

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**EFFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE  
ENFERMERÍA EN LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN  
PUÉRPERAS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I – 4 JOSÉ  
ANTONIO ENCINAS, PUNO – 2017**

**TESIS**

**PRESENTADA POR:**

**IVONNE ALMENDRA LIQUE PACOMPIA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PUNO – PERÚ**

**2017**



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



EFFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA EN LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS DEL ESTABLECIMIENTO

DE SALUD I – 4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO – 2017

TESIS PRESENTADA POR:

IVONNE ALMENDRA LIQUE PACOMPIA

Fecha de sustentación: 07 – julio – 2017

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

APROBADO POR EL JURADO FIRMANTE CONFORMADO POR:

PRESIDENTE DE JURADO :.....

Mg. FILOMENA LOURDES QUICAÑO DE LOPEZ

PRIMER JURADO :.....

Mg. ZORAIDA NICOLASA RAMOS PINEDA

SEGUNDO JURADO :.....

Lic. JULIA BELIZARIO GUTIERREZ

TERCER JURADO :.....

Dr. Sc. TITA FLORES DE QUISPE

PUNO – PERÚ

2017

Área : Salud Reproductiva

Línea : Salud de la mujer

Tema : Depresión postparto

## DEDICATORIA

*A Dios, por darme la dicha de vivir, por estar junto a mí en cada paso que he dado, quien nunca me abandona, ahora y siempre, y por fortalecer e iluminar mi corazón para obrar con honestidad, humildad y paciencia.*

*A mi amada madre, Bertha, por todo su apoyo incondicional, por su sacrificio, comprensión, apoyo moral y emocional, ejemplo de perseverancia, honestidad y amor genuino hacia mí; a ella, que me permitió culminar con este sueño que ahora ya es una realidad.*

*A mi abuelita Isabel, que con su apoyo moral, me impulsa a seguir creciendo profesionalmente día a día. A mi hermana Karina Geraldine por su comprensión, apoyo fraterno en los momentos más difíciles y a quien apoyaré por siempre para mantener la unidad familiar ahora y siempre.*

*Por último y no menos importante a mis amigas y amigos, con quienes compartí grandes experiencias a lo largo de mis estudios y que con su apoyo moral, compañerismo y enseñanzas permitieron el desarrollo y el logro de mis metas.*

**IVONNE ALMENDRA**

## *AGRADECIMIENTO*

*A mi alma mater, la Universidad Nacional del Altiplano - Puno, por abrirme las puertas y por haberme brindado toda la formación profesional, preparándome para un futuro competitivo, capaz de solucionar problemas y situaciones que afectan a nuestra sociedad, siendo la nueva protagonista del cambio.*

*A los docentes de la Escuela Profesional de Enfermería, por su labor de impartir conocimientos, habilidades, destrezas y experiencias durante toda mi formación académica y profesional, que hoy hacen que pueda contribuir al desarrollo de nuestra región de Puno.*

*A mi Directora y asesora de tesis Dr. Sc. Tita Flores de Quispe, por su conducción, por las constantes orientaciones y apoyo moral durante el presente trabajo de investigación.*

*A los miembros del jurado, revisores de la presente tesis: Mg. Filomena Lourdes Quicaño de Lopez, Mg. Zoraida Nicolasa Ramos Pineda y Lic. Julia Belizario Gutierrez por sus aportes y orientación en el presente trabajo de investigación.*

*A las autoridades del Establecimiento de Salud I - 4 José Antonio Encinas, a todas las enfermeras y profesionales de la salud que laboran, por brindarme el apoyo en la ejecución del presente trabajo, y sobre todo, a las gestantes que fueron atendidas, que con su participación voluntaria contribuyeron a la culminación de éste trabajo de investigación.*

*IVONNE ALMENDRA*

## ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	3
AGRADECIMIENTO.....	4
ÍNDICE DE TABLAS.....	6
ACRÓNIMOS.....	7
RESUMEN.....	8
ABSTRACT.....	9
<b>CAPÍTULO I</b> .....	10
INTRODUCCIÓN.....	10
1.1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	10
1.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	13
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	24
1.4. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO.....	24
1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	25
1.6. CARACTERIZACIÓN DEL ÁREA DE INVESTIGACIÓN.....	25
<b>CAPÍTULO II</b> .....	27
REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	27
2.1. MARCO TEÓRICO.....	27
2.2. MARCO CONCEPTUAL.....	51
2.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.....	56
<b>CAPÍTULO III</b> .....	57
MATERIALES Y MÉTODOS.....	57
3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	57
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN.....	58
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	59
3.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	60
3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	62
<b>CAPÍTULO IV</b> .....	64
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	64
4.1. RESULTADOS.....	64
4.2. DISCUSIÓN.....	80
CONCLUSIONES.....	87
RECOMENDACIONES.....	88
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89
ANEXOS.....	95

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>TABLA N° 1</b>	INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA Y SU EFECTO EN LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I - 4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO - 2017.	64
<b>TABLA N° 2</b>	DEPRESIÓN ANTES DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA EN GESTANTES DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I - 4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO - 2017.	66
<b>TABLA N° 3</b>	DEPRESIÓN POSTPARTO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA EN PUÉRPERAS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I - 4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO - 2017.	67
<b>TABLA N° 4</b>	EDAD DE LA PUÉRPERA EN LA DEPRESIÓN POSTPARTO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO - 2017.	68
<b>TABLA N° 5</b>	PROCEDENCIA DE LA PUÉRPERA EN LA DEPRESIÓN POSTPARTO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO - 2017.	70
<b>eTABLA N° 6</b>	PARIDAD DE LA PUÉRPERA EN LA DEPRESIÓN POSTPARTO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO - 2017.	72
<b>TABLA N° 7</b>	GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA PUÉRPERA EN LA DEPRESIÓN POSTPARTO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO - 2017.	74
<b>TABLA N° 8</b>	ESTADO CIVIL DE LA PUÉRPERA EN LA DEPRESIÓN POSTPARTO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO - 2017.	76
<b>TABLA N° 9</b>	TIPO DE PARTO DE LA PUÉRPERA EN LA DEPRESIÓN POSTPARTO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO - 2017.	78

## ACRÓNIMOS

ANA (siglas en inglés)	: Asociación Americana de Enfermería.
DPCP	: Depresión postparto moderada y Psicosis Puerperal.
DPP	: Depresión postparto.
DPSP	: Depresión postparto sin psicosis.
DPSS (siglas en inglés)	: Predictores de depresión postparto en puérperas.
DSM-IV mentales.	: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
EDPS	: Escala de depresión postparto de Edinburgh.
ESE	: Empresa Social del Estado.
ESSALUD	: Seguro Social del Perú.
INMP	: Instituto Nacional Materno Perinatal.
LME	: Lactancia materna exclusiva.
MINSA	: Ministerio de Salud.
OE	: Objetivo específico.
OG	: Objetivo general.
OMS	: Organización Mundial de la Salud.
PAE	: Proceso de Atención de Enfermería.
PDSS (siglas en inglés)	: Predictores de depresión postparto en puérperas.
RN	: Recién nacido.
SLM	: Sustitos de leche materna.
UNICEF	: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación, se realizó con el objetivo de determinar la efectividad de la Intervención Educativa de Enfermería en la depresión postparto en puérperas del Establecimiento de Salud I – 4 José Antonio Encinas, Puno en el 2017. El estudio fue de tipo pre experimental, con un solo grupo antes (gestante) y después (puérpera), analítica y longitudinal, la muestra fue 68 gestantes y las mismas durante el puerperio. Los resultados fueron: en la categoría sin depresión, antes de la intervención, no se observó ni una paciente dentro de esta categoría, después de la intervención se tuvo un 29,41%; para la categoría depresión leve, antes de la intervención presentó un 13,24%, después de la intervención se tuvo un 55,88%; para la categoría depresión moderada, antes de la intervención presentó un 77,94%, después de la intervención disminuyó a 14,71%; y para la categoría depresión severa, antes de la intervención presentó un 8,82% y después de la intervención no se observó ni una paciente dentro de esta categoría. Las características personales de la puérpera son: la edad el 86,76% de 19 a 35 años, la procedencia el 60,29% del distrito de Puno, la paridad el 50% son multíparas, grado de instrucción el 30,88% con secundaria completa, estado civil 57,35% es conviviente, y el tipo de parto un 89,71% son eutróficos. Se concluye que la Intervención Educativa de Enfermería referente a la lactancia materna y apego precoz, es efectiva ( $p < 0,05$ ), en la disminución de depresión postparto en puérperas; las características personales de la puérpera que intervienen en la disminución de depresión postparto son la edad, procedencia, paridad, grado de instrucción, estado civil y tipo de parto, todas estadísticamente significativas para  $p < 0,05$ .

**PALABRAS CLAVE.**- intervención educativa de enfermería, depresión postparto, lactancia materna, apego precoz, gestante, puérpera.



## ABSTRACT

The present study was carried out with the objective of determining the effectiveness of the Nursing Education Intervention in postpartum depression in postpartum women in the Health Establishment I - 4 José Antonio Encinas, Puno in 2017. The study was pre – experimental, with a single group before (pregnant) and after (puerpera), analytical and longitudinal, the sample was 68 pregnant and the same during the puerperium. The results were: in the no-depression category, before the intervention, no patient was observed in this category; after the intervention, there was a 29.41%; for the mild depression category, before the intervention presented a 13,24%, after the intervention had a 55,88%; for the moderate depression category, before the intervention presented 77,94%; after the intervention decreased to 14,71%; and for the category severe depression, before the intervention presented 8,82% and after the intervention no patient was observed in this category. The personal characteristics of the puerpera are: age 86,76% from 19 to 35 years old, 60,29% from the district of Puno, parity 50% are multiparous, education level 30,88% full secondary, civil status 57,35% are cohabiting, and the type of birth 89,71% are eutrophic. It is concluded that Nursing Education Intervention regarding breastfeeding and early attachment is effective ( $p < 0,05$ ), in the reduction of postpartum depression in puerperae; the personal characteristics of the puerperal woman involved in the decrease in postpartum depression are age, origin, parity, educational level, marital status and type of delivery, all statistically significant for  $p < 0,05$ .

**KEYWORDS.-** nursing education intervention, postpartum depression, breastfeeding, early attachment, pregnant, postpartum.

## CAPÍTULO I

### INTRODUCCIÓN

#### 1.1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El personal de salud en su vida laboral cotidiana observa con frecuencia problemas de depresión postparto, muchas veces estos se agudizan teniendo que recibir medicación e intervención de especialistas, pues si no se interviene, podría afectar a la morbilidad y hasta la mortalidad del(la) niño(a) y el de la madre. Actualmente, los trastornos depresivos representan un problema de salud pública por su alta frecuencia y por asociarse a altos índices de discapacidad. Un conocido factor de riesgo para la depresión postparto es el sexo femenino.

El periodo postparto es un periodo de vulnerabilidad emocional y de alto riesgo para desarrollar desórdenes emocionales, así el 50 al 90% de las mujeres experimentan en el postparto, diferentes grados de desórdenes afectivos. Por cada 10 madres puérperas entre 6 a 9 presentan depresión postparto, siendo más frecuente en madres primíparas, muchas madres puérperas suelen tener crisis de depresión, prolongándose de manera crítica, cuando visitan al psicólogo es necesario muchas veces terapias, donde incluso debe participar la pareja conyugal y el entorno familiar, por tanto, se considera de gran importancia el apoyo psicológico del entorno familiar y social de la puérpera. <sup>(1)</sup>

La depresión postparto (DPP) es entendida como la presencia de todo trastorno deprimente, sin síntomas psicóticos, suele comenzar en cualquier momento posterior al parto, ya sea días, semanas, meses y hasta un año después, puede afectar en cualquier tipo de parto o número de embarazo. Los síntomas presentados se caracterizan por pérdida de interés, llanto, desánimo, sentimientos de incapacidad o inhabilidad para afrontar situaciones, agotamiento físico, alteraciones del sueño y del apetito, dificultad para concentrarse e ideas de minusvalía sobre la crianza y cuidados del recién nacido y las tareas domésticas. Son frecuentes, también, los sentimientos de culpa y autocensura por no estar amando o cuidando al hijo lo suficiente, con frecuencia se presentan síntomas de

ansiedad. Conlleva consecuencias negativas para las propias mujeres, que van deteriorando su nivel de salud, calidad de vida y relaciones personales, también para el desarrollo del(la) niño(a), que presenta un mayor riesgo de trastornos afectivos e incompetencia social, problemas de conducta y somáticos, problemas de atención, dificultades en el aprendizaje y desarrollo cognitivo. <sup>(2,3)</sup>

La depresión postparto no tiene una sola causa, sino que es consecuencia de una combinación de factores físicos y emocionales, no ocurre por algo que la madre hace o deja de hacer, después de dar a luz, los niveles de hormonas (estrógeno y progesterona) en las mujeres bajan rápidamente, esto genera alteraciones químicas en el cerebro que pueden provocar cambios en el estado de ánimo. Además, muchas mujeres no pueden descansar tanto como deberían para poder recuperarse totalmente del parto, la falta constante de sueño puede generar incomodidad física y agotamiento, factores que pueden contribuir a los síntomas de la depresión postparto. <sup>(4)</sup>

Al respecto, un estudio realizado en el Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca – Ecuador, demostró que la prevalencia de depresión postparto es 34,3% (85 mujeres de 248 participantes), además 6,5% de las participantes (16 madres) presentó depresión postparto directa determinada por ideación suicida según la Escala de depresión postparto de Edinburgo (EDPS) asociado a no encontrarse en edad reproductiva ideal, no recibir apoyo familiar durante el embarazo y sufrir violencia intrafamiliar. <sup>(5)</sup>

Asimismo, otro estudio en el Hospital Dr. Manuel Noriega Trigo de San Francisco en Venezuela, demostró que el 4% de púerperas adolescentes y 72% de las adultas tuvieron probable DPP, sin embargo las adolescentes mostraron significativamente una mayor frecuencia de ansiedad, sentimiento de culpa y dificultad para la concentración, que es indicativo de un mayor riesgo de presentar DPP. En las adultas predominó como factores de riesgo significativos el bajo nivel educativo, las dificultades con la lactancia y la presencia de trastornos afectivos desde el embarazo. <sup>(6)</sup>

También, en un estudio realizado en el Hospital II del Seguro Social de Salud del Perú (EsSALUD) y Hospital del Ministerio de Salud del Perú (MINSA) de Tarapoto en el departamento de San Martín, demostró que la proporción de depresión postparto es 44,4% en EsSALUD y 58,9% en MINSA. Existió influencia significativa entre las características sociales y la depresión postparto en púerperas atendidas en ambos

establecimientos de salud (lugar donde vive, tenencia de la vivienda, grado de instrucción de la pareja y ocupación de la pareja).<sup>(7)</sup>

Y en el Establecimiento de Salud I – 4 José Antonio Encinas del distrito de Puno, se realizó un estudio de DPP con puérperas primíparas y multíparas cuyos resultados fueron que del 53,62% de ellas el 21,7% oscila en las edades de 16 a 19 años, el 27,5% proceden de la zona urbana, el 18,8% tienen grado de instrucción secundaria completa, el 31,9% son convivientes y el 21,7% tiene como ocupación su casa, de lo que se concluye que un poco más de la mitad de puérperas primíparas presentaron depresión postparto en el rango de edad de 16 a 19 años (adolescentes).<sup>(8)</sup>

Es de gran importancia la detección precoz de la DPP, incluso desde el embarazo, pues se trata de una enfermedad que interfiere en el proceso de apego materno filial produciendo efectos negativos para ambos si no es tratada a tiempo, además que se presenta en grandes proporciones.

Ante tal situación, en el Hospital Perinatal de México, el 98,2% de gestantes adolescentes presentaron algún grado de depresión; 4,7% refirieron haber abortado en embarazos previos y 10,0% dijeron haber tenido más de una pareja sexual. La depresión fue calificada como leve en 64%, y 18,1% mencionaron violencia por su pareja, la de mayor severidad ocurre en primogénitas que tienen mayor número de miembros en su familia y que refieren violencia de su pareja.<sup>(9)</sup>

En el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en Perú, un 40,1% de gestantes (89 de 222) presentaron depresión mayor, además las mujeres casadas tendían a deprimirse menos; las que no planificaron su embarazo y que presentaron complicaciones durante su gestación tendieron a deprimirse más que sus pares. Se debe prestar especial atención a las mujeres que manifiestan tener un embarazo no planificado y las que sufren complicaciones durante su embarazo.<sup>(10)</sup>

Además la interacción materna infantil temprana demuestra que los(as) niños(as) de madres con depresión tienen más riesgo de trastornos en el apego, afectivos, cognitivos y conductuales. Las madres depresivas tienden a discontinuar la lactancia o a experimentar más dificultades de amamantamiento, los(as) niños(as) tienen más consultas de urgencias y disminuyen las consultas preventivas, afecta la conducta exploratoria saludable del(la) niño(a), y tienen menos actividad, menos expresiones faciales de

satisfacción y menos interacciones de juego con ellos. Las interacciones maternas tempranas insensibles predicen una pobre ejecución cognitiva, problemas de atención y de razonamiento matemático. Los niños son más afectados que las niñas y tienen mayor riesgo de psicopatología. El trauma relacional genera un daño acumulativo y crónico, en donde el(la) niño(a) como consecuencia, sufre una pérdida en la habilidad para regular la intensidad de los afectos, tiene un aumento en la sensibilidad a los efectos del estrés en edades posteriores desarrollando una vulnerabilidad a las enfermedades psiquiátricas.<sup>(11)</sup>

Asimismo, durante las prácticas clínicas en el servicio de Ginecoobstetricia del Establecimiento de Salud I – 4 José Antonio Encinas, en el ambiente de alojamiento conjunto, se ha observado a las puérperas inmediatas y mediatas, que tienen dificultad en el cuidado de su recién nacido, cuando estos lloraban no sabían que hacer para calmarlos, manifestando que la venida de su bebé había dado un cambio en su vida, asimismo manifestaron la gran mayoría de ellas, sentimientos de depresión postparto, sumado al desconocimiento del porque surge estos sentimientos, pues durante las atenciones prenatales no habían escuchado, no se les habían explicado o evaluado sobre este estado emocional. Por ende, el profesional de enfermería y el equipo de salud en conjunto, deben identificar oportunamente este tipo de problemas, incluso se debe intervenir de manera preventiva, por lo que amerita realizar intervenciones educativas antes de la maternidad y durante el embarazo.

## 1.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

**A NIVEL MUNDIAL** se encontró las siguientes investigaciones:

En un estudio de investigación realizado por Fernández y Sánchez en España (2015), denominado “La depresión en la mujer gestante y su influencia en el proceso de vinculación afectiva prenatal”, el objetivo fue analizar qué influencia ejercen las variables sociodemográficas y personales en el desarrollo de la depresión y en el proceso de vinculación afectiva con el futuro hijo. Los resultados fueron: no aparecen diferencias significativas en relación con las variables independientes (trimestre de gestación, estado civil, número de hijos, situación laboral de la mujer gestante, estudios de la pareja, profesión de la pareja, situación laboral de la pareja, mes de aplicación del protocolo, y profesión de la mujer gestante). Además la variable depresión asociado con el estado de ánimo presenta una relación inversa, siendo positiva la asociación con estrés. Las

conclusiones fueron que el nivel de estudios de la madre influye en el estado emocional del proceso de adaptación al embarazo presentando las mujeres con estudios primarios mayor índice de depresión; la edad tanto de la mujer como de su pareja influye en el estado emocional de la mujer gestante, de ahí que una edad inferior a 25 años en ambos, se encuentra un mayor índice de depresión; la depresión influyen negativamente en la satisfacción marital experimentada y percibida, dificulta la aceptación del embarazo y las relaciones personales e influye negativamente sobre la conducta y salud de la mujer; la depresión correlaciona negativamente con el estado de energía y sensación de bienestar experimentados por la mujer gestante y positivamente con estrés. <sup>(12)</sup>

En la investigación realizado por Chávez et al., en España (2014), denominado “Experiencia grupal de mujeres embarazadas y en etapa postparto, y su relación con la depresión y algunos factores sociales”. A través de la experiencia grupal con base en un curso previamente aplicado en el Hospital de San Francisco, Estados Unidos, se intentó identificar algunos factores sociales que llevan a la depresión, considerando los sentimientos y pensamientos de las participantes. La dinámica general del grupo se dio en un ambiente de completo respeto con la libertad de expresar sensaciones que les generaban las actividades cotidianas. Estuvo constituida por 4 sesiones, el curso “Mamás y bebés, construyendo una realidad saludable”, resultó ser una experiencia importante para las mujeres en la etapa postparto, pero sobre todo durante el embarazo. La experiencia grupal fue un espacio de empoderamiento, ya que hicieron suyo al manifestar “sin peros” sus sentimientos y pensamientos sobre la maternidad, así como; su estado de ánimo. Se identificaron algunos factores sociales que determinan la presencia de la depresión: embarazo no previsto, miedo a la pérdida de la pareja, los problemas de comunicación con su entorno y lo que representa el rol de género; además se generaron cambios en la manera de pensar y de conducirse como madres, también lograron asumir la responsabilidad del embarazo y de la etapa postparto desde la perspectiva de la construcción de un proyecto de vida, reivindicando sus objetivos de maternidad, de salud mental que incluyera la atención a sus necesidades para así obtener consejos para solucionar sus problemas de pareja. Con base en lo anterior se puede reconocer la importancia de los cursos para madres gestantes como herramienta de apoyo en la etapa postparto impartida por las instituciones de salud así como una alternativa de solución para disminuir la depresión. <sup>(13)</sup>

Y, en el trabajo de investigación realizado por Otal et al., en España (2012), denominado “El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea” realizado en una muestra de 241 pacientes. Los resultados mostraron la edad media de las madres de 31,5 años y una edad gestacional media al momento del parto de 38,9 semanas. El 26,4% habían dado de lactar previamente, el 79,6% habían recibido información previa sobre lactancia, la mayoría eran primíparas (65,8%) y solo un 36,4% recibió contacto precoz piel a piel. Asimismo, las variables predictoras: contacto precoz, problemas en lactancias anteriores, nacionalidad, edad materna y edad gestacional muestran una significación estadística ( $p < 0,05$ ); hallazgos que llevaron a concluir que la lactancia materna está relacionada con el contacto precoz entre el recién nacido y la madre. La probabilidad de que tras establecer este contacto precoz se dé lactancia materna es 2,3 veces mayor que si no se hace. <sup>(14)</sup>

**A NIVEL DE LATINOAMÉRICA** se encontró las siguientes investigaciones:

La investigación realizado por Santacruz y Serrano en Ecuador (2015), denominado: “Depresión postparto - prevalencia y factores de riesgo en madres atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2015”, su objetivo fue determinar la prevalencia y factores de riesgo de depresión postparto en las madres atendidas. Estudio tipo cuantitativo de prevalencia, analítico y transversal. Los resultados fueron de acuerdo a la Escala de depresión postparto de Edinburg existe una prevalencia de 34,3% (85 mujeres de 248 participantes) con depresión postparto, además el 6,5% (16 mujeres) presentó depresión postparto directa determinada por ideación suicida. En conclusión las madres con mayor riesgo de depresión postparto son aquellas madres que: no se encuentran en edad reproductiva ideal, no recibieron apoyo familiar durante su embarazo y sufrieron violencia intrafamiliar durante el mismo. <sup>(5)</sup>

En el trabajo de investigación realizado por Molero et al., en Venezuela (2014), denominado “Prevalencia de depresión postparto en puérperas adolescentes y adultas atendidas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Dr. Manuel Noriega Trigo, en San Francisco, Estado Zulia, Venezuela”, cuyo objetivo fue comparar la prevalencia de depresión postparto entre puérperas adolescentes y adultas. Los resultados fueron: el 4% eran puérperas adolescentes y 72% de las adultas tuvieron probable DPP, sin embargo las adolescentes mostraron significativamente una mayor frecuencia de ansiedad, sentimiento de culpa y dificultad para la concentración, que es indicativo de un

mayor riesgo de presentar DPP. En las adultas predominó como factores de riesgo significativos el bajo nivel educativo, las dificultades con la lactancia y la presencia de trastornos afectivos desde el embarazo. En conclusión la depresión postparto fue más prevalente en las madres adultas que en las adolescentes. <sup>(6)</sup>

En un estudio de investigación realizado por Trejo et al., en México (2014), denominado “Depresión en adolescentes embarazadas que acuden al Hospital Perinatal”, el objetivo fue conocer la frecuencia de depresión durante el embarazo de adolescentes y los posibles factores asociados a esta. Se aplicó un cuestionario (de Zung modificado por Conde), diseñado para identificar la presencia de depresión a 337 adolescentes embarazadas. Los resultados fueron: en 98,2% de las adolescentes tenían algún grado de depresión; 4,7% refirieron haber abortado en embarazos previos y 10,0% dijeron haber tenido más de una pareja sexual; la depresión fue calificada como leve en 64% y 18,1%, mencionaron violencia por su pareja; la depresión fue más frecuente en las de 17 años y las de familia de seis o más miembros. En conclusión la frecuencia de depresión entre las adolescentes embarazadas es alta, la de mayor severidad ocurre en primogénitas que tienen mayor número de miembros en su familia y que refieren violencia de su pareja. <sup>(9)</sup>

La investigación de Bustos y Jiménez en Chile (2013), denominado “Factores de riesgo asociados a la depresión postparto, en mujeres que asisten a Centros de Atención Primaria en la ciudad de Arica – Chile”, cuyo objetivo fue investigar los factores de riesgo asociados a la depresión postparto en púerperas. Los Instrumentos utilizados fueron: Edinburgh que mide síntomas depresivos, cuestionario de satisfacción con la pareja y una encuesta para recabar antecedentes sociodemográficos y anamnésticos. Los resultados indicaron que las variables asociadas de manera estadísticamente significativa con la depresión postparto guardan relación con factores anamnésticos, específicamente con el deseo del embarazo, diagnóstico previo de depresión, intento de aborto del hijo recién nacido y método utilizado para la nutrición. A diferencia de otras investigaciones no resultaron significativos los antecedentes sociodemográficos y la satisfacción con la pareja. Esto da cuenta de la importancia de desarrollar actividades que permitan un seguimiento eficaz y estrategias de prevención de trastornos depresivos asociados a la maternidad. <sup>(15)</sup>

En la investigación realizado por Díaz et al., en Venezuela (2013), denominado “Depresión y ansiedad en embarazadas”, el objetivo fue analizar la depresión y ansiedad



en embarazadas. Los resultados fueron: el 56,4% pertenecen al estrato socioeconómico IV, 81% tenía una relación de pareja estable y 54,2% tenía un embarazo deseado, de las cuales 67,3% tuvo algún nivel de ansiedad y el 66,1% algún nivel de depresión. Las embarazadas con pareja inestable tienen un riesgo 8,5 veces mayor de presentar ansiedad y 6,5 veces mayor de presentar depresión, con respecto a las que tienen pareja estable. En mujeres con embarazo no deseado, el riesgo de presentar ansiedad fue 1,63 veces mayor que las que querían su gravidez y para la depresión el riesgo fue 1,66 veces mayor, sin embargo este hallazgo no fue estadísticamente significativo. En conclusión hay elevados niveles de depresión y ansiedad en las embarazadas que tienen relación con tener una pareja inestable. <sup>(16)</sup>

Otro estudio de investigación realizado por Dois et al., en Chile (2013), denominado “Efecto del contacto piel a piel sobre la presencia de síntomas depresivos postparto en mujeres de bajo riesgo obstétrico, aplicado en los centros de salud del área suroriente de Chile”, el objetivo fue examinar la relación entre el contacto piel con piel y la incidencia de síntomas depresivos en mujeres con embarazos de bajo riesgo obstétrico. Estudio tipo analítico, prospectivo que evaluó sintomatología depresiva puerperal y su asociación con variables biosociodemográficas y de las características del contacto piel con piel. Se consideró la variable "contacto piel con piel" como el contacto del recién nacido (RN) seco y desnudo, en posición prona sobre el abdomen desnudo de su madre, cubierto por su espalda con una manta tibia, inmediatamente ocurrido el parto y durante al menos una hora. La muestra fue de 393 puérperas que comprendían a la totalidad de las mujeres que cumplieron con los requisitos de inclusión: mayores de 15 años, sin diagnóstico previo ni síntomas sugerentes de trastorno del ánimo u otra enfermedad psiquiátrica, que cursaron embarazos de bajo riesgo, dando a luz a recién nacidos únicos, sanos y de término, y que conformaron el grupo de seguimiento a las 8 semanas postparto. Los resultados fueron: la edad promedio de las puérperas fue de 24 años. El 53% tenía escolaridad media completa y en su mayoría se desempeñaban como dueñas de casa (55%). Al momento del parto, el 67,2% del total vivía con sus parejas. Según antecedentes obstétricos, 162 eran primíparas (41,2%) y el 94,9% del total tuvo un parto vaginal. La Escala de Depresión de Edimburgo a las 8 semanas del postparto, mostró que el 71% de las encuestadas tuvo menos de 9 puntos, lo que las clasifica como "sin riesgo de depresión". La incidencia de síntomas depresivos fue de 29%, dentro de este grupo 46,5% tuvo entre 13 y 30 puntos lo que las clasifica dentro de la categoría "probable depresión" y el resto corresponde a la

categoría de "en riesgo". El análisis mostró que el contacto piel con piel y el inicio precoz del amamantamiento están asociados significativamente con la ausencia de sintomatología depresiva postparto. En conclusión el contacto piel con piel fue la única variable de explicar la ausencia de síntomas depresivos en mujeres que cursaron embarazos de bajo riesgo obstétrico, se sugiere su implementación como estrategia preventiva. <sup>(17)</sup>

En un estudio de investigación realizado por Lara et al., en México (2013), denominado "Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados en pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de México", el objetivo fue investigar la prevalencia de sintomatología depresiva en mujeres embarazadas, así como los factores de riesgo asociados a la misma. Los resultados fueron: el 30.7% mostró sintomatología depresiva significativa y 59% mencionó haber padecido estos síntomas en el pasado. Algún nivel de discapacidad en el último mes fue manifestado por 19% de quienes mencionaron haber presentado sintomatología el mes anterior. Es importante mencionar que 7 mujeres (21,2%) dijeron haber dejado sus actividades por este motivo todos los días del mes anterior (posible depresión en la madre, posible depresión en el padre, consumo problemático de alcohol en el padre, embarazo no planeado, falta de apoyo social emocional y falta de apoyo social práctico). La evaluación de un modelo incluyendo estos factores sobre la sintomatología depresiva mediante regresión logística utilizando el método por casos, mostró que las siguientes variables fueron significativas: la posible depresión en la madre que incrementa el riesgo de presentar depresión en el embarazo en 0,8 veces; la sintomatología depresiva previa, que lo aumenta en 1.08 veces; la falta de apoyo social práctico, que lo incrementa 1,71 veces y no tener pareja, con un incremento de 1,51 veces. En conclusión casi una tercera parte de las embarazadas mostró sintomatología depresiva significativa la cual se asoció a diversos factores psicosociales de riesgo. <sup>(18)</sup>

Otro estudio de investigación realizado por Martínez y Waysel en México (2013), denominado "Depresión en adolescentes embarazadas", el objetivo fue determinar los diferentes niveles de depresión en adolescentes embarazadas, dependiendo de la edad a la que se embarazaron y del apoyo recibido de familiares y amigos. Los resultados fueron: hubo la tendencia de que las adolescentes embarazadas (menores de 18 años) experimentan depresión moderada en la mayoría de los casos, pero las adultas embarazadas muestran altos índices de depresión leve y grave; así, a mayor edad al momento de embarazarse, mayor gravedad de la sintomatología depresiva; por otra parte,

las madres solteras tenían los índices más altos de depresión en sus diferentes grados (leve, moderada, severa), respectivamente, tendiendo más a una sintomatología de tipo moderada; aquellas que vivían en unión libre (conviviente) fueron igualmente vulnerables a padecer dicho trastorno, además las que mantienen una relación de pareja (casada) tiende a desarrollar en mayor grado depresiones leves, y las que carecen de ella, desarrollan depresión con sintomatología grave; en la mayoría de los casos, tener una pareja disminuye notablemente la gravedad del cuadro depresivo; en cuanto a la escolaridad, las mujeres que únicamente estudiaron la primaria fueron las más susceptibles a desarrollar niveles altos de depresión, que disminuyen notablemente conforme el grado de estudios, quienes fueron más propensas a mostrar depresión leve y moderada fueron quienes estudiaron secundaria (en muy pocos casos grave), finalmente, al cursar la preparatoria, el nivel de depresión alto disminuye notablemente; según el número de embarazos, se encontró que hay la tendencia en las mujeres a experimentar sintomatología leve durante su primer embarazo, mientras que aquellas que esperan su segundo hijo manifiestan depresión grave; finalmente, cuando se trata del tercer embarazo, la depresión es moderada. <sup>(19)</sup>

Asimismo un estudio de investigación realizado por Alvarado et al., en Chile (2012), denominado “Cuadros depresivos en el postparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal”, el objetivo fue proponer un modelo causal que resulta de un análisis de regresión logística múltiple. Se realizó un análisis de regresión logística múltiple, cuya ecuación final incluyó una variable aislada (insatisfacción con la relación de pareja) y dos parejas de variables en interacción (bajo apoyo social con bajo nivel socioeconómico y embarazada de edad adolescente con depresión durante su gestación). En conclusión no se encontró asociación de depresión en el postparto con la presencia de patología durante el embarazo, la forma de inicio o de término del parto, la existencia de patología durante el puerperio, ni con problemas de salud en el recién nacido. Sólo aquellas mujeres que tuvieron una infección del tracto urinario (7,2%) durante el embarazo presentaron una incidencia significativamente mayor de cuadros depresivos en su puerperio. Hay que resaltar que el grupo que desarrolla depresión postparto, representan un porcentaje significativamente mayor de mujeres que suspenden la lactancia materna en las primeras 8 semanas del puerperio. <sup>(20)</sup>

En un estudio de investigación realizado por Cuero y Díaz en Colombia (2011), denominado “Prevalencia de depresión postparto en el Hospital San Juan de Dios, Cali,

Colombia, septiembre y diciembre de 2011”, el objetivo fue determinar la prevalencia de depresión postparto en gestantes atendidas e identificar los factores relacionados con la enfermedad. Los resultados fueron entre las 149 mujeres estudiadas se halló una prevalencia de depresión postparto del 46,3% según la escala de Edimburgo. Entre las mujeres con puntaje positivo el 21% habían tenido ideas suicidas en la última semana. Se identificó una relación del antecedente de depresión previa con la depresión postparto. En conclusión la prevalencia de depresión postparto fue alta en la población estudiada, las gestantes con antecedente de depresión tienen alto riesgo de desarrollar la enfermedad y necesitaran evaluaciones adicionales, además, tratamiento preventivo. <sup>(21)</sup>

Otro estudio de investigación realizado por Urdaneta et al., en Venezuela (2011), denominado “Factores de riesgo de depresión postparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo, en la Maternidad "Dr. Armando Castillo Plaza" del Hospital Universitario de Maracaibo, Venezuela”, el objetivo fue determinar los factores de riesgos para depresión postparto en puérperas. Los resultados fueron: la prevalencia del test positivo de depresión postparto fue del 91% en puérperas. En conclusión se encontró una cifra sorprendentemente alta de puérperas deprimidas, con diversos factores de riesgos que permitirían tomar acciones para un diagnóstico oportuno de esta enfermedad; determinándose que de las características evaluadas, tanto de índole biológico, psicológico como social, solamente mostraron una asociación significativa con el desarrollo de depresión postparto: los trastornos médicos durante el embarazo, la enfermedad del neonato, el nacimiento mediante cesárea, no contar con el apoyo familiar, no contar con el apoyo de la pareja, presentar antecedentes de depresión o melancolía o tener un nivel educativo primario o inferior. Mientras que el parto vaginal o haber alcanzado un nivel educativo superior a la primaria tenía un efecto protector. <sup>(22)</sup>

También en la investigación realizada por Gonzales et al., en Argentina (2008), denominado “Lactancia materna exclusiva: Factores de éxito y/o fracaso”, se incluyeron a 170 pacientes. Tomando en cuenta la duración de la lactancia, no la iniciaron el 4% de las madres; abandonaron al 1º mes el 9%; al 2º mes el 5%; al 3º mes el 10%; al 4º mes el 16% y al 5º mes el 14%, llegando a los seis meses con lactancia exclusiva sólo el 42% de los(as) niños(as). Esto demostró que ya al mes de vida el 13% de los(as) niños(as) había dejado de ser amamantado, aumentando a 18% en el segundo mes y a 28% en el tercer mes. La edad materna influyó en la prolongación de la lactancia; sólo el 25% de las madres menores de 20 años mantuvo lactancia exclusiva hasta el 6º mes, cifra que

ascendió a 75% en las madres de más edad. La terminación del parto (63% vía vaginal y 27% cesáreas) afectó la duración de la lactancia exclusiva, que llegó al sexto mes en el 57% de las madres con partos vaginales, y solo a 43% en las madres sometidas a cesárea. Cuanto más precoz se inició la alimentación a seno materno mayor fue la duración de lactancia exclusiva, que se extendió hasta el sexto mes en el 52% de las madres que la comenzaron dentro de la primera hora del nacimiento, dato que bajó a 33% en las que amamantaron antes de las cuatro horas de vida y que sólo alcanzó el 15% en las que lo concretaron luego de las ocho horas. El abandono de amamantamiento exclusivo constatado en el 42% de madres incluyó las siguientes causas: trabajo materno 42%, poca producción de leche 35%, rechazo del bebé al seno materno 12%, patología del lactante 7% y mala preparación de los pezones 4%; los hallazgos evidenciaron que la edad influyó en éxito y/o fracaso de lactancia exclusiva, el contacto temprano madre-hijo constituyó estímulo en su comienzo y mantenimiento. Por otro lado, las cesáreas condicionaron retraso del amamantamiento; mientras que el mejor nivel de instrucción materna influyó positivamente en lactancia exclusiva. <sup>(23)</sup>

**A NIVEL NACIONAL** se encontró las siguientes investigaciones:

En un estudio de investigación realizado por Vera y Centurión en Tarapoto (2016), denominado “Influencia de las características socio-demográficas en la depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital II EsSALUD Tarapoto y Hospital MINSA II-2 Tarapoto, septiembre 2015 – enero 2016”, estudio tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional, cuya muestra estuvo conformado por 95 puérperas del MINSA y 54 de EsSALUD. Los resultados fueron: 37% de usuarias de EsSALUD fluctúan entre 31 a 40 años y el 33,7% entre 26 a 30 años del MINSA; el 74,1% y 72,6% son convivientes; el 59,3% y 64,2% son ama de casa; el 31,5% y el 30,5% tienen secundaria completa respectivamente. El 44,4% y el 40,3% residen en Tarapoto; el 77,8% y el 85,2% tienen vivienda propia respectivamente. La proporción de depresión postparto es 44,4% en EsSALUD y 58,9% en MINSA. En conclusión existe influencia significativa entre las características sociales y la depresión postparto en puérperas atendidas en ambos establecimientos de salud: Lugar donde vive, tenencia de la vivienda, grado de instrucción de la pareja y ocupación de la pareja. <sup>(7)</sup>

Así en la investigación realizada por Luna et al., en Lima (2013), denominado “Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal

de Lima”, el objetivo fue determinar la prevalencia de depresión mayor durante el embarazo y establecer las características sociodemográficas y obstétricas de las mujeres embarazadas con depresión mayor. Estudio tipo descriptivo transversal de asociación simple. Se analizaron 222 gestantes de 16 a 42 años con bajo riesgo obstétrico que acudieron a la consulta externa del Departamento de Obstetricia. A cada embarazada se le aplicó la escala de depresión de Edimburgo y un cuestionario sobre datos sociodemográficos y obstétricos. Los resultados fueron: 89 gestantes (40,1 %) presentaron depresión mayor. Las mujeres casadas tendían a deprimirse menos; las que no planificaron su embarazo y que presentaron complicaciones durante su gestación tendieron a deprimirse más que sus pares. No se encontró que la edad, el número de hijos, la edad gestacional, el nivel educacional, los antecedentes de aborto, el consumo de alcohol u otras sustancias, la falta de apoyo familiar y la percepción de tener problemas de pareja, familiares, económicos o personales influyeran en la frecuencia de depresión. En conclusión la prevalencia de depresión mayor en las gestantes estudiadas fue muy elevada. Se debe prestar especial atención a las mujeres que manifiestan tener un embarazo no planificado y las que sufren complicaciones durante su embarazo, a fin de llegar a diagnósticos tempranos y aplicar tratamientos oportunos. <sup>(10)</sup>

Otro estudio de investigación realizado por Bao et al., en Lima (2012), denominado “Prevalencia de depresión durante la gestación en embarazadas que acuden al Consultorio Externo de Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia en Lima”, el objetivo fue estimar la prevalencia de depresión durante la gestación y estudiar posibles factores asociados a ésta. Se incluyeron 203 pacientes embarazadas. Los resultados fueron: Un 34,7% de las embarazadas tuvo puntajes de la EDPS  $> 13,5$ . Los factores asociados a mayores niveles de depresión medidos con la EDPS fueron: ser soltera, ausencia de educación superior, embarazo no deseado por la pareja o por la paciente e historia de depresión previa a la gestación. Por último, ninguno de los coeficientes de correlación fue significativo entre el puntaje de la EDPS y las siguientes variables: edad, número de años de estudio, ingreso mensual, nivel socioeconómico, edad gestacional, número de gestaciones totales, número de hijos vivos y número de abortos o pérdidas. En conclusión la prevalencia estimada de depresión durante la gestación en las pacientes ambulatorias de nuestro estudio es más elevada que la encontrada en la literatura mundial en mujeres embarazadas y postparto, sin embargo, similar a la hallada en otro estudio realizado en el Perú con gestantes. <sup>(24)</sup>

También en la investigación realizada por Rivara et al., en Lima (2007), denominado “Contacto piel a piel inmediato: efecto sobre el estado de ansiedad y depresión materna postparto y sobre la adaptabilidad neonatal hacia la lactancia materna precoz”, para ello se realizó un ensayo clínico en donde se compararon dos grupos: Grupo de estudio (38 pacientes que recibieron contacto piel a piel) y grupo control (41 pacientes sin contacto piel a piel de 30 minutos de duración). La edad promedio de las pacientes que recibieron contacto precoz piel a piel fue de 24,9 años; la mayoría tenía estado civil conviviente (47,3%), seguida de las solteras (26,3%) y casadas (23,6%). Principalmente tenían grado de instrucción secundaria (73,8%), eran multigestas (55,2%) y la mayoría de sus recién nacidos respectivos no tenían circular de cordón (86,8%). Los niveles de ansiedad y depresión materna fueron menores en el grupo de estudio a las 48 horas postparto comparado con los del grupo de control ( $p < 0,0001$ ); mientras que a las 2 horas postparto no se halló diferencia significativa. Los recién nacidos del grupo de estudio lograron mayor éxito en la lactancia materna inmediata versus los del grupo de control. El grado de satisfacción sobre la percepción materna del parto fue mayor en el grupo de estudio ( $p < 0,0001$ ). En conclusión el contacto piel a piel disminuye los niveles de ansiedad y depresión materna a las 48 horas postparto, mejora la conducta adaptativa neonatal hacia la lactancia materna inmediata e incrementa los niveles de satisfacción. <sup>(25)</sup>

**A NIVEL REGIONAL Y LOCAL** se evidencia pocos estudios relacionados con la depresión postparto, solo se encontró la siguiente investigación:

En un estudio de investigación realizado por Lipa en Puno (2014), denominado “Depresión postparto en puérperas primíparas y multíparas del establecimiento de salud I-3 José Antonio Encinas, Puno - 2014”, el objetivo fue determinar la depresión postparto en puérperas primíparas y multíparas. El estudio fue descriptivo de corte transversal, tomándose una muestra de 69 puérperas primíparas y multíparas, el muestreo fue no probabilístico por cuota. Los resultados fueron: las puérperas primíparas y multíparas que presentaron depresión postparto fueron el 53,62% de ellas el 21,7% oscila en las edades de 16 a 19 años, el 27,5% procedentes de la zona urbana, el 24,6% hablantes del idioma castellano, el 18,8% con grado de instrucción secundaria completa, el 31,9% de estado civil conviviente, el 21,7% de ocupación de su casa y el 18,8% recibieron seis controles prenatales antes de las 31 semanas de gestación. Se concluye que más de la mitad de puérperas primíparas presentaron depresión postparto en el rango de edad de 16 a 19 años (adolescentes), porque es un periodo en la que las puérperas atraviesan por una condición

que contienen grandes cambios emocionales, físicos y psicosociales que aportan a la tendencia de abandono de los estudios dedicándose a los quehaceres del hogar y asumir el rol de madre a una edad prematura lo que precipita hacia una depresión postparto. <sup>(8)</sup>

### **1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿La Intervención Educativa de Enfermería es efectiva en la depresión postparto en puérperas del Establecimiento de Salud I – 4 José Antonio Encinas, Puno en el 2017?

### **1.4. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO**

Este trabajo de investigación sobre la depresión en gestantes y puérperas es vigente y de gran relevancia social, por considerarse un problema de salud pública; los factores de riesgo que han sido descritos para la depresión postparto son variados: edades extremas de las puérperas, grado de instrucción, estado civil, embarazo no deseado, dificultades conyugales, problemas con los padres, nivel socioeconómico, paridad, patología ginecoobstétrica de la mujer, parto por cesárea, uso de anestesia en el parto, enfermedad del recién nacido, problemas en la lactancia materna, entre otros.

La depresión afecta a más del 15% de la población y aproximadamente al 22% de las mujeres en edad fértil, la depresión postparto afecta al 54% de las puérperas (primíparas y multíparas), dándole mayor importancia a los aspectos psicológicos y psiquiátricos del proceso grávido puerperal. <sup>(8)</sup>

Es importante considerar en estudios de investigación esta problemática para que se pueda analizar a profundidad la depresión postparto, con el único propósito de conocer y realizar un diagnóstico para la intervención de enfermería, de esta manera disminuir la depresión postparto, siendo esta experiencia menos traumática. Por ende los resultados en el presente trabajo de investigación, permitieron realizar un diagnóstico de cómo es la intervención de enfermería relacionada a la depresión postparto en puérperas.

Además se mostró que el fomento del apego precoz e inicio temprano de la lactancia materna contribuye al logro de los objetivos de desarrollo del Milenio respecto a la sobrevivencia del(la) niño(a), porque se podría evitar el 16% de las muertes neonatales si se amamantarán a todos los neonatos a partir del primer día de vida y el 22% si se realizará dentro de la primera hora de vida.



## 1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

### OBJETIVO GENERAL:

Determinar la efectividad de la Intervención Educativa de Enfermería en la depresión postparto en puérperas del Establecimiento de Salud I – 4 José Antonio Encinas, Puno en el 2017.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

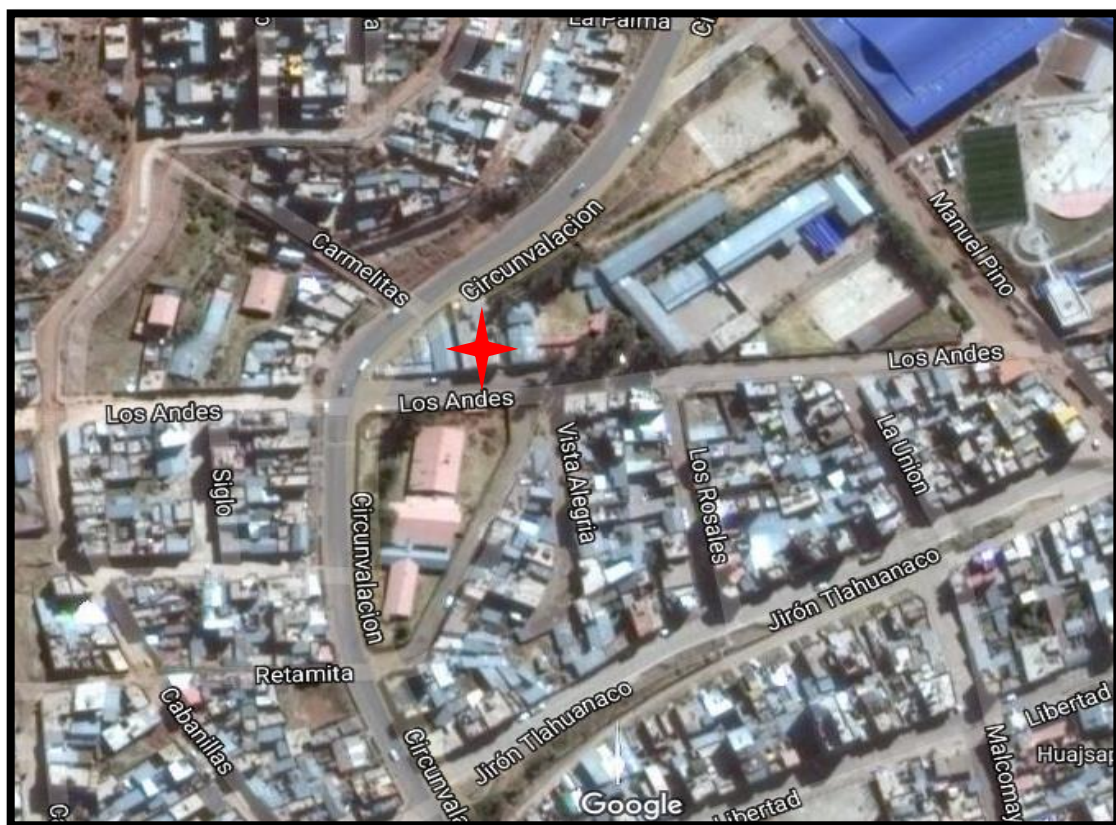
- 1) Evaluar la depresión con la Escala de Edinburgh antes de la Intervención Educativa de Enfermería en gestantes (pre test).
- 2) Evaluar la depresión postparto con la Escala de Edinburgh después de la Intervención Educativa de Enfermería en puérperas (pos test).
- 3) Determinar las características personales de la puérpera que intervienen en la disminución de la depresión postparto como la edad, procedencia, paridad, grado de instrucción, estado civil y tipo de parto.
- 4) Proponer como producto de estudio, el manual de lactancia materna y apego precoz para la prevención de depresión postparto, dirigido al profesional de enfermería y/o estudiantes de pregrado en el área de Salud Materna.

## 1.6. CARACTERIZACIÓN DEL ÁREA DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación se realizó en el Establecimiento de Salud I – 4 José Antonio Encinas, en el servicio de Obstetricia. Está ubicada al noreste de la ciudad de Puno, situado a 3840 m.s.n.m. a orillas del lago Titicaca, específicamente en el barrio José Antonio Encinas Jr. Los Andes N° 370. Fue fundado un 22 de abril de 1986, como Establecimiento de Salud del primer nivel, conformando la Micro Red José Antonio Encinas, siendo cabecera de la misma, actualmente está caracterizado como primer nivel de atención y cuarto nivel de complejidad; cuenta con una población de 17,806 habitantes a nivel de Establecimiento de Salud, brinda servicios en: hospitalización, servicios básicos en consultorios y servicios administrativos; se circunscribe a 12 barrios urbano marginales.

El servicio de Obstetricia se encuentra en el primer y segundo piso del Establecimiento de Salud I – 4 José Antonio Encinas, donde las gestantes acuden para realizar el control del embarazo hasta la fecha probable de parto. La población a estudiar en el pre test son gestantes del tercer trimestre y en el post test son puérperas mediatas,

del cual, la mayoría tiene grado de instrucción hasta el nivel secundaria (completa e incompleta), ello se considera un riesgo de poder emprender la relación favorable madre e hijo y poder enfrentar el miedo de la madre ante la llegada de un nuevo ser en la familia, lo que podría provocar dificultades en el desarrollo del recién nacido tanto biológica, social y psicológicamente; además un disminuido número cuentan con el nivel superior (universitario o técnico). También existen en su gran mayoría mujeres convivientes y en menor cantidad mujeres casadas y separadas, por ello, existe mayor riesgo que la madre desarrolle depresión postparto al no contar con el apoyo de la pareja. En su gran mayoría habitan en el distrito de Puno y un grupo pequeño proviene de otros distritos del departamento de Puno y otros departamentos del Perú.

**Leyenda:**

 Establecimiento de Salud I – 4 José Antonio Encinas.

## CAPÍTULO II

### REVISIÓN DE LA LITERATURA

#### 2.1. MARCO TEÓRICO

##### 2.1.1. INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA

La intervención educativa de enfermería, está considerada como el conjunto de actividades de apoyo educativo que a través del método de ayuda (enseñar a otro) proporciona los conocimientos adecuados sobre la lactancia materna y apego precoz; ayudando y motivando de esta manera a las madres gestantes al fortalecimiento de las capacidades y conocimientos que posiblemente sin este apoyo educativo no podrían hacerlo. <sup>(26)</sup>

Así pues, la educación para la salud es un proceso dinámico y permanente de acciones intencionadas capaces de influir favorablemente en los conocimientos, conductas y hábitos de las personas; estimulan su participación activa, consciente y responsable para el autocuidado de su salud, familia y comunidad; permite capacitar a la población a través de procesos educacionales para que se protejan de los riesgos que ponen en peligro su salud, para que desarrolle hábitos que mejoren sus condiciones de vida. En tal sentido, la intervención educativa; implicó un trabajo sistemático, metódico y no espontáneo, es decir, obedeció a una programación con una documentación exhaustiva, lo que se consideró un aporte innovador de la investigación. La contribución de enfermería consistió en educar a la mujer gestante fortaleciendo actitudes y aptitudes para disminuir la depresión postparto. Mediante la aplicación de procedimientos de intervención y evaluación de los resultados. <sup>(27)</sup>

La enfermería implica todos aquellos cuidados que una enfermera o enfermero, le brinda a un paciente, ya sea para tratar o prevenir alguna enfermedad. Por lo tanto existe una herramienta en Enfermería, útil para el accionar ante el problema encontrado:

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería consistente en el uso de capacidades cognoscitivas y técnicas interpersonales a través del cual se identifican los problemas de la gestante y puérpera. Se planifica y se ejecutan acciones que son evaluadas en forma sistémica y continua a fin que ellas sean adecuadas y eficaces. El PAE comprende una serie de pasos interrelacionados, cada paso está en relación con el siguiente y así sucesivamente; los cuales son consecuentes, es decir, cada paso se repite tantas veces como lo requiera el estado de salud del paciente. La interrelación de estos procesos es constante, es dinámico más que estable, los cambios en un paso de este proceso afectan a todos los demás. Está compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, que se detallan a continuación. <sup>(28)</sup>

**VALORACIÓN:** Es la primera fase del proceso de Enfermería, comprende la recolección organizada y sistemática de información sobre la gestante y puérpera, con el propósito de analizar su estado de salud. La intervención educativa de enfermería partió de la revisión constante de los artículos de investigación, libros, material de ayuda, de la experiencia de las personas, de las asesorías con expertos, que aportaron bases científicas y sólidas relacionadas con la depresión postparto.

**DIAGNÓSTICO:** Como proceso, es el análisis de los datos significativos (subjetivos y objetivos) para arribar a una conclusión. Como conclusión, es la explicación a la respuesta negativa (problema) que puede ser modificada en positiva con acciones de Enfermería. En el Establecimiento de Salud I – 4 José Antonio Encinas, las puérperas primíparas y multíparas que presentaron depresión postparto fueron el 53,62% de ellas el 21,7% oscila en las edades de 16 a 19 años, el 18,8% con grado de instrucción secundaria completa, el 31,9% de estado civil conviviente. Por lo tanto más de la mitad de puérperas primíparas presentaron depresión postparto en el rango de edad de 16 a 19 años (adolescentes). <sup>(8)</sup>

**PLANIFICACIÓN:** Son estrategias concretas diseñadas para ayudar a la gestante y puérpera a conseguir los objetivos. En esta fase se realiza la selección de actividades a practicar con y por el paciente y se traduce en un plan de cuidados. Las actividades de Enfermería están relacionadas con el diagnóstico de Enfermería y que se realiza para conseguir los objetivos del paciente.

**Sesión educativa:** El Modelo de educación para la salud, refiere que las sesiones educativas, las técnicas o ayudas didácticas y el propio educador, comprenden los instrumentos del proceso enseñanza-aprendizaje. Las estrategias usadas en la intervención educativa de enfermería sobre lactancia materna y apego precoz, fueron las sesiones educativas entendidas como reuniones de corta duración, donde se imparte enseñanza a grupos de personas o en forma individual; deben ser con repeticiones de la información para reforzar la comprensión y el aprendizaje en cada uno de los participantes, es decir, para grabar más el mensaje y desarrollar las habilidades cognitivas, afectivas y psicomotoras. La duración de las sesiones también influye en la capacidad del aprendizaje, las sesiones prolongadas hacen que la atención y la concentración disminuyan, las sesiones frecuentes que duran 30 minutos se toleran más fácilmente y retienen el interés del paciente en el material. En las sesiones educativas se debe hablar despacio y con buena vocalización; evitar los ruidos y situaciones que distraigan la atención de la gestante. Al planificar un programa educativo para la salud a cualquier nivel se ha de considerar el proceso de enseñanza – aprendizaje, el cual se fundamenta tanto en el conocimiento de los educadores (personal de salud) respecto de cómo se enseña y cómo aprende el individuo, considerando las prácticas habituales, los aspectos socioeconómicos y culturales.

Etapas de la sesión educativa:

- ❖ **Recuperación de saberes previos:** Se puede lograr a través de la entrevista, lluvia de ideas, realización de ejercicios, el análisis de una imagen, la discusión de un tema determinado u otras estrategias sencillas. En este caso se usó la entrevista, porque se realizó preguntas abiertas a la gestante sobre lactancia materna y apego precoz.
- ❖ **Motivación:** Se trata de despertar la curiosidad e interés de los participantes. Tiene el propósito de generar el vínculo afectivo del participante con el facilitador y el nuevo aprendizaje.
- ❖ **Básico:** Es el conjunto de acciones para crear, investigar, analizar y obtener los nuevos conocimientos o reforzar los conocimientos ya obtenidos, o corregir los conocimientos equivocados. La estrategia educativa fue el panel, se expuso datos específicos e importantes sobre lactancia materna y apego precoz a la gestante, a través de imágenes grandes, de fácil entendimiento, favoreciendo la observación atenta de la gestante.

- ❖ **Práctico:** Permite que los participantes hagan uso de estos nuevos conocimientos, en este momento se refuerza y consolida los aprendizajes, mediante la aplicación de demostraciones y re demostraciones. Se aplicó el método demostrativo a través de maquetas de mamas, donde, la técnica de estimulación y extracción de la leche materna, adaptación de la boca del recién nacido al seno materno y signos de un buen agarre y mal agarre del bebé al mamar.
- ❖ **Evaluación:** Permite obtener información sobre cómo han aprendido los participantes para reforzar y corregir errores. La gestante hace reconocimiento de la importancia del apego precoz (contacto piel a piel) e inicio temprano de la lactancia materna hacia el(la) niño(a). Además se realiza la observación directa del apego durante la lactancia del bebé después del parto en la visita domiciliaria.
- ❖ **Extensión:** Es el conjunto de acciones que permiten afirmar los nuevos aprendizajes en otros contextos. Al finalizar la sesión, la participante se muestra motivada para desarrollar otras iniciativas e ideas en relación con nuevas necesidades de aprendizaje surgidas. La gestante se compromete a seguir con los pasos de una buena lactancia materna y apego precoz hacia su bebé, después del nacimiento. Además se proporciona un tríptico informativo, el cual es un material educativo impreso que se utiliza para desarrollar, en forma sintética, consejos y recomendaciones en materia de salud.<sup>(29)</sup>

**EJECUCIÓN:** Consiste en la resolución de los problemas encontrados, a través de la aplicación de las actuaciones de Enfermería, teniendo como meta fundamental el beneficio del paciente en las áreas bio-psico-socio-espiritual. Durante esta fase se pone en marcha el plan de atención, haciendo uso del panel en los temas de lactancia materna y apego precoz, maquetas y folletos para el desarrollo del proceso de aprendizaje.

**EVALUACIÓN:** Mide la respuesta del paciente a las actuaciones de Enfermería y el progreso del paciente a la consecución de resultados esperados. En este caso la depresión fue de nula a moderada en la puérpera, después de la Intervención Educativa de Enfermería. Además la puérpera aprendió y puso en práctica los conocimientos y aptitudes para el buen cuidado de calidad del(la) niño(a).

### 2.1.2. LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es el acto de proporcionar el seno materno al bebé. La OMS afirma que la lactancia materna reduce la mortalidad infantil y tiene beneficios sanitarios que llegan hasta la edad adulta, si todas las madres alimentaran exclusivamente con la leche materna a sus hijos los primeros 6 meses de vida. <sup>(30)</sup>

#### A) LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

La lactancia materna exclusiva empieza desde el momento del nacimiento hasta los 6 meses y la lactancia materna optima, empieza desde los 6 meses hasta los dos años de vida e incluso hasta más años, a demanda del(la) niño(a). La leche materna es el primer alimento natural del bebé, proporciona toda la energía y los nutrientes que necesitan durante sus primeros meses de vida y sigue aportándoles al menos la mitad de sus necesidades nutricionales durante la segunda mitad del primer año y hasta un tercio durante el segundo año de vida, además promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al bebé de enfermedades infecciosas y crónicas. <sup>(31)</sup>

A pocos minutos de nacer, casi todos los bebés tienen predisposición a mamar ya que durante la primera hora de vida tienen muy desarrollado el instinto que les impulsa a succionar. Al margen de los numerosos beneficios para madre e hijo, es importante darse cuenta además de que la lactancia materna es un alimento totalmente ecológico y natural, que no necesita fabricarse ni manufacturarse, que supone un gran ahorro económico durante los primeros meses de vida del(la) niño(a) y que genera muchos menos residuos que las leches artificiales o de fórmula. <sup>(32)</sup>

#### B) BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA LA MADRE

**MENOR riesgo de sufrir de depresión postparto:** La depresión postparto es una entidad de gran importancia, uno de los trastornos afectivos más frecuentes en el puerperio, cuya importancia y relevancia hace que sea de extremo interés de los profesionales de salud. El puerperio es una etapa de grandes cambios y adaptación, un período de vulnerabilidad, mediado por factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, en los cuales se eleva el riesgo de padecer algún tipo de trastorno afectivo; estimándose esta cifra entre 50 a 80% de las mujeres. Y lo que se refiere a depresión postparto las cifras van del 10 a 20% de las madres. Los estudios

demuestran que la lactancia materna reduce en hasta un 50% el riesgo de depresión (incluso en madres que han atravesado una cierta tristeza puerperal), que favorece el vínculo y ayuda a establecer un apego positivo. Esto se debe a que al amamantar se genera oxitocina y serotonina, hormonas que ayudan a reducir los niveles de ansiedad y promueven el vínculo amoroso entre la madre y el hijo. <sup>(33)</sup>

**FORTALECE el vínculo afectivo entre madre e hijo(a):** La oxitocina también se relaciona con el surgimiento de sentimientos positivos como amor, apego y felicidad. Niveles elevados de esta hormona hacen a la mamá menos propensa a padecer depresión postparto. La succión estimula la secreción de oxitocina y de prolactina de la madre, así como de hormonas intestinales del bebé para la digestión del calostro y de endorfinas que le producen calma y placer. La oxitocina hace que la madre sienta apego hacia su bebé, además estimula la contracción uterina y produce el reflejo de eyeción de la leche. La prolactina promueve la producción de leche, la conducta maternal y relaja a la madre. <sup>(34)</sup>

### C) ETAPAS DE LA LECHE MATERNA

La leche materna contiene todo lo que el bebé puede necesitar para su crecimiento y desarrollo, y presenta ciertas variaciones en su composición durante los últimos meses de embarazo, y los primeros días que siguen al parto. Por ello se clasifica en varios tipos de leche materna, las cuales son:

**PRE-CALOSTRO:** Secreción mamaria producida durante el tercer trimestre de gestación compuesta por plasma, sodio, cloro, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbúmina y algo de lactosa.

**CALOSTRO:** Se puede producir entre las 12 y 16 semanas de embarazo y continúa en los primeros días después del parto. Es un líquido espeso, viscoso y de color claro a amarillento. Su volumen es de 10 a 100 cc por día (promedio 30 cc), de 2 a 14 cc, por mamada, ideal para el pequeño tamaño del estómago del recién nacido y para sus riñones inmaduros que no pueden manejar gran volumen de líquido. Su principal función es protectora – tapiza la superficie del intestino para evitar la adherencia de los patógenos. El calostro ayuda a establecer la flora bifida (no patógena) en el intestino del bebé, evitando la instalación de bacterias patógenas. Es particularmente rico en inmunoglobulina A secretora, factores inmunológicos (como lactoferrina,



lisozima, interleucina-10) leucocitos, especialmente polimorfonucleares, factores de crecimiento y otros. El calostro es laxante, estimula el pasaje de meconio (la primera deposición, negra, pegajosa del recién nacido), esto ayuda a prevenir la ictericia.

**LECHE DE TRANSICIÓN:** Es la leche que se produce después del calostro, hasta los 10 o 14 días posteriores al parto. Se caracteriza por un progresivo aumento del volumen, del contenido calórico total y de la concentración de lactosa, grasas y vitaminas hidrosolubles, mientras disminuye la concentración de proteínas y vitaminas liposolubles. Su volumen llega, aproximadamente, a 500 cc/día al quinto día.

**LECHE MADURA:** La leche madura contiene todos los nutrientes que el bebé necesita para su crecimiento óptimo durante los primeros 6 meses, además de sustancias que ayudan a la digestión, al desarrollo y que lo protegen contra las infecciones. El volumen de la leche madura depende de la demanda del bebé. En general el volumen aumenta progresivamente hasta, aproximadamente, 700 cc/día a los 30 días del parto y 800 cc/día a los 6 meses de lactancia materna exclusiva con límites entre 550 y 1 150 cc/día. Si la madre tiene gemelos, producirá leche suficiente para ambos. <sup>(35)</sup>

#### **D) PROPIEDADES NUTRITIVAS DE LA LECHE MATERNA**

Los principales componentes de la leche materna son sintetizados y secretados por la glándula mamaria. La composición de la leche materna no es uniforme, porque cambia según las necesidades del lactante, cambia durante la mamada, de una mamada a otra, en el transcurso del día, de un día a otro y mes a mes, también tiene variaciones individuales, sin embargo, estos cambios se dan entre ciertos límites. Estas son: <sup>(36)</sup>

- a) Agua: Representa aproximadamente el 88 a 90% y está en relación directa con el estado de hidratación. Si la mujer disminuye su ingesta, el organismo conserva líquidos a través de la disminución de pérdidas insensibles y orina para mantener la producción.
- b) Carbohidratos: 7,3 gramos/100 ml del total de componentes de la leche. El principal azúcar es la lactosa, con un valor osmótico fundamental para mantener la densidad de la leche a través del agua. Todos estos carbohidratos y

glucoproteínas poseen un efecto benéfico para el desarrollo del lactobacillus bifidus.

- c) Lípidos: Varía de 3 a 4 gramos/100 ml de los constituyentes de la leche. Es el componente con mayores variaciones de su concentración durante la lactancia. Proporciona el 30 a 55% de kilocalorías. El mayor componente son los triglicéridos pero también contiene fosfolípidos y colesterol.
- d) Proteínas: 1 g/100 ml., constituyen el 0.9% de la leche, el mayor porcentaje corresponde a caseína (40%) y el 60% restante a proteínas del suero: lisozima, lactoalbúmina, lactoferrina que contribuye a la absorción de hierro en el intestino del(la) niño(a) y lo fija, evitando que sea usado por las bacterias. Es de destacar la presencia de inmunoglobulinas. IgA, IgG, IgM. La principal es la IgA secretora cuya función consiste en proteger las mucosas del recién nacido y es producida por el denominado ciclo enteromamario; encontrándose en muy altas concentraciones en el calostro.
- e) Vitaminas: La leche humana contiene todas las vitaminas. Dado que su concentración de Vitamina K es baja, a todo recién nacido se le debe aplicar una dosis de prevención por vía intramuscular al nacer.
- f) Minerales: Las cantidades que se encuentran son suficientes para las necesidades del lactante, no influyendo la dieta de la madre en las concentraciones del hierro y calcio.
- Hierro: Se encuentra en cantidades pequeñas, la absorción es mayor, evita el desarrollo de anemia en los lactantes.
  - Zinc: Tiene un índice de absorción mayor (45%), que el de las fórmulas (31%) y de la leche de vaca (28%).
  - Selenio: En concentraciones mayores que la leche de vaca.
  - Flúor: Se asocia con una disminución de la caries dental y a una mejor salud dental. Los niveles de flúor en la leche humana son menores (0,025 mg/1) que los encontrados en la leche de vaca (0,3 a 0,1 mg/1), sin embargo, su absorción es mayor con la leche humana.
  - Calcio/fósforo: La relación calcio/fósforo es de 2 a 1 en la leche humana, lo que favorece la absorción del primero (30 y 15 mg/100 de calcio y fósforo respectivamente).

g) Factores inmunológicos en la leche materna: El sistema inmune del(la) niño(a) no está totalmente desarrollado al nacimiento y no lo estará hasta los tres años o más. La leche materna proporciona protección para el bebé, complementando al sistema de varias maneras:

- Inmunidad pasiva:
  - ✓ Factores Humorales:
    - Circulación entero-mamaria y bronco-mamaria: Cuando la madre ingiere o inhala gérmenes, su organismo produce anticuerpos contra esos gérmenes. Estos anticuerpos pasan al bebé a través de la leche materna y son principalmente inmunoglobulina A secretoria, que se une a los microorganismos patógenos, impidiendo su ingreso a las mucosas. Sus concentraciones son muy altas en el calostro (1-2 g/L) y se mantienen entre 0,5 y 1 g/L hasta el segundo año.
    - Oligosacáridos: Se adhieren a los receptores de las células de las membranas de faringe y tubo digestivo, impidiendo la adherencia de ciertas bacterias patógenas y de toxinas bacterianas. Estimulan también al Lactobacilo.
    - Lisozima: Degrada las paredes bacterianas de los gérmenes gram positivas y es bactericida de gram negativos.
    - Lactoferrina: Es bactericida, inmunoestimulante y antiinflamatoria, se une al hierro evitando que las bacterias causantes de enfermedad lo usen para multiplicarse.
    - Factor bífido (N acetilglucosamina) y oligosacáridos: Estimulan el crecimiento de bacterias benignas (lactobacillus bifidus) evitando la aparición de bacterias patógenas.
    - Factores de crecimiento de la leche materna: Estimulan el desarrollo de la pared intestinal del bebé formando así una barrera contra los microorganismos y alérgenos, así como ayudando a reparar el daño de las infecciones.
    - Lactoperoxidasa y péptidos: Procedentes de la digestión de la lactoalbúmina, son bactericidas.
    - Interferon, ácido acético y monoglicéridos: Generados por la lipasa, actúan contra virus, bacterias y hongos.

- ✓ Factores celulares: Los leucocitos presentes en la leche materna son capaces de destruir bacterias, pero no producen inflamación. Los macrófagos son las células que están en mayor cantidad, seguidas por linfocitos T, B y neutrófilos. Su función es la fagocitosis y la secreción de sustancias inmunes específicas, contra las que la madre ha tenido contacto.
- Inmunidad activa: La leche de la madre estimula al sistema inmune del bebé. Los(as) niños(as) amamantados producen más anticuerpos al ser vacunados, que los que toman fórmula, la leche materna induce inmunidad en el tracto urinario, además la proteína alfa-lac induce la apoptosis de las células cancerígenas y de otras células inmaduras y de rápido crecimiento, en cambio, la fórmula artificial no contiene células vivas, ni anticuerpos, ni factores anti infecciosos vivos y no protege activamente al bebé de las infecciones.

### **E) ADAPTACIÓN DE LA BOCA DEL BEBÉ AL SENO MATERNO**

La lactancia materna es un proceso activo por parte de sus dos protagonistas, madre e hijo. Por un lado la leche no espera pacientemente en el seno materno, sino que es empujada por la acción de la oxitocina. El bebé tampoco es pasivo, no espera con la boca abierta a que caiga la leche o que gotee sola, sino hace unos movimientos de succión determinados para obtener toda la leche que necesita. Para que todo este proceso sea óptimo se seguirá los siguientes pasos:

- ❖ Se coloca la mano bajo el seno materno, con cuatro dedos por debajo y el pulgar por encima, formando una “C”, lejos de la areola, descansando ligeramente sin presionar. La madre coloca la cara del bebé frente al seno.
- ❖ Sujetar el seno materno y elevarlo un poco para facilitar al bebé el agarre. El seno puede soltarse cuando el(la) niño(a) succione bien.
- ❖ Rozar ligeramente el labio superior del bebé con el pezón y esperar a que abra la boca completamente antes de introducir el seno para que no coja solo el pezón, sino también una buena parte de la areola.
- ❖ La madre debe sentir que el bebé utiliza la lengua y la mandíbula inferior, así quedara el pezón bien situado dentro de la boca y no sufrirá ningún roce.
- ❖ Fijarse que el labio inferior este hacia fuera no metido hacia dentro.

- ❖ El abdomen del bebé debe estar junto al abdomen de la madre. La cabeza y la espalda del bebé están en línea recta sostenidas por el brazo de la madre. <sup>(37)</sup>

#### **F) SIGNOS DE UN BUEN AGARRE DEL BEBÉ AL MAMAR**

La forma en que la madre sostiene al bebé y la manera en que el lactante succiona el pezón son muy importantes, sostener al lactante en una buena posición facilita la forma en que éste toma el seno materno con la boca y succiona de una forma adecuada. Los signos de un buen agarre del bebé, son:

- ❖ La areola inferior está más introducida en la boca que la superior.
- ❖ La barbilla del bebé queda tocando el seno materno; la nariz queda libre para respirar.
- ❖ El labio inferior esta hacia fuera cuando mama.
- ❖ La lengua colocada debajo del pezón ordeña la leche de los senos lactíferos.
- ❖ La areola y el pezón se alargan dentro de la boca del bebé hasta tocar el paladar.
- ❖ El bebé tiene la boca muy abierta y las mejillas están llenas cuando mama.
- ❖ El bebé mama y poco a poco se relaja.
- ❖ No hay dolor en la toma.
- ❖ Hay transferencia de leche porque hace deposiciones y micciones.

#### **G) SIGNOS DE UN MAL AGARRE DEL BEBÉ AL MAMAR**

Un bebé que está mal agarrado al seno materno, no extrae leche fácilmente (succión ineficaz), por tanto, no obtiene suficiente leche, y pueda dejar de ganar peso. Una madre que no le gusta amamantar, que no desea su embarazo, o que está muy cansada, puede tener dificultades para responder a su niño(a), puede no sostener a su hijo lo suficientemente cerca como para que no agarre bien, puede amamantar infrecuentemente o durante poco tiempo en cada toma. Los signos de un mal agarre, son:

- ❖ Al tomar solamente el pezón, el(la) niño(a) no exprime los senos lactíferos, por lo tanto, no extrae bien la leche.
- ❖ Cuando a un(a) niño(a) le han dado biberón se confunde y no toma bien la areola.

- ❖ Al no poder sacar suficiente leche el(la) niño(a) no queda satisfecho, llora y rechaza el seno. Al no mamar se disminuye la producción de leche.
- ❖ El(la) niño(a) no aumenta de peso porque no está sacando suficiente leche.
- ❖ El pezón se lastima, el seno materno se puede congestionar e infectar. La madre con dolor no quiere seguir dando de mamar al bebé.

## H) POSTURA ADECUADA DURANTE LA LACTANCIA MATERNA

Antes se recomendaba a la madre tener la espalda recta y bien apoyada, con los hombros hacia atrás, pero recientemente se ha descubierto que los bebés maman mejor cuando la madre está reclinada hacia atrás o en posición ventral, una buena posición es aquella donde la madre y él bebe están cómodos. El amamantar no duele y debe ser algo placentario para ambos.

**MADRE:** La mujer debe de sostener al bebe cómodamente, generalmente sentada sobre una silla y utilizar un banquito debajo de los pies, para que los músculos no estén orientados hacia abajo, colocar una almohada o un cojín para acercar al bebé y tenerlo bien apoyado frente al seno. Lo importante es no amamantar encorvada sobre el bebé. En el cualquier caso es importante prever un buen apoyo en la zona lumbar y cervical mediante cojines o algo similar, esto elimina la tensión de la espalda y hombros.

**BEBÉ:** No se tiene que esforzar para llegar al pezón, todo su cuerpo tiene que estar casi en línea recta, si la cabeza esta flexionada hacia delante no podrá amamantar, pues tiene que estar ligeramente inclinado hacia atrás, de modo que su barbilla presione el seno materno y la boca debe quedar a la altura de la areola para que no tenga que tirar hacia abajo o hacia un lado. <sup>(38)</sup>

## I) TIPOS DE POSICIÓN DE LA MADRE PARA AMAMANTAR

No existe una única postura o posición correcta apta para todos los binomios madre e hijo, sino que cada binomio tendrá que buscar las posturas y posiciones que mejor se adapten a mutuas preferencias y también a las características físicas de ambos.

- ❖ **POSICIÓN ACOSTADA:** Es la posición más cómoda después del parto, durante la siesta y por la noche.

- ❖ **POSICIÓN SENTADA:** Consiste en apoyar la espalda sobre un buen respaldo para lograr la comodidad posible.
- ❖ **POSICIÓN DE SANDIA O FÚTBOL AMERICANO:** Es una buena posición para después de una cesárea o para amamantar gemelos. <sup>(39)</sup>

## **J) FRECUENCIA DEL BEBÉ EN INGERIR LA LECHE MATERNA**

Al inicio el recién nacido mama frecuentemente y luego tiende a espaciar las tomas. Cualquier bebé hará un mínimo de 8 a 12 tomas en 24 horas. Pero cada bebé lleva su ritmo y debe respetarse (habrá quien tome cada 3 horas durante el día y la noche, o bien cada hora durante el día, luego dormirán de 4 a 6 horas). Si un bebé duerme más de tres horas después de haber sido amamantado, es preciso despertarlo suavemente y ofrecerle el seno, hasta que se establezca un patrón de ganancia ponderal adecuado. Se debe de dar un seno hasta que no quiera más, ofreciéndole el otro. En cada mamada completa al principio la leche es rala, acuosa y le quita la sed (la leche del comienzo), a la mitad de la mamada, la leche es más espesa y blanca, al final, la leche es más cremosa. Es importante que la madre no debe estar apurada ni medir el tiempo para dar de mamar al bebé. <sup>(40)</sup>

## **K) ESTIMULACIÓN Y EXTRACCIÓN DE LA LECHE MATERNA**

La extracción de leche puede resultar útil en diversas circunstancias (antes de dar de lactar al bebé, subida de leche, separación temporal del bebé, inicio de la actividad laboral, ingurgitación mamaria). Si se va a extraer la leche de forma manual, se debe primero preparar el seno materno para facilitar la extracción, provocando la salida de leche o reflejo de eyección. Lo normal es que las primeras veces salga poca cantidad, por ello es necesario la práctica para obtener una buena cantidad de leche, es más eficaz sacarse en numerosas sesiones breves que en pocas sesiones largas.

**Recomendaciones:** Es importante lavarse las manos antes de estimular el seno materno. Y evitar el estrés y las preocupaciones para no afectar la producción de leche.

**Estimulación del seno materno:**

- ❖ Masajear el seno materno oprimiéndolo firmemente hacia la caja torácica (costillas), usando un movimiento circular con los dedos en un mismo punto, sin deslizar los dedos sobre la piel. Después de unos segundos cambiar hacia otra zona de la mama.
- ❖ Frotar el seno materno cuidadosamente desde la parte superior hacia el pezón, de modo que produzca un cosquilleo. Continuar este movimiento desde la periferia del seno hacia el pezón, por todo alrededor.
- ❖ Sacudir ambos senos suavemente inclinándote hacia delante.

**Extracción manual:** Se usará la Técnica de Marmet, es cómoda y sencilla. La madre debe inclinarse hacia adelante. Los pasos son los siguientes:

- ❖ Colocar el dedo pulgar y los dedos índice y medio formando una letra “C”, a unos 3 o 4 cm del pezón. Evitar que el seno descansa sobre la mano.
- ❖ Empujar los dedos hacia atrás (hacia las costillas), sin separarlos. Si tiene los senos grandes o caídos, primero levantarlos y después empujar los dedos hacia atrás.
- ❖ Comprimir hacia el pezón, con movimiento como de rodillo, sin deslizar los dedos. Es una acción de ordeño (imaginando que hay como una bolsa detrás del pezón, en el primer movimiento se sujeta y en el segundo se vacía).
- ❖ Repetir rítmicamente para vaciar el seno, rotar la posición de los dedos para vaciar todos los cuadrantes del seno, utilizar ambas manos en cada seno.

La extracción no debe causar dolor. Se debe EVITAR las siguientes maniobras:

- ❖ Evitar apretar el seno: puede causar hematomas.
- ❖ Evitar resbalar las manos sobre el seno: puede causar irritación de la piel.
- ❖ Evitar tirar hacia fuera del pezón y del seno: puede dañar los tejidos. <sup>(41)</sup>

**2.1.3. APEGO PRECOZ**

La teoría del apego como teoría del desarrollo afectivo: “es una forma de conceptualizar la propensión de los seres humanos a formar vínculos afectivos fuertes con los demás y de entender las diversas maneras de expresar emociones de angustia,



depresión, enfado, cuando son abandonados o viven una separación o pérdida”. Definimos el apego como el lazo afectivo que se forma entre el(la) niño(a) y un número reducido de personas cercanos que impulsa a buscar la proximidad y el contacto con ellos a lo largo del tiempo. La necesidad de vincularse afectivamente es una necesidad humana, pre programada biológicamente y presente a lo largo de todo el ciclo vital. El apego proporciona la seguridad emocional del(la) niño(a): ser aceptado y protegido incondicionalmente. <sup>(42)</sup>

#### **A) CONTACTO PIEL A PIEL**

El contacto piel a piel del recién nacido con su madre se llevó a cabo hasta que se institucionalizó la atención del parto y las madres fueron hospitalizadas para tener a sus hijos. Con ella se redujeron significativamente las tasas de morbilidad materna e infantil, mejorando la expectativa y calidad de vida de la población; sin embargo, cuando se logró controlar el problema, se remiraron las experiencias ancestrales que rodean el nacimiento del(la) niño(a), tomándose conciencia de la importancia de volver a ciertas prácticas más naturales, sin por ello descuidar el control sobre los posibles riesgos que pudieran causar complicaciones tanto en las madres como en sus hijos. Es así como renace el contacto piel a piel, como método que proporciona una serie de beneficios tanto para la madre como para el(la) niño(a), en el ámbito físico y psicológico. <sup>(43)</sup>

El contacto piel a piel, se realiza durante el primer minuto de vida hasta aproximadamente los 30 minutos, cuando al nacer el(la) niño(a), es colocado desnudo, en decúbito prono, sobre el abdomen o seno de la madre, presenta llanto fuerte y actividad motora aumentada, pero luego se calma, abre los ojos, es capaz de seguir con la mirada y voltear a la voz, es un estado de alerta ideal para establecer el vínculo con la madre y el inicio de la lactancia. Permanece tranquilo unos minutos y luego se ponen en acción el reflejo de búsqueda, movimientos mano-boca y otros reflejos que le ayudan a reptar hacia el seno de su madre, guiado por el olor de la areola, para succionar espontáneamente el seno, dentro de los primeros 70 minutos, con un agarre correcto.

La aspiración de las vías respiratorias del neonato se realiza mientras esta sobre el abdomen o seno materno; se seca minuciosamente todo el cuerpo menos las manos,

porque gracias a ese olor realiza la búsqueda de la areola, pues se asemeja al líquido amniótico; y se le cubre la espalda con una manta precalentada. Para evitar la pérdida de calor, se puede cubrir la cabeza del recién nacido con un gorro seco que se reemplazará cuando se humedece. Lo ideal es posponer todas las demás intervenciones hasta al menos una hora después del nacimiento. El contacto piel a piel tiene un impacto positivo en la lactancia materna ya que facilita su inicio. Sin embargo, si se separa el binomio madre y recién nacido, se altera el proceso y disminuye la frecuencia de las tomas. En las 2 horas siguientes al nacimiento, el recién nacido se encuentra tranquilo, debido a la noradrenalina segregada durante el parto que, sumado al contacto piel con piel realizado al nacer, disminuye sus llantos y facilita una mayor termorregulación, incluso en los nacidos mediante cesárea. Además, todo ello proporcionará a la madre una mayor satisfacción y le ayudará a establecer el vínculo afectivo. <sup>(44)</sup>

## **B) BENEFICIOS DEL APEGO PRECOZ PARA EL BEBÉ**

La importancia del apego radica en cuánto amor recibe el bebé durante sus primeros dos años de vida, tiempo en que se desarrolla su seguridad emocional. Estas son:

**Fortalece la interacción positiva madre – niño(a) a corto y largo plazo:** En un estudio sobre los efectos a largo plazo de las prácticas de interacción precoz madre-hijo en los paritorios y salas de maternidad respecto a la separación concluye, que el contacto piel con piel, durante 25 a 120 minutos después del nacimiento, la lactancia temprana, o ambos, influyen positivamente en la interacción madre-hijo a un año después de su nacimiento, al favorecer la sensibilidad materna, la autorregulación de los bebés, y la reciprocidad diádica; en comparación con las rutinas que impliquen la separación de la madre y del bebé (alojamiento conjunto, envolvimiento o vestir al recién nacido, etc.). El período de reconocimiento sensible, la autorregulación y la interacción positiva del RN con su madre favorecidos por el contacto piel a piel desde los primeros minutos después del parto, marcan la continuidad de la calidad de vida del RN al favorecer un medio seguro y de protección para su neurodesarrollo (sensitivo y perceptivo) y sentar las bases de su salud mental al ayudar a controlar el estrés del evento del parto y del nuevo medio desconocido para el RN, desde el rol y responsabilidad de la enfermera del área de atención inmediata es fundamental para

que todos los RN disfruten de las ventajas de la no separación de su madre, y propicia un medio seguro, íntimo y de acompañamiento durante el contacto piel a piel. <sup>(45)</sup>

**Favorece el amamantamiento y lactancia prolongada:** La lactancia materna está relacionada con el contacto precoz entre el recién nacido y la madre. La probabilidad de que tras establecer este contacto precoz se de lactancia materna es 2336 veces mayor, que si no se hace. <sup>(14)</sup> Asimismo, se observó que los(as) niños(as) que se encontraban en contacto piel a piel (CPP) con sus madres durante, al menos 30 minutos fueron amamantados exclusivamente durante 1 a 2 meses más y destetados 1 a 7 meses más tarde que aquellos con un CPP más corto; además los recién nacidos que permanecieron más de 70 minutos en CPP con sus madres, inmediatamente después del parto eran hasta ocho veces más propensos a amamantar espontáneamente. El contacto piel a piel coadyuva a la prolongación de la lactancia materna, y se considera una estrategia de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, en donde la enfermera ayuda al recién nacido y a la madre a brindar las condiciones para que, encontrándose sobre el tórax de la madre, inicie la primera succión del pezón hasta lograr una lactancia eficaz en los primeros minutos de la vida y sea una experiencia satisfactoria para ambos. Otros beneficios del apego precoz son:

- ❖ Regula la temperatura corporal del recién nacido.
- ❖ Reduce las infecciones por iatrogenia.
- ❖ Menor duración del llanto del recién nacido.
- ❖ Disminuye el estrés del recién nacido.
- ❖ Mejora la estabilidad cardio - respiratoria del recién nacido. <sup>(46)</sup>

### C) BENEFICIOS DEL APEGO PRECOZ PARA LA MADRE

**Estimula la secreción de oxitocina:** En la madre, el contacto piel a piel a través de estímulos sensoriales como el tacto, el calor y el olor, es un potente estimulante vagal que, entre otros efectos, libera oxitocina materna que produce un incremento de la temperatura de la piel de las mamas de la madre, proporciona calor al recién nacido y antagoniza el efecto de lucha/huida, lo que reduce la ansiedad materna, el miedo e incrementa la tranquilidad, la receptividad social, la confianza, la empatía, la generosidad y las conductas de crianza y como efecto biológico disminuye el riesgo

de hemorragia postparto al favorecer la contracción uterina. La oxitocina es un neurotransmisor cerebral que actúa disminuyendo la actividad del sistema nervioso simpático y del eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal, con el consecuente aumento de los niveles endógenos de opiáceos que induce efectos anti-estrés, produciendo en la madre: baja tensión arterial y ritmo cardiaco; bienestar y relajación, además de una óptima termorregulación. <sup>(47)</sup>

**Favorece la confianza y seguridad materna para el cuidado del recién nacido:**

Los beneficios que adquiere la madre a través del contacto piel a piel con su bebé le permite mantener un equilibrio emocional, perfecciona su nivel de percepción para detectar las reacciones y emociones de su hijo, logra obtener mayor confianza y seguridad para realizar los cuidados básicos del(la) niño(a) y por sobre todo un incremento en la producción de leche para un período prolongado de amamantamiento. Asimismo se desencadena una cascada de interacciones afectivas y emocionales que afianzan el vínculo madre-hijo en forma progresiva y segura a través de las caricias, el tacto, el tono de voz suave y el latido del corazón que le da un mayor sentido de control y autoperfeccionamiento para el cuidado del hijo. <sup>(48)</sup>

**Produce satisfacción materna, expresión de sentimientos positivos de reciprocidad y disminución de niveles de depresión postparto:**

En un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo se entrevistó a 45 madres multíparas con partos normales y recién nacidos a término y sanos que tuvieron la oportunidad de experimentar en el postparto inmediato el contacto precoz con sus bebés (piel-piel), hasta un máximo de 2 horas, en este tiempo, un 77,8% manifestó experimentar de forma predominante sentimientos positivos acompañados de conductas de interacción en el 82,2%, manifestando sentirse reconocidas o respondidas por su hijo cuando le abrazaron, hablaron y/o le tocaron explorándole las manos, los pies, la cabeza, etc. Los beneficios del contacto piel a piel de la madre con su hijo son significativos para la salud física y psicoafectiva de la madre en un periodo crítico y vulnerable de su vida: el parto y nacimiento de su hijo. <sup>(17)</sup> En otro estudio las madres que sostuvieron a sus neonatos en contacto piel a piel mostraron una preferencia fuerte por el mismo tipo de atención postparto en el futuro (86%), además presentaron menor estado de ansiedad a los tres días después del nacimiento y más confianza sobre sus capacidades de cuidado infantil al alta hospitalaria. <sup>(49)</sup>

#### 2.1.4. DEPRESIÓN DURANTE LA GESTACIÓN

Los trastornos psicológicos en el periodo de gestación, es una etapa de alta incidencia que pueden provocar trastornos depresivos en el puerperio. El embarazo supone un proceso de adaptación que pondrá a prueba las capacidades de la mujer con implicación de factores biológicos, psicológicos, culturales y psicosociales. Es una etapa en la que hay un conflicto de intereses entre las necesidades y aspiraciones individuales y la obligación de asumir una nueva responsabilidad. Igualmente, pueden surgir dudas sobre la capacidad personal para ejercer los cuidados que el recién nacido precisa, por lo que hay una mayor predisposición para que haya estrés psicológico, lo que a su vez determina que sea una etapa de mayor vulnerabilidad para la posible aparición de ansiedad y depresión.

En la sociedad actual, los diferentes papeles de la mujer con una mayor exigencia en el mercado laboral, que en muchas ocasiones no incluyen la perspectiva de ser madre, pueden facilitar una sobrecarga psicológica, a veces, la vivencia del papel de madre como único posible supone un estrés suplementario, debido al miedo a la pérdida del hijo. Los embarazos no deseados suponen un riesgo elevado de complicaciones, por lo que precisarán un seguimiento especial, incluso en el postparto, ya que puede ser necesaria una valoración psiquiátrica, así como un seguimiento social preventivo. La existencia de antecedentes personales, familiares, edad joven de la gestante, escaso o limitado apoyo social y tener más hijos son factores de mayor riesgo para desarrollar depresión durante la gestación.

Clasificación de la depresión en la gestación:

**SIN DEPRESIÓN:** Es el estado, donde la gestante no presenta tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio o falta de concentración, y realiza sus actividades con normalidad.

**DEPRESIÓN LEVE:** Están presentes dos o tres de los siguientes síntomas: humor depresivo de un carácter claramente anormal para la gestante, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas; marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras;

falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

**DEPRESIÓN MODERADA:** Están presentes al menos dos síntomas ya mencionada en la anterior categoría acompañado de un mínimo de seis síntomas de los siguientes: pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad; reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada; pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida; quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones; cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición; alteraciones del sueño de cualquier tipo; cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

**DEPRESIÓN SEVERA:** Están presentes los tres síntomas de depresión leve y al menos ocho síntomas de depresión moderada. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. <sup>(50)</sup>

### 2.1.5. DEPRESIÓN DURANTE EL PUERPERIO

El puerperio, es un período que va desde la expulsión de la placenta hasta las 6 u 8 semanas o 40 días, comprendiendo una serie de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hacen regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas y que se opera por un proceso de involución hasta casi restituir las a su estado primitivo, es el tiempo de aparición de los factores que encabezan las causas de mortalidad materna, como las hemorragias postparto, depresión postparto, entre otras. Se clasifica de la siguiente manera:

- ❖ PUERPERIO INMEDIATO: Comprende las primeras 24 horas.
- ❖ PUERPERIO PRECOZ O MEDIATO: 24 horas hasta los 7 días.
- ❖ PUERPERIO TARDIO: 40 a 45 días (retorno de la menstruación).
- ❖ PUERPERIO LEJANO: 45 días hasta un límite impreciso. <sup>(50)</sup>

Los trastornos psicológicos en el puerperio son: sin depresión, depresión leve, depresión moderada, depresión severa.

**SIN DEPRESIÓN:** Es el estado, donde la puérpera no presenta tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio o falta de concentración, y realiza sus actividades con normalidad. <sup>(2)</sup>

**DEPRESIÓN LEVE:** Se describe como una alteración del estado de ánimo, debida principalmente a cambios hormonales, psicológicos y sociales. Éstos tienen una intensidad y duración variable, suelen aparecer entre los dos y cuatro días posteriores al parto, y desaparecen por sí sola, después de la primera, segunda o tercera semana postparto. Los factores más comunes son la presencia de episodios de depresión o síntomas depresivos durante el embarazo, así como de sucesos estresantes durante la gestación, especialmente durante el último mes. El cuadro se presenta generalmente con labilidad emocional, irritabilidad, tristeza o llanto fácil, así como ansiedad y desesperación por la dificultad en el manejo del recién nacido. Estos síntomas no son lo suficientemente intensos para producir un deterioro significativo en la mujer que lo padece, ni es necesario implementar algún tratamiento específico. Se puede sugerir, también, que haya acompañamiento y apoyo familiar durante estos momentos, con el propósito de que la mujer pueda atravesar esta etapa con mayor facilidad. <sup>(2)</sup>

**DEPRESIÓN MODERADA:** O denominada depresión postparto se sitúa en un punto intermedio entre la depresión leve y depresión severa, tanto en gravedad como en incidencia. No se conocen exactamente las causas; únicamente se han podido observar factores de riesgo. Sin embargo, este padecimiento se puede presentar incluso cuando la madre no ha mostrado ningún antecedente. Suele comenzar en cualquier momento posterior al parto, ya sea días, semanas, meses y hasta un año después. Puede afectar en cualquier tipo de parto o número de embarazo. Los síntomas presentados se caracterizan por pérdida de interés, llanto, desanimo, sentimientos de incapacidad o inhabilidad para afrontar situaciones, agotamiento físico, alteraciones del sueño y del apetito, dificultad para concentrarse e ideas de minusvalía sobre la crianza y cuidados del recién nacido y las tareas domésticas, los sentimientos de culpa y autocensura por no estar amando o cuidando al hijo lo suficiente, ansiedad. La depresión moderada genera en la mujer un elevado índice de pensamientos negativos, sentimientos de ambivalencia hacia el recién

nacido, su pareja y familiares. Su visión del futuro es desesperanzada y perciben el futuro de forma compleja. <sup>(3)</sup>

**DEPRESIÓN SEVERA:** O denominada psicosis puerperal es el más extremo de los tipos de cambio de estado de ánimo después del parto. Está en relación con factores de riesgo (especialmente haber padecido trastornos afectivos, esquizofrenia o psicosis puerperal previa). Las manifestaciones inician generalmente de forma brusca entre el tercer y noveno día postparto, aunque puede iniciarse incluso hasta el sexto mes. Los síntomas suelen comenzar como insomnio, junto con irritabilidad, ansiedad e inestabilidad del estado de ánimo, signos de confusión, preocupación o rechazo de la comida. Después de la fase inicial, generalmente de una semana, tiene lugar la fase aguda, en la que aparece propiamente la actividad delirante y alucinatoria (comúnmente visuales y auditivas, la madre puede pensar que el(la) niño(a) está muerto, que está poseído por un demonio y debería morir, o que es un salvador con una misión divina), así como: fluctuaciones psicomotrices entre la agitación y estupor; rápida variabilidad afectiva de gran euforia y ansiedad, hasta llegar al ánimo deprimido; perturbaciones en la percepción del tiempo; falta de contacto con la realidad; conducta desordenada; actos que pueden poner en riesgo la vida del hijo; conductas de maltrato o descuido al neonato; en algunos casos pensamientos suicidas o de daño al menor. En los episodios depresivos graves del postparto se deteriora seriamente la actividad social o laboral. <sup>(2)</sup>

### 2.1.6. ETIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO

La causa exacta de la depresión postparto no está clara. No obstante, las investigaciones realizadas apuntan que hay una serie de factores que contribuyen a su desarrollo. Entre ellos se incluyen:

- a) El parto: Para algunas mujeres el parto no se ajusta a sus expectativas, ese sentimiento de “decepción” puede causar depresión. Algunas mujeres que han desarrollado depresión postparto, tuvieron partos traumáticos o difíciles, o bebés prematuros o con problemas de salud.
- b) Factores biológicos: Un pequeño porcentaje de las mujeres que desarrollan depresión postparto sufre una disfunción temporal de la glándula tiroidea, asociada a los cambios del estado de ánimo. De esto se desprende que algunas mujeres pueden ser especialmente vulnerables a los cambios hormonales que sobrevienen



después de dar a luz. Sin embargo, no hay ninguna prueba científica concluyente que avale esta hipótesis, aunque se sigue investigando al respecto.

- c) Cambios en el modo de vida: El nacimiento de un hijo provoca cambios profundos en la vida de la madre. Los recién nacidos dan mucho trabajo, puesto que precisan atención constante: hay que alimentarlos, bañarlos, calmarlos cuando lloran, dormirlos, etc., y todo esto resta muchas horas de sueño. La madre de un recién nacido asume de repente una gran responsabilidad que abarca las 24 horas del día, y por consiguiente pierde la libertad que tenía antes de dar a luz. Además, la llegada de un hijo puede afectar en gran medida a todas las relaciones, y en ocasiones incluso provocar una gran tensión. Este sentimiento de pérdida puede causar depresión. A veces, la madre necesita tiempo para encontrar los mecanismos que le permitan adaptarse a la nueva situación.
- d) Circunstancias de carácter social: Algunos hechos de la vida cotidiana, como el duelo por la pérdida de un ser querido, o la enfermedad, pueden ser fuente de estrés y tensiones, incluso antes del parto. Otros factores que pueden influir son el desempleo y la pobreza. Las mujeres que están aisladas de sus familias, o que no tienen una pareja en la que apoyarse, pueden ser más propensas a sufrir depresión postparto.
- e) Antecedentes personales: Otro factor decisivo en el desarrollo de la depresión postparto es la existencia de antecedentes de depresión. Ideas preconcebidas sobre la maternidad: se tiene una idea preconcebida de la madre como una persona radiante y llena de energía, que vive en un hogar perfecto con una pareja que la apoya. <sup>(51)</sup>

### **2.1.7. CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO**

- a) Rechazo por su propio hijo: Si empieza a pasar el tiempo el sentimiento es de mucha inestabilidad emocional, de rechazo al bebé, eso puede producir una alteración en el vínculo madre – hijo. Puede que le falte energía, tenga problemas para concentrarse, sea irritable y no pueda llenar la necesidad de amor, como afecto al bebé.
- b) Alteración en la vida del bebé: Se altera la calidad de vínculo de la madre con su hijo. Eso implica que el bebé tenga una privación de la disposición de madre hacia él, por ende, existirá una alteración de la vida de ese ser humano. Afecta al bebé

causando retrasos en el desarrollo del habla, problemas emocionales, problemas de comportamiento, nivel de actividad bajo, problemas para dormir, angustia y sufrimiento. Ayuda si el padre o alguna otra persona llenan las necesidades emocionales del bebé mientras la madre está deprimida. Una mujer deprimida definitivamente no va a poder ser feliz y funcionalmente va a estar muy por debajo de las necesidades que está requiriendo su familia, ya que debe atender al bebé, a su esposo, a sus otros hijos si los hay, y muchas otras cosas en las cuales necesita entusiasmo.

- c) Sobreprotección del niño o niña.
- d) Falta de interés por el bebé.
- e) Ansiedad extrema o pánico.
- f) Cambios en el estado de ánimo.
- g) Descuido personal.
- h) Confusión o incapacidad para concentrarse.
- i) Sentimientos de culpabilidad. <sup>(11)</sup>

#### **2.1.8. ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDINBURGH (EDPS)**

La Escala de Depresión postparto de Edinburgh se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen depresión postparto; una afección alarmante más prolongada que la “Melancolía de la Maternidad” (depresión leve) pero que es menos grave que la depresión severa (psicosis puerperal). Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado haciendo que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo. La EDPS se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh.

Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92,3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La escala indica la manera en

que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

Clasificación de la depresión:

- ❖ Sin depresión: 0 – 4.
- ❖ Depresión leve: 5 – 9.
- ❖ Depresión moderada: 10 - 19.
- ❖ Depresión severa: Mayor a 20. <sup>(52)</sup>

## 2.2. MARCO CONCEPTUAL

**GESTACIÓN:** Embarazo o gravidez, es el período de tiempo que transcurre entre la fecundación del óvulo por el espermatozoide y el momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses). <sup>(50)</sup>

**SIN DEPRESIÓN:** La gestante no presenta tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio o falta de concentración, y realiza sus actividades con normalidad. <sup>(50)</sup>

**DEPRESIÓN LEVE:** Están presentes dos o tres de los siguientes síntomas: humor depresivo de un carácter claramente anormal para la gestante; marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras; falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad. <sup>(50)</sup>

**DEPRESIÓN MODERADA:** Están presentes al menos dos síntomas ya mencionada en la anterior categoría acompañado de un mínimo de seis síntomas de los siguientes: pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad; reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada; pensamientos

recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida; quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones; cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición; alteraciones del sueño de cualquier tipo; cambios del apetito con la correspondiente modificación del peso. <sup>(50)</sup>

**DEPRESIÓN SEVERA:** Están presentes los tres síntomas de depresión leve y al menos ocho síntomas de depresión moderada. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. <sup>(50)</sup>

**PUERPERIO:** Es un período que va desde la expulsión de la placenta hasta las 6 u 8 semanas o 40 días, comprendiendo una serie de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hacen regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas y que se opera por un proceso de involución hasta casi restituir las a su estado primitivo. <sup>(50)</sup>

**SIN DEPRESIÓN:** La puérpera no presenta tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio o falta de concentración, y realiza sus actividades con normalidad. <sup>(2)</sup>

**DEPRESIÓN LEVE:** Se describe como una alteración del estado de ánimo, tiene una intensidad y duración variable, suelen aparecer entre los dos y cuatro días posteriores al parto, y desaparecen por sí sola, después de la primera hasta la tercera semana postparto. Se presenta generalmente con labilidad emocional, irritabilidad, tristeza o llanto fácil, así como ansiedad y desesperación por la dificultad en el manejo del recién nacido. <sup>(2)</sup>

**DEPRESIÓN MODERADA:** Suele comenzar en cualquier momento posterior al parto, ya sea días, semanas, meses y hasta un año después. Los síntomas presentados se caracterizan por pérdida de interés, llanto, desánimo, sentimientos de incapacidad o inhabilidad para afrontar situaciones, agotamiento físico, alteraciones del sueño y del apetito, dificultad para concentrarse e ideas de minusvalía sobre la crianza y cuidados del recién nacido y las tareas domésticas. <sup>(3)</sup>

**DEPRESIÓN SEVERA:** Es el más extremo de los tipos de cambio de estado de ánimo después del parto. Las manifestaciones inician generalmente de forma brusca entre el tercer y noveno día postparto, aunque puede iniciarse incluso hasta el sexto mes. Los síntomas suelen comenzar como insomnio, junto con irritabilidad, ansiedad e inestabilidad del estado de ánimo hasta actos que pueden poner en riesgo la vida del bebé, la mujer pierde conexión con la realidad; dicho trastorno se da más en las mujeres que recientemente han dado a luz un bebé. <sup>(2)</sup>

**CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LA MADRE:** Se define como las características personales a todos aquellos aspectos, cualidades o variables que configuran el estado e identidad de una persona. Sin embargo se puede definir también como asociaciones que tiene una persona y que influye poderosamente en ella, por medio de la asociación continua pueden considerarse: la edad, procedencia, paridad, grado de instrucción, estado civil y tipo de parto. <sup>(8)</sup>

**EDAD:** Es el periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad. <sup>(53)</sup> Es uno de los factores más importantes y que más influyen a la hora de lograr el embarazo. Según el riesgo obstétrico de la madre, se clasificó de la siguiente manera:

- ❖ Etapa de adolescente (Alto riesgo): 12 años hasta 18.
- ❖ Etapa joven (Sin riesgo aparente): 19 años hasta 35 años.
- ❖ Etapa adulta (Alto riesgo): Mayor de 36 años. <sup>(54)</sup>

**PROCEDENCIA:** Se define como un proceso que supone movimiento especial de grandes sectores, desde un lugar de origen a otro de destino. Es un indicador de bienestar en condición socioeconómica, relacionado con el movimiento migratorio de la población. Se clasificó de la siguiente manera: <sup>(53)</sup>

- ❖ Distrito de Puno: Esta considerada la mujer que reside en el distrito de Puno.
- ❖ De otras provincias del departamento de Puno: Esta considerada la mujer que proceden de otras provincias del departamento de Puno y que residen temporalmente en el distrito de Puno.
- ❖ De otros departamentos del Perú: Esta considerada la mujer que proceden de departamentos del Perú y que residen temporalmente en el distrito de Puno.

**PARIDAD:** Es la clasificación de una mujer por el número de hijos nacidos vivos y de nacidos muertos con más de 28 semanas de gestación. Se clasificó de la siguiente manera:

- ❖ **Primípara:** Son las mujeres que por primeras vez son madres, en este periodo se encuentran con miedo e inseguridad hacia el nuevo rol que desempeñan, atravesando una crisis situacional.
- ❖ **Múltipara:** Son las mujeres que por segunda o tercera vez son madres con partos antecesores.
- ❖ **Gran múltipara:** Son las mujeres que por cuarta o quinta vez son madres, el riesgo de complicaciones durante el parto aumenta (dilatación más lenta, presentación anormal del feto o hemorragia después del parto por la relajación del útero).<sup>(55)</sup>

**GRADO DE INSTRUCCIÓN:** Son las etapas del sistema educativo peruano, correspondiente a las diversas fases del desarrollo personal de los educandos. Se define como un proceso permanente, sistemático y que se da a lo largo de toda la vida, es decir, por el constante aprendizaje. Se clasificó de la siguiente manera:

- ❖ **Secundaria completa:** Están consideradas todas las mujeres que alcanzaron los 5 años comprendidos, del primero al quinto de secundaria.
- ❖ **Secundaria incompleta:** Están consideradas todas las mujeres que no alcanzaron los 5 años comprendidos, y que solo alcanzaron hasta el primero, segundo, tercero o cuarto año.
- ❖ **Superior completa:** Están consideradas todas las mujeres que alcanzaron culminar los semestres académicos pertinentes para cada carrera de estudio.
- ❖ **Superior incompleta:** Están consideradas todas las mujeres que no alcanzaron culminar los semestres académicos pertinentes para cada carrera de estudio.<sup>(56)</sup>

**ESTADO CIVIL:** El estado civil es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes. Está integrado por una serie de hechos y actos de tal manera importante y trascendental en la vida de las personas que la ley la toma en consideración, de una manera cuidadosa, para formar con ellos, la historia jurídica de la persona. Se clasificó de la siguiente manera:

- ❖ **Separada (de matrimonio o de convivencia):** Esta considerada la mujer que está separado de su cónyuge y no vive en unión de hecho o convivencia.
- ❖ **Conviviente:** Esta considerada la mujer que vive con su pareja sin haber contraído matrimonio civil o religioso.

- ❖ Casada: Esta considerada la mujer que ha contraído matrimonio civil y/o religioso y vive con su cónyuge. <sup>(53)</sup>

**TIPO DE PARTO:** El parto humano, también llamado nacimiento, es la culminación del embarazo humano, hasta el periodo de salida del bebé del útero. Existen dos tipos de partos:

- ❖ El parto eutócico: es un parto normal, en el que no se identifican alteraciones, y que se inicia y concluye de forma espontánea, sin necesidad de intervención médica. Tienen lugar una secuencia de distintos fenómenos: contracciones uterinas rítmicas y coordinadas, modificación y dilatación del cuello uterino y descenso del feto a través del canal de parto. En este tipo de parto, el feto se encuentra en posición fetal cefálica y flexionada, y su salida es vaginal.
- ❖ El parto distócico: requiere de intervención médica, normalmente maniobras o intervenciones quirúrgicas, para su correcta finalización. Se entiende la distocia como cualquier dificultad de origen fetal o materno en el progreso normal del parto. Se produce un retraso o limitación en alguna de las secuencias del parto, lo que provoca que se prolongue en exceso y que se requiera la intervención médica para evitar riesgos en la salud de la mamá y del bebé. <sup>(55)</sup>

**SESIÓN EDUCATIVA:** Es un plan que presupone un conjunto de connotaciones tales como la previsión, organización, coordinación de esfuerzos y control de acciones y resultados. Al planificar un programa educativo para la salud, se considera el proceso de enseñanza – aprendizaje, el cual se fundamenta tanto en el conocimiento de los educadores (personal de salud) respecto de cómo se enseña y como aprende el individuo, de cómo es el conocimiento de las necesidades de salud de las personas o grupo – población a quien va dirigido, así como las prácticas habituales y los aspectos socioeconómicos y culturales. <sup>(29)</sup>

**LACTANCIA MATERNA:** La lactancia materna es una forma de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sanos de los lactantes. La leche materna es el primer alimento natural del bebé, proporciona toda la energía y los nutrientes que necesitan durante sus primeros meses de vida y sigue aportándoles al menos la mitad de sus necesidades nutricionales durante la segunda mitad del primer año y hasta un tercio durante el segundo año de vida; promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, protege al

bebé de enfermedades infecciosas y crónicas. La lactancia materna contribuye a la salud y el bienestar de la madre. <sup>(30)</sup>

**APEGO PRECOZ:** Es el lazo afectivo que se forma entre el(la) niño(a) y un número reducido de personas cercanos que impulsa a buscar la proximidad y el contacto con ellos a lo largo del tiempo. La necesidad de vincularse afectivamente es una necesidad humana, pre programada biológicamente y presente a lo largo de todo el ciclo vital. <sup>(42)</sup>

### 2.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

#### HIPÓTESIS GENERAL

La Intervención Educativa de Enfermería es efectiva en la depresión postparto en puérperas.

#### HIPÓTESIS ESPECÍFICA

- 1) Las gestantes presentan depresión leve a severa antes de la Intervención Educativa de Enfermería (pre test).
- 2) Las puérperas presentan sin depresión a moderada después de la Intervención Educativa de Enfermería (pos test).
- 3) Las características personales de la puérpera que intervienen en la disminución de depresión postparto son la edad, procedencia, paridad, grado de instrucción, estado civil y tipo de parto.

#### VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

**Variable independiente:** Intervención Educativa de Enfermería.

**Variable dependiente:** Depresión postparto.

**Variables intervinientes:** Edad, procedencia, paridad, grado de instrucción, estado civil, tipo de parto.



## CAPÍTULO III

### MATERIALES Y MÉTODOS

#### 3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

**El tipo de investigación:** Fue de tipo PRE EXPERIMENTAL; porque hubo manipulación de la variable independiente (Intervención Educativa de Enfermería), y se observó el efecto sobre la variable dependiente (Depresión postparto).<sup>(57)</sup>

**El diseño de investigación:** Se aplicó el diseño con un solo grupo antes y después de la Intervención Educativa de Enfermería, para comparar la depresión en la gestante y puérpera.

El diagrama que le corresponde es:



Dónde:

n: Representa la muestra de gestantes antes de la Intervención Educativa de Enfermería, y las mismas de puérperas después de la Intervención Educativa de Enfermería.

X: Variable independiente (Intervención Educativa de Enfermería en lactancia materna y apego precoz).

O<sub>1</sub>: Representa las características de la depresión antes de aplicar la intervención educativa.

O<sub>2</sub>: Representa el efecto en la disminución de depresión postparto después de la intervención educativa.

Además fue de tipo analítico y longitudinal:

**Analítico:** Porque se comparó los resultados del pre test y pos test con la Escala de Edinburgh.

**Longitudinal:** Porque se recolectó la información en dos momentos, antes (gestante) y después (puérperas).<sup>(62)</sup>

### 3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN

La **POBLACIÓN** de estudio estuvo constituida por 239 gestantes que fueron atendidas en el Establecimiento de Salud I – 4 José Antonio Encinas, de enero a diciembre durante el año 2016.

La **MUESTRA**, se obtuvo según la siguiente formula estadística para una proporción en una población finita o conocida:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

Tamaño de la población	N	<b>239</b>
Error Alfa	A	0.05
Nivel de Confianza	1-α	0.95
Z de (1-α)	Z (1-α)	1.96
Prevalencia de la Enfermedad	P	<b>0.40</b>
Complemento de p	Q	0.60
Precisión	D	<b>0.099</b>
Tamaño de la muestra	N	<b>67.70</b>

$$n = \frac{239 * 3.84 * 0.40 * 0.60}{0.01 * 238 + 3.842 * 0.40 * 0.60}$$

$$n = \frac{220.354176}{2.332638 + 0.921984}$$

$$n = \frac{220.354176}{3.254622}$$

$$n = 67.704998$$

n=	<b>68</b>
----	-----------

Tomando en cuenta los siguientes criterios:

**Criterios de inclusión:**

- ❖ Gestantes que asisten para su control prenatal al establecimiento de Salud I – 4 José Antonio Encinas.
- ❖ Gestantes que se encuentran en el tercer trimestre de gestación.
- ❖ Gestantes que viven en la jurisdicción del Establecimiento de Salud I – 4 José Antonio Encinas.

**Criterios de exclusión:**

- ❖ Gestantes que presentan complicaciones del embarazo.
- ❖ Gestantes en el primer y segundo trimestre de gestación.

### 3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**Técnica:** Para el logro de los objetivos del presente trabajo de investigación se aplicó la técnica de la ENCUESTA, que permitió recabar información sobre la depresión en gestante y puérperas.

**Instrumento:** Se aplicó la Escala de Depresión de Edinburgo modificada por Lipa F. (2014).

Instrucciones de su aplicación:

- ❖ Explicar a la gestante (antes) y puérpera (después) que la depresión es una enfermedad frecuente en esta etapa de la vida y tiene tratamiento, pero que es necesario detectarla lo más tempranamente posible.
- ❖ Solicitar a la gestante (antes) y puérpera (después) que marque con una X la alternativa que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días.
- ❖ Especificar que las 10 preguntas deben ser respondidas y que para cada pregunta debe marcar sólo 1 de las 4 alternativas.

En todos los casos, se debe asegurar, que las respuestas provengan de la madre, se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.

Esta escala consta de 10 ítems con preguntas cerradas y respuestas politómicas mutuamente excluyentes, a las categorías de las respuestas se les da un puntaje de Nunca (=0), Ocasionalmente (=1), A veces (=2), y Siempre (=3). De las cuales las preguntas 1, 2, 4 tienen un puntaje de 0 a 3; sin embargo, las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 tienen puntaje invertido de 3 a 0. Finalmente se suman todos los puntajes para dar la puntuación total. Obteniéndose la siguiente clasificación de acuerdo al puntaje

- ❖ Sin depresión: 0 – 4
- ❖ Depresión leve: 5 - 9
- ❖ Depresión moderada: 10 – 19
- ❖ Depresión severa: Mayor a 20

### **3.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **De la coordinación:**

- ❖ Se solicitó carta de presentación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano – Puno, ante el Establecimiento de Salud I – 4 José Antonio Encinas, para la ejecución del trabajo de investigación.
- ❖ Se realizó el trámite por escrito, solicitando la autorización del Jefe de Establecimiento de Salud, para la ejecución del trabajo de investigación.

#### **De la aplicación del instrumento:**

Antes de la intervención educativa.

- ❖ Se ubicó el servicio de Obstetricia, según coordinaciones previas.
- ❖ Se realizó la presentación correspondiente a la gestante, dándole a conocer la importancia del estudio de investigación y sobre las alternativas de respuestas que puede emitir frente a los ítems formulados.
- ❖ Se entregó a la gestante formato de consentimiento informado para obtener su participación voluntaria.
- ❖ A continuación se proporcionó a la gestante el instrumento, y se indicó los datos que debe consignar, los cuales fueron: nombre, edad, dirección de domicilio, procedencia, número de celular, número de embarazo, grado de instrucción, estado civil, tipo de parto y fecha probable de parto; además de las instrucciones

correspondientes sobre cómo responder a los ítems de la escala, el tiempo de duración fue de 10 minutos; también se indicó que no existen respuestas correctas e incorrectas y se debe responder con sinceridad.

- ❖ Luego se anunció la finalización del instrumento, pasando a recoger el mismo, y se verificó que todos los ítems tengan respuesta.
- ❖ Consiguientemente se pasó a calificar la escala, calificando el puntaje obtenido por la gestante, en las siguientes categorías: sin depresión, depresión leve, depresión moderada y depresión severa.
- ❖ Finalmente se reiteró el agradecimiento a la obstetra de turno y a la gestante por su participación.
- ❖ Después de 10 minutos se realizó la Intervención Educativa de Enfermería a la gestante que obtuvo puntaje mayor a 4.
- ❖ La recolección de datos se realizó en el turno mañana de lunes a viernes desde las 8 am a 14 pm, durante los meses de febrero, marzo y abril.

Durante la intervención educativa de enfermería:

- ❖ Se aplicó la sesión educativa, denominada: “Yo, quiero un cuidado único y feliz”, con sus 5 momentos, distribuido de la siguiente manera: Recuperación de saberes previos / Motivación en un tiempo de 10 minutos, momento Básico en un tiempo de 10 minutos, momento práctico en 5 minutos, momento de evaluación en 5 minutos y el momento de extensión (Anexo N° 02).

Después de la intervención educativa de Enfermería:

- ❖ A los 7 días postparto, en el puerperio mediato, a cada puérpera se realizó visita domiciliaria, asimismo se intervino, a algunas de ellas, en el primer control de su recién nacido en el Establecimiento de Salud José Antonio Encinas.
- ❖ A continuación se proporcionó a la puérpera el instrumento, y se indicó los datos que debe consignar, los cuales fueron: nombre, edad, número de embarazo, tipo de parto y fecha de parto; además de las instrucciones correspondientes sobre cómo responder a los ítems de la escala, el tiempo de duración fue de 10 minutos, también se indicó que no existen respuestas correctas e incorrectas y se debe responder con sinceridad.

- ❖ Luego se anunció la finalización del instrumento, pasando a recoger el mismo, y se verificó que todos los ítems tengan respuesta.
- ❖ Consiguientemente se pasó a calificar la escala, calificando el puntaje obtenido por la puérpera, en las siguientes categorías: sin depresión, depresión leve, depresión moderada, depresión severa.
- ❖ Finalmente se reiteró el agradecimiento a la puérpera por su participación.
- ❖ Obteniéndose resultados diferentes en comparación a la primera evaluación.

### 3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

#### Procedimiento descriptivo:

Los datos obtenidos fueron sometidos a un análisis porcentual haciendo uso de la estadística descriptiva, para ello se elaboró una base de datos y el procesamiento estadístico en el programa SPSS versión 25. Se realizó el conteo, selección y codificación de los ítems de la escala, según la categorización y puntuación de cada una de las variables, a través de tablas de contingencia con cruce de variables.

#### Procedimientos inferenciales:

Para el ordenamiento, interpretación y análisis de los datos obtenidos se utilizó la presentación en números y porcentaje; y para la interpretación del análisis de relación de los resultados y las variables intervinientes, por el tipo de estudio, se utilizó la prueba Chi cuadrado.

$$x^2 = \frac{\sum (Fo - Fe)^2}{Fe}$$

Dónde:

$x^2$  = Chi Cuadrada

Fo = Frecuencia Observada

Fe = Frecuencia Esperada

$\sum$  = Sumatoria

Para el análisis de los datos y la contrastación de la hipótesis, se utilizó la prueba T – STUDENT (Prueba de diferencia de promedios). Esta prueba exige dependencia entre dos muestras, en las que hay dos momentos, uno antes (pre test) y otro después (pos test).

Con ello se da a entender que en el primer período, las observaciones servirán de control o testigo, para conocer los cambios que se susciten después de aplicar la variable independiente (Intervención Educativa de Enfermería). Además se utilizó para probar hipótesis (hipótesis nula y alterna).<sup>(58)</sup>

### Planteamiento de la hipótesis estadística:

Hipótesis general

$$H_0: \mu_{\text{pretest}} = \mu_{\text{posttest}}$$

$H_0$  = El promedio de puntaje pre – test respecto a la depresión es igual al promedio del puntaje del promedio post test.

$$H_1: \mu_{\text{pretest}} \neq \mu_{\text{posttest}}$$

$H_1$  = El promedio de puntaje pre – test de la depresión es mayor al promedio del puntaje de la depresión en el post test.

- 1) Nivel de significancia:  $\alpha < 0.05$
- 2) Prueba estadística:

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}}}$$

Donde:

- t = Valor de la prueba de Student.
- $n_1$  y  $n_2$  = Tamaño de la muestra 1 y 2, respectivamente.
- $\bar{X}_1$  y  $\bar{X}_2$  = Medias de la muestra 1 y 2, respectivamente.
- $s_1$  y  $s_2$  = Desviación estándar de la muestra 1 y 2, respectivamente.

Finalmente se registró la información encontrada y fueron interpretados en las tablas correspondientes.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1. RESULTADOS

OG.

TABLA N° 1

**INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA Y SU EFECTO EN LA  
DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS DEL ESTABLECIMIENTO DE  
SALUD I – 4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO – 2017**

INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA DEPRESIÓN	ANTES (Gestante)		DESPUES (Puérpera) EFECTO	
	N°	%	N°	%
<b>Sin depresión</b>	0	0,00	20	29,41
<b>Depresión leve</b>	9	13,24	38	55,88
<b>Depresión moderada</b>	53	77,94	10	14,71
<b>Depresión severa</b>	6	8,82	0	0,00
<b>TOTAL</b>	68	100,00	68	100,00
<b><math>t^2_c = 18,451</math></b>	<b><math>t^2_t = 1,671</math></b>		<b>Gl=67</b>	<b>P=0,000</b>

Fuente: Resultados del trabajo de investigación.

Los resultados de la tabla N° 1 muestra que: en la categoría sin depresión, antes de la Intervención Educativa de Enfermería, no se observó ni una gestante dentro de esta categoría, después de la intervención se tiene un 29,41% de puérperas; para la categoría depresión leve, antes de la intervención presentó un 13,24% de gestantes, después de la intervención se tuvo un 55,88% de puérperas; para la categoría depresión moderada, antes de la intervención presentó un 77,94% de gestantes, después de la intervención disminuyó a 14,71% de puérperas; y para la categoría depresión severa antes de la intervención presentó un 8,82% de gestantes y después de la intervención no se observó ni una puérpera dentro de esta categoría.

La lactancia materna reduce los niveles de ansiedad y los estados de ánimo que la puérpera presenta, además el apego precoz favorece el vínculo y apego positivo entre la



madre y el niño o la niña, también el contacto piel a piel y el inicio precoz del amamantamiento está asociado significativamente con la ausencia de sintomatología depresiva postparto, además mejora la conducta adaptativa neonatal, hacia la lactancia materna inmediata e incrementa los niveles de satisfacción del recién nacido y la madre.

Para determinar la efectividad de la Intervención Educativa de Enfermería en la depresión de la gestante y puérpera, estadísticamente se trabajó al 5% de error y 95% de certeza, se aplicó la prueba estadística T de Student para muestras relacionadas por ser un estudio longitudinal y para analizar la significancia de promedios entre el pre test (gestantes) y pos test (puérperas) respecto a la depresión postparto. Se obtuvo  $t^2_c = 18,451$  mayor que  $t^2_i = 1,671$  con 67 grados de libertad, un nivel de significancia  $P=0,000$ ; se considera estadísticamente significativa para  $p < 0,05$ ; se acepta la hipótesis alterna (el promedio de puntaje pre – test de la depresión es mayor al promedio del puntaje de la depresión en el post test.): la Intervención Educativa de Enfermería en la depresión postparto, es efectiva, disminuye la depresión postparto. Se concluye que la Intervención Educativa de Enfermería si tiene efectos significativos en la depresión postparto (puérpera).

OE1.

TABLA N° 2

**DEPRESIÓN ANTES DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE  
ENFERMERÍA EN GESTANTES DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I – 4  
JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO – 2017**

DEPRESIÓN	ANTES (Gestante)	
	N°	%
<b>Sin depresión</b>	0	0,00
<b>Depresión leve</b>	9	13,24
<b>Depresión moderada</b>	53	77,94
<b>Depresión severa</b>	6	8,82
<b>TOTAL</b>	68	100,00

Fuente: Resultados del trabajo de investigación.

Los resultados de la tabla N° 2 muestra que antes de la Intervención Educativa de Enfermería: el 77,94% de gestantes tuvo depresión moderada; mientras que un 13,24% tuvo depresión leve; un 8,82% tuvo depresión severa y no se observó gestantes sin depresión.

Estos resultados demuestran que el embarazo supone un proceso de adaptación que pondrá a prueba las capacidades de la mujer, donde existe conflicto de intereses entre las necesidades y aspiraciones individuales y la obligación de asumir una nueva responsabilidad en la futura madre, provocando estrés psicológico, ansiedad y depresión.

OE2.

TABLA N° 3

**DEPRESIÓN POSTPARTO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA  
DE ENFERMERÍA EN PUÉRPERAS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD  
I – 4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO – 2017**

DEPRESIÓN	INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA	DESPUÉS (Puerpera)	
		N°	%
<b>Sin depresión</b>		20	29,41
<b>Depresión leve</b>		38	55,88
<b>Depresión moderada</b>		10	14,71
<b>Depresión severa</b>		0	0,00
<b>TOTAL</b>		68	100,00

Fuente: Resultados del trabajo de investigación.

Los resultados de la tabla N° 3 muestra que después de la Intervención Educativa de Enfermería: el 55,88% de puerperas tuvo depresión leve; mientras que un 29,41% estuvo sin depresión; un 14,71% tuvo depresión moderada; y no se observó puerperas con depresión severa.

La disminución en la depresión durante el puerperio, se asocia a los conocimientos y practicas impartidas en lactancia materna y apego precoz durante la gestación, después de realizar el diagnóstico previo, para hacer frente a los nuevos cambios y adaptación de la mujer al nuevo rol de madre.

OE<sub>3</sub>.

TABLA N° 4

**EDAD DE LA PUÉRPERA EN LA DEPRESIÓN POSTPARTO DEL  
ESTABLECIMIENTO DE SALUD I – 4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS,  
PUNO – 2017**

<b>ANTES de la Intervención Educativa de Enfermería (gestante)</b>										
Edad	Sin depresión		Depresión leve		Depresión moderada		Depresión severa		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Menor de 18 años	0	0,00	2	2,94	1	1,47	0	0,00	3	4,41
De 19 a 35 años	0	0,00	6	8,82	51	75,00	2	2,94	59	86,76
De 36 a más años	0	0,00	1	1,47	1	1,47	4	5,88	6	8,82
<b>Total</b>	0	0,00	9	13,24	53	77,94	6	8,82	68	100,00
<b>DESPUÉS de la Intervención Educativa de Enfermería (puérpera)</b>										
Edad	Sin depresión		Depresión leve		Depresión moderada		Depresión severa		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Menor de 18 años	2	2,94	0	0,00	1	1,47	0	0,00	3	4,41
De 19 a 35 años	18	26,47	37	54,41	4	5,88	0	0,00	59	86,76
De 36 a más años	0	0,00	1	1,47	5	7,35	0	0,00	6	8,82
<b>Total</b>	20	29,41	38	55,88	10	14,71	0	0,00	68	100,00

Fuente: Resultados del trabajo de investigación.

Los resultados de la tabla N° 4 muestra la **edad** de la puérpera relacionada con la depresión, donde el 86,76% tuvo 19 a 35 años, seguido de un 8,82% de 36 a más años, y un 4,41% eran menores de 18 años.

En la categoría sin depresión; antes de la intervención educativa de enfermería no se observó ninguna gestante dentro de esta categoría, después de la intervención se observó en el grupo de 19 a 35 años un 26,47% y un 2,94% de puérperas en el grupo menor de 18 años. En la categoría depresión leve, antes de la intervención, se observó en el grupo de 19 a 35 años presentó un 8,82%, el grupo menor de 18 años presentó el 2,94%, y el grupo de 36 años a más un 1,47% de gestantes, después de la intervención en el grupo de 19 a 35 años presentó un 54,41% y del grupo de 36 años a más presentó un 1,47% de puérperas. En la categoría depresión moderada, antes de la intervención, se observó para el grupo de 19 a 35 años un 75%, y un 1,47% de gestantes tanto para el grupo menor de 18 y de 36 años a más; habiendo disminuido después de la intervención a 5,88% para el grupo de 19

a 35 años, un 1,47% para el grupo menor de 18 años y un 7,35% de puérperas para el grupo de 36 años a más. En la categoría depresión severa, antes de la intervención presentó un 5,88% el grupo de 36 años a más, y un 2,94% de gestantes de 19 a 35 años, después de la intervención ya ninguna puérpera presentó esta categoría.

La prevalencia de depresión aumenta con la edad, antes de los 18 años existe el riesgo de sufrir patologías ginecológicas por la inmadurez de los órganos sexuales, en cambio a partir de los 35 años se va descendiendo la reserva ovárica y los óvulos van envejeciendo, además surge problemas genéticos y existe mayor riesgo de sufrir depresión postparto, a causa de los cambios hormonales productos del parto y los factores socioculturales relacionados con la llegada de un nuevo hijo. Además, aportan al abandono de los quehaceres del hogar y asumir el nuevo rol de madre durante el puerperio, sin embargo este grupo etario disminuyó significativamente la depresión después de la intervención.

A la prueba estadística de Chi cuadrado calculada al 5% de margen de error y 95% de certeza se tuvo, antes de la intervención  $X^2_c=36,137$  con 4 grados de libertad con un nivel de significancia  $P=0,000$ , después de la intervención se obtuvo  $X^2_c=29,469$  con 4 grados de libertad con un nivel de significancia  $P=0,000$ ; por lo que se afirma la variable edad, disminuye la depresión postparto en puérperas del establecimiento de salud I-4 José Antonio Encinas.

OE3.

TABLA N° 5

**PROCEDENCIA DE LA PUÉRPERA EN LA DEPRESIÓN POSTPARTO DEL  
ESTABLECIMIENTO DE SALUD I – 4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS,  
PUNO – 2017**

<b>ANTES de la Intervención Educativa de Enfermería (gestante)</b>										
Procedencia	Sin depresión		Depresión leve		Depresión moderada		Depresión severa		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Distrito de Puno</b>	0	0,00	7	10,29	34	50,00	0	0,00	<b>41</b>	<b>60,29</b>
<b>De otras provincias del departamento de Puno</b>	0	0,00	1	1,47	11	16,18	0	0,00	<b>12</b>	<b>17,65</b>
<b>De otros departamentos del Perú</b>	0	0,00	1	1,47	8	11,76	6	8,82	<b>15</b>	<b>22,06</b>
<b>Total</b>	0	0,00	9	13,24	53	77,94	6	8,82	<b>68</b>	<b>100,00</b>
<b>DESPUÉS de la Intervención Educativa de Enfermería (puérpera)</b>										
Procedencia	Sin depresión		Depresión leve		Depresión moderada		Depresión severa		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Distrito de Puno</b>	15	22,06	24	35,29	2	2,94	0	0,00	<b>41</b>	<b>60,29</b>
<b>De otras provincias del departamento de Puno</b>	2	2,94	8	11,76	2	2,94	0	0,00	<b>12</b>	<b>17,65</b>
<b>De otros departamentos del Perú</b>	3	4,41	6	8,82	6	8,82	0	0,00	<b>15</b>	<b>22,06</b>
<b>Total</b>	20	29,41	38	55,88	10	14,71	0	0,00	<b>68</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Resultados del trabajo de investigación.

Los resultados de la tabla N° 5 muestra la **procedencia** de la puérpera relacionado con la depresión, donde el 60,29% proceden del distrito de Puno, seguido de un 22,06% proceden de otros departamentos del Perú, y un 17,65% proceden de otros provincias del departamento de Puno.

En la categoría sin depresión, antes de la intervención educativa de enfermería no se observó ninguna gestante dentro de esta categoría, después de la intervención se observó

en el grupo de procedencia del distrito de Puno un 22,06%, un 4,41% en el grupo que proceden de otros departamentos del Perú, y un 2,94% de puérperas que proceden de otras provincias del departamento de Puno. En la categoría depresión leve, antes de la intervención, en el grupo de procedencia del distrito de Puno un 10,29%, un 1,47% de gestantes tanto para el grupo que proceden de otras provincias del departamento de Puno como de otros departamentos del Perú, y después de la intervención, presentó un 35,29% las que procedían del distrito de Puno, un 11,76% de otras provincias del departamento de Puno y un 8,82% de puérperas de otros departamentos del Perú. En la categoría depresión moderada, antes de la intervención, para el grupo de procedencia del distrito de Puno a un 50% de gestantes disminuye después de la intervención a 2,94% de puérperas, en el grupo de procedencia de otras provincias del departamento de Puno de un 16,18% de gestantes disminuye después de la intervención a un 2,94% de puérperas, y en el grupo de procedencia de otros departamentos del Perú de un 11,76% de gestantes disminuye después de la intervención a 8,82% de puérperas. En la categoría depresión severa antes de la intervención, en el grupo con procedencia de otros departamentos del Perú un 8,82% de gestantes, después de la intervención ninguna puérpera presentó esta categoría.

El apoyo cercano, moral y psicológico de familiares y amigos de la gestante contribuye a reducir la depresión durante el puerperio, pues después de la intervención se observa que el grupo de puérperas que provienen del distrito de Puno y de otras provincias del departamento de Puno disminuyen notablemente.

A la prueba estadística de Chi cuadrado calculada al 5% de margen de error y 95% de certeza se tuvo, antes de la intervención  $X^2_c=23,95$  con 4 grados de libertad, un nivel de significancia  $P=0,000$ , después de la intervención se obtuvo  $X^2_c=12,06$  con 4 grados de libertad, un nivel de significancia  $P=0,017$ ; por lo que se afirma la variable procedencia, disminuye la depresión postparto en puérperas del establecimiento de salud I-4 José Antonio Encinas.

OE3.

TABLA N° 6

**PARIDAD DE LA PUÉRPERA EN LA DEPRESIÓN POSTPARTO DEL  
ESTABLECIMIENTO DE SALUD I – 4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS,  
PUNO – 2017**

<b>ANTES de la Intervención Educativa de Enfermería (gestante)</b>										
Paridad	Sin depresión		Depresión leve		Depresión moderada		Depresión severa		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Primípara</b>	0	0,00	2	2,94	21	30,88	6	8,82	<b>29</b>	<b>42,65</b>
<b>Múltipara</b>	0	0,00	5	7,35	29	42,65	0	0,00	<b>34</b>	<b>50,00</b>
<b>Gran múltiparas</b>	0	0,00	2	2,94	3	4,41	0	0,00	<b>5</b>	<b>7,35</b>
<b>Total</b>	0	0,00	9	13,24	53	77,94	6	8,82	<b>68</b>	<b>100,00</b>
<b>DESPUÉS de la Intervención Educativa de Enfermería (puérpera)</b>										
Paridad	Sin depresión		Depresión leve		Depresión moderada		Depresión severa		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Primípara</b>	3	4,41	17	25,00	9	13,24	0	0,00	<b>29</b>	<b>42,65</b>
<b>Múltipara</b>	13	19,12	20	29,41	1	1,47	0	0,00	<b>34</b>	<b>50,00</b>
<b>Gran múltiparas</b>	4	5,88	1	1,47	0	0,00	0	0,00	<b>5</b>	<b>7,35</b>
<b>Total</b>	20	29,41	38	55,88	10	14,71	0	0,00	<b>68</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Resultados del trabajo de investigación.

Los resultados de la tabla N° 6 muestra la **paridad** relacionada con la depresión, donde el 50% eran múltiparas, seguido de un 42,65% eran primíparas, y un 7,35% eran gran múltiparas.

En la categoría sin depresión, antes de la intervención educativa de enfermería, no se observó ninguna gestante dentro de esta categoría, después de la intervención, se observó, en el grupo de múltiparas un 19,12%, en el grupo de gran múltiparas un 5,88%, y un 4,41% de puérperas en el grupo de primíparas. En la categoría depresión leve, antes de la intervención, se observó, en el grupo de primíparas un 2,94%, en el grupo de múltiparas un 7,35% y un 2,94% de gestantes en el grupo de gran múltiparas, después de la intervención, en el grupo de primíparas un 25,00%, en el grupo de múltiparas un 29,41% y en el grupo de gran múltiparas un 1,47% de puérperas. En la categoría depresión moderada antes de la intervención, se encontró, para el grupo de primíparas un 30,88% de gestantes, disminuye después de la intervención a 13,24% de puérperas, en el grupo de múltiparas un 42,65% de gestantes disminuye después de la intervención a un 1,47%



de puérperas, y en el grupo de gran multíparas de un 4,41% de gestantes, después de la intervención ninguna puérpera demostró depresión moderada. En la categoría depresión severa antes de la intervención, presentó un 8,82% el grupo de primíparas, después de la intervención ya ninguna puérpera exteriorizó esta categoría.

El número de partos es un factor asociado a la depresión postparto, el nacimiento del primer hijo representa estrés único, pero también la madre al esperar el segundo o tercer hijo, desconoce u olvida lo cuidados al recién nacido, por lo tanto disminuyen el nivel de afrontamiento ante este nuevo suceso, sin embargo, después de la intervención, con los conocimientos y prácticas impartidas, el grupo de primíparas y multíparas disminuyen la depresión significativamente.

A la prueba estadística de Chi cuadrado calculada al 5% de margen de error y 95% de certeza se tuvo, antes de la intervención  $X^2_c=12,267$  con 4 grados de libertad, un nivel de significancia  $P=0,015$ , después de la intervención se obtuvo  $X^2_c=19,272$  con 4 grados de libertad, un nivel de significancia  $P=0,001$ ; por lo que se afirma la variable paridad, disminuye la depresión postparto en puérperas del establecimiento de salud I-4 José Antonio Encinas.

OE3.

TABLA N° 7

**GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA PUÉRPERA EN LA DEPRESIÓN  
POSTPARTO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I – 4 JOSÉ ANTONIO  
ENCINAS, PUNO – 2017**

ANTES de la Intervención Educativa de Enfermería (gestante)										
Grado de instrucción	Sin depresión		Depresión leve		Depresión moderada		Depresión severa		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Secundaria incompleta	0	0,00	0	0,00	10	14,71	6	8,82	16	23,53
Secundaria completa	0	0,00	0	0,00	21	30,88	0	0,00	21	30,88
Superior incompleta	0	0,00	6	8,82	13	19,12	0	0,00	19	27,94
Superior completa	0	0,00	3	4,41	9	13,24	0	0,00	12	17,64
<b>Total</b>	0	0,00	9	13,24	53	77,94	6	8,82	68	100,00
DESPUÉS de la Intervención Educativa de Enfermería (puérpera)										
Grado de instrucción	Sin depresión		Depresión leve		Depresión moderada		Depresión severa		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Secundaria incompleta	4	5,88	5	7,35	7	10,29	0	0,00	16	23,53
Secundaria completa	3	4,41	17	25,00	1	1,47	0	0,00	21	30,88
Superior incompleta	8	11,76	10	14,71	1	1,47	0	0,00	19	27,94
Superior completa	5	7,35	6	8,82	1	1,47	0	0,00	12	17,64
<b>Total</b>	20	29,41	38	55,88	10	14,71	0	0,00	68	100,00

Fuente: Resultados del trabajo de investigación.

Los resultados de la tabla N° 7 muestra el **grado de instrucción** relacionada con la depresión, donde el 30,88% tuvo secundaria completa, seguido de un 27,94% con superior incompleta, un 23,53% tuvo secundaria incompleta, y un 17,64% con superior completa.

En la categoría sin depresión, antes de la intervención educativa de enfermería, no se observó ninguna gestante dentro de esta categoría, después de la intervención, se observó, en el grupo con grado de instrucción superior incompleta un 11,76%, un 7,35% con

superior completa, un 5,88% con secundaria incompleta, y un 4,41% de puérperas con secundaria completa. En la categoría depresión leve, antes de la intervención, se observó, en el grupo con grado de instrucción superior incompleta un 8,82%, y en el grupo con superior completa un 4,41% de gestantes, después de la intervención, presentó un 25,00% el grupo con secundaria completa, un 14,71% el grupo con superior incompleta, un 8,82% para el grupo con superior completa y un 7,35% de puérperas en el grupo con secundaria incompleta. En la categoría depresión moderada, antes de la intervención, se observó, en el grupo con grado instrucción secundaria incompleta un 14,71% de gestantes disminuye después de la intervención a 10,29% de puérperas, en el grupo con grado de instrucción secundaria completa antes de la intervención de 30,88% de gestantes disminuye después de la intervención a 1,47% de puérperas, en el grupo con grado de instrucción superior incompleta de un 19,12% de gestantes disminuye después de la intervención a 1,47% de puérperas, en el grupo con grado de instrucción superior completa de un 13,24% de gestantes disminuye después de la intervención a 1,47% de puérperas. En la categoría depresión severa antes de la intervención presentó un 8,82% de gestantes con grado de instrucción secundaria incompleta, después de la intervención ya ninguna puérpera se encuentra en esta categoría.

El grado de instrucción materno es un factor de riesgo para que el recién nacido sufra muerte, enfermedad y secuela. El mayor riesgo corresponde a recién nacidos de madres con bajo nivel de instrucción y la menor probabilidad de daño a hijos de madres con alto nivel de instrucción, también el nivel de educación de las mujeres influye de manera importante en las actitudes y prácticas relacionadas con la salud, el comportamiento reproductivo, el tamaño ideal de la familia, la práctica de la planificación familiar y la violencia intrafamiliar.

A la prueba estadística de Chi cuadrado calculada al 5% de margen de error y 95% de certeza se tuvo, antes de la intervención  $X^2_c=29,203$  con 6 grados de libertad, un nivel de significancia  $P=0,000$ , después de la intervención se obtuvo  $X^2_c=17,359$  con 6 grados de libertad, un nivel de significancia de  $P=0,008$ ; por lo que se afirma la variable grado de instrucción, disminuye la depresión postparto en puérperas del establecimiento de salud I-4 José Antonio Encinas.

OE3.

TABLA N° 8

**ESTADO CIVIL DE LA PUÉRPERA EN LA DEPRESIÓN POSTPARTO DEL  
ESTABLECIMIENTO DE SALUD I – 4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO –  
2017**

<b>ANTES de la Intervención Educativa de Enfermería (gestante)</b>										
Estado civil	Sin depresión		Depresión leve		Depresión moderada		Depresión severa		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Separada</b>	0	0,00	2	2,94	11	16,18	6	8,82	<b>19</b>	<b>27,94</b>
<b>Conviviente</b>	0	0,00	5	7,35	34	50,00	0	0,00	<b>39</b>	<b>57,35</b>
<b>Casada</b>	0	0,00	2	2,94	8	11,76	0	0,00	<b>10</b>	<b>14,71</b>
<b>Total</b>	0	0,00	9	13,24	53	77,94	6	8,82	<b>68</b>	<b>100,00</b>

<b>DESPUÉS de la Intervención Educativa de Enfermería (puérpera)</b>										
Estado civil	Sin depresión		Depresión leve		Depresión moderada		depresión severa		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Separada</b>	3	4,41	8	11,76	8	11,76	0	0,00	<b>19</b>	<b>27,94</b>
<b>Conviviente</b>	11	16,18	26	38,24	2	2,94	0	0,00	<b>39</b>	<b>57,35</b>
<b>Casada</b>	6	8,82	4	5,88	0	0,00	0	0,00	<b>10</b>	<b>14,71</b>
<b>Total</b>	20	29,41	38	55,88	10	14,71	0	0,00	<b>68</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Resultados del trabajo de investigación.

Los resultados de la tabla N° 8 muestra el **estado civil** relacionado con la depresión, donde el 57,35% eran convivientes, seguido de un 27,94% eran separadas, y un 14,71% eran casadas.

En la categoría sin depresión, antes de la intervención, no se observó ninguna gestante dentro de esta categoría, después de la intervención se observó un 16,18% en el grupo de convivientes, un 8,82% en el grupo de casadas, y un 4,41% de puérperas en el grupo de separadas. En la categoría depresión leve, antes de la intervención, se observó, en el grupo de separadas un 2,94%, en el grupo de convivientes un 7,35% y en el grupo de casadas un 2,94% de gestantes, después de la intervención, en el grupo de separadas un 11,76%, en el grupo de convivientes un 38,24% y en el grupo de casadas un 5,88% de puérperas. En la categoría depresión moderada, antes de la intervención, se observó, en el grupo de separadas un 16,18% de gestantes, disminuye después de la intervención a 11,76% de puérperas, en el grupo de convivientes un 50% de gestantes disminuye después de la intervención a un 2,94% de puérperas, y en el grupo de casadas de un 11,76% después de la intervención ninguna puérpera presentó esta categoría. En la categoría depresión

severa, antes de la intervención, presentó un 8,82% el grupo de separadas, después de la intervención, ya ninguna puérpera presentó esta categoría.

El no contar con el apoyo moral y económico de la pareja, en caso de las mujeres solteras, crea mayor riesgo a sufrir depresión pues las responsabilidades del hogar son cada vez más elevadas, las tensiones y problemas dificultan el cumplimiento de los deberes de la madre hacia el recién nacido, además que se enfrentan solas antes el nuevo acontecimiento, en cambio, en las mujeres convivientes existe el apoyo de la pareja, habrá menos problemas económicos en la familia y podrán darle una mejor calidad de vida al recién nacido, por ende, después de la intervención, este último grupo, reduce notablemente la depresión postparto.

A la prueba estadística de Chi cuadrado calculada al 5% de margen de error y 95% de certeza se tuvo, antes de la intervención  $X^2_c=17,342$  con 4 grados de libertad, un nivel de significancia  $P=0,002$ , después de la intervención se obtuvo  $X^2_c=19,910$  con 4 grados de libertad, un nivel de significancia  $P=0,001$ ; por lo que se afirma la variable estado civil, disminuye la depresión postparto en puérperas del establecimiento de salud I-4 José Antonio Encinas.

OE3.

TABLA N° 9

**TIPO DE PARTO DE LA PUÉRPERA EN LA DEPRESIÓN POSTPARTO DEL  
ESTABLECIMIENTO DE SALUD I – 4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS,  
PUNO – 2017**

<b>ANTES de la Intervención Educativa de Enfermería (gestantes)</b>										
Tipo de parto	Sin depresión		Depresión leve		Depresión moderada		Depresión severa		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Eutócico</b>	0	0,00	9	13,24	51	75,00	1	1,47	<b>61</b>	<b>89,71</b>
<b>Distócico</b>	0	0,00	0	0,00	2	2,94	5	7,35	<b>7</b>	<b>10,29</b>
<b>Total</b>	0	0,00	9	13,24	53	2,00	6	8,82	<b>68</b>	<b>100,00</b>

<b>DESPUÉS de la Intervención Educativa de Enfermería (puérperas)</b>										
Tipo de parto	Sin depresión		Depresión leve		Depresión moderada		Depresión severa		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Eutócico</b>	19	27,94	38	55,88	4	5,88	0	0,00	<b>61</b>	<b>89,71</b>
<b>Distócico</b>	1	1,47	0	0,00	6	8,82	0	0,00	<b>7</b>	<b>10,29</b>
<b>Total</b>	20	29,41	38	55,88	10	14,71	0	0,00	<b>68</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Resultados del trabajo de investigación.

Los resultados de la tabla N° 9 muestra el **tipo de parto** relacionada con la depresión, donde el 89,71% eran de parto eutócico, y un 10,29% de parto distócico.

En la categoría sin depresión, antes de la intervención no se observó ninguna gestante dentro de esta categoría, después de la intervención se observó en el grupo de parto eutócico un 27,94%, y 1,47% de puérperas con parto distócico. En la categoría depresión leve, antes de la intervención, se observó en el grupo con parto eutócico un 13,24%, y ninguna gestante con parto distócico, después de la intervención, presentó un 55,88% el grupo con parto eutócico y ninguna puérpera con parto distócico. En la categoría depresión moderada, antes de la intervención, se observó en el grupo con parto eutócico un 75% de gestantes, disminuye después de la intervención a 5,88% de puérperas, en el grupo con parto distócico antes de la intervención presentó un 2,94%, y después de la intervención presentó un 8,82%. En la categoría depresión severa, antes de la intervención presentó un 1,47% con parto eutócico, y un 7,35% con parto distócico, después de la intervención ya ninguna puérpera presentó esta categoría.

La mujer antes del parto eutócico, tiene esa sensación de miedo ante un posible problema que puede ocurrir durante el parto, como desgarros vaginales, trabajo de parto

prolongado, hemorragia, etc. En cambio, durante el parto distócico, la falta de apego precoz inmediato y el inicio de la lactancia materna pueden elevar la depresión durante el puerperio, sin embargo, después de la intervención, ambos grupos disminuyen notablemente la depresión.

A la prueba estadística de Chi cuadrado calculada al 5% de margen de error y 95% de certeza se tuvo, antes de la intervención  $X^2_c=38,135$  con 2 grados de libertad, un nivel de significancia  $P=0,000$ , después de la intervención se obtuvo  $X^2_c=31,723$  con 2 grados de libertad, un nivel de significancia  $P=0,000$ ; por lo que se afirma que la variable tipo de parto, disminuye la depresión postparto en puérperas del establecimiento de salud I-4 José Antonio Encinas.

## 4.2. DISCUSIÓN

En el estudio encontramos que la Intervención Educativa de Enfermería es efectiva,  $t^2c= 18,451$  con un nivel de significancia  $P=0,000$ . La efectividad de la Intervención Educativa de Enfermería considerando las características personales relacionadas con la depresión en puérperas, es significativa.

La depresión leve, se describe como una alteración del estado de ánimo, debido principalmente a cambios hormonales, psicológicos y sociales. Los factores más comunes son la presencia de episodios de depresión o síntomas depresivos durante el embarazo, así como de sucesos estresantes durante la gestación, especialmente durante el último mes. El cuadro se presenta generalmente con labilidad emocional, irritabilidad, tristeza o llanto fácil, así como ansiedad y desesperación por la dificultad en el manejo del recién nacido. En cambio la depresión moderada (depresión postparto) se sitúa en un punto intermedio entre la depresión leve y la depresión severa, tanto en gravedad como en incidencia, puede afectar en cualquier tipo de parto o número de embarazo, los síntomas presentados se caracterizan por pérdida de interés, llanto, desánimo, sentimientos de incapacidad o inhabilidad para afrontar situaciones, agotamiento físico, alteraciones del sueño y del apetito, dificultad para concentrarse e ideas de minusvalía sobre la crianza y cuidados del recién nacido y las tareas domésticas. La depresión severa es el más extremo de los tipos de cambio de estado de ánimo después del parto. Ocurren, entre el 0.1 % y el 0.2 % del postparto. Los síntomas aparecen poco después de dar a luz, y normalmente requiere atención hospitalaria. <sup>(2) (3)</sup>

Durante la etapa gestacional:

Según Lara et al., en México (2013) señalaron que el 30,7% de gestantes mostró sintomatología depresiva significativa y el 59% mencionó haber padecido estos síntomas en el pasado, algún nivel de discapacidad en el último mes fue manifestado por el 19%. De igual manera, según Bao et al., en el Hospital Nacional Cayetano Heredia en Lima (2012), donde un 34,7% de las embarazadas tuvo puntajes de la EDPS mayor a 13,5. Similares resultados encontraron Luna et al., en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima (2013) y Cuero y Díaz en el Hospital San Juan de Dios, Cali, Colombia (2011), donde el 40,1 % de gestantes presentaron depresión mayor y 46,3% de gestantes tuvo depresión postparto, además entre las mujeres con puntaje positivo el 21% habían tenido



ideas suicidas en la última semana, respectivamente. Se encontraron mayores cifras de depresión según Díaz et al., en Venezuela (2013), pues el 67,3% de gestantes tuvo algún nivel de ansiedad y el 66,1% algún nivel de depresión, asociado con el tener una pareja inestable. Y también en el estudio de Trejo et al., en el Hospital Perinatal de México (2014), señalaron que el 98,2% de adolescentes gestantes tuvo algún grado de depresión, siendo una cifra alta. La de mayor severidad ocurre en primogénitas que tienen mayor número de miembros en su familia y que refieren violencia de su pareja.

Sin embargo, los datos obtenidos en estos estudios difieren de nuestros resultados, pues el 100% de nuestra muestra (68 gestantes) presentaron depresión en sus diferentes categorías (leve, moderada y severa), siendo de mayor prevalencia un 77,94% de gestantes con depresión moderada, asociado a las características personales de la madre: edad, procedencia, paridad, grado de instrucción, estado civil y tipo de parto; además que existe un conflicto de intereses entre las necesidades y aspiraciones individuales de la madre y la obligación de asumir una nueva responsabilidad, donde pueden surgir dudas sobre la capacidad personal para ejercer los cuidados que el recién nacido precisa, todos estos factores provocan estrés psicológico lo que a su vez determina que sea una etapa de mayor vulnerabilidad para la posible aparición de ansiedad y depresión. Además se puede observar que las mujeres de esos países están en situación más favorable con mejores condiciones de atención en los servicios de salud, o que posean mejor conocimiento, el cual permite enfrentar la depresión, en comparación a las gestantes de nuestro medio que estarían en desventaja, identificándose la necesidad de intervención en ellas.

Según las características personales de la gestante, Fernández y Sánchez en España (2015) señalaron que la depresión postparto no está en relación con el estado civil y número de hijos, sin embargo la variable depresión está asociada con el estrés. Asimismo Luna et al., en Lima (2013), señalaron que no se encontró la edad, el número de hijos, el nivel educacional y la falta de apoyo familiar influyeran en la frecuencia de depresión. Sin embargo Bao et al., en Lima (2012), señalaron que los factores asociados a mayores niveles de depresión son ser soltera y ausencia de educación superior, y no se relacionan edad, número de años de estudio, número de gestaciones totales, número de hijos vivos y número de abortos o pérdidas.

En cuanto a la edad, según Trejo et al., en México (2014), señalaron que la depresión fue más frecuente en las gestantes de 17 años y las de familia de seis o más

miembros. Asimismo Martínez y Waysel en México (2013), señalaron que las adolescentes embarazadas (menores de 18 años) experimentan depresión moderada en la mayoría de los casos, pero las adultas embarazadas muestran altos índices de depresión leve y grave; así, a mayor edad al momento de embarazarse de las mujeres, mayor gravedad de la sintomatología depresiva. Estos resultados no coinciden con nuestro estudio, pues se observó que el 86,76% de gestantes tienen entre 19 a 35 años, el cual corresponde al grupo de gestantes sin riesgo obstétrico, de este grupo el 75% desarrollo depresión moderada, seguido de un 8,82% de 36 a más años que corresponde al grupo de alto riesgo obstétrico.

En cuanto a la paridad, según Martínez y Waysel en México (2013), señalaron la tendencia en las mujeres gestantes a experimentar sintomatología leve durante su primer embarazo, mientras que aquellas que esperan su segundo hijo manifiestan depresión grave; finalmente, cuando se trata del tercer embarazo, la depresión que suelen experimentar es moderada. Sin embargo, estos resultados no coinciden con nuestro estudio, pues las mujeres que cursaban su primer embarazo (primípara), segundo o tercer embarazo (multípara), cuarto o quinto embarazo (gran multípara) desarrollaron depresión moderada en 30,88%, 42,65%, y 4,41% de gestantes respectivamente.

En cuanto al grado de instrucción, según Martínez y Waysel en México (2013), señalaron que las mujeres que únicamente estudiaron la primaria fueron las más susceptibles a desarrollar niveles altos de depresión, quienes fueron más propensas a mostrar depresión leve y moderada son quienes estudiaron secundaria (en muy pocos casos grave), finalmente, al cursar la preparatoria, el nivel de depresión alto disminuye notablemente. Sin embargo, estos resultados no coinciden con nuestro estudio, pues las mujeres que desarrollaron depresión moderada fueron las que tenían secundaria completa (30,88%), seguida de aquellas que tuvieron superior incompleta (19,12%), en cambio desarrollaron menor depresión las mujeres con secundaria incompleta (14,71%) y superior completa (13,24%). Ello nos da a entender que sin duda alguna la depresión se ve más acrecentada en gestantes con nivel de instrucción secundaria completa y superior incompleta, más que las madres que tienen nivel secundaria incompleta y superior completa, ya que este último grupo tendrá menos problemas económicos en un futuro, podrán darles una mejor calidad de vida a su hijo o hija, el poder brindar una mejor educación, alimentación, satisfacciones de las necesidades básicas, etc., lo que contribuye a reducir la preocupación, ansiedad o desarrollar sentimientos de tristeza en la madre.

En cuanto al estado civil, según Martínez y Waysel en México (2013), las madres solteras tenían los índices más altos de depresión en sus diferentes grados (leve, moderada, severa), respectivamente, tendiendo más a una sintomatología de tipo moderada; aquellas que vivían en unión libre (conviviente) fueron igualmente vulnerables a padecer dicho trastorno, además las que mantienen una relación de pareja (casada) tiende a desarrollar en mayor grado depresión leve. Sin embargo, estos resultados no coinciden con nuestro estudio, pues un 50,00% de gestantes convivientes y un 16,18% separadas desarrollaron depresión moderada. Además según Luna et al., en Lima (2013), señalaron que las mujeres casadas tendían a deprimirse menos que sus pares, estos resultados coinciden con nuestro estudio pues el 2,94% desarrollaron depresión leve y el 11,76% desarrollo depresión moderada.

Durante la etapa puerperal:

Según Dois et al., en Chile (2013) señalaron que la incidencia de síntomas depresivos fue de 29%, dentro de este grupo 46,5% tuvo entre 13 y 30 puntos lo que las clasifica dentro de la categoría "probable depresión" y el resto corresponde a la categoría de "en riesgo". Asimismo, Santacruz y Serrano en el Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca, Ecuador (2015), señalaron que existe una prevalencia de 34,3% de depresión postparto, además que el 6,5% presentó depresión postparto directa determinada por ideación suicida según la EDPS, asociado a no encontrarse en edad reproductiva ideal, no recibir apoyo familiar durante el embarazo y sufrir violencia intrafamiliar. Mayores resultados encontraron Vera y Centurión en el Hospital II EsSALUD y Hospital MINSA II-2 de Tarapoto en Perú (2016), donde la proporción de depresión postparto es 44,4% en EsSALUD y 58,9% en MINSA, asociado a lugar donde vive, tenencia de la vivienda de la puérpera, grado de instrucción de la pareja y ocupación de la pareja, y en Puno según Lipa (2014), señaló que las puérperas primíparas y multíparas que presentaron depresión postparto fueron el 53,62%. En cambio, según Urdaneta et al., en el Hospital Universitario de Maracaibo, Venezuela (2011), la prevalencia del test positivo de depresión postparto fue del 91%, ello se relaciona con los trastornos médicos durante el embarazo; la enfermedad del neonato, el nacimiento mediante cesárea, no contar con el apoyo familiar, no contar con el apoyo de su pareja, presentar antecedentes de depresión o melancolía o tener un nivel educativo primario o inferior.

Sin embargo, los resultados registrados en estos países y departamentos del Perú son superiores a los obtenidos en nuestro estudio, solo el 14,71% de puérperas presentaron depresión moderada, el 55,88% presentaron depresión leve, y un 29,41% no tuvieron depresión, pues la identificación de estos problemas en asociación con las características personales de la madre permitió desarrollar la Intervención Educativa de Enfermería durante la gestación, obteniendo resultados favorables para la puérpera y el recién nacido.

Según las características personales de la puérpera, de Bustos y Jiménez en Chile (2013), no resultaron significativos los antecedentes sociodemográficos y la satisfacción con la pareja; solo guarda relación con los factores anamnésticos, como el deseo del embarazo, diagnóstico previo de depresión, intento de aborto del hijo recién nacido y método utilizado para la nutrición. Sin embargo en nuestra investigación las características personales de la madre como la edad, procedencia, paridad, grado de instrucción, estado civil y la forma de culminación de la gestación (tipo de parto), fueron datos significativos para la disminución de la depresión postparto.

En cuanto a la edad según Lipa en Puno (2014), el 21,7% de puérperas oscila en las edades de 16 a 19 años asimismo Dois et al., en Chile (2013), señalaron que la edad promedio de las puérperas fue de 24 años. Además según Molero et al., en el Hospital Dr. Manuel Noriega Trigo de Venezuela (2014), señalaron que la depresión postparto fue más prevalente en las madres adultas que en las adolescentes, en las adultas predominó como factores de riesgo significativos el bajo nivel educativo, las dificultades con la lactancia y la presencia de trastornos afectivos desde el embarazo. Y en el estudio de Vera y Centurión (2016), el 37% de usuarias de EsSALUD fluctúan entre 31 a 40 años y el 33,7% entre 26 a 30 años del MINSAL. Sin embargo en nuestro estudio, del grupo de 19 a 35 años de edad, el 5,88% desarrollaron depresión moderada, además coincide con el estudio de Molero, pues este grupo etario tuvo mayor predisposición a desarrollar depresión leve (54,41%) y la categoría de sin depresión (26,47%), ello está asociado a que la madre ya asimiló la idea de concepción, lo que en un principio era aún más difícil de aceptar.

En cuanto a la procedencia, según Lipa en Puno (2014), señala que el 27,5% de puérperas primíparas y multíparas proceden de la zona urbana (distrito de Puno) y presentaron depresión postparto, sin embargo en nuestro estudio, el 2,94% de puérperas procedentes del distrito de Puno, el mismo porcentaje para el grupo de otras provincias del departamento de Puno, y asimismo el 8,82% desarrollaron depresión moderada las

cuales corresponden a puérperas de otros departamentos del Perú, asociado a que este último grupo no cuenta con el apoyo directo de los familiares o amigos, acompañado del desconocimiento a la atención del recién nacido.

En cuanto a la paridad, según Dois et al., en Chile (2013), señalaron que el 41,20% de puérperas eran primíparas, y Rivara et al., en Lima (2007), el 55,20% de puérperas eran multigestas. Nuestro estudio coincide con Rivara, pues el 50,00% de puérperas eran multíparas, sin embargo, el desarrollo de depresión es reducida, pues solo un 1,47% de multíparas presentó depresión moderada, el 29,41% desarrollo depresión leve y el 19,12% estuvo sin depresión.

En cuanto al grado de instrucción, según Lipa en Puno (2014), el 18,8% de puérperas con depresión postparto tienen grado de instrucción secundaria completa, de igual manera, Vera y Centurión en Tarapoto (2016), señalaron que el 31,5% de puérperas (EsSALUD) y el 30,5% (MINSA) que desarrollan depresión postparto tienen secundaria completa respectivamente, asimismo Rivara et al., en Lima (2007), el 73,80% de puérperas tienen grado de instrucción secundaria. Estos resultados difieren de nuestro estudio, pues después de la intervención educativa de Enfermería, solo el 1,47% de puérperas con depresión moderada tuvo secundaria completa, superior completa e incompleta y solo el 10,29% tuvo secundaria incompleta.

En cuanto al estado civil, según Dois et al., en Chile (2013), el 67,2% de puérperas vivía con sus parejas. Asimismo Vera y Centurión en Tarapoto (2016), señalaron que el 74,1% (EsSALUD) y 72,6% (MINSA) de puérperas con depresión postparto eran convivientes respectivamente. En menor porcentaje Rivara et al., en Lima (2007), señalaron que la mayoría de puérperas tenía estado civil conviviente (47,3%), seguida de las solteras (26,3%) y casadas (23,6%). Y según Lipa en Puno (2014), el 31,9% de puérperas con depresión postparto eran convivientes. Estos resultados difieren de nuestro estudio, pues el 11,76% de puérperas separadas y el 2,94% de convivientes desarrollaron depresión moderada, asociado a la efectividad de la intervención educativa de enfermería y el apoyo psicológico y emocional de la pareja durante el proceso de gestación y puerperio.

En cuanto al tipo de parto, según Alvarado et al., en Chile (2012), no se encontró asociación de depresión en el postparto con la forma de inicio o de término del parto. Sin

embargo Dois et al., en Chile (2013), señalaron que el 94,9% de puérperas tuvo un parto vaginal, estos resultados son similares a los obtenidos en nuestro estudio pues el 89,71% tuvo parto eutócico, del cual, el 5,88% desarrolló depresión moderada y un 27,94% de puérperas estuvo sin depresión. Asimismo, la culminación del parto por cesárea afectó la duración de la lactancia exclusiva, cuanto más precoz se inicia la alimentación a seno materno mayor es la duración de lactancia exclusiva.

Además Alvarado et al., en Chile (2012), señalaron que el grupo que desarrolla una depresión en el postparto, representan un porcentaje significativamente mayor de mujeres que suspenden la lactancia materna en las primeras 8 semanas del puerperio. Por ello se reconoce la importancia de las sesiones educativas, como herramienta de apoyo para las mujeres embarazadas y en etapa postparto impartida por las instituciones de salud, además como una alternativa de solución para disminuir la depresión. <sup>(20)</sup>

En nuestro estudio, después de haber aplicado la Intervención Educativa de Enfermería se ve una disminución notable en cuanto a la depresión postparto, ello está asociado al amamantamiento precoz del recién nacido (lactancia materna exclusiva), al cumplimiento del contacto piel a piel inmediatamente después del parto, y a la realización del apego precoz horas después del nacimiento.

## CONCLUSIONES

**PRIMERA.** La Intervención Educativa de Enfermería referente a la lactancia materna y apego precoz, es efectiva ( $p < 0,05$ ), en la disminución de depresión postparto en puérperas del Establecimiento de Salud I – 4 José Antonio Encinas.

**SEGUNDA.** La depresión durante la gestación (pre test) fue moderada; pues el embarazo supone un proceso de adaptación, donde existe un conflicto entre las necesidades, aspiraciones individuales y la obligación de asumir una nueva responsabilidad en la futura madre, provocando estrés psicológico y la aparición de ansiedad y depresión.

**TERCERA.** La depresión durante el puerperio (pos test) fue de sin depresión a leve; esta disminución, se debe a los conocimientos y prácticas impartidas en lactancia materna y apego precoz, para hacer frente a los nuevos cambios y adaptación de la madre durante el puerperio.

**CUARTA.** Las características personales de la puérpera que intervienen en la disminución de la depresión postparto presenta significación estadística de  $p < 0,05$ . La edad de 19 a 35 años, proceden del distrito de Puno, son multíparas con grado de instrucción secundaria completa, estado civil conviviente, y el tipo de parto eutócico, las cuales favorecieron el apego precoz y el inicio temprano de la lactancia materna del recién nacido, reduciendo el riesgo de sufrir depresión postparto.

**QUINTA.** Como producto se diseñó el manual de lactancia materna y apego precoz, para la prevención de depresión postparto, dirigido al profesional de enfermería o estudiantes de pregrado en el área de Salud Materna (Anexo N° 05).

## RECOMENDACIONES

### A LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD – PROGRAMAS:

- Fortalecer la lactancia materna y apego precoz, a través de la participación activa del profesional de enfermería durante el control prenatal a la gestante.

### AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

- Implementar talleres y programas de lactancia materna y apego precoz a la gestante y pareja (si es que lo hubiera), donde se impartirá conocimientos y cuidados del recién nacido.
- Implementar la aplicación de la Escala de Depresión de Edinburgh en las citas programadas de la gestante y puérpera.

### A LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO – PUNO:

- Fortalecer el área de salud materna, con la implementación de un ambiente de Psicoprofilaxis en lactancia materna y apego precoz con los materiales adecuados.

### A LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA:

- Hacer uso del Manual en Lactancia materna y apego precoz por parte de los estudiantes del curso de Salud Materna, durante las prácticas pre profesionales, siendo entes de información para la gestante.
- Realizar investigaciones abordando nuevos factores desencadenantes que influyen en la aparición de depresión postparto o psicosis puerperal, como el nivel funcional de la familia, nivel socioeconómico, violencia intrafamiliar, características personales de la pareja, etc.
- Aplicar el instrumento de Escala de Depresión de Edimburgh en estudios similares tomando como criterios de inclusión a grupos etarios extremos.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Organización Mundial de la salud. Depresión postparto [Versión Electrónica]. 2013. Disponible en:  
<http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx/download/gineco/2010/ENERO/Femego%201.10-10%20PREVALENCIA.pdf>.
- 2) Orejarena S. Trastornos afectivos postparto. Revista Médica UNAB, Colombia, 7 (20); 134-139. (2004).
- 3) Medina E. Diferencia entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. México: Perinatología y Reproducción humana. Volumen 27. Numero 3; 2013. Artículo disponible en: [www.medigraphic.com/inper](http://www.medigraphic.com/inper).
- 4) Instituto Nacional de la Salud Mental. Información sobre la depresión postparto. 2014; 14(8000): 1 – 8. Disponible en:  
[https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/informacion-sobre-la-depresion-postparto/depresion-postparto-sp-15-8000\\_150352.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/informacion-sobre-la-depresion-postparto/depresion-postparto-sp-15-8000_150352.pdf)
- 5) Santacruz M, Serrano F. Depresión postparto - Prevalencia y factores de riesgo en madres atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2014 [Tesis de pregrado] Ecuador: Facultad de Ciencia Médicas, Universidad de Cuenca; 2015.
- 6) Molero K, Urdaneta J, Sanabria C, Baabel Z, Contreras A, Azuaje E, Baabel N. Prevalencia de depresión postparto en puérperas adolescentes y adultas. Scielo [revista en internet] 2014 julio - diciembre [Acceso 04 de enero 2016]; 79 (4). Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v79n4/art08.pdf>.
- 7) Vera J, Centurión D. (2016). Influencia de las características sociodemográficas en la depresión postparto en Puérperas atendidas en el Hospital II ESSALUD Tarapoto y Hospital MINSA II - 2 Tarapoto. Setiembre 2015 - Enero 2016. Repositorio Dspace [Revista en Internet] 2016 enero. [Acceso 02 de enero 2016]; 25 (3). Disponible en: <http://tesis.unsm.edu.pe/xmlui/handle/11458/996>.
- 8) Lipa F. Depresión postparto en puérperas primíparas y multíparas del establecimiento de salud I-3 José Antonio Encinas, Puno – 2014. [Tesis de pregrado] Facultad de Enfermería. Universidad Nacional del Altiplano – Puno; 2014.
- 9) Trejo H, Torres J, Medina M, Briones J, Meneses J. Depresión en adolescentes embarazadas que acuden al hospital perinatal. Medigraphic Artemisa (México). 2014; 76(1): 9 – 12.

- 10) Luna M, Salinas P, Luna A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. Organización Panamericana de la Salud (Perú). 2013; 26(4): 310-314.
- 11) Castro P. Depresión materna y desarrollo infantil. De familias y terapias. [revista en internet] 2011; 20(30): 91-95. Disponible en:  
<http://www.terapiafamiliar.cl/web/UserFiles/Pdf/Depresion%20materna%20y%20desarrollo%20infantil.pdf>
- 12) Fernández L, Sánchez A. La depresión en la mujer gestante y su influencia en el proceso de vinculación afectiva prenatal [tesis de grado]. España: Universidad Pontificia de Salamanca; 2015.
- 13) Chávez M, Hernández A, Arce E, Bolaños I, Gonzales I, Lartigue T. Experiencia grupal de mujeres embarazadas y en etapa postparto, y su relación con la depresión y algunos factores sociales. Medigraphic Artemisa [revista en internet] 2014 octubre - diciembre [Acceso 04 de enero 2016]; 22 (4). Disponible en:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2008/ip084c.pdf>.
- 14) Otal S, Morera L, Bernal M Tabueña J. El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea. Matronas Prof. 2012; 13(1): 3-8.
- 15) Bustos S, Jiménez N. Factores de riesgo asociados a la depresión postparto en mujeres que asisten a centros de atención primaria en la ciudad de Arica – Chile. Psiquiatría y salud mental [Revista en Internet] 2012 septiembre – diciembre. [Acceso 15 de enero 2016]; 30 (1). Disponible en:  
[http://www.schilesaludmental.cl/pdf\\_revistas/2013\\_01/05\\_factores\\_de\\_riesgo\\_a\\_sociados\\_a\\_la\\_depresion\\_post\\_parto.pdf](http://www.schilesaludmental.cl/pdf_revistas/2013_01/05_factores_de_riesgo_a_sociados_a_la_depresion_post_parto.pdf).
- 16) Díaz M, Amato R, Chávez J, Ramírez M, Rangel S, Rivera L, López J. Depresión y ansiedad en embarazadas. Salus online [revista en internet] 2013 enero - mayo [Acceso 15 de enero 2016]; 17 (2). Disponible en: <http://www.salus-online.fcs.uc.edu.ve/salus2013/17-2/DEPRESION.pdf>.
- 17) Dois A, Lucchini R, Villarroeld D, Uribe C. Efecto del contacto piel a piel sobre la presencia de síntomas depresivos postparto en mujeres de bajo riesgo obstétrico. Scielo [revista en internet] 2013 junio [Acceso 25 de febrero 2016]; 84 (3). Disponible en:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S037041062013000300006&script=sci\\_artt](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S037041062013000300006&script=sci_artt) ext.

- 18) Lara A, Navarro C, Navarrete L, Cabrera A, Almanza J, Morales F, Juárez F. Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados, en pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de México. *Medigraphic Artemisa (México)*. 2013; 29(4): 55 – 62.
- 19) Martínez P, Waysel R. Depresión en adolescentes embarazadas. *Redalyc [revista en internet]* 2013 julio - diciembre [Acceso 20 de febrero 2016]; 14 (2). Disponible en:  
[https://www.researchgate.net/profile/Patricia\\_MartinezLanz/publication/41805730\\_DEPRESION\\_EN\\_ADOLESCENTES\\_EMBARAZADAS/links/53fb4aff0cf2e3cbf5662242.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Patricia_MartinezLanz/publication/41805730_DEPRESION_EN_ADOLESCENTES_EMBARAZADAS/links/53fb4aff0cf2e3cbf5662242.pdf).
- 20) Alvarado R, Rojas M, Monardes J, Perucca E, Neves E, Olea E, Vera A. Cuadros depresivos en el postparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. *Scielo [revista en internet]* 2012 diciembre – mayo [Acceso 15 de enero 2016]; 38 (2). Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272000000200003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272000000200003&script=sci_arttext).
- 21) Cuero O, Díaz A. Prevalencia de depresión postparto en el Hospital San Juan de Dios, Cali, Colombia. *FECOLSOG [revista en Internet]* 2013 septiembre – diciembre. [Acceso 20 de enero 2016]; 64 (4). Disponible en: <http://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/89/90>.
- 22) Urdaneta J, Rivera A, García J, Guerra M, Baabel N, Contreras A. Factores de riesgo de depresión postparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Revista chilena Ginecoobstétrica*. 2011; 76(2): 102-112
- 23) González I, Huespe M, Auchter M. Lactancia materna exclusiva factores de éxito y/o fracaso. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*. 2008; 177(5): 1-5.
- 24) Bao M, Vega J, Saona P. Prevalencia de depresión durante la gestación. *Neuropsiquiatria (Perú)*. 2012; 73(3): 95 – 104.
- 25) Rivara G, Rivara K, Quiñones E, Ruiz K, Miñano K, Rusca F. et al. Contacto piel a piel inmediata: Efecto sobre el estado de ansiedad y depresión materna postparto y sobre la adaptabilidad neonatal hacia la lactancia materna precoz. *Rev Per Pediatr*. 2007; 60(3): 140-149.
- 26) Asociación profesional de enfermeras de Ontario. Intervenciones para la depresión postparto. Programa de buenas prácticas en enfermería. 1era edición. España: 2005. Disponible en: [www.rnao.org/bestpractices](http://www.rnao.org/bestpractices).

- 27) Medina R, Medina M, Espericueta M, Pérez R, Salas D, Vázquez I, Moya M. Intervención educativa de enfermería en el nivel de conocimientos de autocuidado en embarazadas. Waxapa [revista en internet] 2012 julio-diciembre. 2(7): 15-23. Disponible en:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax2012/wax127b.pdf>.
- 28) Cisneros F. Proceso de atención de enfermería. 1era edición. Colombia: Programa de Enfermería; 2013.
- 29) Potter P, Perry A. Fundamentos de Enfermería. 5ta edición. España: Elsevier Mosby; 2011, vol.1.
- 30) Ministerio de Salud de Chile. Manual de Lactancia Materna. 2da edición. Chile: Subsecretaria de Salud Pública; 2010.
- 31) Aguayo J, Serrano P, Calero C, Martínez A, Rello C, Monte C. Lactancia materna. 1era edición. Andalucía; 2000.
- 32) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – Ministerio de Salud. Promoción y Apoyo a la lactancia materna en establecimiento de salud amigos de la madre y el niño. 1era edición. Perú: Tefts; 2009.
- 33) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Lactancia materna. 1era edición. Ecuador: UNICEF; 2012.
- 34) Centro de Psicología Perinatal y atención integral. En compañía pero sin sentirse acompañada: la soledad de algunas madres. Disponible en:  
<file:///D:/ENFERMERIA%20IVONNE/MARCO%20TEORICO%20DPP/depression%20postparto%20y%20lactancia%20materna.html>.
- 35) Ministerio de la mujer y desarrollo social. Lactancia materna. 1era edición. Perú: Departamento nacional del Perú; 2011.
- 36) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. La leche humana: composición, beneficios y comparación con la leche de vaca. Chile: C Shellhorn; 2005.
- 37) Grupo de Lactancia Materna del Complejo Hospitalario Universitario Granada y Atención Primaria. Guía de lactancia materna. 1era edición. España: Complejo Hospitalario Universitario Granada y Distrito Granada Metropolitano; 2015.
- 38) Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja. Guía de lactancia materna para profesionales de la salud. 1ra edición. España: Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública y Consumo. 2010.

- 39) Comité de Lactancia Materna. Guía de Atención al Nacimiento y la Lactancia Materna para Profesionales Sanitarios. 1era edición. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2011.
- 40) Consejería de salud y consumo. Guía de lactancia materna. 1era edición. México: ABAM; 2008.
- 41) Lozano J. Lactancia materna. 1era edición. España: Hospital Universitario de Valdecilla. Comité de Lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría; 2012.
- 42) Bowlby J. El apego y la pérdida. 2da edición. Barcelona: Paidós; 1998.
- 43) Guzmán Vela F. Calidad del contacto precoz piel a piel entre la madre y su recién nacido a término vigoroso atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el mes de mayo del año 2015. [Tesis de pregrado]. Perú: Escuela de Obstetricia, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
- 44) Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Contacto precoz madre-criatura recién nacida. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007; 3(1-11): 43-44.
- 45) Gordillo Ojeda M. Intervención de Enfermería en apego precoz para una lactancia efectiva, en madres adolescentes del hospital especializado Mariana de Jesús, en el servicio de parto, periodo, Diciembre 2013 - Abril 2014. [Tesis de pregrado] Ecuador: Universidad Católica de Santiago Guayaquil; 2014.
- 46) Rengel C. El contacto piel a piel con padres durante la cesárea. Rev Cuidándote 2013; 3(4). Disponible en:  
<http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/5022/TD%20de%20Cristobal%20Rengel%20Diaz.pdf?sequence=1>
- 47) Sánchez M. Adaptación neurosensitiva del recién nacido desde el vínculo materno-filial. Universidad de Córdoba. Argentina, 2013. Disponible en:  
[https://www.google.com/search?q=adaptaci%C3%B3n+neurosensitiva+del+reci%C3%A9n+nacido+en+-contacto+piel+a+piel&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b-ab&gfe\\_rd=cr&ei=Vb-5QV-XhJJeCmAHf7KTQDw](https://www.google.com/search?q=adaptaci%C3%B3n+neurosensitiva+del+reci%C3%A9n+nacido+en+-contacto+piel+a+piel&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b-ab&gfe_rd=cr&ei=Vb-5QV-XhJJeCmAHf7KTQDw)
- 48) Gutiérrez V. Experiencia institucional relacionada con el contacto piel a piel. Enfermería neonatal 2010; 3(9). Disponible en:  
<http://www.fundasamin.org.ar/archivos/Experiencia%20institucional%20relacionada%20con%20el%20contacto%20piel%20a%20piel.pdf>

- 49) Sánchez A., Martínez-Carrasco M. El contacto precoz madre-hijo en el postparto: satisfacción materna y vínculo afectivo. *Matronas Profesión* 2004; 5 (15): 12-18.  
Disponible en: <http://pdn.pangea.org/wp-content/uploads/vol5n15pag12-18.pdf>
- 50) Gómea A. Depresión en el embarazo y el postparto: síntomas, epidemiología y tratamiento farmacológico. *Offarm [Revista en internet]* 2007; 26 (1): 44-53.  
Disponible en:
- 51) Paccori L, Mercado H. Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal. [Tesis]. Perú: Programa Cybertesis, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.
- 52) Ministerio de salud. Protocolo de Detección de la Depresión durante el Embarazo y Postparto, y apoyo al tratamiento. 1era edición. Chile: MINSAL; 2014.
- 53) Instituto Nacional de Estadística e Informática. Definiciones y conceptos censales. [Versión Electrónica]. Disponible en:  
<http://censos.inei.gob.pe/cpv2007/tabulados/Docs/Glosario.pdf>
- 54) Ministerio de salud. La gestante y el recién nacido. 1era edición. Perú: Grambs Corporación grafica; 2010.
- 55) Ministerio de Salud. Guías Nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva. 2da edición. Perú: Grafica Nañez; 2004.
- 56) Instituto Nacional de Estadística e Informática. Glosario de términos Educativos. [Versión Electrónica]. Disponible en:  
<http://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle/123456789/4955/Seguimiento%20a%20los%20Factores%20que%20Influyen%20en%20los%20Logros%20de%20Aprendizaje%20Encuesta%20Nacional%20a%20Instituciones%20Educativas%20de%20Nivel%20Inicial%20y%20Primaria%202011.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 57) Cerda H. los elementos de la investigación: como reconocerlos, diseñarlos y construirlos. 1era edición. Bogotá: Investigar Magisterio; 2011.
- 58) Abanto J, Carrasco M, Cordova T, Huiman J, Sandoval W, Garayar Y. Estadística inferencial: Distribución “T” de Student. [Monografía en Internet]. Perú: Universidad Nacional Federico Villareal; 2013 [Acceso 20 de enero 2017].  
Disponible en: <http://es.slideshare.net/torimatcordova/distribucion-t-de-student-28545004>.

# ANEXOS

ANEXO N° 01

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE VALOR
<p><b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b></p> <p><b>INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA</b></p> <p>Sesión educativa: Es un plan que presupone un conjunto de connotaciones tales como la previsión, organización, coordinación de esfuerzos y control de acciones y resultados. Al planificar un programa educativo para la salud a cualquier nivel, se ha de considerar el proceso de enseñanza – aprendizaje, el cual se fundamenta tanto en el conocimiento del educador (personal de salud) sobre Lactancia materna y apego precoz respecto de cómo se enseña y como aprende el individuo. Si la información brindada estaba dirigido para una sola persona se le domina consejería en salud. Los momentos de la sesión educativa son 5: recuperación de saberes previos, motivación, básico, práctico, evaluación y extensión. Distribuidos en un tiempo de 30 minutos. (Potter P, Perry A. Fundamentos de Enfermería; 2011)</p>	<p><b>RECUPERACIÓN DE SABERES PREVIOS / MOTIVACIÓN</b></p> <p>Se logró a través de la entrevista hacia la madre con preguntas abiertas.</p>	<p>Presentación de la madre gestante. Preguntas sobre lactancia materna y apego precoz:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ¿Está feliz de su embarazo?</li> <li>2) ¿Qué nombre le pondrá a su bebe?</li> <li>3) ¿Sabe cuál es la importancia de la lactancia materna para su bebe?</li> <li>4) ¿Sabe que es el apego precoz?</li> </ol>	10 minutos
	<p><b>BÁSICO</b></p> <p>Es el conjunto de acciones para crear, investigar, analizar y obtener los nuevos conocimientos o reforzar los conocimientos ya obtenidos, o corregir los conocimientos equivocados.</p>	<p><b>LACTANCIA MATERNA:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5) Lactancia materna exclusiva.</li> <li>6) Beneficios de la lactancia materna para la madre.</li> <li>7) Etapas de la leche materna.</li> <li>8) Propiedades nutritivas de la leche materna.</li> <li>9) Frecuencia del bebé en ingerir la leche materna</li> </ol> <p><b>APEGO PRECOZ:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10) Contacto piel a piel.</li> <li>11) Beneficios del apego precoz para el bebé y la madre.</li> </ol>	10 minutos
	<p><b>PRÁCTICO</b></p> <p>Permite que los participantes hagan uso de estos nuevos conocimientos, mediante la aplicación de demostraciones.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>12) Adaptación de la boca del bebé al seno materno.</li> <li>13) Signos de un buen agarre y mal agarre del bebé al mamar.</li> <li>14) Postura adecuada durante lactancia materna. Tipos de posición de la madre al amamantar.</li> <li>15) Estimulación y extracción de la leche materna.</li> </ol>	5 minutos.
	<p><b>EVALUACIÓN</b></p> <p>Permite obtener información sobre cómo han aprendido los participantes para reforzar y corregir errores.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>16) Reconocimiento de la importancia de la lactancia materna y apego apropiado para el bebé. Observación directa del apego durante la lactancia del bebé.</li> </ol>	5 minutos.
	<p><b>EXTENSIÓN</b></p> <p>Es el conjunto de acciones que permiten afirmar los nuevos aprendizajes en otros contextos.</p>	<p>Madre se compromete a seguir con los pasos de una buena lactancia materna y apego precoz hacia su bebé; además de difundir la información y practica a familiares o amigas, a través del material educativo (tríptico).</p>	5 minutos



**OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE VALOR	VALORES
<p><b>VARIABLE DEPENDIENTE</b></p> <p><b>DEPRESION POSTPARTO</b></p> <p>La depresión postparto se sitúa en un punto intermedio entre la depresión leve (tristeza puerperal) y la depresión severa (psicosis puerperal). Suele comenzar en cualquier momento posterior al parto, ya sea días, semanas, meses y hasta un año después. Puede afectar en cualquier tipo de parto o número de embarazo, obtenida a través de la escala de Edinburg, antes y después de la intervención educativa de Enfermería, y clasificada en las siguientes categorías:</p> <p>5. Sin depresión: 0 - 4</p> <p>6. Depresión leve: 5 - 9</p> <p>7. Depresión moderada: 10 - 19.</p> <p>8. Depresión severa: Mayor a 20.</p> <p>(Medina E., 2013. Orejarena S., 2004)</p>	<p>Respuestas emocionales</p>	<p>Escala de Edimburgo:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas.</li> <li>2. He mirado el futuro positivamente.</li> <li>3. Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma.</li> <li>4. He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo.</li> <li>5. He sentido miedo o he estado asustada sin tener motivo.</li> <li>6. Los problemas diarios me causan preocupación y gran sufrimiento.</li> <li>7. Me he sentido tan infeliz que he llegado a tener dificultad para dormir.</li> <li>8. Me he sentido triste y desgraciada sin motivo.</li> <li>9. He sido tan infeliz que he estado llorando con frecuencia.</li> <li>10. He pensado en hacerme daño a mí misma.</li> </ol>	<p>Siempre A veces Ocasionalmente Nunca</p> <p>Siempre A veces Ocasionalmente Nunca</p> <p>Siempre A veces Ocasionalmente Nunca</p> <p>Nunca Ocasionalmente A veces Siempre</p> <p>Siempre A veces Ocasionalmente Nunca</p> <p>Siempre A veces Ocasionalmente Nunca</p> <p>Siempre A veces Ocasionalmente Nunca</p> <p>Siempre A veces Ocasionalmente Nunca</p> <p>Siempre A veces Ocasionalmente Nunca</p>	<p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>3 2 1 0</p> <p>0 1 2 3</p> <p>3 2 1 0</p> <p>3 2 1 0</p> <p>3 2 1 0</p> <p>3 2 1 0</p> <p>3 2 1 0</p>

**OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE VALOR
<p><b>VARIABLES INTERVINIENTES</b></p> <p><b>CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LA MADRE</b></p> <p>Se define como las características personales a todos aquellos aspectos, cualidades o variables que configuran el estado e identidad de una persona. Sin embargo se puede definir también como asociaciones que tiene una persona y que influye poderosamente en ella, por medio de la asociación continua pueden considerarse: la edad, procedencia, paridad, grado de instrucción, estado civil y tipo de parto. (Lipa F., 2014)</p>	<p><b>EDAD</b></p> <p>Es el periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad.</p>	Años	<p>Adolescente: Menor de 18 años.</p> <p>Joven: De 19 a 35 años.</p> <p>Adulta: De 36 a más.</p>
	<p><b>PROCEDENCIA</b></p> <p>Es un indicador de bienestar de condición socioeconómica, es una característica relacionada con el movimiento migratorio de la población.</p>	Zona Urbana	<p>Distrito de Puno.</p> <p>De otras provincias del departamento de Puno.</p> <p>De otros departamentos del Perú.</p>
	<p><b>PARIDAD</b></p> <p>Es la clasificación de una mujer por el número de hijos nacidos vivos y de nacidos muertos con más de 28 semanas de gestación.</p>	Número de gestaciones con hijos nacidos vivos o muertos.	<p>Primípara.</p> <p>Múltipara.</p> <p>Gran múltipara</p>
	<p><b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b></p> <p>Son las etapas educativas del sistema educativo peruano, correspondiente a las diversas fases del desarrollo personal de los educandos.</p>	Años de escolaridad.	<p>Secundaria incompleta.</p> <p>Secundaria completa.</p> <p>Superior incompleta.</p> <p>Superior completa.</p>
	<p><b>ESTADO CIVIL</b></p> <p>Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.</p>	Situación jurídica de la persona.	<p>Separada.</p> <p>Conviviente.</p> <p>Casada.</p>
	<p><b>TIPO DE PARTO</b></p> <p>Es la culminación del embarazo humano, hasta el periodo de salida del bebé del útero.</p>	Forma de culminación de la gestación.	<p>Eutrófico.</p> <p>Distócico.</p>

## ANEXO N° 02

**FORMATO DE SESIÓN EDUCATIVA SOBRE LACTANCIA MATERNA Y  
APEGO PRECOZ**

## I.- DATOS GENERALES

- DENOMINACIÓN DE LA SESIÓN: **“Yo, quiero un cuidado único y feliz”**
- LUGAR Y FECHA : Establecimiento de Salud I – 4 José Antonio Encinas.
- DURACIÓN : 30 minutos
- GRUPO DIRIGIDO : Madres gestantes.
- PARTICIPANTES : LIQUE PACOMPIA, Ivonne Almendra.
- FINANCIAMIENTO : Autofinanciado.

## II.- CONTENIDO

## Tema 1: Lactancia materna

- Lactancia materna exclusiva.
- Beneficios de la lactancia materna para la madre.
- Etapas de la leche materna.
- Propiedades nutritivas de la leche materna.
- Frecuencia del bebé en ingerir la leche materna.
- Adaptación de la boca del bebé al seno materno.
- Signos de un buen agarre y mal agarre del bebé al mamar.
- Postura adecuada durante lactancia materna.
- Tipos de posición de la madre al amamantar.
- Estimulación y extracción de la leche materna.

## TEMA 2: Apego precoz

- Contacto piel a piel.
- Beneficios del apego precoz para el bebé y la madre.

## III.- RECURSOS

- Humanos: Gestante y responsable de la sesión educativa.
- Materiales: Panel (tecnopor, cinta, tela), cartulina, folder, colores, plumones, papel lustre, papel seda, tijera, goma, cinta, papel bond, útiles de escritorio, maqueta, laptop, impresora.
- Infraestructura: Establecimiento de Salud I – 4 José Antonio Encinas, Puno.

## IV.- MÉTODOS, ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS DE APRENDIZAJE:

## 1. METODO

- METODO INDUCTIVO: Procede de la participación a lo general, porque se parte de respuestas específicas a preguntas.
- MÉTODO BASADO EN LA PSICOLOGÍA DEL ALUMNO: Porque responde a los intereses y experiencias de la gestante, ya que va de lo conocido a lo desconocido de la muestra de estudio.
- METODO INTUITIVO: Porque se acerca a la realidad inmediata de la gestante y parte de actividades experimentales.
- METODO ACTIVO: Porque se contara con la participación de la gestante a capacitar, ello motivara al participante.
- METODO DE TRABAJO GRUPAL: Porque el aprendizaje se realizara en grupo y de forma cooperativa.

## 2. TÉCNICAS

Nombre de la dinámica: El panel

Objetivo: Informativo. En esta técnica un equipo discute un tema en forma de diálogo o conversación ante el grupo. En el panel, la conversación es básicamente informal, pero debe seguir un desarrollo coherente, razonado, objetivo, sin derivar en disquisiciones ajenas o alejadas del tema, ni en apreciaciones demasiado personales.

Material: Tecnopor para exposición, láminas de colores, figuras, dibujos.

Desarrollo:

- El coordinador o moderador inicia la sesión, presenta a los miembros del panel (gestante), y formula la primera pregunta acerca del tema que se va a tratar.
- El coordinador inicia la conversación y se proporciona la información correspondiente en un tiempo determinado.
- Unos cinco minutos antes de que termine el diálogo y la exposición, el coordinador invita a los miembros (gestante) a que hagan un resumen muy breve de sus ideas, a través, de la puesta en práctica de lo aprendido.
- Finalmente el propio coordinador, basándose en notas que habrá tomado, destacará las conclusiones más importantes.
- Si así se desea y el tiempo lo permite, el coordinador puede invitar a la participante a cambiar ideas sobre lo expuesto, de manera informal, igual que en el foro.

## 3. ESTRATEGIAS.

- Uso de láminas, dibujos.

- Entrega de tríptico.
- Materiales educativos.
- Uso de maqueta (mamas).
- Entrevista a la gestante y padre (si es que lo hubiera).
- Observación.

V. CRONOGRAMA:

	MOMENTOS	CONTENIDOS	MÉTODOS	ESTRATEGIAS	MATERIALES	TIEMPO
I y II	RECUPERACIÓN DE SABERES PREVIOS Y MOTIVACIÓN	Presentación de la madre gestante. Preguntas sobre lactancia materna y apego precoz: 1. ¿Está feliz de su embarazo? 2. ¿Qué nombre le pondrá a su bebe? 3. ¿Sabe cuál es la importancia de la lactancia materna para su bebe? 4. ¿Sabe que es el apego precoz?	Activo	Preguntas abiertas.	Hojas de colores	10 minutos
III	BÁSICO	LACTANCIA MATERNA: 1. Lactancia materna exclusiva. 2. Beneficios de la lactancia materna para la madre. 3. Etapas de la leche materna. 4. Propiedades nutritivas de la leche materna. 5. Frecuencia del bebé en ingerir la leche materna APEGO PRECOZ: 6. Contacto piel a piel. 7. Beneficios del apego precoz para el bebé y la madre.	Inductivo	El panel: La ejecutora expondrá los datos específicos del tema y la gestante observará atentamente y participará activamente a partir cualquier duda que pueda tener.	Panel. Laminas. Dibujos. Papel lustre. Alfileres.	10 minutos
IV	PRÁCTICO	8. Adaptación de la boca del bebé al seno materno. 9. Signos de un buen agarre y mal agarre del bebé al mamar. 10. Postura adecuada durante lactancia materna. Tipos de posición de la madre al amamantar. 11. Estimulación y extracción de la leche materna.	Demostrativo	Maqueta de mamas.	Observación	5 minutos
V	EVALUACIÓN	Reconocimiento de la importancia de la lactancia materna y apego apropiado para el bebé. Observación directa del apego durante la lactancia del bebé.	Psicología del alumno	Se le proporciona el tríptico.	Tríptico	5 minutos
VI	EXTENSIÓN	Madre se compromete a seguir con los pasos de una buena lactancia materna y apego precoz hacia su bebé; además de difundir la información y practica a familiares o amigas, a través del material educativo (tríptico).	Psicología del alumno			

## ANEXO N° 03

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través de este documento se hace de su conocimiento del trabajo de investigación a realizarse con el objetivo de determinar la efectividad de la intervención educativa de enfermería en la depresión postparto en puérperas del Establecimiento de Salud I – 4 José Antonio Encinas, Puno – 2017. Para este estudio usted ha sido seleccionada, dándole a conocer acerca de la importancia de la lactancia materna y del apego precoz durante la sesión educativa y explicándole: la lactancia materna exclusiva, beneficios de la lactancia materna para la madre y el recién nacido, etapas de la leche materna, propiedades nutritivas de la leche materna, producción de la leche materna, frecuencia del bebé en ingerir la leche materna, adaptación de la boca del bebé al seno materno, signos de un buen y mal agarre del bebé al mamar, postura adecuada durante lactancia materna, tipos de posición de la madre al amamantar, estimulación y extracción de la leche materna, contacto piel a piel, beneficios del apego precoz para el bebé y la madre, tipos de apego, características y consecuencias que producen en el niño o niña.

Yo, ....., de ..... años de edad; por medio de la presente certifico que me está a bien participar de la investigación denominada “EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA EN LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN MADRES PUÉRPERAS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I – 4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO – 2017”; y he recibido la información necesaria sobre mi participación, una vez que me hayan explicado los objetivos de esta investigación y considerando que los resultados serán en beneficio como madre de prevenir la depresión postparto, procedo a dar mi aceptación para la participación.

Firma de la madre: .....

N° DNI: .....

## ANEXO N° 04

**ESCALA DE DEPRESIÓN DE EDIMBURGO PARA SER APLICADO A  
GESTANTES DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I – 4 JOSÉ ANTONIO  
ENCINAS, 2017**

**Nombre de la madre** : .....

**Edad** : .....

**Dirección** : .....

**Procedencia** : .....

**Número de teléfono** : .....

**Numero de embarazo** : .....

**Grado de instrucción** :

- Analfabeto ( )
- Primaria incompleta ( )
- Primaria completa ( )
- Secundaria incompleta ( )
- Secundaria completa ( )
- Superior incompleta ( )
- Superior completa ( )

**Estado civil:**

- Soltera ( )
- Conviviente ( )
- Separada ( )
- Casada ( )
- Divorciada ( )
- Viuda ( )

**Tipo de parto** : .....

**Fecha probable de parto** : .....

**Fecha de evaluación** : .....

Por favor sea lo más sincera y honesta posible al responder a estas preguntas. No es fácil ser madre y está bien sentirse triste a veces. Como usted tendrá recientemente un nuevo bebé, me gustaría saber cómo se siente. Por favor **MARQUE** con una **X** la respuesta que más se aproxime a como se ha sentido durante los últimos días, no solo como se siente hoy:

N°	ITEMS	RESPUESTAS			
01	He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas.		Siempre		
			A veces		
			Ocasionalmente		
			Nunca		
02	He mirado el futuro positivamente.		Siempre		
			A veces		
			Ocasionalmente		
			Nunca		
03	Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma.		Siempre		
			A veces		
			Ocasionalmente		
			Nunca		
04	He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo.		Siempre		
			A veces		
			Ocasionalmente		
			Nunca		
05	He sentido miedo o he estado asustada sin tener motivo.		Siempre		
			A veces		
			Ocasionalmente		
			Nunca		
06	Los problemas diarios me causan preocupación y gran sufrimiento.		Siempre		
			A veces		
			Ocasionalmente		
			Nunca		
07	Me he sentido tan infeliz que he llegado a tener dificultad para dormir.		Siempre		
			A veces		
			Ocasionalmente		
			Nunca		
08	Me he sentido triste y desgraciada sin motivo.		Siempre		
			A veces		
			Ocasionalmente		
			Nunca		
09	He sido tan infeliz que he estado llorando con frecuencia.		Siempre		
			A veces		
			Ocasionalmente		
			Nunca		
10	He pensado en hacerme daño a mí misma.		Siempre		
			A veces		
			Ocasionalmente		
			Nunca		
	<b>TOTAL</b>				



**ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO PARA SER  
APLICADO A PUÉRPERAS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I – 4 JOSÉ  
ANTONIO ENCINAS, 2017**

**Nombre de la madre** : .....

**Edad** : .....

**Número de embarazo** : .....

**Tipo de parto** : .....

**Fecha de parto** : .....

**Fecha de evaluación** : .....

Por favor sea lo más abierta y honesta posible al responder a estas preguntas. No es fácil ser madre y está bien sentirse triste a veces. Como usted tuvo recientemente un nuevo bebé, me gustaría saber cómo se siente. Por favor **MARQUE** con una X la respuesta que más se aproxime a como se ha sentido durante los últimos días, no solo como se siente hoy:

N°	ITEMS	RESPUESTAS
01	He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas.	Siempre
		A veces
		Ocasionalmente
		Nunca
02	He mirado el futuro positivamente.	Siempre
		A veces
		Ocasionalmente
		Nunca
03	Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma.	Siempre
		A veces
		Ocasionalmente
		Nunca
04	He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo.	Siempre
		A veces
		Ocasionalmente
		Nunca
05	He sentido miedo o he estado asustada sin tener motivo.	Siempre
		A veces
		Ocasionalmente
		Nunca
06	Los problemas diarios me causan preocupación y gran sufrimiento.	Siempre
		A veces
		Ocasionalmente
		Nunca
07	Me he sentido tan infeliz que he llegado a tener dificultad para dormir.	Siempre
		A veces
		Ocasionalmente
		Nunca

VAN...

N°	ITEMS	RESPUESTAS	
08	Me he sentido triste y desgraciada sin motivo.		Siempre
			A veces
			Ocasionalmente
			Nunca
09	He sido tan infeliz que he estado llorando con frecuencia.		Siempre
			A veces
			Ocasionalmente
			Nunca
10	He pensado en hacerme daño a mí misma.		Siempre
			A veces
			Ocasionalmente
			Nunca
	<b>TOTAL</b>		

ANEXO N° 05

MANUAL PARA TRABAJADORES DE SALUD EN LACTANCIA MATERNA  
Y APEGO PRECOZ



## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	2
OBJETIVOS .....	2
LACTANCIA MATERNA.....	3
❖ Beneficios de la leche materna durante los primeros 2 años .....	3
❖ Beneficios de la lactancia materna en la madre .....	3
❖ Beneficios de la lactancia materna en la familia .....	4
❖ Beneficios de la lactancia materna para el país .....	4
❖ Etapas de la leche materna .....	4
❖ Propiedades nutritivas de la leche humana.....	5
❖ Anatomía del seno materno.....	7
❖ Producción de la leche materna.....	8
❖ Importancia de colocar inmediatamente al bebe en el seno materno después del parto .....	8
❖ Adaptación de la boca del bebe al seno materno.....	8
❖ Signos de un buen agarre del bebe al mamar .....	9
❖ Signos de un mal agarre del bebe al mamar .....	9
❖ Postura durante la lactancia materna .....	10
❖ Tipos de posición de la madre para amamantar .....	10
❖ Frecuencia del bebé en ingerir la leche materna.....	10
❖ ¿Qué hacer si él bebe se duerme o suelta el seno? .....	11
❖ ¿Cómo producir suficiente leche? .....	11
❖ Estimulación y extracción de la leche materna .....	11
❖ Almacenamiento de la leche materna.....	13
❖ Examen del seno e higiene.....	14
❖ No dar a los niños alimentados a pecho tetinas o chupetes artificiales.....	14
❖ Los 10 pasos para garantizar una lactancia materna exitosa .....	15
APEGO PRECOZ O INMEDIATO.....	16
❖ Contacto piel a piel .....	16
❖ Contacto piel a piel después de una cesárea .....	16
❖ Contacto piel a piel y la lactancia.....	16
❖ Beneficios del apego precoz para el bebé.....	17
❖ Beneficios del apego precoz para la madre .....	17
❖ Los tres elementos fundamentales del proceso de apego .....	18
❖ Tipos de apego .....	18
CONCLUSIONES .....	20
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	20
TRÍPTICO DE LACTANCIA MATERNA Y APEGO PRECOZ.....	22

## INTRODUCCIÓN

El personal de salud en su vida laboral cotidiana observa con frecuencia problemas de depresión posparto, muchas veces estos se agudizan teniendo que recibir medicación e intervención de especialistas, ya que si no se interviene podría afectar a la morbilidad y hasta la mortalidad del niño o niña y el de la madre; por ello, el profesional de enfermería y el equipo de salud en conjunto deben identificar oportunamente este tipo de problemas, incluso se debe intervenir de manera preventiva, por lo que amerita realizar intervenciones educativas antes de la maternidad y durante el embarazo. Actualmente, los trastornos depresivos representan un problema de salud pública por su alta frecuencia y por asociarse a altos índices de discapacidad.

Por cada 10 madres puérperas entre 6 a 9 presentan depresión posparto, siendo más frecuente en madres primerizas, muchas madres puérperas suelen tener crisis de depresión, prolongándose de manera crítica, cuando visitan al psicólogo es necesario muchas veces terapias, donde incluso debe participar la pareja conyugal y el entorno familiar por lo que se considera de gran importancia el apoyo psicológico de todo el entorno familiar y social de la puérpera. El periodo posparto es un periodo de vulnerabilidad emocional y de alto riesgo para desarrollar desórdenes emocionales, así del 50 al 90% de las mujeres experimentan, en el postparto, diferentes grados de desórdenes afectivos, de la depresión posparto la complicación psiquiátrica más común de la maternidad, ocurre en el 13% de mujeres después del parto. <sup>(1)</sup> Para combatir este tipo de problemas en salud materna, como estrategia preventiva, es necesario, iniciar incluso desde la gestación, estudios han demostrado que la lactancia materna oportuna y el apego precoz reducen significativamente el desarrollo de depresión posparto y ansiedad materna a las 48 horas posparto, mejora la conducta adaptativa neonatal e incrementa los niveles de satisfacción.

La Organización Mundial de la Salud y la UNICEF recomiendan que todos los niños reciban lactancia exclusiva a partir del nacimiento durante los primeros 6 meses de vida, y que continúen con la lactancia materna junto con alimentos complementarios adecuados hasta los 2 años de vida y posteriormente. La leche materna es el alimento ideal para el niño o niña desde el momento de nacer, es un alimento completo, nutritivo, que ya viene lista para tomar. Entonces dar de mamar es el mejor comienzo de la vida de un niño o una niña. Dar el pecho hace crecer el amor entre la madre y el hijo. El contacto de la piel suave y calentita de la madre, le da tranquilidad y placer al niño o niña. La compañía, la voz, el olor, el mirarlo a los ojos y el contacto con la madre le dan seguridad y estímulo al hijo o hija. Dar de mamar es mucho más que dar alimento: es dar amor, seguridad, placer y compañía. <sup>(2)</sup>

Con ello damos inicio al apego precoz, definiéndola como una necesidad tanto biológica como afectiva del recién nacido, este apego que empieza desde el instante del nacimiento y permite que se consolide las bases para futuro del nuevo ser, ya que esta práctica además de brindarle seguridad y bienestar al niño o niña, asegura una lactancia exitosa porque implica el establecimiento de un vínculo mucho más familiar y cálido, sí a esto contamos con la participación del padre, el recién nacido se sentirá realmente bienvenido. Formando de esta manera personas seguras de sí mismas, capaces de solucionar problemas y tomar las mejores decisiones para su futuro.

Ante tal situación, este manual pretende ser una guía de información y buenas prácticas para el profesional de salud para el fomento de la lactancia materna y apego precoz en las futuras madres, superando de esta manera, las dificultades que aparecen en cada madre después de la llegada del nuevo ser y mejorando la salud materno – infantil de nuestra región Puno.

## OBJETIVOS

- 1) Fomentar la lactancia materna exclusiva de manera temprana y el apego precoz (intra parto) para disminuir la depresión desde la gestación hasta el puerperio.
- 2) Ser un elemento de apoyo y una fuente de información que permita al profesional sanitario ser promotor de la lactancia materna en su ámbito de trabajo.
- 3) Promocionar y ayudar a iniciar la lactancia materna y apego precoz durante el convivio entre madre e hijo, como una alternativa muy importante para el desarrollo de apego seguro en el desarrollo del niño y niña.
- 4) Lograr que las madres den puro lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad del niño o niña, que inicien a dar de comer a los 6 meses y que continúen dándole leche materna hasta los 2 años de edad, de esta manera asegurar un buen estado nutricional y de salud para todos los niños y niñas.
- 5) Priorizar el contenido en educación para la salud y los mensajes a los padres de familia para fomentar la lactancia materna y apego precoz de forma eficiente, especialmente en el momento de la psicoprofilaxis que reciben dentro del programa de lactancia materna.

**DESARROLLO**

**LACTANCIA MATERNA**

La lactancia materna es una forma de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sanos de los lactantes. La leche de la madre es el alimento más adecuado y natural para el bebé durante los primeros meses de vida y se adapta en cada momento a sus necesidades. Proporciona los nutrientes que necesita para su adecuado crecimiento y desarrollo adaptándose perfectamente a su función digestiva.

La lactancia materna da a los niños el mejor comienzo posible en la vida. Se calcula que un millón de niños mueren cada año por diarreas, infecciones respiratorias y otros tipos de infecciones, debido a que no son adecuadamente amamantados. Un número mucho mayor de niños sufren innecesariamente de enfermedades que no adquirirían si fueran amamantados. La lactancia materna también ayuda a proteger la salud de la madre. <sup>(3)</sup>



Los beneficios de la leche humana en el niño (a) menor de 2 años, madre, familia y país, son:

**BENEFICIOS DE LA LECHE MATERNA DURANTE LOS PRIMEROS 2 AÑOS <sup>(4)</sup>**



**BUENA** nutrición.



**MENOS** probabilidad de sufrir de diarreas, deshidratación, infecciones de las vías respiratorias (bronquitis y neumonía), estreñimiento, cólicos, sarampión, cólera, desnutrición, y otitis.



**MENOS** probabilidad de padecer enfermedades crónicas como las alergias, diabetes juvenil, hipertensión, obesidad y cáncer.



**MAYOR** desarrollo mental, intelectual y motor, mejor formación de boca y alineación de los dientes.

**BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA MADRE**



**MENOR riesgo de sufrir de depresión post parto:** La depresión posparto es una entidad de gran importancia, uno de los trastornos afectivos más frecuentes en el puerperio, y cuya importancia y relevancia hace que sea de extremo interés de los profesionales de salud. El puerperio es una etapa de grandes cambios y adaptación, un período de vulnerabilidad, mediado por factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, en los cuales se eleva el riesgo de padecer algún tipo de trastorno afectivo; estimándose esta cifra entre 50 a 80% de las mujeres. Los estudios demuestran que la lactancia materna reduce en hasta un 50% el riesgo de depresión (incluso en

madres que han atravesado una cierta tristeza puerperal). Esto se debe a que al amamantar se genera oxitocina y serotonina, hormonas que ayudan a reducir los niveles de ansiedad y que promueven el vínculo amoroso entre la madre y tu hijo.

**FORTALECE el vínculo afectivo entre madre e hijo(a):** La oxitocina también se relaciona con el surgimiento de sentimientos positivos, como amor, apego y felicidad. Niveles elevados de esta hormona durante la lactancia materna hacen a la mamá menos propensa a padecer depresión postparto, y de paso ayuda a establecer el apego materno con el bebé. La succión estimula la secreción de oxitocina y de prolactina de la madre, así como de hormonas intestinales del bebé para la digestión del calostro y de endorfinas que le producen calma y placer. La oxitocina hace que la madre sienta apego hacia su bebé, además de estimular la contracción uterina y producir el reflejo de eyección de la leche. La prolactina promueve la producción de leche, la conducta maternal y relaja a la madre. <sup>(5)</sup> Otros beneficios son: **RETRASA** el regreso de la fertilidad. Durante los primeros 6 meses después del parto, las madres tienen menos riesgo de otro embarazo.



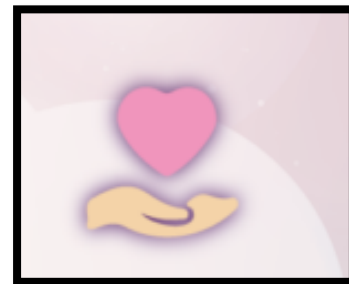
**BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA LA FAMILIA**

- EVITA el gasto en fórmulas lácteas y el trabajo que requiere su preparación.
- EVITA el gasto adicional por razones de salud del hijo(a) enfermo(a).
- EVITA la ausencia al trabajo por motivos de enfermedad de los hijos(as). <sup>(4)</sup>







**BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA EL PAÍS:** Las madres que amamantan contribuyen:

- A que menos niños se enfermen y se mueran y a que haya menos gastos hospitalarios.
- A utilizar el recurso natural renovable más valioso.
- A que el país tenga niños y niñas más sanos, inteligentes y seguros de sí mismos.
- A formar la inteligencia, productividad y el futuro del país.
- A saber que tienen un recurso irremplazable para criar las generaciones futuras.
- A que los familiares, la comunidad, los servicios de salud, los patronos y el gobierno se sientan obligados a apoyar y mantener la lactancia materna. <sup>(4)</sup>



**ETAPAS DE LA LECHE MATERNA:** Son: <sup>(6)</sup>

<p><b>PRE-CALOSTRO</b> Secreción mamaria producida durante el tercer trimestre de gestación compuesta por plasma, sodio, cloro, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbúmina y algo de lactosa.</p>	
<p><b>CALOSTRO</b> Se puede producir desde las 12-16 semanas de embarazo y continúa en los primeros días después del parto. Es un líquido espeso, viscoso y de color claro a amarillento. Su volumen es de 10 a 100 cc por día (promedio 30 cc), de 2 a 14 cc por mamada, ideal para el pequeño tamaño del estómago del recién nacido y para sus riñones inmaduros que no pueden manejar gran volumen de líquido. Su principal función es protectora – tapiza la superficie del intestino para evitar la adherencia de los patógenos. El calostro ayuda a establecer la flora bifida (no patógena) en el intestino del bebé, evitando la instalación de bacterias patógenas. Es particularmente rico en inmunoglobulina A secretora, factores inmunológicos (como lactoferrina, lisozima, interleucina-10) leucocitos, especialmente polimorfonucleares, factores de crecimiento y otros. El calostro es laxante, estimula el pasaje de meconio (la primera deposición, negra, pegajosa). Esto ayuda a prevenir la ictericia</p>	

<p><b>LECHE DE TRANSICIÓN</b> Es la leche que se produce después del calostro, hasta los 10 o 14 días posteriores al parto. Se caracteriza por un progresivo aumento del volumen, del contenido calórico total y de la concentración de lactosa, grasas y vitaminas hidrosolubles, mientras disminuye la concentración de proteínas y vitaminas liposolubles. Su volumen llega, aproximadamente, a 500 cc/día al quinto día.</p>	
<p><b>LECHE MADURA</b> La leche madura contiene todos los nutrientes que el bebé necesita para su crecimiento óptimo durante los primeros 6 meses, además de sustancias que ayudan a la digestión, al desarrollo y que lo protegen contra las infecciones. El volumen de la leche madura depende de la demanda del bebé. En general el volumen aumenta progresivamente hasta, aproximadamente, 700 cc/día a los 30 días del parto y 800 cc/día a los 6 meses de lactancia materna exclusiva con límites entre 550 y 1 150 cc/día. Si la madre tiene gemelos, producirá leche suficiente para ambos.</p>	

**PROPIEDADES NUTRITIVAS DE LA LECHE MATERNA**

Los principales componentes de la leche materna son sintetizados y secretados por la glándula mamaria. La composición de la leche humana no es uniforme, porque cambia según las necesidades del lactante. Cambia durante la mamada, de una mamada a otra, en el transcurso del día, de un día a otro y mes a mes. También tiene variaciones individuales. Sin embargo, estos cambios se dan entre ciertos límites, por lo que se puede decir que su composición es estable dentro de la especie. Las cuales son: <sup>(7)</sup>

**1. Agua:**

Representa aproximadamente el 88 a 90% y está en relación directa con el estado de hidratación. Si la mujer lactante disminuye su ingesta, el organismo conserva líquidos a través de la disminución de pérdidas insensibles y orina para mantener la producción.



**2. Carbohidratos:**

7.3 gramos/100 ml del total de componentes de la leche. El principal azúcar es la lactosa, con un valor osmótico fundamental para mantener la densidad de la leche a través del agua. Todos estos carbohidratos y glucoproteínas poseen un efecto benéfico para el desarrollo del lactobacillus bifidus.

**3. Lípidos:**

Varía de 3 a 4 gramos/100 ml de los constituyentes de la leche. Es el componente con mayores variaciones de su concentración durante la lactancia. Proporciona el 30 a 55% de kilocalorías. El mayor componente son los triglicéridos pero también contiene fosfolípidos y colesterol.



**4. Proteínas:**



1 g/100 ml., constituyen el 0.9% de la leche, el mayor porcentaje corresponde a caseína (40%) y el 60% restante a proteínas del suero: lisozima, lactoalbúmina, lactoferrina que contribuye a la absorción de hierro en el intestino del niño y lo fija, evitando que sea usado por las bacterias. Es de destacar la presencia de inmunoglobulinas. IgA, IgG, IgM. La principal es la IgA secretora cuya función consiste en proteger las mucosas del recién nacido y es producida por el denominado ciclo enteromamario; encontrándose en muy altas concentraciones en el calostro.

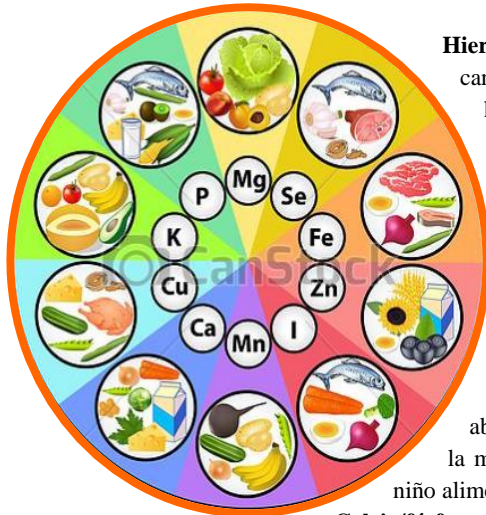


**5. Vitaminas:**

La leche humana contiene todas las vitaminas. Dado que su concentración de Vitamina K es baja, a todo recién nacido se le debe aplicar una dosis de prevención por vía intramuscular al nacer. Existen variaciones en las vitaminas hidrosolubles, y dependen de la dieta de la madre.

**6. Minerales:**

Las cantidades que se encuentran son suficientes para las necesidades del lactante, no influyendo la dieta de la madre en las concentraciones del hierro y calcio.



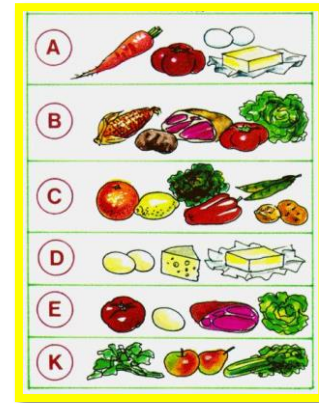
**Hierro:** La leche humana contiene cantidades pequeñas, en relación al hierro contenido en la leche de vaca, pero la absorción de éste es mayor, evitando el desarrollo de anemia en los lactantes.

**Zinc:** El Zinc presente en la leche materna tiene un índice de absorción mayor (45%), que el de las fórmulas (31%) y de la leche de vaca (28%).

**Selenio:** Tiene concentraciones en la leche materna mayores que las que se aprecian en la leche de vaca.

**Flúor:** Se asocia con una disminución de los procesos de caries dental. Los niveles de flúor en la leche humana son menores (0.025 mg/l) que los encontrados en la leche de vaca (0.3 a 0.1 mg/l). Sin embargo, su absorción es mayor con la leche humana. La administración de flúor oral a la madre no logra incrementar estos niveles. En estudios comparativos, el niño alimentado al seno tiene menos caries y una mejor salud dental.

**Calcio/fósforo:** La relación calcio/fósforo es de 2 a 1 en la leche humana, lo que favorece la absorción del primero (30 y 15 mg/100 ml de calcio y fósforo respectivamente).



**7. Factores inmunológicos en la leche materna**

El sistema inmune del niño no está totalmente desarrollado al nacimiento y no lo estará hasta los tres años o más. La leche materna proporciona protección para el bebé, complementando al sistema, de varias maneras:

❖ **Inmunidad pasiva:**

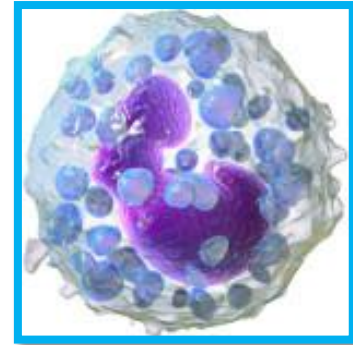
• **Factores Humorales:**

- ✓ Circulación entero-mamaria y bronco-mamaria: Cuando la madre ingiere o inhala gérmenes, su organismo produce anticuerpos contra esos gérmenes. Estos anticuerpos pasan al bebé a través de la leche materna y son principalmente inmunoglobulina A secretoria, que se une a los microorganismos patógenos, impidiendo su ingreso a las mucosas. Sus concentraciones son muy altas en el calostro (1-2 g/L) y se mantienen entre 0,5 y 1 g/L hasta el 2º año.
- ✓ Oligosacáridos se adhieren a los receptores de las células de las membranas de faringe y tubo digestivo, impidiendo la adherencia de ciertas bacterias patógenas y de toxinas bacterianas. Estimulan también al Lactobacilo.
- ✓ Lisozima, degrada las paredes bacterianas de los gérmenes gram positivas y es bactericida de gram negativos.
- ✓ Lactoferrina es bactericida, inmunoestimulante y antiinflamatoria, se une al hierro evitando que las bacterias causantes de enfermedad lo usen para multiplicarse.
- ✓ Factor bífido (N acetilglucosamina) y oligosacáridos estimulan el crecimiento de bacterias benígnas (lactobacillus bifidus) evitando la aparición de bacterias patógenas.
- ✓ Factores de crecimiento de la leche materna estimulan el desarrollo de la pared intestinal del bebé formando así una barrera contra los microorganismos y alérgenos, así como ayudando a reparar el daño de las infecciones.
- ✓ Lactoperoxidasa y péptidos procedentes de la digestión de la lactoalbúmina, son bactericidas.



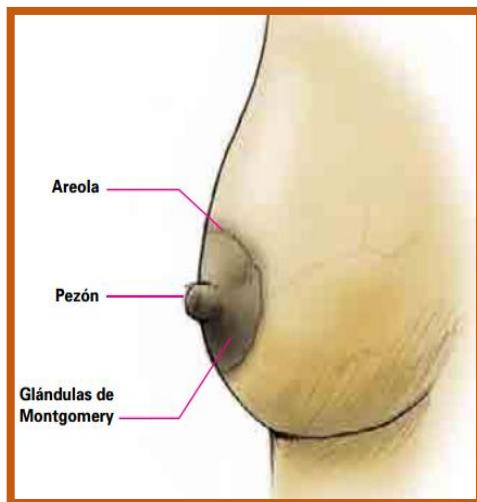
✓ Interferon, ácido acético y monoglicéridos generados por la lipasa, actúan contra virus, bacterias y hongos.

- **Factores celulares:** Los leucocitos presentes en la leche materna son capaces de destruir bacterias, pero no producen inflamación. Los macrófagos son las células que están en mayor cantidad, seguidas por linfocitos T, B y neutrófilos. Su función es la fagocitosis y la secreción de sustancias inmunes específicas, contra las que la madre ha tenido contacto. Los linfocitos secretan IgG, IgA e IgM. Los macrófagos secretan IgA, lisozima y lactoferrina.



- ❖ **Inmunidad activa:** La leche de la madre estimula al sistema inmune del bebé. Los niños amamantados producen más anticuerpos al ser vacunados, que los que toman fórmula, la leche materna induce inmunidad en el tracto urinario, además la proteína alfa-lac induce la apoptosis de las células cancerígenas y de otras células inmaduras y de rápido crecimiento, en cambio, la fórmula artificial no contiene células vivas, ni anticuerpos, ni factores anti infecciosos vivos y no protege activamente al bebé de las infecciones.

### ANATOMÍA DEL SENO MATERNO



#### El seno visto por fuera

**Areola:** Es la parte más oscura alrededor del pezón. Durante el embarazo se oscurece aún más, para hacerse más visible cuando el bebé empieza a mamar. El niño o niña debe tomar parte de la areola para mamar bien.

**Pezón:** Es la punta del seno por donde sale la leche a través de 15 a 20 pequeños agujeros.

**Glándulas de Montgomery:** Son los bultitos que se encuentran en la areola. Estas glándulas producen un líquido aceitoso que mantiene los pezones suaves y limpios. Además tiene un olor que atrae el niño o niña al pezón. Tener senos grandes o pequeños no tiene nada que ver con la producción de leche.

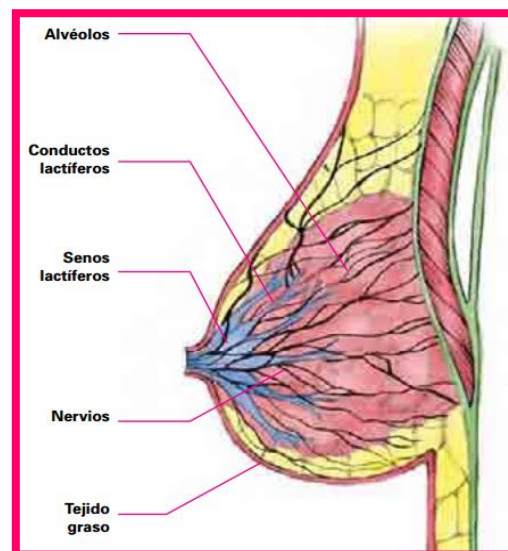
#### El seno visto por dentro

**Alvéolos:** Es donde se produce la leche. Con cada mamada éstos se contraen para sacar la leche.

**Conductos lactíferos:** Son los que conducen la leche de los alvéolos a los senos lactíferos. Continuamente la leche baja por ellos.

**Senos lactíferos:** Los senos lactíferos quedan debajo de la areola; es allí donde se almacena la leche. Por eso, es importante que el niño o niña abarque parte de la areola para exprimir la leche.

**Nervios:** Son los que mandan la orden al cerebro de hacer más leche en los alvéolos. También transmiten la orden al cerebro para hacerla salir del seno.



**Tejido graso:** Envuelve todo el seno y le sirve de colchón protector. Algunas mujeres tienen más grasa en los senos que otras. Por eso, las mujeres tienen diferentes tamaños de senos. Tener senos grandes o pequeños no afecta la producción de leche. <sup>(6)</sup>

**PRODUCCIÓN DE LA LECHE MATERNA**

Cuando el niño o niña mama bien, la lengua y la boca estimulan el pezón. Entonces los nervios del pezón mandan el mensaje al cerebro de la madre de que el niño o niña quiere leche. El cerebro responde y ordena la producción de una sustancia llamada prolactina. La prolactina hace que la leche se comience a formar en los alvéolos. Entre más mama el niño o niña más leche produce la madre. Para que la leche baje de los alvéolos al pezón, el cerebro hace producir otra sustancia que se llama oxitocina. A veces la madre puede sentir la bajada. Si el niño o niña no mama bien, la madre no recibe el estímulo adecuado y no produce suficiente leche. <sup>(8)</sup>

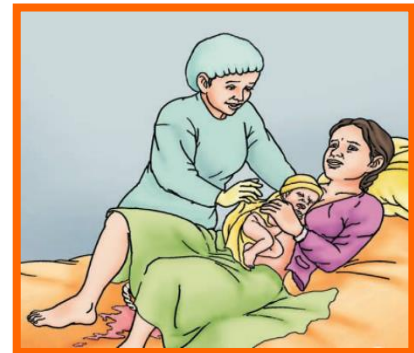


**IMPORTANCIA DE COLOCAR INMEDIANTAMENTE AL RECIÉN NACIDO EN EL SENO MMATERNO DESPÚES DEL PARTO**

Es importante ponerlo al seno inmediatamente después de nacer porque se tiene que dar seguridad, calor y protección que el niño o niña busca y necesita.

Además:

- El recién nacido tomará el calostro que lo protegerá contra enfermedades.
- El recién nacido aprenderá a mamar correctamente.
- La placenta sale con más facilidad y rápidamente.
- La hemorragia es menor, disminuye el riesgo de anemia.
- El útero recupera rápidamente su tamaño normal.
- La madre tendrá senos, menos congestionados cuando baje la leche, porque la leche baja más rápido dentro de los primeros días cuando el niño o niña mama desde que nace.
- La madre no tendrá fiebre con la bajada de la leche. <sup>(9)</sup>



**ADAPTACIÓN DE LA BOCA DEL BEBÉ AL SENO MATERNO**

La lactancia materna es un proceso activo por parte de sus dos protagonistas, madre e hijo. Por un lado la leche no espera pacientemente en el seno materno, sino que es empujada por la acción de una hormona, la oxitocina. El bebé tampoco es pasivo, no espera con la boca abierta a que le caiga la leche que gotea sola, sino que tiene que hacer unos movimientos de succión determinados para obtener toda la leche que necesita. Para que todo este proceso sea óptimo se seguirá los siguientes pasos:

1. Se coloca la mano bajo el seno, con cuatro dedos por debajo y el pulgar por encima, formando una “C”, lejos de la areola, descansando ligeramente sin presionar.
2. La madre coloca la cara del bebé mirando hacia el seno.
3. Sujetar el seno y elevarlo un poco para facilitar al niño el agarre. El seno puede soltarse cuando el niño succione bien.



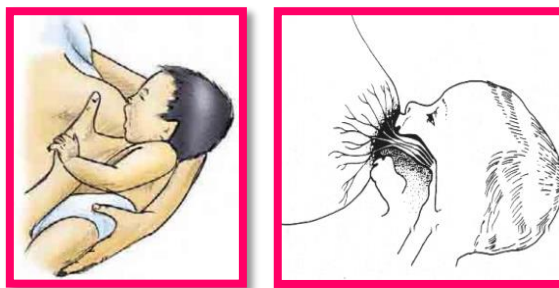
la madre. <sup>(9)</sup>

4. Rozar ligeramente el labio superior del niño con el pezón y esperar a que abra la boca completamente antes de introducir el seno para que no coja solo el pezón, sino también una buen parte de la areola.
5. La madre debe sentir que él bebe utiliza la lengua y la mandíbula inferior, así quedara el pezón bien situado dentro de la boca y no sufrirá ningún roce.
6. Fijarse que los labios inferior estén hacia fuera no metidos hacia dentro.
7. El abdomen del niño o niña debe estar pegada contra el abdomen de la madre y la cabeza, la nuca y la espalda del bebé están en línea recta sostenidas por el brazo de

### SIGNOS DE UN BUEN AGARRE DEL BEBÉ AL MAMAR

La forma en que la madre sostiene al bebé y la manera en que el lactante succiona el pezón son muy importantes. Sostener al lactante en una buena posición facilita la forma en que éste toma el seno con la boca y succiona de una forma adecuada. Además la succión eficaz, estimula la producción de leche, de manera que más succión produce más leche. Los signos de un buen agarre del bebé, son:

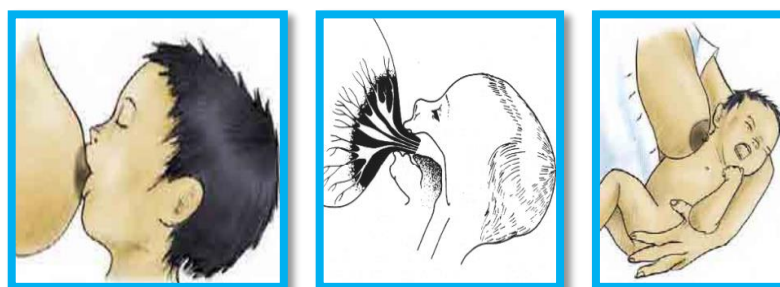
- La areola inferior está más introducida en la boca que la superior.
- La barbilla del niño o niña queda tocando el seno de la madre; la nariz queda libre para respirar.
- El labio inferior esta hacia fuera cuando mama.
- La lengua colocada debajo del pezón ordeña la leche de los senos lactíferos.
- La areola y el pezón se alargan dentro de la boca del niño hasta tocar el paladar.
- El bebé tiene la boca muy abierta.
- Las mejillas están llenas cuando mama.
- El bebé mama y poco a poco se relaja.
- No hay dolor en la toma.
- Hay transferencia de leche porque hace deposiciones y micciones.



### SIGNOS DE UN MAL AGARRE DEL BEBÉ AL MAMAR

Un bebé que está mal agarrado al seno de la madre, no extrae leche fácilmente (succión ineficaz), puede que el bebé no obtenga suficiente leche, y pueda dejar de ganar peso. Una madre que no le gusta amamantar, que no desea su embarazo, o que está muy cansada, puede tener dificultades para responder a su niño o niña. Puede no sostener a su hijo lo suficientemente cerca como para que se agarre bien, o puede amamantar infrecuentemente o durante demasiado poco tiempo en cada toma. Los signos de un mal agarre, son:

- Al tomar solamente el pezón, el niño o niña no exprime los senos lactíferos, por lo tanto, no extrae bien la leche.
- Cuando a un niño o niña le han dado biberón se confunde y no toma bien la areola.
- Al no poder sacar suficiente leche el niño o niña no queda satisfecho, llora y rechaza el seno. Al no mamar se disminuye la producción de leche.
- El niño o niña no aumenta de peso porque no está sacando suficiente leche.
- El pezón se lastima, el seno se puede congestionar e infectar. La madre con dolor no quiere seguir dando el seno.



**POSTURA DURANTE LA LACTANCIA MATERNA**

Lo normal es pasar muchas horas al día amamantando, si no se busca estar cómoda se sufre de dolor de espalda y las tomas se harán interminables. Antes se recomendaba a la madre tener la espalda recta y bien apoyada, con los hombros hacia atrás, pero recientemente se ha descubierto que los bebés maman mejor cuando la madre está reclinada hacia atrás, también se puede amamantar en posición ventral. Lo importante es no amamantar nunca encorvada sobre el bebé. En el cualquier caso es importante prever un buen apoyo en la zona lumbar y cervical mediante cojines o algo similar. A ser posible también en la curva de las rodillas. Una buena posición: es aquella donde la madre y él bebe están cómodos. El amamantar no duele y debe ser algo placentero para ambos. <sup>(10)</sup>

MADRE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La mujer debe de sostener al bebe cómodamente, generalmente sentada sobre una silla.</li> <li>• Utilizar un banquito debajo de los pies, para que los músculos no estén orientados hacia abajo, colocar una almohada o un cojín para acercar al bebé y tenerlo bien apoyado frente al seno.</li> <li>• Esto elimina la tensión de la espalda y hombros.</li> </ul>

BEBÉ
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se tiene que esforzar para llegar al pezón, todo su cuerpo tiene que estar casi en línea recta.</li> <li>• Si la cabeza esta flexionada hacia delante no podrá amamantar, por lo tanto, tiene que estar ligeramente inclinado hacia atrás, de modo que su barbilla presione el seno materno.</li> <li>• La boca debe quedar a la altura de la areola para que no tenga que tirar hacia abajo o hacia un lado.</li> </ul>

**TIPOS DE POSICIÓN DE LA MADRE PARA AMAMANTAR <sup>(11)</sup>**



POSICIÓN ACOSTADA
<p>Es la posición más cómoda después del parto, durante la siesta y por la noche.</p>



POSICION SENTADA
<p>Consiste en apoyar la espalda sobre un buen respaldo para lograr la comodidad posible.</p>

POSICION DE SANDIA O FUTBOL AMERICANO
<p>Es una buena posición para después de una cesárea o para amamantar gemelos.</p>



**FRECUENCIA DEL BEBÉ AL INGERIR LA LECHE MATERNA**

El recién nacido debe ser amamantado cada vez que lo desee desde el mismo momento del parto. Después el bebé debe de ser alimentado cada vez que quiera hasta que suelte el seno materno (olvidarse de los horarios y la duración de tomas). Se debe de dar un seno hasta que no quiera más, ofreciéndole el otro, aunque no siempre, lo querrá. En cada mamada completa al principio la leche es rala, acuosa y le quita la sed (la leche del comienzo). A la mitad de la mamada, la leche es más espesa y blanca. Al final, la leche es más cremosa. Es importante que la madre no debe estar apurada ni medir el tiempo para dar de mamar al niño o niña.



Al inicio: el recién nacido mama frecuentemente y luego tiende a espaciar las tomas. Cualquier bebé hará un mínimo de 8 a 12 tomas en 24 horas. Pero cada bebé lleva su ritmo y se debe respetar: habrá quien tome cada 3 horas durante el día y la noche, o bien cada hora durante el día y dormirán de 4 a 6 horas. Si un bebé duerme más de tres horas después de haber sido amamantado, es preciso despertarlo suavemente y ofrecerle el seno, hasta que se establezca un patrón de ganancia ponderal adecuado. <sup>(12)</sup>

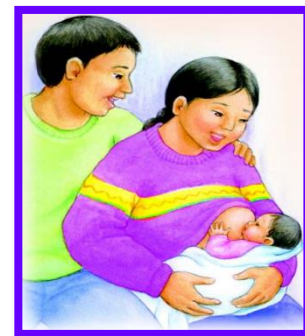
**¿QUÉ HACER SI EL BEBÉ SE DUERME O SUELTA EL SENO?**



A veces los bebés cuando están mamando sueltan el seno para descansar, jugar o mirar alrededor. Si la madre no le retira el seno, lo tomará otra vez. Cuando el niño o niña suelta el seno la madre puede sacarle los gases y pasarlo al otro seno. Si quiere comer más, lo tomará. La próxima vez que lo amamante, la madre debe comenzar con el seno que tomó de último. Si el niño o niña tomó de un solo seno, la madre deberá comenzar con el otro, se puede saber porque el seno que no tomó, o que tomó por poco tiempo, lo siente más pesado o lleno.

**¿CÓMO PRODUCIR SUFICIENTE LECHE?**

Los factores que permiten la producción de leche adecuada, inicia en el momento del parto, donde se debe colocar al niño o niña al seno materno tan pronto nazca, dar de mamar de día y de noche, cada vez que el niño o niña lo pida, en una posición cómoda, hasta que quede satisfecho. Durante los primeros 6 meses dar sólo el seno materno, no dar agua, jugos, té u otros líquidos o alimentos, tampoco introducir en la boca del niño o niña mamaderas, ni chupones o chupetes porque pueden producirle diarrea, y se le confunde la lengua y rechaza el seno materno. Además la madre debe comer un poco más de lo acostumbrado y debe tomar más líquidos, debe estar relajada y tener una actitud positiva sobre la lactancia materna. Entre más mame el niño o niña, más leche produce la madre. <sup>(12)</sup>



**ESTIMULACIÓN Y EXTRACCIÓN DE LA LECHE MATERNA**

La extracción de leche puede resultar útil en diversas circunstancias (antes de dar de lactar al bebé, subida de leche, separación temporal del bebé, inicio de la actividad laboral, ingurgitación mamaria). Si se va a extraer la leche de forma manual, se debe primero preparar el seno materno para facilitar la extracción, provocando la salida de leche o reflejo de eyección.



Lo normal es que las primeras veces salga poca cantidad, por ello es necesario la práctica para obtener una buena cantidad de leche. Es más eficaz sacarse en numerosas sesiones breves que en pocas sesiones largas. El momento más adecuado para la extracción es cuando el bebé: sólo mama de un seno, extraer del otro; si no vacía el segundo seno, vaciarlo; entre toma y toma; cuando se salta una toma; después de la primera toma de la mañana, cuando los senos están más llenos.



**Recomendaciones:**

- Importante lavarse las manos y utensilios que se usen para la extracción.
- Evitar el estrés y las preocupaciones para no afectar la producción de leche.



**Estimulación del seno:**

1. Masajear el seno oprimiéndolo firmemente hacia la caja torácica (costillas), usando un movimiento circular con los dedos en un mismo punto, sin deslizar los dedos sobre la piel. Después de unos segundos cambiar hacia otra zona del seno.

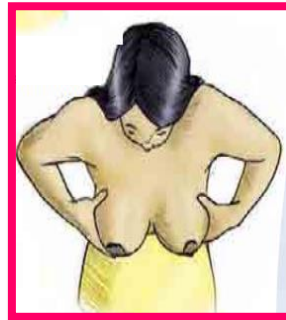
2. Frotar el seno cuidadosamente desde la parte superior hacia el pezón, de modo que produzca un cosquilleo. Continuar este movimiento desde la periferia del seno hacia el pezón, por todo alrededor.
3. Sacudir ambos senos suavemente inclinándote hacia adelante.



MASAJEAR



FROTAR



SACUDIR

**Extracción manual:** Se usara la Técnica de Marmet, es cómoda, barata y sencilla. Se ahorra la limpieza y esterilización de varios utensilios. Antes lavarse las manos y estimular el seno previamente. <sup>(13)</sup>



Colocar el dedo pulgar y los dedos índice y medio formando una letra "C", a unos 3 o 4 cm del pezón (no siempre coincide con el borde de la areola). Evita que el seno descansa sobre la mano.

Empujar los dedos hacia atrás (hacia las costillas), sin separarlos. Si tiene los senos grandes o caídos, primero levántalos y después empuja los dedos hacia atrás.

Comprimir hacia el pezón, con movimiento como de rodillo, sin deslizar los dedos. Es una acción de ordeño (si imaginas que hay como una bolsa detrás del pezón, en el primer movimiento la sujetas y en el segundo la vacías).

Repetir rítmicamente para vaciar. Rotar la posición de los dedos para vaciar todos los cuadrantes del seno. Utiliza ambas manos en cada seno.

**EVITAR** maniobras como exprimir, deslizar y estirar. La extracción no debe causar dolor.

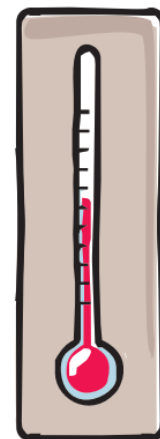


**ALMACENAMIENTO DE LA LECHE MATERNA**



Idealmente, el bebé debe consumir la leche extraída tan pronto como sea posible, ya que la leche fresca conserva todas sus propiedades. Si el centro laboral donde trabaja la madre, no cuenta con lactario, ella puede buscar un lugar tranquilo y limpio donde pueda estar entre 15 a 20 minutos.

La leche debe conservarse en un recipiente limpio con tapa plástica y resistente al calor (frasco de vidrio). Es conveniente guardarla en pequeñas cantidades (50-100cc) o bien calculando la cantidad que vaya a tomar el niño o la niña en cada toma. Se recomendará poner una etiqueta en el recipiente con la fecha y la hora de extracción de la leche para así utilizarla en orden.



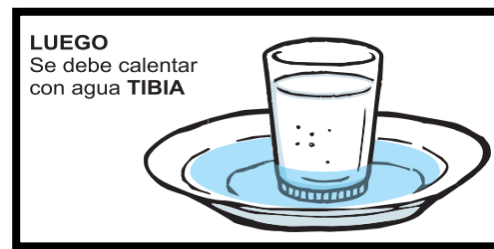
La congelación destruye los leucocitos y parte de las vitaminas. El contenido en lactoferrina, lisozima, inmunoglobulinas y fracción del complemento C3, después de la congelación durante 3 meses, no se altera. Cuando la leche se congela largo tiempo, puede tener un olor rancio. Esto se debe a la acción de las lipasas y se puede disminuir entibiando la leche antes de congelarla.

La leche materna congelada puede descongelarse lentamente colocando el recipiente en la refrigeradora y usarse dentro de las 24 horas, o en otro recipiente con agua tibia y usarse, dentro de la hora, en cuanto esté tibia. No es recomendable hervir la leche ni calentarla en microondas ya que se destruyen algunas de sus propiedades y puede quemar la boca del bebé. <sup>(14)</sup>

A temperatura ambiente	En la refrigeradora	En el congelador
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 25°: de 4 a 8 horas.</li> <li>- 19 – 22°: 10 horas.</li> <li>- 15°: 24 horas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 0 – 4°C: hasta 8 días.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En el compartimento del congelador o de un refrigerador: 2 semanas.</li> <li>- En un congelador con puerta separada del refrigerador de 3 a 4 meses.</li> <li>- En un congelador independiente a una temperatura constante de -19°C: 6 meses.</li> </ul>
<p>La leche se puede dejar 9 horas a temperatura ambiente (hasta 30°) sin que se aprecie crecimiento bacteriano.</p> <p>De hecho, en el calostro el número de col/ml disminuye en las primeras horas a temperatura ambiente.</p>	<p>Si no se prevé utilizarla en 24 - 48 horas es mejor congelarla.</p>	



**Descongelación:**

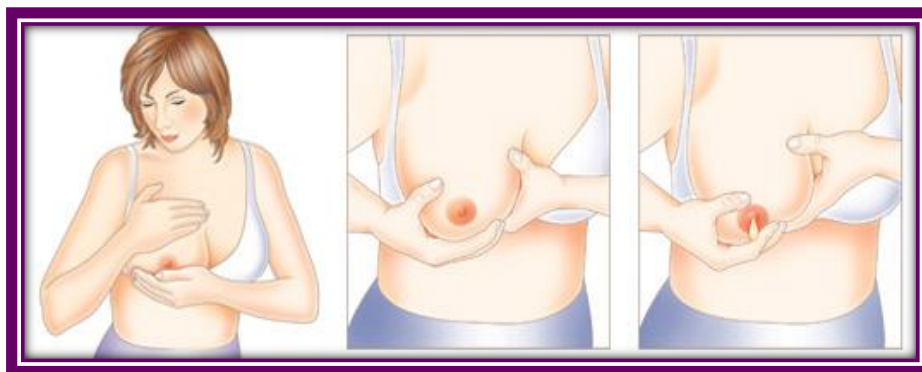
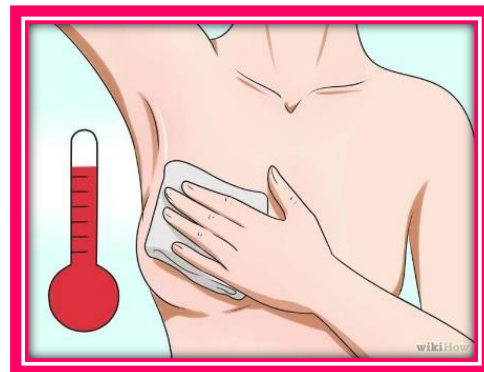


**NO SE DEBE CONGELAR LA LECHE UNA VEZ DESCONGELADA.**

**EXÁMEN DEL SENO E HIGIENE**

Se debe pedir permiso a la madre para examinar el seno y explicarle los cuidados recomendados durante la lactancia:

- Limpieza de las mamas una vez al día coincidiendo con la higiene diaria.
- No usar jabones ni productos que puedan irritar piel, areola y pezón.
- Utilizar sujetadores que sostengan los senos para que no la compriman.
- Examinar el seno y pezón en busca de: producción láctea adecuada, reflejo de eyección, pezones planos o invertidos, grietas.
- Explicar a la madre que es preciso que se extraiga leche con suficiente frecuencia durante el tiempo que se encuentre separada de su bebe, para evitar que el seno se llene en exceso y ayudar a la que se mantenga la producción. Es aconsejable cada 3 horas con una extracción nocturna, cuando los niveles de prolactina son más altos.
- Explicar a la madre que la leche extraída cubrirá las necesidades de sus bebe durante su ausencia.



**NO DAR A LOS NIÑOS ALIMENTADOS A PECHO: TETINAS O CHUPETES ARTIFICIALES**

Evitar el uso de biberones y chupetes al menos durante el primer mes, hasta que la lactancia este bien establecida. Puede producir en las primeras semanas mal enganche e ingurgitación mamaria con disminución de la producción de leche.

En los momentos en que no se encuentre la madre presente se administrará la alimentación con un método respetuoso con la lactancia materna a ser posible que no sea biberón. <sup>(15)</sup>

**LACTANCIA MATERNA MEMORIA**



LOS 10 PASOS PARA GARANTIZAR UNA LACTANCIA MATERNA EXITOSA <sup>(14)</sup>

Paso 1: Disponer de una norma por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento a todo el personal de salud.



Paso 2: Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica la norma.

Paso 3: Informar a todas las embarazadas, la pareja, la familia, de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.

Paso 4: Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto, colocando al bebé en contacto directo con la madre piel a piel, inmediatamente después del nacimiento y ayudándole a iniciar la lactancia.

Paso 5: Mostrar a las madres y padres cómo se debe de dar de mamar al bebé, especialmente en las primeras seis horas post parto y cómo mantener la lactancia incluso si ha de separarse de su hijo (a) .



Paso 6: No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento ni bebida, a no ser que estén médicamente indicados.

Paso 7: Facilitar el alojamiento conjunto de las madres y los bebés durante las 24 horas del día.



Paso 8: Fomentar la lactancia natural a libre demanda de parte del bebé y/o de la madre.

Paso 9: No dar a los bebés mamaderas o biberones ni chupones artificiales.

Paso 10: Formar grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital.



## APEGO PRECOZ O INMEDIATO

La teoría del apego como teoría del desarrollo afectivo: “es una forma de conceptualizar la propensión de los seres humanos a formar vínculos afectivos fuertes con los demás y de entender las diversas maneras de expresar emociones de angustia, depresión, enfado, cuando son abandonados o viven una separación o pérdida”. Definimos el apego como el lazo afectivo que se forma entre el niño y un número reducido de personas cercanos que impulsa a buscar la proximidad y el contacto con ellos a lo largo del tiempo. La necesidad de vincularse afectivamente es una necesidad humana, pre programada biológicamente y presente a lo largo de todo el ciclo vital. El apego proporciona la seguridad emocional del niño: ser aceptado y protegido incondicionalmente. <sup>(16)</sup>



### CONTACTO PIEL A PIEL

El contacto piel a piel, se realiza durante el primer minuto de vida hasta aproximadamente los 30 minutos, cuando al nacer un niño o niña, es colocado desnudo, en decúbito prono, sobre el abdomen o seno la madre, presenta llanto fuerte y actividad motora aumentada, pero luego se calma, abre los ojos, es capaz de seguir con la mirada y voltear a la voz, en un estado de alerta ideal para establecer el vínculo con la madre y el inicio de la lactancia. Permanece tranquilo unos minutos y luego se ponen en acción el reflejo de búsqueda, movimientos mano-boca y otros reflejos que le ayudan a reptar hacia el seno de su madre, guiado por el olor de la areola, para succionar espontáneamente la mama, dentro de los primeros 70 minutos, con un agarre correcto.



La aspiración de las vías respiratorias del neonato se realiza mientras yace sobre el abdomen de la madre, y cuando existe indicación médica; se seca minuciosamente todo el cuerpo menos las manos, porque gracias a ese olor realiza la búsqueda de la areola, pues se asemeja al líquido amniótico, que lo albergó por toda la gestación; y se le cubre la espalda con una manta precalentada. Para evitar la pérdida de calor, se puede cubrir la cabeza del recién nacido con un gorro seco que se reemplazará cuando se humedece. Lo ideal es posponer todas las demás intervenciones hasta al menos una hora después del nacimiento. <sup>(17)</sup>

En las 2 horas siguientes al nacimiento, el recién nacido se encuentra en un estado de alerta tranquilo, debido a la noradrenalina segregada durante el parto que, sumado al contacto piel con piel realizado al nacer, disminuye sus llantos y facilita una mayor termorregulación, incluso en los nacidos mediante cesárea. <sup>(18)</sup> Además, todo ello proporcionará a la madre una mayor satisfacción y le ayudará a establecer el vínculo afectivo. <sup>(19)</sup>

### CONTACTO PIEL A PIEL DESPUES DE UNA CESÁREA

El contacto piel a piel se puede realizar en sala de operaciones después de una cesárea, pero también se puede realizar una vez llegada la madre a la habitación. La madre deberá tener un brazo libre para poder abrazar al bebé. La presencia de una persona que brinde apoyo es importante para ayudar a sostener al bebé. Esto puede hacerse aunque la madre esté soñolienta o bajo la influencia de la anestesia

### CONTACTO PIEL A PIEL Y LACTANCIA

La lactancia materna está relacionada con el contacto piel a piel entre el recién nacido y la madre. La probabilidad de que tras establecer este contacto precoz se de lactancia materna es 2336 veces mayor, que si no se hace. Asimismo, se observó que los niños que se encontraban en contacto piel a piel (CPP) con sus madres durante, al menos 30 minutos fueron amamantados exclusivamente durante 1 a 2 meses más y destetados 1 a 7 meses más tarde que aquellos con un CPP más corto; además los recién nacidos que permanecieron más de 70 minutos en CPP con sus madres, inmediatamente después del parto eran hasta ocho veces más propensos a amamantar espontáneamente.

El contacto piel a piel coadyuva a la prolongación de la lactancia materna, y se considera una estrategia de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, en donde la enfermera ayuda al recién nacido y a la madre a brindar las condiciones para que, encontrándose sobre el tórax, inicie la primera succión del pezón hasta lograr una lactancia eficaz en los primeros minutos de la vida y sea una experiencia satisfactoria para ambos. Tanto el contacto piel a piel y el inicio precoz de la lactancia materna son estrategias que suman y se sinergian, con beneficios directos e indirectos para la población neonatal a nivel nutricional, la prevención de enfermedades y protección psicoafectiva a corto y largo plazo. <sup>(20)</sup>



### BENEFICIOS DEL APEGO PRECOZ PARA EL BEBÉ

Garantizar el contacto piel con piel precoz en madre/hijo debido a los beneficios de salud de esta intervención durante el mayor tiempo posible, sin interrupciones y al menos durante las primeras dos horas de vida o tras la primera toma de leche materna. <sup>(21)</sup>



### BENEFICIOS DEL APEGO PRECOZ PARA LA MADRE

El nacimiento de un hijo(a) marca un cambio en la vida de la mujer, siendo descrita como una experiencia psicosocial profunda, que pone a prueba sus competencias personales.

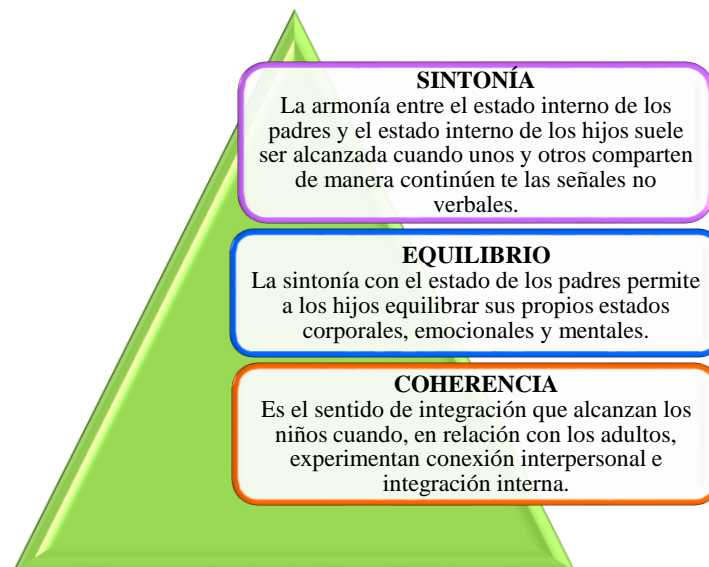
**Estimula la secreción de oxitocina:** En la madre, el contacto piel a piel (CPP) a través de estímulos sensoriales como el tacto, el calor y el olor, es un potente estimulante vagal que, entre otros efectos, libera oxitocina materna que produce un incremento de la temperatura de la piel de las mamas de la madre, proporciona calor al recién nacido y antagoniza el efecto de lucha/huida, lo que reduce la ansiedad materna, el miedo e incrementa la tranquilidad, la receptividad social, la confianza, la empatía, la generosidad y las conductas de crianza y como efecto biológico disminuye el riesgo de hemorragia postparto al favorecer la contracción uterina. La oxitocina es un neurotransmisor cerebral que actúa disminuyendo la actividad del sistema nervioso simpático y del eje hipotálamico-hipofisario-suprarrenal, con el consecuente aumento de los niveles endógenos de opiáceos que induce efectos anti-estrés, produciendo en la madre: baja tensión arterial y ritmo cardiaco; bienestar y relajación, además de una óptima termorregulación. <sup>(22,23)</sup>

**Favorece la confianza y seguridad materna para el cuidado del recién nacido:** Los beneficios que adquiere la madre a través del contacto piel a piel con su bebé le permite mantener un equilibrio emocional, perfecciona su nivel de percepción para detectar las reacciones y emociones de su hijo, logra obtener mayor confianza y seguridad para realizar los cuidados básicos del niño y por sobre todo un incremento en la producción de leche para un período prolongado de amamantamiento. Así mismo se desencadena una cascada de interacciones afectivas y emocionales que afianzan el vínculo madre-hijo en forma progresiva y segura a través de las caricias, el tacto, el tono de voz suave y el latido del corazón que le da un mayor sentido de control y autoperfeccionamiento, para los cuidados de su hijo. <sup>(24)</sup>

**Produce satisfacción materna, expresión de sentimientos positivos de reciprocidad y disminución de niveles de depresión posparto:** En un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo: entrevistó a 45 madres multíparas con partos normales y recién nacidos a término y sanos que tuvieron la oportunidad de experimentar en el posparto inmediato el contacto precoz con sus bebés, hasta un máximo de 2 horas, de la cual un 77,8% manifestó experimentar de forma predominante sentimientos positivos acompañados de conductas de interacción, en el 82,2%, manifestando sentirse reconocidas o respondidas por su hijo cuando le abrazaron, hablaron o le tocaron explorándole las manos, los pies, la cabeza, etc. Los resultados de estos estudios nos reporta que los beneficios del contacto piel a piel de la madre con su hijo son significativos para la salud física y psicoafectiva de la madre en un periodo crítico y vulnerable de su vida: el parto y nacimiento de su hijo. <sup>(25)</sup>. En otro estudio las madres que sostuvieron a sus neonatos en contacto piel a piel mostraron una preferencia fuerte por el mismo tipo de atención postparto en el futuro (86%), las madres que sostuvieron a sus neonatos en contacto piel a piel presentaron un menor estado de ansiedad a los tres días después del nacimiento y más confianza sobre sus capacidades de cuidado infantil al alta hospitalaria. <sup>(26)</sup>



**LOS TRES ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL PROCESO DE APEGO**



**TIPOS DE APEGO**

El comportamiento que tiene el niño nos indica el tipo de apego que tiene establecido con la madre. Hay cuatro tipos de apego:

**A. APEGO SEGURO:**

El bebé examina el recinto y los juguetes con interés durante los períodos previos a la separación. Da señales de echar de menos a la madre durante la separación, a menudo lloros durante la segunda separación. Preferencia obvia por la madre frente al extraño. Saluda a la madre



activamente, normalmente iniciando el contacto físico. Normalmente cierto mantenimiento de contacto hacia el segundo reencuentro, pero después se restablece y vuelve al juego.

Estos son niños con más iniciativa, que exploran y adquieren con mayor facilidad sus oportunidades de aprendizaje y conocimiento. Asimismo, se enferman menos y sanan más rápido, ya que su sistema inmunológico funciona mejor.

**Características del niño o niña:** Pueden alejarse de la madre para explorar, inseguridad ante la ausencia de la madre, se muestran seguros mientras permanece la “Base de seguridad”, protesta solo ante la separación, recibe a la figura de apego con alivio, mantiene conductas exploratorias normales en presencia de la figura de apego, establece una buena relación con extraños.

**Estado de la mente del adulto:** Seguro – Autónomo: El adulto es coherente, con discurso colaborador. Valora el Apego y parece objetivo en relación a cualquier hecho o relación particular. La descripción y evaluación de las experiencias relacionadas con el apego son coherentes, tanto si las experiencias son favorables como si son desfavorables.

#### B. APEGO ANSIOSO – EVITATIVO (A)

No llora durante la separación de la madre. Evita e ignora activamente a la madre durante el reencuentro (por ejemplo: alejándose, mirando en otra dirección o soltándose de los brazos cuando se le alza). Escasa o ninguna proximidad ni búsqueda de contacto, no hay señales de angustia ni de ira.

La respuesta a la madre parece carecer de emoción. Se centra en los juguetes o en el ambiente durante todo el procedimiento.



**Características del niño o niña:** Poco afectado por la separación, parece no tener necesidad de confort, da la impresión de independencia, explora en ausencia de la figura de apego, fácil contacto con extraños, suele ignorar a la figura de apego, cuando vuelve.

**Consecuencias que produce en el niño o niña:** Frecuentes conductas de evitación, altos niveles de hostilidad y agresividad, alta tasa de interacciones negativas con iguales, negativista, distancia emocional, irritable, solitario.

**Estado de la mente del adulto:** Desdeñoso: El adulto no coherente. Siente rechazo de las experiencias y relaciones referidas al apego. Normalización (“madre excelente, madre normal”), con representaciones generalizadas de historial de falta de apoyo o activamente contrariado por episodios de recuentos.

#### C. APEGO ANSIOSO – RESISTENTE O AMBIVALENTE:

Puede mostrarse cauto o angustiado antes de la separación, con escasa exploración. Preocupado por la madre durante todo el procedimiento, puede parecer furioso o pasivo.

No logra establecerse y confortarse cuando reencuentra a la madre y normalmente continúa centrando su atención en la madre y sigue llorando. No logra volver a la exploración tras el reencuentro.



**Características del niño o niña:** Perturbado por la situación experimental, gran ansiedad/agitación ante la separación, busca consuelo aunque de forma ambivalente (se adhiere y rechaza a la figura de apego), se resiste a ser consolado.

**Consecuencias que produce en el niño o niña:** Continúan con el mismo apego en edad escolar, niños poco asertivos, fácilmente inhibidos, pobre interacción con iguales, repliegue ante situaciones sociales.

**Estado de la mente del adulto:** Preocupado: El adulto no es coherente. Preocupado con o por las relaciones / experiencias pasadas de apego, el hablante parece airado, pasivo o temeroso. Las frases son, con frecuencia, largas, gramaticalmente complejas o repletas de términos vagos (“dadadada” y “y esto”).

#### D. APEGO DESORGANIZADO – DESORIENTADO

El bebé muestra conductas desorganizadas o desorientadas en presencia de la madre, sugiriendo un colapso temporal de las estrategias conductuales. Por ejemplo, el bebé puede congelarse con una expresión equivalente al trance, manos abiertas, puede alzarse ante la entrada de la madre, después caerse y acurrucarse sobre el suelo, o puede aferrarse mientras llora amargamente y sin embargo distanciarse con la mirada.

**Características del niño o niña:** Presenta conductas desorganizadas y confusas en el reencuentro, no presenta estrategias conductuales que liciten el confort ante el estrés, conductas de apego ambivalente y evitativo.

**Consecuencias que produce en el niño o niña:** En general, poco conocidas.

**Estado de la mente del adulto:** No resuelto – Desorganizado: Durante los comentarios de las pérdidas o abusos, el individuo muestra un notable lapso en el monitoreo del razonamiento o del discurso. Por ejemplo, el individuo puede entrar en prolongados lapsos de silencio o discurso logístico. <sup>(27)</sup>



### CONCLUSIONES

1. La base de una alimentación sana, correcta y equilibrada tiene su fundamento en la lactancia materna, exclusiva hasta los 6 meses de vida, con otros alimentos hasta los dos años de edad y, después, hasta que el niño y la madre lo deseen, tal y como recomienda la organización Mundial de la salud.
2. Es fundamental que las instituciones sanitarias y sus profesionales adopten un papel decisivo en la promoción y el apoyo de la lactancia materna y apego precoz como una estrategia prioritaria en el ámbito de la salud pública por ser un factor que determina la salud infantil y materna.
3. El apego precoz es un tema de mucho interés, ya que tiende a ser la base con el que florece la motivación, el amor el deseo de protección y el inicio de una alimentación eficaz.
4. El apego precoz desarrolla un sentimiento de vinculo sin igual que une lazos entre dos personas por medio de una interacción recíproca, que consolida las bases sólidas que proporcionan, seguridad, confianza, protección, amor y buena alimentación, dando cabida a la continuidad de este surgimiento de afectividad a que se desarrolle día tras día.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Organización Mundial de la salud. Depresión postparto [Versión Electrónica]. 2013. Disponible en: <http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx/download/gineco/2010/ENERO/Femego%201.10-10%20PREVALENCIA.pdf>.
- 2) Ministerio de Salud de Chile. Manual de Lactancia Materna. 2da edición. Chile: Subsecretaria de Salud Pública; 2010.
- 3) Aguayo J, Serrano P, Calero C, Martínez A, Rello C, Monte C. Lactancia materna. 1era edición. Andalucía; 2000.
- 4) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Lactancia materna. 1era edición. Ecuador: UNICEF; 2012.
- 5) Centro de Psicología Perinatal y atención integral. En compañía pero sin sentirse acompañada: la soledad de algunas madres. Disponible en: <file:///D:/ENFERMERIA%20IVONNE/MARCO%20TEORICO%20DPP/depresion%20posparto%20y%20lactancia%20materna.html>.
- 6) Ministerio de la mujer y desarrollo social. Lactancia materna. 1era edición. Perú: Departamento nacional del Perú; 2011.
- 7) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. La leche humana: composición, beneficios y comparación con la leche de vaca. Chile: C Shellhorn; 1995.
- 8) Osorno J, Hernández A, Ruiz L. Consejería en lactancia materna: Curso de capacitación. 2da edición. Estados Unidos: Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 1993.

- 9) Asociación Catalana Pro Lactancia Materna. Lactancia materna. Manual para profesionales. Royal College of Midwives. Barcelona 1994.
- 10) Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja. Guía de lactancia materna para profesionales de la salud. 1ra edición. España: Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública y Consumo. 2010.
- 11) Comité de Lactancia Materna. Guía de Atención al Nacimiento y la Lactancia Materna para Profesionales Sanitarios. 1era edición. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2011.
- 12) Consejería de salud y consumo. Guía de lactancia materna. 1era edición. México: ABAM; 2008.
- 13) Grupo de Lactancia Materna del Complejo Hospitalario Universitario Granada y Atención Primaria. Guía de lactancia materna. 1era edición. España: Complejo Hospitalario Universitario Granada y Distrito Granada Metropolitano; 2015.
- 14) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – Ministerio de Salud. Promoción y Apoyo a la lactancia materna en establecimiento de salud amigos de la madre y el niño. 1era edición. Perú: Tefts; 2009.
- 15) Ministerio de Salud. Promoviendo la salud integral en la niñez. 1era edición. El Salvador; 2009.
- 16) Bowlby J. El apego y la pérdida. 2da edición. Barcelona: Paidós; 1998.
- 17) Moore E, Anderson G, Bergman N. Contacto piel a piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos. 1era edición. Producido por: The Cochrane collaboration; 2007.
- 18) Gouchon S, Gregori D, Picotto A, Patrucco G, Nangeroni M, DiGiulio P. Skin-to-skin contact after cesarean delivery: an experimental study. Nurs Res. 2010; 59(2):78-84.
- 19) Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Contacto precoz madre-criatura recién nacida. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007; 3(1-11): 43-44.
- 20) Otal S, Morera L, Bernal M Tabueña J. El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea. Matronas Prof. 2012; 13(1): 3-8.
- 21) Rengel C. El contacto piel a piel con padres durante la cesárea. Rev Cuidándote 2013; 3(4). Disponible en: <http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/5022/TD%20de%20Cristobal%20Rengel%20Diaz.pdf?sequence=1>
- 22) Sánchez M. Adaptación neurosensible del recién nacido desde el vínculo materno-filial. Universidad de Córdoba. Argentina, 2013. Disponible en: [https://www.google.com/search?q=adaptaci%C3%B3n+neurosensitiva+del+recien+nacido+en++contacto+piel+a+piel&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b-ab&gfe\\_rd=cr&ei=Vb-5QV-XhJJeCmAHf7KTQDw](https://www.google.com/search?q=adaptaci%C3%B3n+neurosensitiva+del+recien+nacido+en++contacto+piel+a+piel&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b-ab&gfe_rd=cr&ei=Vb-5QV-XhJJeCmAHf7KTQDw)
- 23) Egan F. Cuidado para el neurodesarrollo. Enfermería neonatal 2012; 3(14). Disponible en: <http://fundasamin.org.ar/newsite/wp-content/uploads/2012/12/Cuidado-para-el-neurodesarrollo.pdf>
- 24) Gutiérrez V. Experiencia institucional relacionada con el contacto piel a piel. Enfermería neonatal 2010; 3(9). Disponible en: <http://www.fundasamin.org.ar/archivos/Experiencia%20institucional%20relacionada%20con%20el%20contacto%20piel%20a%20piel.pdf>
- 25) Dois A, Lucchini R, Villarroel D, Uribe C. Efecto del contacto piel a piel sobre la presencia de síntomas depresivos pos parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico. Scielo [revista en internet] 2013 junio [Acceso 25 de febrero 2016]; 84 (3).  
Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062013000300006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062013000300006&script=sci_arttext).
- 26) Carfoot S, Williamson P, Dickson R. The value of a pilot study in breast-feeding research. Midwifery. 2004; 20(2): 188-93. 2.
- 27) Fresno A. Fundamentos del apego. 1era edición. Chile; 2008. Disponible en: <http://mtl.fonoaud.utalca.cl>.



TRÍPTICO DE LACTANCIA MATERNA Y APEGO PRECOZ

**MANO DERECHA**

**MANO IZQUIERDA**

**EVITAR**

**APRETAR EL PECHO**    **REBALAR LA MANO**    **TIRAR HACIA FUERA**

**ADAPTACION DE LA BOCA DE TU BEBE AL PECHO**

**POSICIONES PARA DAR PECHO AL BEBE**

SENTADA

ACOSTADA

**SANDIA O FUTBOL AMERICANO**

**APEGO PRECOZ O INMEDIATO**

**CONTACTO PIEL A PIEL:** Es intenso, permanente y favorece la lactancia materna

**BENEFICIOS DE LA LECHE MATERNA PARA TU BEBE**

- DEPENDIENTE AL NACER.
- CONFIANZA Y LA SEGURIDAD EN UNO MISMO.
- DESARROLLO FUNDAMENTAL DE LA PERSONALIDAD.
- AUTONOMIA

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO  
Facultad de Enfermería

**SESIÓN EDUCATIVA**

*"Yo quiero un cuidado único y feliz"*

**LACTANCIA MATERNA**

**APEGO PRECOZ**

**LACTANCIA MATERNA**

La lactancia materna es una forma de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sanos de los lactantes.

- LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA: De 0 a 6 meses. Solo leche materna.
- LACTANCIA MATERNA OPTIMA: De 6 meses a 2 años. Leche materna más otros alimentos.

**BENEFICIOS DE LA LECHE MATERNA PARA TU BEBE**

- BUENA nutrición
- MENOS probabilidad de sufrir EDAS, IRAS y otros
- MAYOR desarrollo mental, intelectual y motor

**BENEFICIOS DE LA LECHE MATERNA PARA TI MAMA**

- MENOR riesgo de sufrir de depresión post parto, anemia, osteoporosis y cáncer de mama y ovarios
- FORTALECE el vínculo afectivo entre madre e hijo(a).
- RETRASA el regreso de la fertilidad.

**PROPIEDADES NUTRITIVAS**

AGUA	• 88 - 90% • ESTADO DE HIDRATACION
CARBOHIDRATOS	• CONTIENE: LACTOSA • DESARROLLO: LACTOBACILUS BIFIDUS
LIPIDOS	• CONTIENE: TRIGLICERIDOS, FOSFOLIPIDOS Y COLESTEROL
PROTEINAS	• ABSORCION DE HIERRO EN EL INTESTINO DEL NIÑO, FIJANDOLA. • IG A: PROTEGE LAS MUCOSAS DEL RECIEN NACIDO.
VITAMINAS	• CONTIENE: TODAS LAS VITAMINAS. • BAJA VITAMINA K.
HIERRO	• FORMACION DE HERMOGLOBINA. • EVITA ANEMIA
ZINC	• PREVIENE LA DIARREA. • CRECIMIENTO Y MADURACION SEXUAL.
SELENIO	• ANTIOXIDANTE CELULAR. • DEFICIENCIA: ENFERMEDADES DEL CORAZON.
FLUOR	• DISMINUYE LA CARIES DENTAL. • MEJOR SALUD DENTAL
CALCIO	• FORMACION Y MANTENIMIENTO DE LOS HUESOS Y DIENTES. • DEFICIENCIA: FRAGILIDAD OSEA
FOSFORO	• FUNCION: COMPONENTE CELULAR. PRESENTE EN ESTRUCTURA OSEA Y CELULAR.

**EXTRACCION DE LA LECHE MATERNA**

**Es importante:**

- Lavarse las manos y los ubos que se usen para la extracción.
- Evitar el estrés y las preocupaciones para no afectar la producción de la leche.

MA SAJEAR

FROTAR

SACUDIR

MANO EN FORMA DE C

Posición Correcta

Posición Incorrecta

# EVIDENCIA

**ESTABLECIMIENTO DE SALUD I – 4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO**



**CAPTACIÓN DE MADRES GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE DE GESTACIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I – 4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS, 2017**



**Descripción:** Gestantes del tercer trimestre de gestación respondiendo la Escala de depresión de Edinburgh.

**INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA: “YO, QUIERO UN CUIDADO ÚNICO Y FELIZ”**



**Descripción:** Presentación del material educativo a utilizar.

**MOMENTO: RECUPERACIÓN DE SABERES PREVIOS - MOTIVACIÓN**

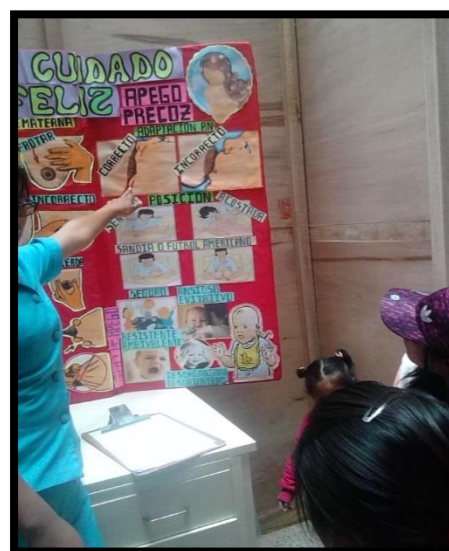


**Descripción:** Gestantes del tercer trimestre de gestación respondiendo las preguntas formuladas sobre lactancia materna y apego precoz.

MOMENTO BÁSICO



**Descripción:** Explicación sobre conceptos básicos de lactancia materna y apego precoz a la gestante.



**Descripción:** Explicación sobre conceptos básicos de lactancia materna y apego precoz a la gestante (estimulación y extracción de la leche materna, signos un buen y mal agarre).

MOMENTO PRÁCTICO



**Descripción:** Demostración de la técnica de estimulación para la extracción de la leche materna.

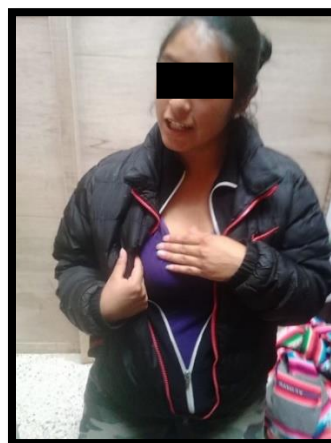


**Descripción:** Re demostración de la técnica de estimulación para la extracción de la leche materna.

MOMENTO DE EVALUACIÓN



**Descripción:** Re demostración de la técnica de estimulación para la extracción de la leche materna.



**Descripción:** Re demostración de la técnica de estimulación para la extracción de la leche materna.

### MOMENTO DE EXTENSIÓN



**Descripción:** Gestante se compromete a seguir con los pasos de una buena lactancia materna y apego precoz hacia su bebé. Entrega del material educativo (tríptico).

VISITA DOMICILIARIA: EVALUACIÓN A LOS 7 DÍAS POSTPARTO

