes del PP, con una trayectoria global de aumento de la carga. Esta estimación conjunta varía ampliamente entre los países y dentro de ellos. Cuando no se detectan, estos trastornos presentan una variedad de riesgos para la salud de la madre, el bienestar

psicosocial, las relaciones y el desarrollo del recién nacido. Revisiones bibliográficas sugieren que los signos ansiedad-depresión en el periodo prenatal interrumpen la relación madre-bebé, lo que lleva a una variedad de problemas neurocognitivos, psiquiátricos y de desarrollo en la descendencia de las madres afectadas (Khanlari et al. 2019) (Dias y Figueiredo 2015).

También se ha demostrado que la angustia materna contribuye a la amplificación del estrés parental, las complicaciones al nacer, como la prematurez y recién nacidos con bajo peso, y tiene consecuencias adversas para el crecimiento y el desarrollo del niño. Un estudio realizado entre mujeres que viven en una comunidad socioeconómicamente desfavorecida en el sur de Australia indicó que la incidencia de síntomas depresivos prenatales durante un período de siete meses fue del 30%, lo que refleja la variación en la carga de la depresión perinatal en las mujeres en toda la escala socioeconómica (Ogbo, Eastwood, et al. 2018)

La depresión es un trastorno mental común entre las mujeres en los períodos prenatal y posnatal, que conlleva a cambios biológicos, emocionales, psicológicos, sociales y culturales experimentados en este momento. Una revisión sistemática de estudios longitudinales sobre la depresión prenatal (DP) y posparto a un año indicó una prevalencia media de 17 y 13%, respectivamente. La DP es un predictor importante de depresión posnatal, con otros factores asociados: vivir solo, tener más de dos hijos, baja educación y desempleo. Los síntomas depresivos maternos pueden ser crónicos o recurrentes, y tener consecuencias importantes para la salud de madres y niños (Jacques et al. 2020).

La depresión perinatal complica 1 de cada 7 embarazos y tiene consecuencias adversas cuando no se trata. Estos pueden incluir la falta de lactancia materna y sus efectos adversos conocidos sobre la madre y la descendencia. En un estudio de gráfico retrospectivo buscaron determinar si la depresión prenatal materna se asociaba con la probabilidad de iniciación y continuación de la LM hasta la visita posparto de 6 semanas. No obstante, concluyeron que la DP es un factor de riesgo significativo para la interrupción temprana de la LM, y como recomendaciones deben incluir la evaluación de la salud mental materna (Stark et al. 2018).

El efecto de la lactancia materna sobre el riesgo de DPP no se conoce bien. La interrupción temprana de la lactancia materna se ha asociado con la depresión posparto (DPP), la principal complicación médica entre las nuevas madres, puede deberse a niveles bajos de oxitocina en plasma durante el embarazo y poco después del parto lo que conlleva al desarrollo de síntomas depresivos (Lara-Cinisomo et al. 2017) (Borra, Iacovou, y Sevilla 2015).

Se desconoce también en qué medida la sintomatología depresiva subclínica, no necesariamente Depresión Mayor, se asocia con la práctica de la lactancia materna exclusiva en el Ecuador. Con esos antecedentes, el presente trabajo final de titulación busca establecer una asociación entre la sintomatología depresiva, no necesariamente depresión mayor clínicamente manifiesta, y la práctica de la lactancia materna exclusiva a los seis meses de edad utilizando la información disponible en las bases de datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) 2018.

## **7.2 Problema de investigación:**

La LME, es primordial en la estrategia de Salud Pública, cuya finalidad es la reducción de indicadores de morbi-mortalidad en lactantes menores (un año), específicamente en los diferentes países en vías de desarrollo. En la región latinoamericana, en los últimos decenios la LME ha presentado una reducción muy drástica, es decir una estimación del 35% en menores de seis meses que no son amamantados, por lo que están expuestos a innumerables problemas de salud: tales como las infecciones diarreicas agudas y del tracto respiratorio superior, entre otras (Ogbo, Nguyen, et al. 2018).

Asi mismo, la depresión posparto (DPP) es una afección de salud mental grave, que se caracteriza por un bajo estado de ánimo persistente en las nuevas madres, que a menudo se acompaña de sentimientos de tristeza, inutilidad y/o desesperanza. Aunque la DPP se manifiesta como un factor de riesgo para la interrupción temprana de la lactancia materna exclusiva (LME), las experiencias negativas tempranas de la LME pueden ser un factor de riesgo para la DPP.

Se desconoce la repercusión de la sintomatología depresiva sobre la lactancia materna exclusiva, se hace necesario determinar esta relación para crear acciones y herramientas que favorezcan y fortalezcan la lactancia en el futuro, por ende es imperioso tener en cuenta las características culturales y sociales que intervienen, así como también las implicaciones de ciertas patologías comunes, se necesita una base de datos importante para que sea el inicio de una investigación, que con el tiempo sea concluyente y útil para realizar las intervenciones adecuadas.

Por esta razón se plantea lo siguiente: ¿En qué medida la sintomatología depresiva se asocia con menos frecuencia a la lactancia materna exclusiva a los seis meses de edad en población ecuatoriana de acuerdo con la información disponible de las bases de datos de la ENSANUT 2018?

### **Justificación**

De acuerdo con la OMS y la UNICEF, una alimentación infantil óptima, debe seguir lo que se encuentra estipulado en la Estrategia Mundial: «LME durante los primeros seis meses, posteriormente comienzo de la alimentación complementaria, que debe ser adecuada y segura, es decir mantener la LM hasta los 2 años o más». Es por ello, que la LME tiene ventajas superiores y que ha sido ampliamente demostrada en la bibliografía existente (Victora et al. 2016).

Sin embargo, los datos disponibles recopilados y adaptados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Ecuador, ENSANUT, el Instituto Nacional de Censos y Estadísticas de Ecuador, el informe nacional de los Servicios de Marketing Internacional y los datos de Enfarma EP., demostraron que, para el año 2014, en Ecuador, el 54% de los niños inician la lactancia durante la primera hora de vida, y el 43% de los niños de cinco meses son amamantados exclusivamente. El 76% de los niños menores de un mes y el 60% de los niños menores de seis meses consumen fórmula infantil artificial. En los últimos 8 años, el consumo de fórmula infantil se ha triplicado en Ecuador, llegando a 59.6 millones de unidades vendidas a un costo de \$ 530,100,000 USD de 2007 a 2014 (Ortiz-Prado, Stewart-Ibarra, et al. 2016).

Por ende, las prácticas de lactancia materna exclusiva en Ecuador no se están cumpliendo conforme a las recomendaciones de la OMS. Además, el consumo de

fórmulas de leche infantil ha aumentado significativamente desde 2007, a pesar de las campañas activas del sector de salud pública para educar a las mujeres sobre los beneficios de la LM (Ortiz-Prado, Stewart-Ibarra, et al. 2016).

Un estudio reciente demostró que existen un sinnúmero de violaciones al código de comercialización de sucedáneos de leche materna, por ejemplo, la comercialización agresiva de sucedáneos de la leche materna, biberones y tetinas contribuye a una LM subóptima y sigue siendo un factor estructural importante que amenaza el entorno propicio de la misma. Desvía al público al aceptar la alimentación con biberón como la norma social, cambiando la alimentación infantil de una relación dinámica entre la madre y el niño a una mercancía (Ching et al. 2021).

Si bien los estudios se han centrado principalmente en la lactancia materna y la salud mental (SM) materna durante el embarazo o el posparto, pocos estudios han evaluado el impacto de la depresión perinatal en la LM. La evidencia ha demostrado que las mujeres con malas condiciones de SM antes del embarazo tienen más probabilidades de experimentar problemas de SM después del parto, un predictor bien documentado de interrupción temprana de la LM (Sharifi, Nouraei, y Shahverdi 2016).

### **Problema de investigación**

No obstante, en la actualidad se desconoce, en qué medida depresión influye sobre la práctica de la LME. De acuerdo con estos antecedentes la presente investigación identificará los determinantes depresivos, se justifica por la importancia que tiene los síntomas depresivos sobre el mantenimiento de la LME, tanto en el desarrollo y crecimiento del lactante, la cual contribuirá a una vida saludable tanto para la madre y el recién nacido.

Inequidad: mujer cumple roles, aspectos laborales, educativos, rol de la industria → depresión.

Por todos estos antecedentes se postulan las siguientes preguntas:

- ¿en qué medida en el Ecuador, la depresión se asocia con una falta de mantenimiento de la práctica de la lactancia materna exclusiva a los seis meses de vida del lactante?
- ¿en qué medida en el Ecuador, depresión se asocia con una falta de lactancia materna?

## **Objetivos**

### **1.1.1 Objetivo general**

Establecer la asociación entre la depresión postparto y el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva en la población de seis meses de edad ecuatoriana incluida en la Ensanut 2018

### **1.1.2 Objetivos específicos**

- Identificar la frecuencia de la lactancia materna exclusiva en madres con y sin sintomatología depresiva
- Determinar la prevalencia de sintomatología depresiva en las madres que forman parte del estudio.

- Cuantificar en qué medida la depresión postparto se asocia con la práctica de la lactancia materna exclusiva.

## **1.2 Hipótesis**

La sintomatología depresiva se asocia con un menor mantenimiento de la lactancia materna exclusiva en la población de seis meses de edad ecuatoriana.

## **CAPITULO II**

### **2.1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

#### **2.1.1 Sintomatología depresiva materna**

La depresión materna se considera un factor de riesgo para el desarrollo socioemocional y cognitivo de los niños. Las mujeres en edad fértil corren un riesgo especial de depresión y muchas de ellas experimentan altos niveles de morbilidad social y síntomas depresivos que a menudo no se reconocen ni se tratan. Las madres que ya están en riesgo de depresión son particularmente frágiles durante los primeros meses posparto. La depresión materna tiene consecuencias en el desarrollo del niño. Debido a que los médicos que atienden a bebés y niños se encuentran con las madres repetidamente, es importante que tengan los conocimientos y las habilidades para detectar los síntomas de la depresión materna (Aoyagi y Tsuchiya 2019).

Aproximadamente una de cada siete mujeres puede desarrollar depresión posparto (DP). Mientras que las mujeres que experimentan DP tienden a recuperarse rápidamente, la DP cuando se prolonga afecta negativamente la capacidad de la mujer. El DP provoca alteraciones en la madre y el bebé. La respuesta y el comportamiento del cerebro materno se ven comprometidos en la enfermedad preexistente. Según resultados presentados por Beck en 2006, hasta la mitad de los casos de depresión posparto en madres primerizas no se diagnostican debido al conflicto en la privacidad y al no querer revelarlo a familiares cercanos. También existe un estigma en torno a las nuevas madres en el sentido de que la revelación puede conducir al abandono y al miedo a la falta de apoyo (Ko et al. 2017).

Los niveles de tensión doméstica, irritabilidad social y económica, así como las limitaciones en el funcionamiento físico o laboral, los días de inactividad, de cama y el mal estado de salud son significativamente más altos en individuos con niveles clínicos de síntomas depresivos que en aquellos con sin desorden. La influencia de la depresión en la función psicosocial materna incluye efectos sobre la crianza, que se consideran un mecanismo de transmisión intergeneracional del riesgo de depresión posterior en la descendencia. Los síntomas de la depresión están asociados con problemas socioemocionales que crean dificultades en la crianza de los hijos, especialmente con los niños más pequeños (Meaney 2018).

Los trastornos psiquiátricos posparto generalmente se dividen en tres categorías: tristeza posparto, psicosis y depresión posparto. La tristeza posparto es un trastorno emocional relativamente común con llanto, confusión, labilidad del estado de ánimo, ansiedad y estado de ánimo deprimido. Los síntomas aparecen durante la primera semana posparto, duran desde algunas horas hasta algunos días y tienen pocas secuelas negativas (Meltzer-Brody et al. 2018).

En el otro extremo del espectro, la psicosis posparto se refiere a un trastorno grave que comienza dentro de las cuatro semanas posteriores al parto, con delirios, alucinaciones y deterioro grave del funcionamiento. La depresión posparto comienza durante el período posparto y las características centrales son el estado de ánimo disfórico, ansiedad, anorexia, fatiga, trastornos del sueño, culpa excesiva y pensamientos suicidas, para llegar a un diagnóstico precoz se requiere que los síntomas estén por lo menos en un periodo de un mes y provoquen algún deterioro en el funcionamiento de la mujer (Meltzer-Brody et al. 2017).

Las madres que experimentaron DPP tienen un riesgo del 50% al 62% de sufrir depresiones futuras. Además, existen otros determinantes que incluyen antecedentes de trastornos del estado de ánimo, síntomas de depresión durante el embarazo y antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos. Los factores de estrés, como los sucesos negativos de la vida, matrimonios disfuncionales, tener un bebé con necesidades especiales o un bebé médicamente "frágil", la falta de apoyo social, el abuso de drogas y la psicopatología personal y familiar, se han asociado con la DPP en diversos estudios, pero en otros no se han encontrado asociación (Ogbo, Eastwood, et al. 2018).

La depresión posparto tiende a ser más leve que los episodios de depresión que ocurren en otros momentos, con niveles más bajos de ansiedad, agitación, insomnio y síntomas somáticos. Sin embargo, la duración parece ser la misma en la depresión posparto y no posparto, y dura varios meses (Heinisch et al. 2019).

La consecuencia de la DPP en el bebé no se limitan a la infancia, sino que pueden extenderse hasta la niñez, la edad preescolar e incluso la edad escolar. La depresión materna que se presenta posteriormente influye en el desarrollo del niño en edad escolar y del adolescente (Heinisch et al. 2019).

La DP puede ocurrir en madres que presentan ansiedad y depresión en cualquier trimestre del embarazo, entre sus factores de riesgo tenemos:

- Psicológico: antecedentes de ansiedad y depresión, síndrome premenstrual (SPM), actitud negativa hacia el recién nacido, el género del producto, antecedentes de abuso sexual son factores perpetuos para el desarrollo de la depresión posparto.

- Factores de riesgo obstétrico: embarazo de riesgo (cesárea de emergencia y hospitalizaciones), meconio, prolapso de cordón, prematuridad o de bajo peso y anemia se asocian con DP.
- Factores sociales: deficiente apoyo social, violencia doméstica (abuso sexual, físico y verbal del cónyuge) son causales en el desarrollo de la enfermedad. Fumar es un factor de riesgo para desarrollar DP.
- Estilo de vida: trastornos en alimentación, sueño, actividad física pueden provocar DPP. Otro análisis de la afectación del ánimo es deficiencia de la vitamina B6, debido a la conversión en triptófano posteriormente en serotonina.

La actividad física disminuye los síntomas depresivos. El ejercicio aumenta las endorfinas endógenas y los opioides, lo que genera efectos positivos en la salud mental (Heinisch et al. 2019).

La DPP, requiere la presencia de al menos cinco síntomas depresivos durante al menos dos semanas. En el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-5), la depresión posparto se considera cuando una paciente tiene un episodio depresivo mayor junto con el inicio del periparto, y no se menciona como una enfermedad separada. Por definición, se define como un episodio depresivo mayor con el inicio del embarazo o dentro de las 4 semanas posteriores al parto.

Los nueve síntomas están presentes casi todos los días y representan un cambio con respecto a la rutina anterior. El diagnóstico debe incluir depresión o anhedonia

(pérdida de interés), además de los cinco síntomas a diagnosticar (Kroska y Stowe 2020).

- Estado de ánimo depresivo que permanece la mayor parte del día
- Pérdida de interés o placer, la mayor parte del día.
- Insomnio o hipersomnia
- Retraso psicomotor o agitación.
- Pérdida de energía o fatiga
- Idea o intento suicida y pensamientos recurrentes de muerte
- Culpa y Concentración alterada
- Pérdida de peso (del 5% durante un mes)

Estos síntomas pueden provocar angustia y / o deterioro significativo. Además, estos síntomas no son atribuibles a una sustancia o afección médica. Un trastorno psicótico no causa el episodio, ni ha sido un episodio maníaco o hipomaníaco previo (Kroska y Stowe 2020).

En la décima revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (CIE-10), se define un inicio posparto dentro de las 6 semanas posteriores al parto. La CIE-10 describe un episodio depresivo de la siguiente manera: (Brown et al. 2019)

- En los episodios depresivos típicos leves, moderados o graves, el paciente tiene un estado de ánimo deprimido con una disminución de la actividad y la energía.

- Se reduce la capacidad de disfrute, interés y concentración. El paciente se siente muy cansado después del mínimo esfuerzo junto con alteraciones del sueño y disminución del apetito. La culpa o la inutilidad suelen estar presentes, junto con una reducción de la autoestima y la confianza en uno mismo.
- Síntomas somáticos, como anhedonia, andar inusual muy temprano en la mañana, junto con agitación, pérdida de peso, pérdida de la libido, disminución del apetito y retraso psicomotor marcado.

Estos síntomas varían poco de un día a otro y no responden a las circunstancias.

- Un episodio depresivo puede clasificarse en leve, moderado o grave y depende de la gravedad y el número de síntomas (Brown et al. 2019)

Los signos y síntomas de la depresión posparto son idénticos a los de la depresión no puerperal con antecedentes adicionales de parto los cuales incluyen: estado de ánimo deprimido, pérdida de interés, cambios en los patrones de sueño, cambios en el apetito, sentimientos de inutilidad, incapacidad para concentrarse e ideas suicidas. Además, experimentan ansiedad. Los pacientes que tienen DP también pueden tener síntomas psicóticos que incluyen delirios y alucinaciones (Brown et al. 2019).

### **2.1.2 Lactancia materna exclusiva**

La lactancia materna exclusiva (LME) se define como alimentar a los lactantes únicamente con leche materna (LM), ya sea directamente del pecho o extraída, excepto suplementos minerales o medicamentos. La LME es una de las acciones fundamentales para el desarrollo y la supervivencia infantil (Hunegnaw, Gezie, y Teferra 2017).

La LM o la lactancia proporciona una dependencia nutricional y emocional total del bebé de la madre. El fuerte vínculo emocional entre la díada madre-hijo es necesario para prolongar con éxito la LM. Se recomienda la leche materna como la fuente óptima y exclusiva de nutrición LM es fundamental para el desarrollo. La producción de leche está regulada por el hipotálamo materno y las hormonas derivadas de la glándula pituitaria. La oxitocina y la prolactina son las principales hormonas que desempeñan el papel de la producción de leche y el reflejo de bajada resultante (Adugna et al. 2017b).

Hay distintas etapas en la producción de leche que comienzan antes del nacimiento del bebé. La primera leche es el calostro que está disponible después del parto. Ocasionalmente, hay precalostro antes de la etapa posparto. El calostro es rico en proteínas, sodio e inmunoglobulinas, mientras que es bajo en lactosa, y esta es la primera leche que se produce para el bebé. Después de 30 a 40 horas después del parto, la composición de la leche cambia por un aumento de lactosa y la dilución de otros componentes a medida que aumenta el volumen. Posteriormente, el mantenimiento de la lactancia sigue un patrón autónomo en el que la succión del bebé y el vaciado del pecho son los principales factores que regulan el flujo de leche (Habibi et al. 2018).

La OMS estipula que la LME debe ser hasta los seis meses, y de ahí alimentación complementaria de otros líquidos y alimentos, con la LM continuada hasta los dos años de edad o más. Un estudio donde participaron 34.366 lactantes en ciertas ciudades brasileñas y del Distrito Federal, demostraron que la prevalencia de la LME se incrementó en las últimas décadas con una duración media que oscila en los 23,4 días en 1999 a 54,1 días en 2008. Sin embargo, con respecto a la prevalencia de la LME a los seis meses recomendada por la OMS, aún se necesitan muchas mejoras (Hossain et al. 2018).

El tipo y la duración de la alimentación en los bebés tienen un papel importante en el desarrollo biológico y conductual y afectan el crecimiento y la salud posterior. La capacidad de la leche materna para satisfacer las necesidades de macronutrientes y micronutrientes de los lactantes disminuye con la edad (Schafer et al. 2017).

La alimentación de líquidos adicionales a los bebés menores de seis meses que son amamantados es una práctica común; no obstante, incluso cuando se realiza esporádicamente, esta práctica puede resultar en una reducción de la ingesta de leche materna y la consecuente disminución en la extracción y producción de leche, lo que podría contribuir a efectos como el destete prematuro, menor aumento de peso y mayor riesgo de diarrea. Varias enfermedades se asocian con no LME, como "enterocolitis necrotizante, diabetes, alergias, neumonía, entre otras". Existen creencias que la alimentación a base de líquidos distintos de la LM antes de los seis meses es inocuo y ayuda a resolver problemas como cólicos, gases infantiles o incluso sed (Rana et al. 2020).

La leche materna es el alimento más completo que existe para el bebé hasta los seis meses. Es fácil de digerir, no repara los intestinos ni los riñones del niño; es económico para el presupuesto familiar; transmite amor y cariño, y fortalece los lazos entre madre e hijo. Por el lado de la mujer, el acto de amamantar también es extremadamente beneficioso: protege a la madre de la pérdida excesiva de sangre después del parto al impedir la menstruación; previene la anemia; y disminuye las posibilidades de que la madre desarrolle cáncer de mama y de ovario. Es la estrategia única que más evita las muertes infantiles, además de promover la salud física, mental y psíquica del niño y de la lactante (Asare et al. 2018).

De acuerdo con varios argumentos que justifican la práctica de la lactancia materna, cabe señalar que los niños de menor nivel socioeconómico son más susceptibles a riesgos para la salud y la leche materna los protege de una variedad de infecciones. Independientemente de la clase económica a la que pertenezcan, la leche materna brinda beneficios a largo plazo para disminuir los riesgos de enfermedades crónicas, como obesidad, hipertensión, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 1 y alergias. Se estima que, en el caso de la diabetes, el 30% de los casos se podrían prevenir si el 90% de los niños de hasta 3 meses no recibieran leche de vaca en lugar de leche materna (Ferreira et al. 2018).

Además de facilitar el logro de un crecimiento y desarrollo óptimos, la LME reduce la aparición de las principales causas de la infancia, como las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas. A nivel mundial, la lactancia materna subóptima es responsable del 45% de las muertes por infecciones neonatales, el 30% de las muertes por diarrea y el 18% de las muertes por infecciones respiratorias agudas

en niños menores de cinco años. La tasa de mortalidad de los lactantes amamantados no exclusivos es 14,4 veces mayor que la de los lactantes amamantados exclusivamente (Peregrino et al. 2018).

### **2.1.3 Sintomatología depresiva materna en relación a la lactancia materna exclusiva**

La baja tasa de LM exclusiva durante los primeros seis meses destaca la importancia de explorar los factores que podrían afectar potencialmente las prácticas de LM. La depresión en el período posparto temprano es un factor importante. Sin embargo, la investigación que investiga la relación entre la lactancia materna y los síntomas depresivos posparto muestra resultados mixtos. Los datos de revisiones sistemáticas anteriores han indicado que la DP se asoció con la interrupción temprana de la LM, la disminución de la duración de la LM y el aumento de las dificultades para amamantar. Por ejemplo, el resultado de un estudio prospectivo sugirió que las madres con DP parecen promover la interrupción de la LM a los 5 meses después del parto (Cato et al. 2019).

Los investigadores también encontraron que los síntomas depresivos a la semana posparto se asociaron con la interrupción de la lactancia materna a las cuatro a ocho semanas posparto y un mayor riesgo de problemas de lactancia materna.

Además, en un gran estudio prospectivo de mujeres posparto, los autores encontraron que la depresión a las dos semanas posparto se asociaba con el cese de la LM a las 12 semanas posparto. Sin embargo, otros estudios prospectivos no encontraron asociación entre la DP y la LM. Un estudio de cohorte de 429 lactantes informó que la DP no se asoció con la interrupción de la LM exclusiva a los 2 meses

posparto (RR = 1,44; IC del 95%: 0,68-3,06). Sobre la base del diseño de panel con rezagos cruzados, un estudio prospectivo reciente examinó la asociación bidireccional entre la LM y la DP y no encontró evidencia de relaciones entre ellos (Ogbo, Eastwood, et al. 2018).

Los resultados contradictorios pueden atribuirse principalmente a varias limitaciones metodológicas o variaciones en las medidas utilizadas para evaluar la lactancia materna y los síntomas perinatales. La mayoría de los estudios que investigaron esta asociación fueron análisis de datos secundarios, diseños transversales o diseños retrospectivos. Además, algunos estudios no continuaron hasta el final del primer año de vida de los niños (Sha et al. 2019).

La depresión materna después del parto es un problema grave de salud pública y se ha explorado en estudios longitudinales como un predictor de problemas emocionales y mentales en la descendencia. La evidencia sugiere que los niños nacidos de madres deprimidas no tratadas (en comparación con madres sin depresión materna) tienen mayor riesgo de presentar inhibición conductual, inadaptación emocional, comportamiento violento, problemas de externalización y trastornos psiquiátricos en la adolescencia. Recientemente, los estudios evaluaron no solo la 'severidad' o el 'momento', sino también el 'curso' de la depresión materna y su impacto en los resultados emocionales y conductuales de la descendencia (Lara-Cinisomo et al. 2017).

La asociación entre DP y la interrupción temprana o terminación de la LME es notable debido a los bien establecidos beneficios para la salud a corto y largo plazo de la lactancia materna. Citando estos beneficios, la OMS recomienda enfáticamente la

LME sin otros tipos de alimentos que no sean los medicamentos, vitaminas y minerales necesarios en los primeros seis meses de vida de un bebé. La evidencia sugiere que los bebés amamantados exclusivamente tienen una probabilidad 15 veces mayor de supervivencia en los primeros seis meses de vida que los niños amamantados no exclusivamente (Lara-Cinisomo et al. 2017).

Si bien la promoción de la LM es una prioridad mundial para mejorar la mortalidad y la morbilidad infantil, la prevalencia de la LM durante las primeras semanas posparto disminuye drásticamente tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, y la LME durante los primeros seis meses de un lactante es poco común. Dado que la DP es un correlato conocido de la terminación temprana de la LME, la identificación temprana de las madres en riesgo de interrupción tanto de la DP como de la LME es una prioridad de salud global significativa. Sin embargo, la investigación aún tiene que articular completamente los mecanismos que podrían vincular la PPD con el cese temprano de la LME, lo que complica los esfuerzos para desarrollar intervenciones específicas con mujeres en riesgo de DP y LME (Ogbo, Eastwood, et al. 2018).

La comprensión de los vínculos entre la LME y la DP es la falta de claridad en torno a la dirección de la relación entre los dos. Varios estudios han demostrado que la interrupción temprana de la LME se asocia con un mayor riesgo de DP, mientras que otros estudios recientes han indicado que la DP se produce antes de la interrupción de la LME. Al mismo tiempo, varios estudios sugieren que no hay asociación; o, por el contrario, descubrir que las madres que amamantan tienen un mayor riesgo de DP (Bascom y Napolitano 2016).

Debido a la evidencia inconsistente e insuficiente, la naturaleza de esta asociación y los mecanismos subyacentes siguen sin estar claros. Puede ser que la terminación anticipada de la LME y la DP solo se convierta en comórbidos en determinadas condiciones. Es así que la sugerencia debe enfatizar que el apoyo social y el estrés materno se encuentran entre los mecanismos plausibles que podrían explicar el vínculo entre la terminación de la LME y la DP (Reifsnider et al. 2016).

El nexo entre la LME y la salud mental posparto de las mujeres puede estar impulsado por una serie de influencias psicosociales y biológicas. Estudios anteriores sugieren que las madres que amamantan parecen estar más tranquilas, menos ansiosas y menos estresadas. Debido a la mayor conciencia social y educativa con respecto a los beneficios para la salud establecidos de la LM, muchas mujeres tienen la intención de amamantar antes del nacimiento y también sienten una intensa presión social para hacerlo (Jacques et al. 2020).

Las madres que experimentan dificultades para amamantar informan de culpabilidad y soledad, lo que en última instancia conduce a sentimientos de inutilidad y derrota. El descontento psicológico debido a la incapacidad de amamantar aumenta los niveles de estrés y ansiedad materna y otros problemas de adaptación posparto. El apoyo social es uno de los recursos más cruciales para superar los factores estresantes de la maternidad temprana, con beneficios tanto para la madre como para el niño. Aquellos con un alto apoyo social tienen menos probabilidades de terminar con la LME y reportar menos DP. Alternativamente, las mujeres con apoyo social limitado que experimentan estrés y ansiedad en torno a la LME tienen un mayor riesgo de DP (Hunegnaw et al. 2017).

#### **2.1.4 Lactancia materna en Ecuador**

La lactancia también permite prolongar la amenorrea posgestacional. En términos sociales, uno de los mayores beneficios es que la lactancia materna es gratuita y segura, que son ventajas críticas en poblaciones pobres. La mayoría de las madres pueden y deben amamantar; sólo en circunstancias excepcionales está contraindicada la LM (Huiracocha-Tutiven et al. 2019).

A sabiendas de los múltiples beneficios, las tasas de LM informadas son generalmente más bajas de lo que cabría esperar. La proporción de lactantes desde el primer día hasta los cinco meses de edad que son amamantados exclusivamente es solo del 42% en todo el mundo, 38% en América Latina y el Caribe y 39,6% en Ecuador, en comparación con 58,3% en Bolivia, 66,4% en Perú, 36,1% en Colombia y 32,0% en Argentina. Sin embargo, por dramáticos que sean estos datos, los datos a nivel nacional ocultan importantes diferencias regionales, que quedan por dilucidar por completo (Freire et al. 2020b).

Los factores que contextualizan la LME y las prácticas de alimentación complementaria menos que óptimas en todo el mundo incluyen la edad materna, el bajo nivel educativo, los bajos ingresos, la residencia urbana, la atención médica institucionalizada que no se ajusta a las normas amigas del bebé, la insuficiencia percibida del suministro de leche materna, enfermedad, malestar o lesión materna o infantil, incapacidad previa para amamantar, falta de apoyo social, estrés emocional y la presión de la publicidad que promociona las supuestas ventajas de los sucedáneos de la leche industrializados (Huiracocha-Tutiven et al. 2019).

El empleo materno representa una barrera importante para las prácticas adecuadas de lactancia materna cuando las mujeres se ven obligadas (a menudo por razones económicas) a regresar al trabajo sin las condiciones adecuadas para la continuación de la lactancia materna (Huiracocha-Tutiven et al. 2019).

## CAPITULO III

### 3.1. METODOLOGIA

#### 3.1.1 Diseño

Diseño muestral, probabilístico estratificado y transversal (no hay separación temporal) no causalidad

#### 3.1.2 Población

Totalidad de la información disponible en las bases de datos derivadas de la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) 2018.

#### 3.1.3 Mediciones

Se midió las asociaciones entre las variables socioeconómicas, demográficas y obstétricas, junto con las condiciones emocionales registradas por la encuesta y la práctica de la lactancia materna exclusiva en lactantes de hasta seis meses

#### 3.1.4 Variables del estudio

##### Matriz de variables

Variables confusoras		
Edad, condición socioeconómica, antecedentes prenatales, natales		
Variable dependiente	Estas variables se asocian tanto a la variable dependiente e independiente afectando negativamente su relación entre ellas	Variable independiente
Sintomatología depresiva		Lactancia materna

Los detalles de las diferentes variables se encuentran en el cuadro de la respectiva de la operacionalización.

### Operacionalización de las variables

variable	definición	Indicador/	Escala/categorías
Edad materna	la edad de la madre en el momento del parto	Años cumplidos	Edad
Condición socioeconómica	es la posición social o la clase de un individuo o grupo	¿Qué tipo de condición socioeconómica tiene?	Alto....1 Medio...2 Bajo....3
Afiliación a un seguro	es la relación entre una agencia y las personas que la representan	¿(...) está afiliado o cubierto por:	- IESS, Seguro General?...1 - IESS, Seguro Voluntario?2 - Seguro Campesino? .....3 - Seguro del ISSFA/ISSPOL..4 - Seguro de salud privado?...5 - Ninguno?
Hogar	el lugar donde se vive permanentemente, especialmente como miembro de una familia u hogar.	Tipo de vivienda	Casa o villa..... - Departamento..... - Cuarto/s en casa de inquilinato..... - Mediagua..... - Rancho..... - Chozas..... .- Covacha.
Antecedentes prenatales	información sobre el embarazo de la madre, como enfermedades previas, exposición prenatal a drogas ilícitas, toxinas o infecciones	¿Tuvo alguna enfermedad y/o exposición previa al embarazo?	Actualmente esta embarazada?...1 Cuántas semanas de embarazo tenía cuando le hicieron el primer control?...2 Tuvo usted hijo o hija que nacieron vivos y que murieron?...3 Ha estado embarazada alguna vez?.. Cuántos hijos viven en casa

			Cuantos hijos viven fuera de casa
Natales	Condiciones que se presentan durante el parto	Personal que atendió el parto	<p>Médico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermera</li> <li>• Promotor(a), auxiliar o asistente de salud</li> <li>• Partera profesional técnica</li> <li>• Partera tradicional o empírica</li> <li>• Otra persona</li> <li>• Nadie</li> <li>• No sabe</li> </ul>
Postnatales	Condiciones que se presentan posterior al parto	¿Tuvo alguna condición posterior al parto?	<p>Asiste actualmente a algún centro de desarrollo infantil</p> <p>Recibe actualmente asistencia por parte de educadoras del CNH</p> <p>Con quien duerme habitualmente</p> <p>Con quien juega principalmente</p>
Discapacidad /dificultades	es cualquier afección del cuerpo o la mente ( deficiencia ) que dificulta a la persona con la afección realizar determinadas actividades (limitación de actividad) e interactuar con el mundo que le rodea (restricciones de participación).	¿Presenta alguna condición de discapacidad?	<p>¿Tiene dificultad para ver, aunque sea con lentes?.....A</p> <p>- Tiene dificultad para oír, incluso si utiliza un audífono?.....B</p> <p>- Tiene dificultad para caminar o subir escaleras?.....C</p> <p>- Tiene dificultad para recordar o concentrarse?.....D</p> <p>- Tiene dificultad para bañarse o vestirse ?.....E</p> <p>- Usando su lenguaje habitual, tiene dificultad para comunicarse, es decir, comprender o ser comprendido ?....F</p>
Depresión Síntomas depresivos	es una enfermedad médica común y grave que afecta negativamente cómo se siente, cómo piensa y cómo actúa	¿Presenta alguna condición de síntomas depresivos?	<p>¿Después de alguno de sus partos sintió tristeza?</p> <p>Ha sentido poco interés o deseo de hacer las cosas</p> <p>Se ha sentido decaída, deprimida o sin esperanzas</p>

			<p>Ha tenido problemas para permanecer o quedarse dormida o ha dormido demasiado</p> <p>Se ha sentido cansada o sin energía</p> <p>Se ha sentido sin apetito o que ha comido en exceso</p> <p>Se ha sentido mal con usted misma, o que es un fracaso o que ha quedado mal</p> <p>Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades tales como leer</p> <p>Se ha movido o hablado tan lento que otras personas pudieron haberlo notado</p> <p>Por las molestias que ha sentido durante los últimos 7 días que tan diferente es</p> <p>Pensando en su niñez antes que cumpliera 15 años, alguna vez usted</p> <p>En el hogar donde usted creció se trataban con respeto y amor</p> <p>Pensando en su niñez antes que cumpliera 15 años, sus padres la maltrataban</p>
Tiempo de depresión	Es el tiempo transcurrido de los trastornos depresivos	¿Cuál es el tiempo transcurrido de la depresión?	¿Durante qué tiempo se sintió triste?
Discapacidad	es cualquier afección del cuerpo o la mente	¿Tiene alguna discapacidad?	SI...1 NO..2
Comorbilidad es	Enfermedades previas a la gestación	¿Tiene alguna comorbilidad?	SI...1 NO..2

Laboral	Conjunto de tareas y deberes realizados, o destinados a ser realizados, por una persona para una sola unidad económica	Posición en la ocupación	Empleada(o) • Obrera(o) • Jornalera(o) o peona(ón) • Trabajadora(or) por su cuenta (no contrata trabajadores)
Lactancia	Alimentación exclusiva de leche del seno materno.	Presenta alguna condición sobre la lactancia materna	Al nacer su ultimo hijo le dio seno A que tiempo después del nacimiento empezó a mamar, lactar o recibir Fue alimentado con leche materna durante el día y la noche Durante cuánto tiempo le dio solamente pecho sin ningún otro liquido Le dio el pecho cada vez que le pidió o a libre demanda Consumió algún liquido diferente a la leche materna durante el día

### 3.1.5 Plan de análisis de datos y estadístico

#### Consideraciones muestrales

De acuerdo al ENSANUT 2018, implementó un muestreo probabilístico estratificado de elementos que se basó en dos etapas: la primera un muestra estratificada y la segunda muestreo aleatorio (Romero-Martínez et al. 2019).

#### Consideraciones muestrales para el análisis inferencial

Considerando como principal variable metodológica la variable resultado lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses de edad; y, considerando que el

porcentaje de práctica de la danza materna este el 63%, estimamos que una muestra aleatoria de 1106 individuos es suficiente para estimar, con una confianza del 95% y una precisión de +/- 3 unidades porcentuales, un porcentaje poblacional que previsiblemente será de alrededor del 63% (Romero-Martínez et al. 2019). En porcentaje de reposiciones necesaria se ha previsto que será del 10%.

Se analizaron asociaciones bivariados con relación a las variables explicativas obtenidas que constan en la matriz de operacionalización mediante tests de Chi2 o ANOVA, así como a las variables categóricas y numéricas. Además, se evaluó la asociación por cada variable explicativa (sintomatología depresiva) y la frecuencia de LM utilizando estimaciones de modelos de regresión logística univariante ajustando por las confusoras identificadas

Cuando el valor de p-valor sea <0.05 representará el nivel de significancia estadística. Para el análisis estadístico se empleó esos programas: *Stata 16.0 (Stata Statistical Software: Release 16.0. College Station, TX: StataCorp LP)*; y, *Microsoft Office, Excel, 2013*.

### **3.1.6 Aspectos bioéticos:**

En este estudio se respetó la autonomía de los datos. Se respetaron los tratados y acuerdos internacionales, con el uso del formulario (consentimiento informado).

Los datos se registraron con un código de identificación y se creó una lista de conexión entre el código y el identificador por un cierto periodo de tiempo.

El presente estudio no proporciona beneficios económicos, sino que pretende reconocer los factores determinantes de LM y la depresión, que serán útil en el

reconocimiento temprano de mujeres en riesgo de abandono de la LM, será de utilidad colectiva y social. Por lo tanto, está basado en recolección de información de manejo confidencial, y no se procedió a la toma de muestras biológicas, por lo cual no compromete riesgos para las participantes.

Si existiera una madre lactante en situación de vulnerabilidad (ansiedad, depresión, riesgo social, comorbilidades, entre otros factores), se actuó de acuerdo con las normas reguladas por el MSP.

### **3.1.7 Aspectos administrativos**

- Se trata del desarrollo de una estrategia de atención, generada con datos secundarios. Se utilizó bases de datos sin información de identificación personal, con el compromiso de utilizar todas las protecciones razonables contra cualquier violación en la confidencialidad de los datos.
- Se llevó a cabo de conformidad con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki que garantizan el cumplimiento de los principios éticos de la investigación.

## **CAPITULO IV**

### **4.1 RESULTADOS**

#### **4.1.1 Evaluación de las características sociodemográficas, prevalencia sobre lactancia materna y sintomatología depresiva**

Una vez incluidas las diadas madre hijo entrevistadas en la encuesta nacional de salud del año 2018 que cumplieron los criterios de inclusión y no cumplieron los criterios de exclusión; y, además, de quienes se contó con información suficiente con respecto a las características sociales demográficas clínicas y de sintomatología depresiva, el número total de participantes fue de 1327 personas.

De esta muestra, los neonatos de las diadas madre e hijo incluidas en esta encuesta fueron ligeramente mayoritarias para el sexo masculino con un total de 695 lactantes (52.4%). las madres de estas diadas fueron mayoritariamente de Estado civil casado o en Unión libre en un 80.1%, tuvieron un nivel educativo intermedio es decir como bachillerato en un 45%, cuentan con vivienda propia el 49.2%, con respecto a sus características natales se requirió una cesárea de emergencia en el 41.7% de los casos, el 59.9% recibió control postparto, en relación a la cultura sobre el parto el 70% fue buena, si se realizó corte de cordón al minuto con el 62.6%, en un 77.6% recibieron lactancia materna dentro de la primera hora (**ver figura 1**), no hubo falta de llanto con el 81.9%, las madres no presentaron fiebre, pre-eclampsia ni hemorragia con el 87.4%, 89.4% y 90.1% respectivamente y con respecto a la sintomatología depresiva se pudo corroborar que hubo un 82% de mujeres que no tuvieron tristeza posparto, sin embargo, existió poco interés, decaimiento, problemas para dormir, poca energía, falta de apetito, baja autoestima, mala concentración y un enlentecimiento en las actividades

diarias en un 68.3 a un 79.5% de las participantes de la encuesta (ver tabla 1 y figura 2).

**Tabla 1.- Características sociodemográficas, prevalencia sobre lactancia materna y sintomatología depresiva**

	<b>Total, participantes</b>
	<b>n= 1327</b>
Sexo neonato: masculino, n (%)	695 (52.4%)
Estado civil: casado/unido, n (%)	1048 (80.1%)
Edad materna: mediana (P25 a P75)	1327 (2 a 4)
Nivel de educación: bachillerato, n (%)	580 (45 %)
Número de hijos muertos: 1, n (%)	34 (88.2%)
Tipo de parto: cesarea emergencia, n (%)	538 (40.1%)
Lactancia materna: SI, n (%)	994 (77.6%)
Tiempo de lactancia materna, mediana (P25 a P75)	26 (21 a 32)
Corte de cordón: SI, n (%)	830 (62.6 %)
Tipo de vivienda: propia, n (%)	653 (49.2%)
Control prenatal: mediana (P25 a P75)	1327 (5 a 9)
Control postparto: si, n (%)	653 (59.9%)
Cultura del parto: buena, n, (%)	110 (70%)
Falta de llanto al nacer: no, n (%)	952 (81.9%)
Fiebre: no, n (%)	1013 (87.4%)

Pre-eclampsia, no, n (%) 1036 (89.4%)

Hemorragia, no, n (%) 1044 (90.1%)

### Sintomatología depresiva

Tristeza posparto NO, n (%) 952 (82%)

Poco interés, ningún día, n (%) 896 (67.5%)

Decaída, ningún día, n (%) 906 (68.3%)

Problemas sueño, ningún día, n (%) 974 (73.4%)

Poca energía, ningún día, n (%) 745 (56.1%)

Falta de apetito, ningún día, n (%) 939 (70.8%)

Mala autoestima, ningún día, n (%) 1013 (76.3%)

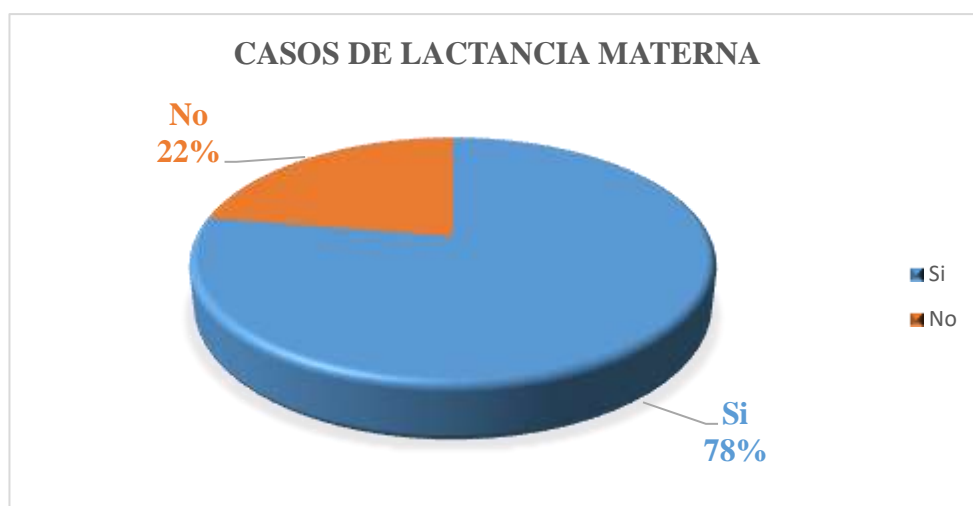
Mala concentración, ningún día, n (%) 1007 (75.9%)

Enlentecimiento, ningún día, n (%) 1055 (79.5%)

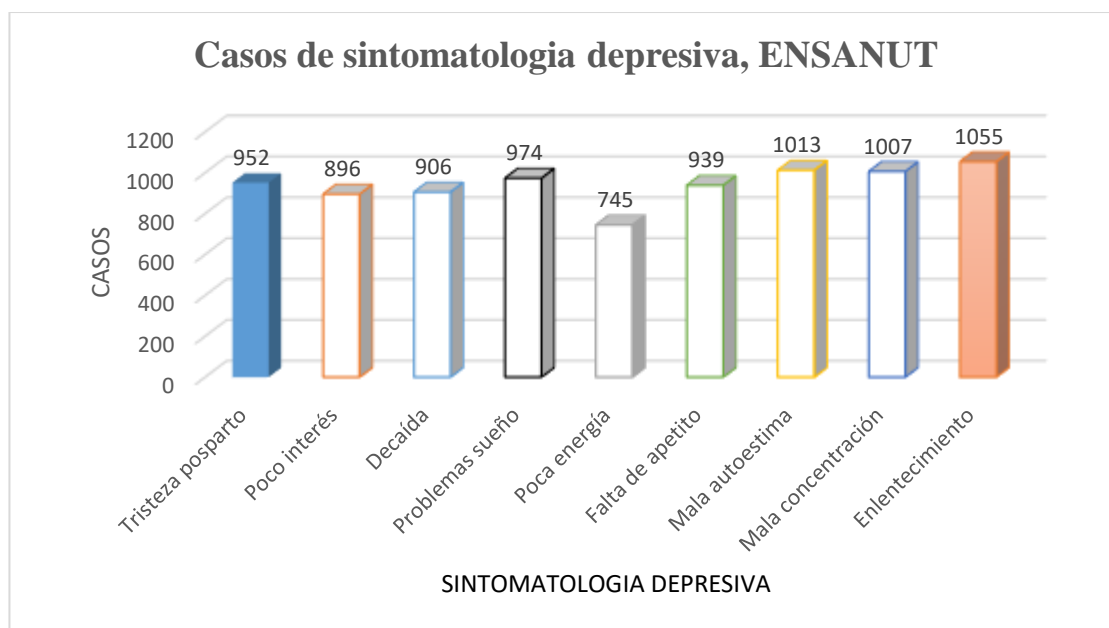
---

m = media; SD = desviación estándar; P25 = percentil 25; P75 = percentil 75;

**Figura 1. Número de casos de lactancia materna**



**Figura 2. Número de casos de sintomatología depresiva**



**Tabla 2. Relación entre las características sociodemográficas, sintomatología depresiva y lactancia materna.**

Con respecto a las diferencias en las principales variables explicativas establecidas en el presente trabajo final de titulación, pudimos encontrar diferencias significativas en el grupo que practicó la lactancia materna exclusiva, versus aquellas que no, en los siguientes ámbitos: (i) mayor proporción de mujeres en lactancia que fueron de estado civil casadas o en unión libre (82.7% versus 76.9%, P-valor del Chi2 <0.01) **ver figura 3**, (ii) una menor proporción de partos por cesárea (35% versus 48%, P valor del Chi2 <0.01) **ver figura 4**, (iii) una menor proporción de mujeres en lactancia con problemas del sueño (72.9% versus 74.3%, P valor del Chi2 =<0.01) **ver figura 5**, (iv) una menor proporción de problemas de concentración (74.4% versus 78 4%, P valor del Chi2 <0.01) **ver figura 6**, (v) una menor proporción de mujeres en lactancia que le realizaron corte de oportuno del cordón (63.9% versus 60.2%, P-valor

del Chi2 =<0.01 ) **ver figura 7**, (vi) una menor proporción de mujeres en lactancia que le realizaron control posparto (57.2% versus 64.4%, P-valor del Chi2 <0.01) **ver figura 8**.

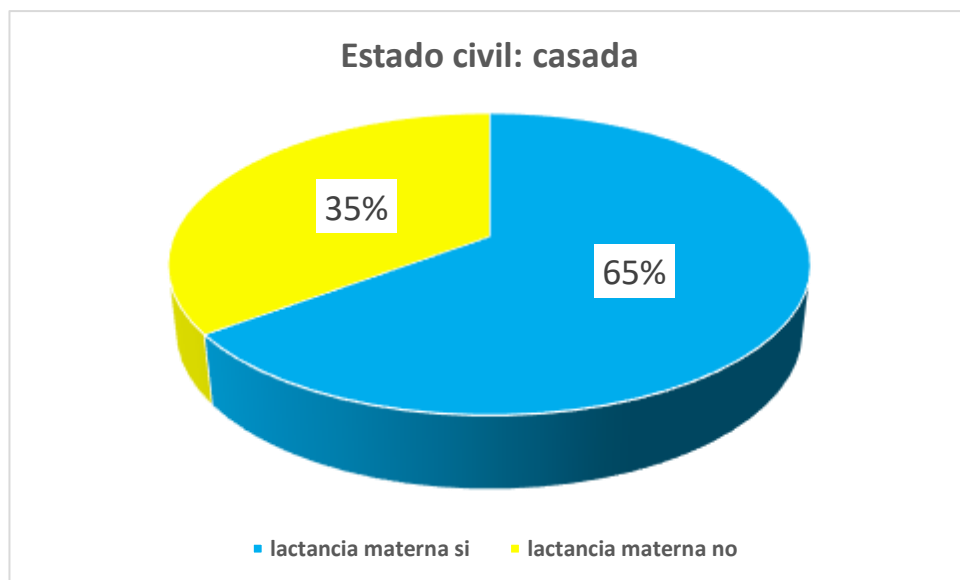
**Tabla 2.- Relación entre las características sociodemográficas, sintomatología depresiva y lactancia materna.**

Características	Lactancia materna exclusiva		
	NO	SI	p-valor
<i>Sexo neonato: masculino, n (%)</i>	260 (53.1%)	215 (49.5%)	0.70
<i>Estado civil: casado/unido, n (%)</i>	369 (76.9 %)	679 (82.7%)	< 0.01
<i>Nivel de educación: bachillerato, n (%)</i>	209 (31.4%)	371 (45.5%)	0.10
<i>Tipo de parto: cesárea, n (%)</i>	238 (48.6%)	300 (35.8%)	< 0.01
<i>Número de hijos muertos: 1, n (%)</i>	363 (75.6%)	631 (78.8%)	0.42
<i>Corte de cordón: SI, n (%)</i>	295 (60.2%)	535 (63.9%)	< 0.01
<i>Tipo de vivienda: propia, n (%)</i>	234 (47.8%)	419 (50.2%)	0.73
<i>Control posparto: si, n (%)</i>	262 (64.4%)	391 (57.2%)	< 0.01
<i>Cultura del parto: buena, n, (%)</i>	55 (74.3%)	55 (66.3%)	0.34
<i>Falta de llanto al nacer: no, n (%)</i>	362 (84.2%)	590 (80.6%)	0.15
<i>Fiebre: no, n (%)</i>	379 (88.4%)	634 (86.9%)	0.35
<i>Pre-eclampsia, no, n (%)</i>	387 (90.2%)	649 (88.9%)	0.27
<i>Hemorragia, no, n (%)</i>	384 (89.5%)	660 (90.4%)	0.07
<b><i>Sintomatología depresiva</i></b>			
<i>Tristeza posparto NO, n (%)</i>	362 (84.2%)	590 (80.6%)	0.15
<i>Poco interés, ningún día, n (%)</i>	330 (67.4%)	566 (67.6%)	0.10

<i>Decaída, ningún día, n (%)</i>	335 (68.4%)	571 (68.2%)	0.41
<i>Problemas sueño, ningún día, n (%)</i>	364 (74.3%)	610 (72.9%)	< 0.01
<i>Poca energía, ningún día, n (%)</i>	275 (56.1%)	470 (56.2%)	0.9
<i>Falta de apetito, ningún día, n (%)</i>	339 (69.2%)	600 (71.7%)	0.16
<i>Mala autoestima, ningún día, n (%)</i>	366 (74.7%)	647 (77.3%)	0.35
<i>Mala concentración, ningún día, n (%)</i>	384 (78.4%)	623 (74.4%)	< 0.01
<i>Enlentecimiento, ningún día, n (%)</i>	388 (79.2%)	667 (79.7%)	0.4

P25 = percentil 25; P75 = percentil 75

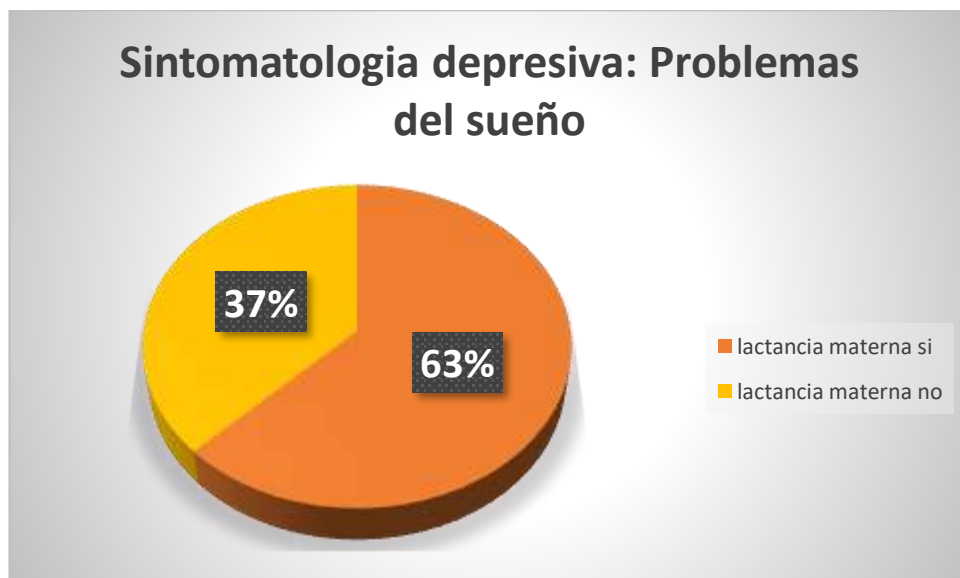
**Figura 3. Relación entre el estado civil: casada en el mantenimiento de la lactancia materna**



**Figura 4. Casos de cesárea en relación con el mantenimiento de la lactancia materna**



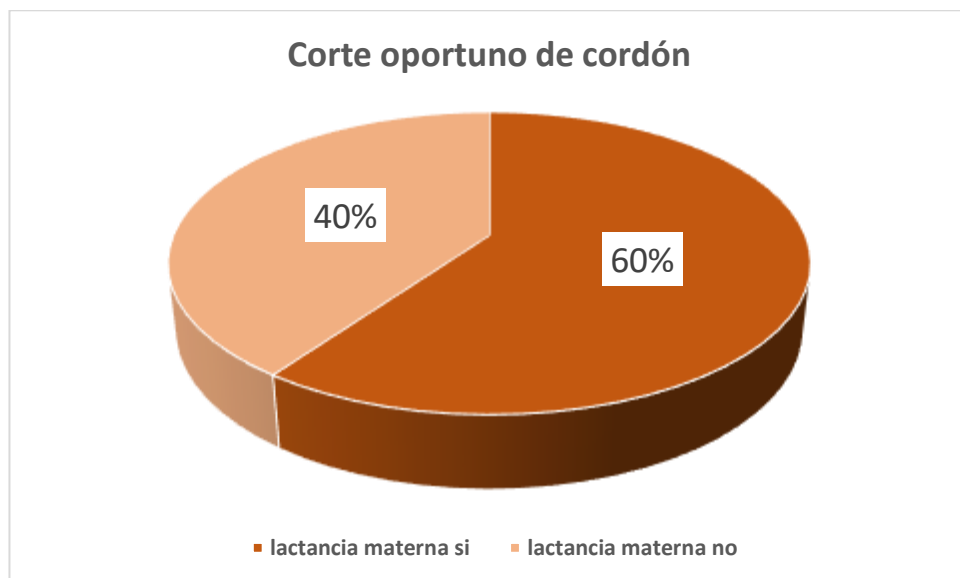
**Figura 5. Relación entre problemas de sueño y mantenimiento de la lactancia materna**



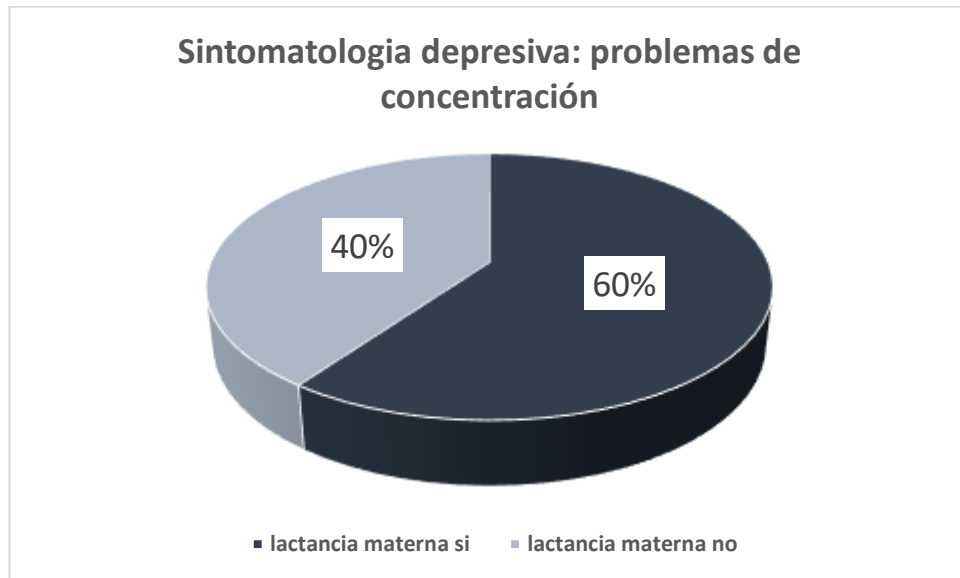
**Figura 6. Relación entre problemas de concentración y mantenimiento de la lactancia materna**



**Figura 7. Relación entre el corte oportuno de cordón y mantenimiento de la lactancia materna**



**Figura 8. Relación entre el control posparto y mantenimiento de la lactancia materna**



## **CAPITULO V**

### **DISCUSIÓN**

#### **Hallazgos principales**

El presente trabajo final de titulación nos permitió demostrar que existe una asociación entre la práctica de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses y una menor prevalencia de sintomatología depresiva entre las diadas incluidas en la Encuesta Nacional de salud del año 2018 en todo el territorio nacional.

Sin embargo, al tratarse de un estudio transversal, no fue posible inferir causalidad; no obstante, se tuvo que controlar con diversos factores de confusión tales como los socioeconómicos, relacionales y psicosociales; no obstante, medir el estado de ánimo materno en diferentes momentos; y a su vez utilizar varias medidas de iniciación, duración y exclusividad de la lactancia materna. Sin embargo, llama mucho la atención los elevados porcentajes de síntomas depresivos en las mujeres en el postparto específicamente como la tristeza posparto, seguido pérdida del interés, decaída, problemas del sueño, mala autoestima y concentración entre otros factores relacionados.

Por otro lado, existe evidencia que demuestran que la sintomatología depresiva se asocia con una menor adherencia a la práctica de lactancia materna exclusiva, resultados demostrados por Ko et al, que, durante el año 2017, en una población de 458 madres, demostraron que la depresión posparto se asoció con una duración más corta de la LME, es decir, los síntomas depresivos se asocian negativamente con las prácticas de lactancia, por lo que determinan que es necesario controlar la depresión

posnatal prenatal en las madres para alentarlas a que inicien la lactancia materna antes y durante más tiempo (Ko et al. 2017).

A su vez, tanto la depresión como la ansiedad materna tienen un impacto negativo en las prácticas de lactancia, resultados presentados por Coo et al, en el año 2020, en un estudio que participaron doscientas veintinueve mujeres desde el tercer trimestre de gestación hasta los 3 y 6 meses posparto, que demostraron que a más síntomas depresivos existe menor adherencia a la práctica de lactancia materna exclusiva a los tres meses posparto (Coo et al. 2020).

Sin embargo, la investigación realizada por Sha et al, en el estudio prospectivo demostraron que la relación entre la lactancia materna y los síntomas depresivos posparto muestra resultados mixtos. Los datos de revisiones sistemáticas anteriores han indicado que la sintomatología depresiva se asoció con la interrupción temprana de la LME, la disminución de la duración de la lactancia y el aumento de las dificultades para amamantar, es así que concluyeron que los síntomas depresivos a las 4 semanas posparto están asociados con el cese de la duración de la LME y parcial y la introducción de la fórmula en los 12 meses posteriores al parto (Sha et al. 2019).

Borra et al, encontraron que el efecto de la lactancia materna sobre el estado de ánimo materno difería tanto en la salud mental materna durante el embarazo; y si las madres tenían la intención de amamantar, es decir que la mayoría de las madres que no mostraron síntomas de depresión antes del nacimiento, la LME disminuyó el riesgo de sintomatología depresiva entre las madres que habían tenido la intención de amamantar, pero aumentó el riesgo de síntomas depresivos entre las madres que no habían tenido la intención de amamantar. (Borra et al. 2015).

A nivel nacional, la sintomatología depresiva se observó en aquellas madres que realizaron interrupción de la LME debido a tener alto riesgo obstétrico y las que se sometieron a cesárea a pesar de que no se sustenta estadísticamente, datos presentados por Figueroa y Menéndez, en estudio longitudinal de cohorte prospectiva, observacional y analítico realizado en diferentes unidades de salud de la provincia de Manabí en el año 2019. Estos hallazgos se corresponden con los encontrados en esta investigación las mujeres lactantes que se sometieron a cesárea y con la suspensión de la LME presentaron mayor riesgo de síntomas depresivos (Figueroa Vera y Menéndez Espinoza 2019).

El incremento de los riesgos de la presentación de sintomatología depresiva en las mujeres lactantes puede ser producida por el ingreso neonatal a UCIN, que entre otras causas puede producirse por baja instrucción, la condición socioeconómica baja, cuyos datos fueron recopilados por los autores Casillas y Tite, en el año 2017 en su estudio descriptivo analítico longitudinal realizado en 150 mujeres puérperas. Estos resultados contrastan con los encontrados en este estudio, debido que las mujeres en periodo de lactancia: casadas y en unión libre tienen mayor propensión a la presentación de síntomas depresivos en la interrupción de la LME (Casillas Peña y Tite Mallitasig 2017).

Entre otros hallazgos, Trumello et al, sugieren que un parto y la hospitalización del niño ejerce un efecto negativo sobre el estado emocional de las madres, su percepción de la autoimagen de los padres y, en consecuencia, el vínculo temprano con el niño, independientemente de la edad gestacional de los bebés. en el momento

del parto, provocando afectación en el mantenimiento de la LME (Trumello et al. 2018).

Contrariamente a las estimaciones, los síntomas de ansiedad y estados depresivos de las madres de la UCIN no afectan negativamente la exclusividad de la lactancia materna durante la primera semana de vida en la UCIN. Los bebés prematuros menores de 32 semanas de gestación y los bebés que nacen con problemas clínicos tienen tendencia a tener LME (Surmeli Onay et al. 2021).

Los resultados presentados por Monteban en el estudio analítico sobre factores asociados en la LME, demostró que la sintomatología depresiva probablemente disminuía la probabilidad de practicar la LME durante los 6 meses, debido a factores como la etnicidad, en relación al estudio que demuestra que las madres que son casadas y/o unión libre tienen menor propensión para mantener la LME entre la población ecuatoriana (Monteban 2018).

No obstante, la sintomatología depresiva puede magnificar la percepción de la madre sobre las dificultades para amamantar y también comprometer la interacción entre las madres y sus hijos, lo que conduce a niveles más bajos de satisfacción. Se han publicado algunas pruebas, especialmente durante los últimos 30 años, sobre la asociación entre los síntomas depresivos y el destete temprano. En los 48 manuscritos incluidos en un metanálisis sobre el tema realizado por Dias y Figueiredo, se encontró una asociación entre la interrupción temprana de la lactancia materna (tanto exclusiva como no exclusiva) y la presencia de síntomas depresivos (Dias y Figueiredo 2015) (de Avilla et al. 2020) (Farías-Antúnez et al. 2020) (Butler, Young, y Tuthill 2021).

Otro aspecto importante abordado por Avilla en el año 2020, fue la asociación entre la corta duración de la lactancia, la depresión durante el embarazo y la depresión posparto. En la conclusión de ese estudio, los autores afirman que las mujeres que presentan síntomas depresivos antes o después del parto tienen un alto riesgo de interrumpir la lactancia. Es posible que la satisfacción materna con la lactancia esté involucrada en la asociación entre el destete temprano y los síntomas depresivos (Avilla et al. 2020).

El estudio realizado Gila-Díaz et al, en el año 2020, en la cual participaron 711 mujeres, demostraron que los efectos protectores de la lactancia materna fueron menores para las mujeres que habían estado deprimidas durante el embarazo; pero la LME durante cuatro semanas pareció ejercer un efecto protector en este grupo, lo que no sucedió con las mujeres que no habían estado deprimidas durante el embarazo (Gila-Díaz et al. 2020).

### **Limitaciones**

El trabajo de investigación es presentado como un diseño transversal donde se analizó la base de datos del ENSANUT 2018, sin embargo, al revisar la metodología se aprecia el análisis secundario de una base de datos de información proveniente de encuestas realizadas a la población. Al respecto creemos que es conveniente describir los procedimientos usados para controlar los sesgos potenciales de confusión como los originados por el periodo de donde proceden los datos, la sintomatología depresiva en mujeres en periodo de lactancia.

Desafortunadamente, al no encontrar diferencias significativas mediante la utilización de un cuestionario validado que nos permite utilizar el puntaje total de

síntomas depresivos, no pudimos evaluar una asociación significativa e independiente que nos permita demostrar esta asociación entre síntomas depresivos y lactancia materna exclusiva a los 6 meses.

### **Fortalezas**

Por ser un estudio transversal, es un tipo de diseño observacional que implicó analizar datos y una muestra suficiente de población ecuatoriana en un momento específico. Además, se analizó los cambios de la población ecuatoriana a lo largo del tiempo y debido a la presencia de variables recabadas permitieron evaluar asociaciones entre los resultados y la exposición, a su vez con el objetivo de intentar modelos multi variantes.

## **CAPITULO VI**

### **CONCLUSIONES**

Nuestro estudio evidencia que los aspectos psicológicos juegan un papel en el patrón de lactancia, además de factores socioculturales y de antecedentes natales y postnatales.

En resumen, se descubrió que existe una asociación entre algunos síntomas depresivos sobre la práctica de la lactancia materna exclusiva. sin embargo, no pudimos demostrar una asociación independiente empleando un puntaje mediante un cuestionario validado puesto que la Encuesta Nacional de salud no empleó la totalidad de los ítems del cuestionario phq 9, consideramos que la asociación entre síntomas depresivos y la práctica de la lactancia materna exclusiva está mediado por múltiples factores que deben ser conocidos por parte del sistema de salud y por la parte de los trabajadores de la salud para mejorar las condiciones en las que las diadas madre e hijo puedan continuar con esta práctica.

## **RECOMENDACIONES**

La identificación temprana de los problemas de salud mental materna durante el período perinatal es importante para promover el bienestar emocional de la madre y prevenir las dificultades de la lactancia materna.

En este escenario, un paso importante es identificar, ya durante el embarazo o durante la lactancia, a las mujeres con mayor riesgo de desarrollar sintomatología depresiva. En este sentido, la recopilación de datos sobre el entorno psicosocial de la madre, incluida la información sobre su red de apoyo y la salud mental de su esposo / pareja, es extremadamente importante y necesaria.

Se debe ofrecer una evaluación psicosocial temprana y apoyo social a las madres en el período posparto temprano para prevenir indirectamente los resultados adversos de la lactancia materna.

Los trabajadores de la salud deben involucrar a las parejas en los programas de consejería y promoción de la lactancia materna, y prestar atención a las madres con problemas de salud mental.

Los planificadores de programas de atención médica deben trabajar para aumentar la cobertura de atención prenatal. Finalmente, se necesitan más estudios intervencionistas y longitudinales para mejorar la LME entre la población de madres ecuatorianas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adugna, Bethlihem, Henok Tadele, Fekadu Reta, y Yifru Berhan. 2017a. «Determinants of exclusive breastfeeding in infants less than six months of age in Hawassa, an urban setting, Ethiopia». *International Breastfeeding Journal* 12(1):45. doi: 10.1186/s13006-017-0137-6.
- Adugna, Bethlihem, Henok Tadele, Fekadu Reta, y Yifru Berhan. 2017b. «Determinants of exclusive breastfeeding in infants less than six months of age in Hawassa, an urban setting, Ethiopia». *International Breastfeeding Journal* 12. doi: 10.1186/s13006-017-0137-6.
- Aoyagi, Sona-Sanae, y Kenji J. Tsuchiya. 2019. «Does Maternal Postpartum Depression Affect Children's Developmental Outcomes?» *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 45(9):1809-20. doi: 10.1111/jog.14064.
- Asare, Bernard Yeboah-Asiamah, Joyce Veronica Preko, Diana Baafi, y Bismark Dwumfour-Asare. 2018. «Breastfeeding practices and determinants of exclusive breastfeeding in a cross-sectional study at a child welfare clinic in Tema Manhean, Ghana». *International Breastfeeding Journal* 13(1):12. doi: 10.1186/s13006-018-0156-y.
- de Avilla, Juliana Castro, Camila Giugliani, Agnes Meire Branco Leria Bizon, Ana Cláudia Magnus Martins, Andrea Francis Kroll de Senna, y Elsa Regina Justo Giugliani. 2020. «Association between maternal satisfaction with breastfeeding and postpartum depression symptoms». *PLoS ONE* 15(11):e0242333. doi: 10.1371/journal.pone.0242333.
- Avilla, Juliana Castro de, Camila Giugliani, Agnes Meire Branco Leria Bizon, Ana Cláudia Magnus Martins, Andrea Francis Kroll de Senna, y Elsa Regina Justo Giugliani. 2020. «Association between maternal satisfaction with breastfeeding and postpartum depression symptoms». *PLOS ONE* 15(11):e0242333. doi: 10.1371/journal.pone.0242333.
- Bascom, Erin McElderry, y Melissa A. Napolitano. 2016. «Breastfeeding Duration and Primary Reasons for Breastfeeding Cessation among Women with Postpartum Depressive Symptoms». *Journal of Human Lactation* 32(2):282-91. doi: 10.1177/0890334415619908.
- Borra, Cristina, Maria Iacovou, y Almudena Sevilla. 2015. «New Evidence on Breastfeeding and Postpartum Depression: The Importance of Understanding Women's Intentions». *Maternal and Child Health Journal* 19(4):897-907. doi: 10.1007/s10995-014-1591-z.
- Brown, Hilary K., Andrew S. Wilton, Joel G. Ray, Cindy-Lee Dennis, Astrid Guttmann, y Simone N. Vigod. 2019. «Chronic Physical Conditions and Risk for Perinatal Mental Illness: A Population-Based Retrospective Cohort Study». *PLOS Medicine* 16(8):e1002864. doi: 10.1371/journal.pmed.1002864.

- Butler, Margaret S., Sera L. Young, y Emily L. Tuthill. 2021. «Perinatal Depressive Symptoms and Breastfeeding Behaviors: A Systematic Literature Review and Biosocial Research Agenda». *Journal of Affective Disorders* 283:441-71. doi: 10.1016/j.jad.2020.11.080.
- Casillas Peña, Isaac Hernán, y Paola Lorena Tite Mallitasig. 2017. «Depresión postparto en madres de neonatos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatal (UCIN) y no hospitalizados, en los Hospitales un Canto a la Vida y Maternidad Nueva Aurora, un seguimiento desde la etapa gestacional.» B.S. thesis, PUCE.
- Cato, Karin, Sara M. Sylvén, Marios K. Georgakis, Natasa Kollia, Christine Rubertsson, y Alkistis Skalkidou. 2019. «Antenatal depressive symptoms and early initiation of breastfeeding in association with exclusive breastfeeding six weeks postpartum: a longitudinal population-based study». *BMC Pregnancy and Childbirth* 19. doi: 10.1186/s12884-019-2195-9.
- Ching, Constance, Paul Zambrano, Tuan T. Nguyen, Manisha Tharaney, Maurice Gerald Zafimanjaka, y Roger Mathisen. 2021. «Old Tricks, New Opportunities: How Companies Violate the International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes and Undermine Maternal and Child Health during the COVID-19 Pandemic». *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(5):2381. doi: 10.3390/ijerph18052381.
- Coo, Soledad, Maria Ignacia García, Andrea Mira, y Verónica Valdés. 2020. «The Role of Perinatal Anxiety and Depression in Breastfeeding Practices». *Breastfeeding Medicine* 15(8):495-500. doi: 10.1089/bfm.2020.0091.
- Dias, Cláudia Castro, y Bárbara Figueiredo. 2015. «Breastfeeding and Depression: A Systematic Review of the Literature». *Journal of Affective Disorders* 171:142-54. doi: 10.1016/j.jad.2014.09.022.
- Dueñas-Espín, Iván, Ángela León Cáceres, Angelica Álava, Juan Ayala, Karina Figueroa, Vanesa Loor, Wilmer Loor, Mónica Menéndez, David Menéndez, Eddy Moreira, René Segovia, y Johanna Vincés. 2021. «Breastfeeding Education, Early Skin-to-Skin Contact and Other Strong Determinants of Exclusive Breastfeeding in an Urban Population: A Prospective Study». *BMJ Open* 11(3):e041625. doi: 10.1136/bmjopen-2020-041625.
- Eastwood, John, Felix A. Ogbo, Alexandra Hendry, Justine Noble, y Andrew Page. 2017. «The Impact of Antenatal Depression on Perinatal Outcomes in Australian Women». *PLoS ONE* 12(1). doi: 10.1371/journal.pone.0169907.
- Farías-Antúnez, Simone, Iná Silva Santos, Alicia Matijasevich, y Aluisio Jardim Dornellas de Barros. 2020. «Maternal Mood Symptoms in Pregnancy and Postpartum Depression: Association with Exclusive Breastfeeding in a Population-Based Birth Cohort». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 55(5):635-43. doi: 10.1007/s00127-019-01827-2.

- Ferreira, Thelen Daiana Mendonça, Luciana Dantas Piccioni, Patricia Helena Breno Queiroz, Eliete Maria Silva, y Ianê Nogueira do Vale. 2018. «Influence of grandmothers on exclusive breastfeeding: cross-sectional study». *Einstein* 16(4):eAO4293. doi: 10.31744/einstein\_journal/2018AO4293.
- Figueroa Vera, Karina Antonia, y David Xavier Menéndez Espinoza. 2019. «Repercusión del riesgo obstétrico sobre la lactancia materna exclusiva en las puérperas y lactantes atendidos en los Centros de Salud Andrés de Vera, San Pablo, Portoviejo, Colón, La Piñonada, San Antonio, Jipijapa y Santa Rita y en el Hospital Verdi Cevallos en el periodo junio del 2018 a febrero del 2019».
- Freire, Wilma B., William F. Waters, Diana Román, Philippe Belmont, Emily Wilkinson-Salamea, Adrián Diaz, Ivan Palacios, y Enrique Bucheli. 2020a. «Breastfeeding practices and complementary feeding in Ecuador: implications for localized policy applications and promotion of breastfeeding: a pooled analysis». *International Breastfeeding Journal* 15(1):75. doi: 10.1186/s13006-020-00321-9.
- Freire, Wilma B., William F. Waters, Diana Román, Philippe Belmont, Emily Wilkinson-Salamea, Adrián Diaz, Ivan Palacios, y Enrique Bucheli. 2020b. «Breastfeeding Practices and Complementary Feeding in Ecuador: Implications for Localized Policy Applications and Promotion of Breastfeeding: A Pooled Analysis». *International Breastfeeding Journal* 15(1):75. doi: 10.1186/s13006-020-00321-9.
- Gila-Díaz, Andrea, Gloria Herranz Carrillo, Ángel Luis López de Pablo, Silvia M. Arribas, y David Ramiro-Cortijo. 2020. «Association between Maternal Postpartum Depression, Stress, Optimism, and Breastfeeding Pattern in the First Six Months». *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(19):7153. doi: 10.3390/ijerph17197153.
- Habibi, Mouna, Fatima Zahra Laamiri, Hassan Aguentaou, Loubna Doukkali, Mustapha Mrabet, y Amina Barkat. 2018. «The impact of maternal socio-demographic characteristics on breastfeeding knowledge and practices: An experience from Casablanca, Morocco». *International Journal of Pediatrics & Adolescent Medicine* 5(2):39-48. doi: 10.1016/j.ijpam.2018.01.003.
- Heinisch, Christine, Mirijam-Griseldis Galeris, Sandra Gabler, Susanne Simen, Juliane Junge-Hoffmeister, Judith Föbel, y Gottfried Spangler. 2019. «Mothers With Postpartum Psychiatric Disorders: Proposal for an Adapted Method to Assess Maternal Sensitivity in Interaction With the Child». *Frontiers in Psychiatry* 10:471. doi: 10.3389/fpsy.2019.00471.
- Hossain, Murad, Ashraful Islam, Tunku Kamarul, y Golam Hossain. 2018. «Exclusive Breastfeeding Practice during First Six Months of an Infant's Life in Bangladesh: A Country Based Cross-Sectional Study». *BMC Pediatrics* 18. doi: 10.1186/s12887-018-1076-0.

- Huiracocha-Tutiven, Lourdes, Adriana Orellana-Paucar, Victoria Abril-Ulloa, Mirian Huiracocha-Tutiven, Gicela Palacios-Santana, y Stuart Blume. 2019. «Desarrollo Infantil y Estado Nutricional En Ecuador». *Global Pediatric Health* 6:2333794X18821946. doi: 10.1177/2333794X18821946.
- Hunegnaw, Melkamu Tamir, Lemma Derseh Gezie, y Alemayehu Shimeka Teferra. 2017. «Exclusive breastfeeding and associated factors among mothers in Gozamin district, northwest Ethiopia: a community based cross-sectional study». *International Breastfeeding Journal* 12(1):30. doi: 10.1186/s13006-017-0121-1.
- Jacques, Nadège, Marilia Arndt Mesenburg, Alicia Matijasevich, Marlos Rodrigues Domingues, Andréa Dâmaso Bertoldi, Alan Stein, y Mariangela Freitas Silveira. 2020. «Trajectories of maternal depressive symptoms from the antenatal period to 24-months postnatal follow-up: findings from the 2015 Pelotas birth cohort». *BMC Psychiatry* 20. doi: 10.1186/s12888-020-02533-z.
- Jara-Palacios, Miguel Á., Angélica C. Cornejo, Gabriela A. Peláez, Jenny Verdesoto, y Andrés A. Galvis. 2015. «Prevalence and determinants of exclusive breastfeeding among adolescent mothers from Quito, Ecuador: a cross-sectional study». *International Breastfeeding Journal* 10(1):33. doi: 10.1186/s13006-015-0058-1.
- Khanlari, Sarah, John Eastwood, Bryanne Barnett, Sabrina Naz, y Felix Akpojene Ogbo. 2019. «Psychosocial and obstetric determinants of women signalling distress during Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) screening in Sydney, Australia». *BMC Pregnancy and Childbirth* 19. doi: 10.1186/s12884-019-2565-3.
- Ko, Jean Y., Sherry L. Farr, Patricia M. Dietz, y Cheryl L. Robbins. 2017. «Depression and Treatment Among U.S. Pregnant and Nonpregnant Women of Reproductive Age, 2005–2009». *Journal of women's health (2002)* 21(8):830-36. doi: 10.1089/jwh.2011.3466.
- Kroska, Emily B., y Zachary N. Stowe. 2020. «Postpartum Depression: Identification and Treatment in the Clinic Setting». *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 47(3):409-19. doi: 10.1016/j.ogc.2020.05.001.
- Lara-Cinisomo, Sandraluz, Kathryn McKenney, Arianna Di Florio, y Samantha Meltzer-Brody. 2017. «Associations Between Postpartum Depression, Breastfeeding, and Oxytocin Levels in Latina Mothers». *Breastfeeding Medicine* 12(7):436-42. doi: 10.1089/bfm.2016.0213.
- Meaney, Michael J. 2018. «Perinatal Maternal Depressive Symptoms as an Issue for Population Health». *American Journal of Psychiatry* 175(11):1084-93. doi: 10.1176/appi.ajp.2018.17091031.

- Meltzer-Brody, S., M. L. Maegbaek, S. E. Medland, W. C. Miller, P. Sullivan, y T. Munk-Olsen. 2017. «Obstetrical, Pregnancy and Socio-Economic Predictors for New-Onset Severe Postpartum Psychiatric Disorders in Primiparous Women». *Psychological Medicine* 47(8):1427-41. doi: 10.1017/S0033291716003020.
- Meltzer-Brody, Samantha, Louise M. Howard, Veerle Bergink, Simone Vigod, Ian Jones, Trine Munk-Olsen, Simone Honikman, y Jeannette Milgrom. 2018. «Postpartum Psychiatric Disorders». *Nature Reviews. Disease Primers* 4:18022. doi: 10.1038/nrdp.2018.22.
- Monteban, Madalena Femina. 2018. «Factores asociados con la lactancia materna en madres concurrentes a servicios de Atención Primaria en Salud en el NOA». *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Jujuy* (54):191-212.
- Nkrumah, Jacqueline. 2017. «Maternal work and exclusive breastfeeding practice: a community based cross-sectional study in Efutu Municipal, Ghana». *International Breastfeeding Journal* 12:10. doi: 10.1186/s13006-017-0100-6.
- Ogbo, Felix Akpojene, John Eastwood, Alexandra Hendry, Bin Jalaludin, Kingsley E. Agho, Bryanne Barnett, y Andrew Page. 2018. «Determinants of antenatal depression and postnatal depression in Australia». *BMC Psychiatry* 18. doi: 10.1186/s12888-018-1598-x.
- Ogbo, Felix Akpojene, Hillary Nguyen, Sabrina Naz, Kingsley E. Agho, y Andrew Page. 2018. «The association between infant and young child feeding practices and diarrhoea in Tanzanian children». *Tropical Medicine and Health* 46(1):2. doi: 10.1186/s41182-018-0084-y.
- Ortiz-Prado, Esteban, Anna Stewart Ibarra, Dario Ramirez-Villacis, Estefanía Espín, y Abigail Morrison. 2016. «Artificial Infant Formula Consumption and Breastfeeding Trends in Ecuador, A Population-Based Analysis from 2007 to 2014». *Global journal of health science* 8. doi: 10.5539/gjhs.v8n11p184.
- Ortiz-Prado, Esteban, Anna Stewart-Ibarra, Dario Ramirez, Estefania Espin, y Abigail Morrison. 2016. «Artificial Infant Formula Consumption and Breastfeeding Trends in Ecuador, A Population-Based Analysis from 2007 to 2014». *Global Journal of Health Science* 8(11):p184. doi: 10.5539/gjhs.v8n11p184.
- Peregrino, Andressa B., Richard G. Watt, Anja Heilmann, y Stephen Jivraj. 2018. «Breastfeeding Practices in the United Kingdom: Is the Neighbourhood Context Important?». *Maternal & Child Nutrition* 14(4):e12626. doi: 10.1111/mcn.12626.
- Pérez-Escamilla, Rafael, Josefa L. Martinez, y Sofia Segura-Pérez. 2016. «Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health

- outcomes: a systematic review». *Maternal & Child Nutrition* 12(3):402-17. doi: 10.1111/mcn.12294.
- Rana, Md Masud, Md Rafiqul Islam, Md Reazul Karim, Ahmed Zohirul Islam, Md Akramul Haque, Md Shahiduzzaman, y Md Golam Hossain. 2020. «Knowledge and practices of exclusive breastfeeding among mothers in rural areas of Rajshahi district in Bangladesh: A community clinic based study». *PLOS ONE* 15(5):e0232027. doi: 10.1371/journal.pone.0232027.
- Reifsnider, Elizabeth, Jenna Flowers, Michael Todd, Jennie Bever Babendure, y Michael Moramarco. 2016. «The Relationship Between Breastfeeding, Postpartum Depression, and Postpartum Weight in Mexican American Women». *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN* 45(6):760-71. doi: 10.1016/j.jogn.2016.05.009.
- Rollins, Nigel C., Nita Bhandari, Nemat Hajeebhoy, Susan Horton, Chessa K. Lutter, Jose C. Martines, Ellen G. Piwoz, Linda M. Richter, y Cesar G. Victora. 2016. «Why Invest, and What It Will Take to Improve Breastfeeding Practices?» *The Lancet* 387(10017):491-504. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01044-2.
- Romero-Martínez, Martín, Teresa Shamah-Levy, Edgar Vielma-Orozco, Octavio Heredia-Hernández, Jaime Mojica-Cuevas, Lucía Cuevas-Nasu, Juan Rivera-Dommarco, Martín Romero-Martínez, Teresa Shamah-Levy, Edgar Vielma-Orozco, Octavio Heredia-Hernández, Jaime Mojica-Cuevas, Lucía Cuevas-Nasu, y Juan Rivera-Dommarco. 2019. «Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: metodología y perspectivas». *Salud Pública de México* 61(6):917-23. doi: 10.21149/11095.
- Schafer, Ellen J., Shelly Campo, Tarah T. Colaizy, Pamela J. Mulder, Patrick Breheny, y Sato Ashida. 2017. «First-time mothers' breast-feeding maintenance: role of experiences and changes in maternal perceptions». *Public Health Nutrition* 20(17):3099-3108. doi: 10.1017/S136898001700221X.
- Sha, Tingting, Xiao Gao, Cheng Chen, Ling Li, Gang Cheng, Xialing Wu, Qianling Tian, Fan Yang, Qiong He, y Yan Yan. 2019. «A prospective study of maternal postnatal depressive symptoms with infant-feeding practices in a Chinese birth cohort». *BMC Pregnancy and Childbirth* 19. doi: 10.1186/s12884-019-2559-1.
- Sharifi, Farangis, Soheila Nouraei, y Ehsan Shahverdi. 2016. «The Relation of Pre and Postnatal Depression and Anxiety with Exclusive Breastfeeding». *Electronic Physician* 8(11):3234-39. doi: 10.19082/3234.
- Stark, Elisabeth, Jessica Shim, Carolyn Ross, y Emily Stinnett Miller. 2018. «The Impact of Perinatal Depression on Breastfeeding Rates [15K]». *Obstetrics & Gynecology* 131:122S. doi: 10.1097/01.AOG.0000533518.70477.73.

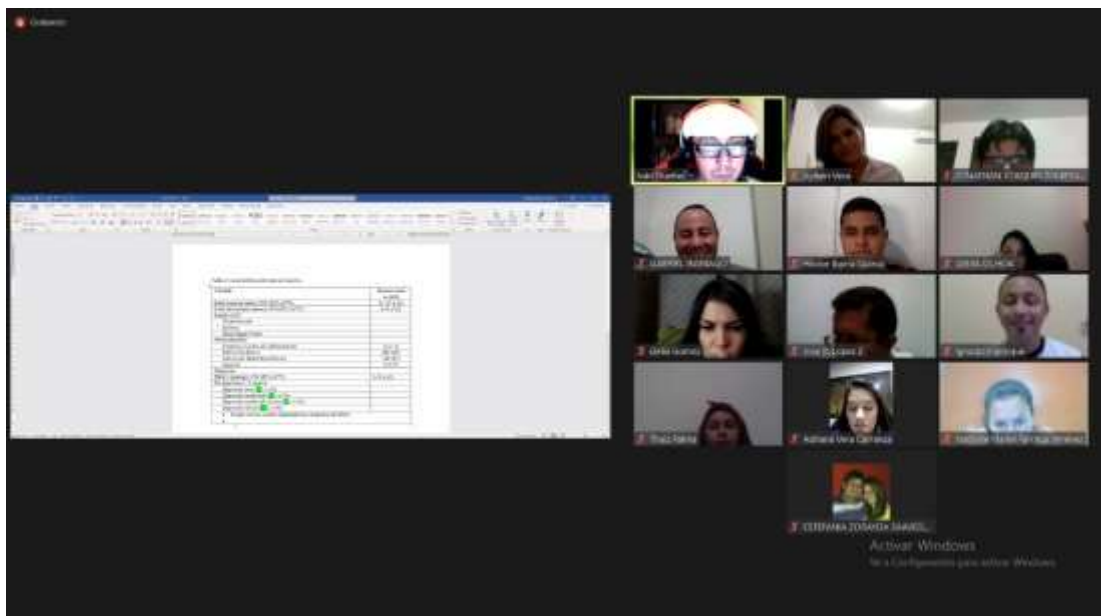
- Surmeli Onay, Ozge, Tevhide Derya Sarilar, Hacer Taskiran Tepe, Hulya Ozen, y Neslihan Tekin. 2021. «The Relationship of Breastfeeding Patterns in the Neonatal Intensive Care Unit to Maternal Symptoms of Anxiety and Depression». *Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine* 16(3):251-57. doi: 10.1089/bfm.2020.0223.
- Takahashi, Kenzo, Togoobaatar Ganchimeg, Erika Ota, Joshua P. Vogel, João Paulo Souza, Malinee Laopaiboon, Cynthia Pileggi Castro, Kapila Jayaratne, Eduardo Ortiz-Panozo, Pisake Lumbiganon, y Rintaro Mori. 2017. «Prevalence of early initiation of breastfeeding and determinants of delayed initiation of breastfeeding: secondary analysis of the WHO Global Survey». *Scientific Reports* 7. doi: 10.1038/srep44868.
- Trumello, Carmen, Carla Candelori, Marika Cofini, Silvia Cimino, Luca Cerniglia, Marinella Paciello, y Alessandra Babore. 2018. «Mothers' Depression, Anxiety, and Mental Representations After Preterm Birth: A Study During the Infant's Hospitalization in a Neonatal Intensive Care Unit». *Frontiers in Public Health* 6:359. doi: 10.3389/fpubh.2018.00359.
- Victoria, Cesar G., Rajiv Bahl, Aluísio J. D. Barros, Giovanni V. A. França, Susan Horton, Julia Krasevec, Simon Murch, Mari Jeeva Sankar, Neff Walker, y Nigel C. Rollins. 2016. «Breastfeeding in the 21st Century: Epidemiology, Mechanisms, and Lifelong Effect». *The Lancet* 387(10017):475-90. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7.
- Woolhouse, Hannah, Jennifer James, Deirdre Gartland, Ellie McDonald, y Stephanie J. Brown. 2016. «Maternal Depressive Symptoms at Three Months Postpartum and Breastfeeding Rates at Six Months Postpartum: Implications for Primary Care in a Prospective Cohort Study of Primiparous Women in Australia». *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives* 29(4):381-87. doi: 10.1016/j.wombi.2016.05.008.

## ANEXOS

### ANEXO 1.-



### ANEXO 2.-



### ANEXO 3.-

