

## Autoeficacia para el amamantamiento y depresión post-parto: estudio de cohorte

Erika de Sá Vieira<sup>1</sup>  
Nathalia Torquato Caldeira<sup>2</sup>  
Daniella Soares Eugênio<sup>3</sup>  
Marina Moraes di Lucca<sup>4</sup>  
Isília Aparecida Silva<sup>5</sup>

Objetivo: evaluar la autoeficacia para amamantar, la presencia de síntomas de depresión en el período postparto y la asociación entre autoeficacia del amamantamiento y la depresión postparto, con la interrupción de la lactancia materna exclusiva. Método: se trata de un estudio de cohorte realizado entre 83 mujeres. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Autoeficacia en Lactancia Materna y la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, mediante análisis estadístico con las pruebas *logrank*, análisis de varianza y el modelo de supervivencia de Cox. Resultados: los niveles de autoeficacia para el amamantamiento ( $p=0,315$ ) y depresión postparto ( $p=0,0879$ ), a lo largo del tiempo, no demostraron diferencia estadística. Las oportunidades de interrupción de la lactancia materna exclusiva disminuyen el 48%, mejorando la autoeficacia de bajo a medio y el 80% de medio hacia alto. Puérperas con puntuación  $\geq 10$  en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo interrumpen la lactancia exclusiva, como promedio, 10 días antes que aquellas con puntuación  $\leq 9$ , cuya mediana de lactancia materna fue de 38 días después del parto. Conclusión: la autoeficacia para el amamantamiento se reveló como factor de protección para la lactancia materna exclusiva, mientras la depresión postparto se configura como un factor de riesgo.

Descriptor: Depresión Postparto; Salud Mental; Periodo Postparto; Lactancia Materna; Autoeficacia; Destete.

<sup>1</sup> PhD, Profesor Adjunto, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Enfermera Residente, Programa Multidisciplinar em Aleitamento Materno, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>3</sup> Especialista en Atención Prenatal, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>4</sup> Especialista en Enfermería Ginecológica y Obstétrica, Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>5</sup> PhD, Profesor Titular, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

### Cómo citar este artículo

Vieira ES, Caldeira NT, Eugênio DS, Lucca MM, Silva IA. Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: a cohort study. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e3035 [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2110.3035>.mes día año  
URL

## Introducción

La práctica de la lactancia materna, exclusiva hasta los seis meses de vida del niño y complementaria hasta los dos años o más, podría evitar anualmente la muerte de seis millones de niños menores de un año, al prevenir infecciones gastrointestinales y respiratorias, síndrome infantil de la muerte súbita, obesidad y desnutrición y está considerada como la intervención aislada más eficaz en la salud pública<sup>(1-2)</sup>. Sin embargo, el promedio global de la lactancia materna exclusiva (LME) es del 36% en niños menores de seis meses. Elevar este promedio es un desafío nacional e internacional<sup>(2)</sup>.

La II Investigación de Prevalencia de Lactancia Materna en las capitales brasileñas y en el Distrito Federal demuestra que el promedio de lactancia materna exclusiva en niños menores de seis meses, en el conjunto de las capitales brasileñas, es del 41%, destacándose la región Norte (45,9%), seguida de las regiones Centro-Oeste (45%), Sur (43,9%), Sudeste (39,4) y Noreste (37%)<sup>(3)</sup>.

La confianza materna en su capacidad para amamantar a su hijo se ha mostrado un factor protector importante en la práctica de la lactancia exclusiva, ya que las mujeres con un nivel alto de autoeficacia se esfuerzan más y persisten para superar las posibles dificultades que se interpretan como desafíos positivos, y no como razón de desánimo. Las mujeres con baja autoeficacia presentan tres veces más probabilidades de interrumpir la lactancia materna tempranamente<sup>(4-6)</sup>.

La baja escolaridad, la primigestación, la baja adhesión a las consultas del prenatal, la ausencia de pareja, los conflictos intrapersonales e interpersonales, el dolor de baja o moderada intensidad y la depresión posparto están considerados como factores de riesgo para la autoeficacia de la lactancia, mientras que la lactancia materna en la primera hora de vida, la decisión de amamantar aún en la gestación, la experiencia previa de lactancia y el apoyo social se identifican como factores de protección<sup>(4,7-10)</sup>.

La salud mental materna, principalmente la depresión, tiene gran impacto en la salud de la mujer y del niño<sup>(11)</sup>. Se estima que el 5,2-32,9% de las mujeres presenten depresión durante la gestación y el 4,9-59,4% durante el posparto, dependiendo de los criterios y/o parámetros adoptados para el diagnóstico y la identificación, respectivamente<sup>(12)</sup>. Las evidencias demuestran que, cuando no se han identificado y tratado adecuadamente, los síntomas de la depresión pueden manifestarse durante meses o hasta años después del parto, aumentando el riesgo de suicidio materno<sup>(12-13)</sup>.

La depresión posparto (DPP) puede estar caracterizada por síntomas de irritabilidad, pérdida de la capacidad de sentir placer, ansiedad, desánimo persistente y sentimiento de culpa, entre otros. Tales

síntomas aparecen generalmente entre la cuarta y la sexta semanas después del parto e interfieren en el bienestar físico y mental de la mujer, en la salud del lactante y en la relación entre ambos<sup>(14-15)</sup>.

Se consideran como factores de riesgos para la DPP, la baja condición socioeconómica, los conflictos intrapersonales e interpersonales y los eventos de vida estresantes, tales como los problemas de salud y las dificultades en la gestación, en el parto, en el posparto y en el amamantamiento<sup>(11)</sup>.

Los estudios demuestran que las mujeres con DPP tienen una interacción deficiente con sus hijos, una percepción más negativa sobre el comportamiento del niño, un riesgo aumentado de interrupción temprana de la LME y una asociación positiva con la desnutrición infantil<sup>(5,11,16-17)</sup>.

La asociación entre la lactancia materna y la salud mental materna está confirmada en diversos estudios, a pesar de que los resultados no sean concluyentes sobre la relación de causa y efecto. Las dificultades para amamantar y el desmame se muestran como una de las causas del aumento en las tasas de depresión posparto, lo que confirma la influencia positiva de la práctica de amamantar en la reducción de los síntomas de la DPP. No obstante, existe una probabilidad mayor de que la práctica de la lactancia materna sea afectada por la depresión posparto<sup>(5,18-20)</sup>.

Al considerar la relevancia de la lactancia materna y la salud mental de la puérpera para la mejoría de los índices de morbilidad infantil y materna, se formuló la siguiente pregunta de investigación: "¿La autoeficacia para la lactancia y los síntomas de depresión en el período posparto estarían asociados a la interrupción de la lactancia materna exclusiva?". Para responderla, el presente estudio se propuso evaluar la autoeficacia para el amamantamiento, la presencia de síntomas de depresión posparto, y la autoeficacia para la lactancia y la depresión posparto y su relación con la interrupción de la lactancia materna exclusiva.

## Método

Se trata de un estudio de cohorte prospectivo realizado en el Centro de Incentivo y Apoyo a la Lactancia Materna y Banco de Leche Humana, vinculado a la Universidad Federal de São Paulo, ubicado en el municipio de São Paulo.

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó admitiendo una incidencia del 20% de mujeres con DPP<sup>(21)</sup>, un error del 9% y un límite de confianza del 95%, con un mínimo de 76 participantes. Como criterio de inclusión, se consideró a aquellas mujeres que estaban solo amamantando a sus recién nacidos. El criterio de exclusión fue que estuvieran con más de 60 días de posparto en el momento de la primera entrevista.

En el período comprendido entre julio de 2013 y octubre de 2015, definido para la inclusión de las participantes, aceptaron participar del estudio 208 mujeres en seguimiento en el ambulatorio de lactancia materna, mediante la firma del Consentimiento libre, previo e informado. El seguimiento se mantuvo hasta abril de 2016, entre 83 mujeres acompañadas durante 210 días postparto, tiempo de corte definido para el análisis de los datos de este estudio. Las 125 restantes desistieron de dar continuidad al seguimiento a largo plazo, aunque se quedaron el tiempo suficiente para componer la muestra del estudio transversal previo<sup>(5)</sup>.

Con el objetivo de prevenir el destete precoz, el ambulatorio de lactancia materna realiza consultas mensuales (a veces a intervalos menores si se presentan problemas) de seguimiento del binomio (madre y niño). Las entrevistas para la recolección de datos las realizaban dos profesionales del área de la salud ya entrenados por la investigadora, mensualmente en el ambulatorio, durante el retorno de las mujeres a las consultas de lactancia. En el caso de que las mujeres estuvieran indisponibles para responder los instrumentos durante la permanencia en el servicio, se optó por el envío de un correo electrónico con enlace de acceso para contestarlo vía Internet, o por entrevistas telefónicas realizadas en día y horario combinados con antelación. El entrevistador grabó las llamadas telefónicas y transcribió las respuestas en los instrumentos.

Se recolectaron los siguientes datos de los prontuarios: sociodemográficos (edad, escolaridad, ocupación profesional, situación marital e ingresos familiares), historia clínica obstétrica (número de gestaciones, paridad, número de consultas prenatales en la gestación actual y problemas en la gestación, parto y/o postparto actual) y psiquiátrico (antecedentes psiquiátricos y de depresión a lo largo de la vida) características de la práctica del amamantamiento materno (antecedentes de amamantamiento, tipo de lactancia materna practicada y problemas en la lactancia actual), y características dirigidas a las relaciones intrapersonales e interpersonales (historial de violencia, quejas en relación a sí misma, pareja y/o niño actual y satisfacción con la relación marital y con los familiares establecida por la puérpera) y se registraron en un instrumento desarrollado específicamente para este estudio.

Los instrumentos utilizados para la identificación del nivel de autoeficacia para el amamantamiento y la indagación de la sintomatología de la DPP fueron la Escala de Autoeficacia en Lactancia Materna (BSES, sigla en inglés), la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS, sigla en inglés), respectivamente, todos ellos convalidados para el Brasil<sup>(6,22)</sup>.

Las escalas BSES y EPDS se aplicaron en siete momentos diferentes, de acuerdo con el número de días después del parto: 0 a 30 días, 31 a 60 días, 61 a 90 días, 91 a 120 días, 121 a 150 días, 151 a 180 días y 181 a 210 días.

La EPDS<sup>(22)</sup> es una escala de tipo Likert, compuesta por 10 enunciados relativos a la severidad o duración de la sintomatología, padecida o no, la semana anterior a la aplicación del test. La puntuación de la EPDS varía de 0 a 30 puntos, siendo 10 la puntuación de corte preconizada a nivel nacional en la clasificación de los síntomas de la DPP.

La BSES, también de tipo Likert, con un total de 33 ítems, evalúa dos categorías de dominio: Técnica y Pensamientos Intrapersonales. La primera categoría está compuesta por 20 ítems, referentes al manejo técnico de la lactancia. La segunda, compuesta por 13 ítems, evalúa el deseo, la motivación y la satisfacción de la mujer en relación a esta práctica. Para cada ítem investigado, existe una puntuación que varía de 1 (en desacuerdo absoluto) a 5 (totalmente de acuerdo). La puntuación total varía entre el mínimo de 33 y el máximo de 165 puntos, clasificando la autoeficacia para el amamantamiento en tres niveles: baja (33 a 118 puntos), media (119 a 137) o alta (138 a 165)<sup>(23-24)</sup>.

Los datos caracterizadores, sociodemográficos, clínicos y relacionales se analizaron descriptivamente. Para evaluar la autoeficacia del amamantamiento y de la depresión posparto en el período estudiado y analizar la asociación de tiempo hasta la interrupción de la lactancia materna exclusiva con los niveles de autoeficacia para la lactancia y la presencia de los síntomas de depresión postparto, se efectuó la prueba *logrank* para comparar las curvas de supervivencia (Kaplan-Meier) de manera bivariada, y el modelo de supervivencia de Cox para el análisis multivariado.

Se adoptó el modelo de supervivencia con riesgos proporcionales de Cox, considerando a BSES y EPDS como covariables medidas en diferentes instantes de tiempo, para aumentar la precisión de las estimaciones de incidencia de la DPP, con la incorporación de los datos de todas las mujeres que fueron acompañadas menos de 210 días y no tuvieron depresión. El modelo tuvo en cuenta el tiempo de lactancia hasta la interrupción de la LME, así como la censura causada cuando no era posible observar la interrupción de la LME durante el tiempo de seguimiento de la investigada.

Para evaluar si los valores de las escalas eran diferentes a lo largo de los siete instantes de aplicación, se realizó el test ANOVA no paramétrico para medidas repetidas, considerando como factor solamente el tiempo (instantes de aplicación).

El software utilizado para el análisis de los datos es el R 3.1.2., y el nivel de significación adoptado para todos los análisis, 0,05.

Extraído de la investigación "La interfaz entre la vivencia de los síntomas de depresión postparto y el proceso de amamantamiento", vinculado al Programa de Postdoctorado de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo, 2016, este estudio está registrado en la Plataforma Brasil bajo el número 14507113.9.0000.5392 del Certificado de Presentación para la Apreciación Ética (CAAE, sigla en portugués).

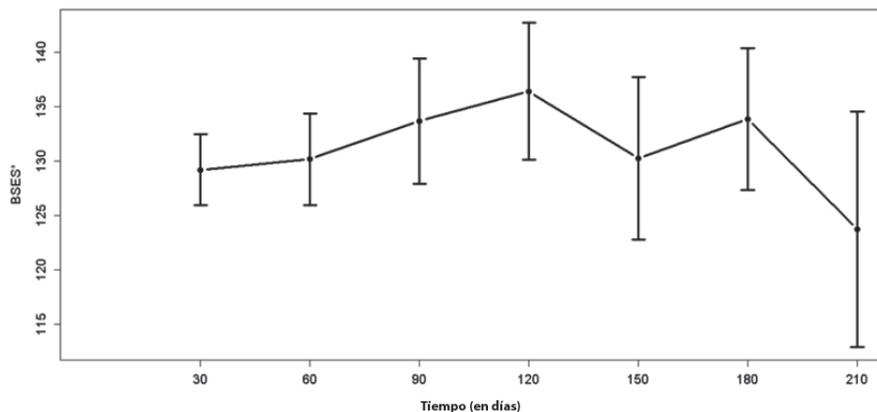
## Resultados

Las 83 puérperas tenían, en media, 30 años. Con relación a la escolaridad, el 41,55% poseía nivel medio, 40,58% superior, 50,72% vínculo laboral formal y el 54,68% renta familiar  $\geq 1$  a 3 sueldos mínimos. La mayoría (86,96%) de las mujeres vivía con su pareja, tenía como promedio 2,26 gestaciones y el 97,6% había realizado más de seis consultas de prenatal. Hubo problemas en la gestación, parto y postparto en el 51,92%, 18,05% y 18,84% de los casos, respectivamente.

Entre las puérperas, el 38,12%, poseía experiencia anterior para amamantar y, en los primeros 60 días después del parto, el 62,14% tuvo algún tipo de problema para amamantar al hijo actual.

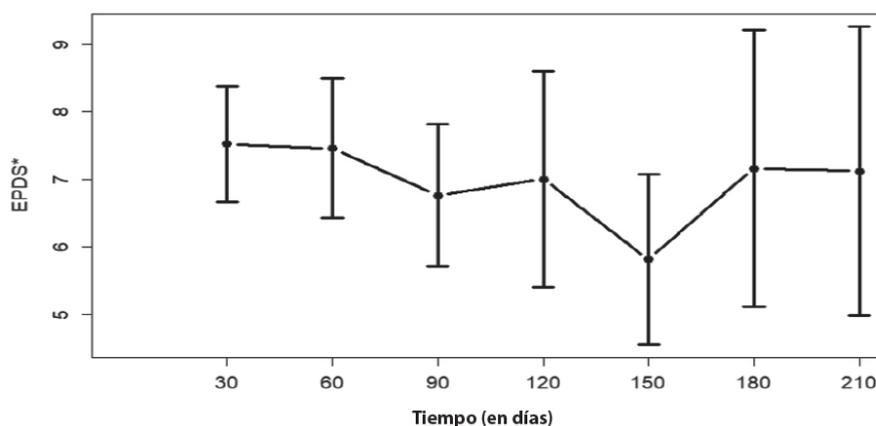
El 19,61% de las mujeres relató haber sido víctima de algún tipo de violencia a lo largo de su vida. Estaban presentes en el 30,39% de la muestra antecedentes relacionados a trastornos psiquiátricos, el 27,32% relacionado con algún episodio de depresión anterior. La mayoría de las puérperas negó tener quejas relacionadas a sí misma (66,83%), al niño (88,29%) o a su pareja (86,22%). La relación conyugal después del nacimiento del bebé presentó una mejoría para el 53,06% de las mujeres. La percepción acerca de la relación con los familiares, en general, fue satisfactoria en el 87,75% de los casos.

Los niveles de autoeficacia para el amamantamiento ( $p=0.315$ ) y la presencia de síntomas de DPP ( $p=0.0639$ ) con el pasar del tiempo, ilustrado en los gráficos de las Figuras 1-2, no evidenciaron diferencia estadística a lo largo de los meses.



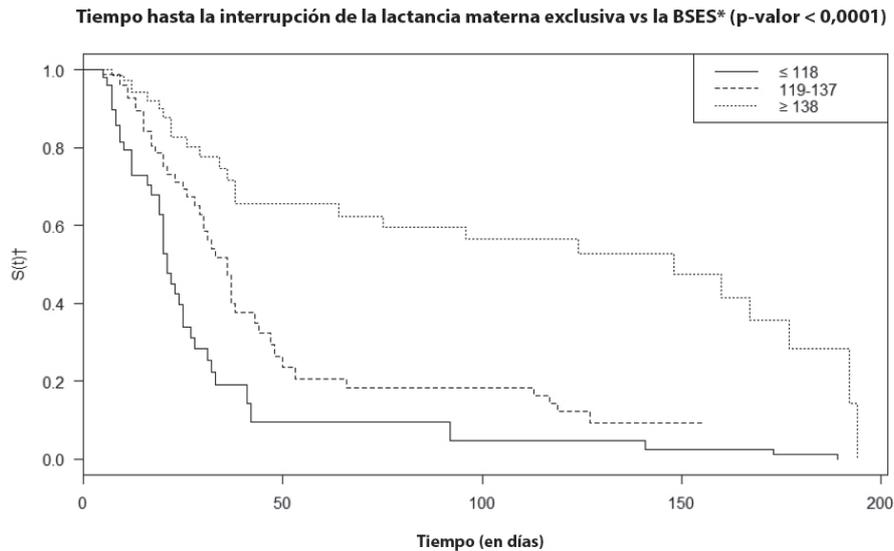
\*Escala de Autoeficacia en Lactancia Materna

Figura 1: Autoeficacia para lactancia materna en el seguimiento de 30 a 210 días postparto (promedio e intervalo con 95% de confianza). São Paulo, São Paulo, Brasil, 2013 a 2016



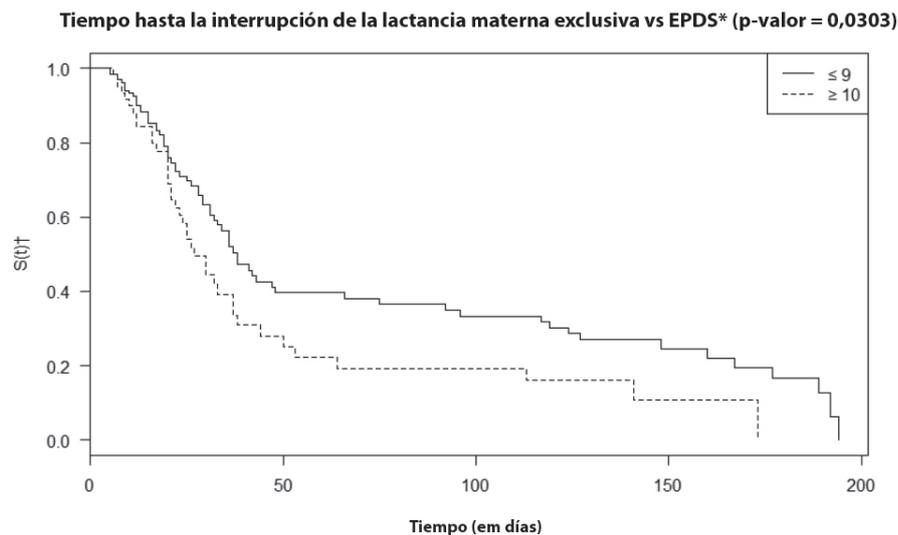
\*Escala de Depresión Postparto de Edimburgo

Figura 2: Puntuaciones de síntomas de depresión postparto en el seguimiento de 30 a 210 días postparto (media e intervalo con el 95% de confianza). São Paulo, São Paulo, Brasil, 2013 a 2016.



\*Escala de Autoeficacia en Lactancia Materna; † Test t de Student

Figura 3: Tiempo hasta la interrupción de la lactancia materna exclusiva por niveles de autoeficacia para el amamantamiento. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2013 a 2016.



\*Escala de Depresión Postparto de Edimburgo; † Test t de Student

Figura 4: Tiempo hasta la interrupción de la lactancia materna exclusiva por grupo, según los estratos de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2013 a 2016.

El análisis de tiempo hasta la interrupción de la LME de 0 hasta 210 días después del parto fue dividido en: general; niveles de BSES y EPDS; y modelo de Cox para relacionar el tiempo hasta la interrupción de la LME con las escalas EPDS y BSES en conjunto.

La interrupción del LME estaba acentuada los primeros 60 días, seguida de una decaída discreta tras este período. La mediana era de 36 días después del parto.

En el análisis de tiempo hasta la interrupción de la LME, dividida por los niveles de la BSES (Figura 3), se comprobó una interrupción más rápida para el grupo de mujeres con  $\leq 118$  puntos en la BSES. El tiempo promedio de destete para este grupo era de 21 días

después del parto, mientras que para los grupos con puntuación 119 a 137 y  $\geq 138$ , era de 36 y 148 días, respectivamente y estadísticamente diferentes (p-valor < 0, 0001) cuando se aplica el modelo de Cox sólo con la escala BSES.

El tiempo hasta la interrupción de la LME, estratificado según la EPDS, mostró la existencia de una interrupción más rápida para el grupo de puérperas con  $\geq 10$  puntos en la EPDS; la mediana en el grupo con  $\leq 9$  puntos era de 38 días, y en el grupo con  $\geq 10$  puntos era de 27 días tras el parto. El tiempo de interrupción en los dos grupos (Figura 4) es estadísticamente diferente (p-valor < 0,0303) cuando se aplica el modelo de Cox solamente con la EPDS.

Los resultados derivados del modelo de riesgos proporcionales de Cox, desde el tiempo de la LME hasta su interrupción, con las escalas BSES y EPDS medidas a lo largo del tiempo, demuestran que, en presencia de la escala BSES, la EPDS pasa a ser estadísticamente no significativa ( $p=0,9076$ ). La probabilidad de la interrupción de la LME, cuando de  $\leq 118$  a  $119$  llega a  $137$ , disminuye en un  $48\%$  ( $p=0,0058$ ) y, si alcanza  $\geq 138$ , disminuye en un  $80\%$  ( $p<0,01001$ ) la posibilidad de interrupción de la LME. Se comprobó la suposición de riesgos proporcionales y no se hallaron evidencias suficientes para refutarla.

## Discusión

Conocer los aspectos de fragilidad en la percepción materna acerca de la habilidad de amamantar a su hijo es de gran importancia para el establecimiento y mantenimiento de la lactancia, ya que tales aspectos son modificables<sup>(25-26)</sup>.

El incremento de los niveles de autoeficacia para el amamantamiento en los primeros 120 días después del nacimiento del niño, identificado en el presente estudio y compatible con la literatura, puede estar relacionado a la adaptación de las púerperas a las necesidades del niño<sup>(26)</sup>. Más seguras y menos ansiosas en la función materna, las mujeres se sienten confiadas en su capacidad de interpretar y resolver las dificultades del amamantamiento, vividas por el  $62,14\%$  de las investigadas, resultado compatible con la literatura científica, que señala al  $60-80\%$  de las púerperas con algún problema para amamantar<sup>(27-29)</sup>.

El declive de los niveles de autoeficacia en el amamantamiento a partir de los 120 días postparto puede estar relacionado con la vuelta al trabajo de la mujer. Considerando que el  $50,72\%$  de las mujeres de este estudio posee vínculo formal de trabajo y permiso de maternidad de 120 días, los datos refuerzan el impacto negativo de la reintegración al trabajo para la continuidad de la LME<sup>(4,25)</sup>.

La relación entre los niveles de autoeficacia y la duración del amamantamiento demuestran una interrupción más rápida de la LME entre las púerperas con baja autoeficacia (mediana de 21 días), mientras que las que presentan niveles de autoeficacia medio y alto revelan mediana de 36 y 148 días de LME, respectivamente. Se han encontrado resultados similares en otros estudios<sup>(18,25,30)</sup> que refuerzan la necesidad de la identificación precoz y la evaluación continua, de parte de los profesionales, de los aspectos de mayor dificultad de la mujer a lo largo del proceso de amamantamiento, con el fin de realizar intervenciones individualizadas y efectivas que aumenten su confianza en la función de nodriza.

En este estudio, la posibilidad de interrupción de la LME se reduce significativamente con el aumento del nivel de autoeficacia en el amamantamiento, que disminuye el  $48\%$  cuando se pasa de autoeficacia baja a media y el  $80\%$ , de media a alta. Al tener en cuenta que las tasas mundiales de inicio y mantenimiento de la lactancia, más específicamente de la lactancia exclusiva, son insatisfactorias y que los niños menores de seis meses no son amamantados en el  $53\%$ ,  $61\%$  y  $63\%$  de los países de renta baja, media-baja y media superior, respectivamente, los resultados del presente estudio se muestran relevantes<sup>(2)</sup>.

La relación entre el amamantamiento y los síntomas de depresión materna también parece estar mediados por la intención de la mujer, durante la gestación, de practicar la lactancia materna después del nacimiento del niño. En una investigación entre mujeres con gestación de 32 semanas posparto, quedó en evidencia que las mujeres no deprimidas y con expectativa de amamantar en la gestación presentan un riesgo menor de desarrollar depresión posparto cuando tienen éxito en la lactancia materna. Por lo tanto, no poder amamantar como se esperaba aumenta el riesgo de DPP<sup>(16)</sup>.

Otros trabajos señalan que la presencia de síntomas depresivos en el posparto aumenta las dificultades de la relación madre/bebé durante el amamantamiento, así como disminuye la confianza materna para amamantar, además de aumentar la probabilidad de interrupción de la LME, escenario que confirma los hallazgos del presente estudio<sup>(10,18-19,25,28)</sup>.

Al analizar la interrupción de la LME y su relación con la DPP, los datos afirman que púerperas que han dado a luz con  $\geq 10$  puntos en la EPDS abandonan la lactancia exclusiva, en promedio, 10 días antes de aquellas con  $\leq 9$  puntos. Diversas investigaciones demuestran que existe una gran probabilidad que mujeres con síntomas depresivos durante la gestación introduzcan, precozmente, alguna fórmula láctea en la alimentación del niño y que el aumento en un solo punto del total de la EPDS, aplicada en el posparto inmediato, aumente el  $6\%$  las posibilidades del destete entre 12 y 14 semanas de vida del niño, período identificado como crítico en el presente estudio para la interrupción de la LME<sup>(25,31)</sup>.

Los resultados de esta investigación refuerzan las evidencias acerca de la importancia de considerar la salud mental de la mujer y su asociación con el nivel de autoeficacia en la lactancia como estrategia de mejora de los índices globales de morbilidad materna e infantil. En este sentido, se implantó, en el ambulatorio de lactancia materna del local de estudio, la aplicación continua de la BSES y de la EPDS, con la adhesión del equipo multiprofesional permitiendo, así, el seguimiento de los

niveles de confianza de las puérperas sobre la lactancia exclusiva y la identificación precoz y la orientación para definir el tratamiento adecuado de las mujeres con DPP.

Como limitaciones de este estudio, se consideran las dificultades de seguimiento prolongado, puesto que muchas mujeres desistieron del acompañamiento a largo plazo, en general, después de 120 días, lo que plantea la posible implementación de seguimiento telefónico como estrategia para identificar eventuales demandas e intervenciones de apoyo para este grupo. Cabe resaltar que el propósito de esta investigación no fue incluir mujeres en período gestacional, controlar las variables de otros tipos de lactancia materna además de la LME ni efectuar el diagnóstico clínico de la DPP. Por esta razón, es necesario realizar nuevas investigaciones para profundizar sobre el proceso de amamantamiento y las variables citadas anteriormente y su posible relación con la depresión, desde la gestación hasta los doce meses de posparto.

## Conclusión

Los resultados indican que las posibilidades de interrupción de la LME disminuyen en un 80% cuando las mujeres pasan del nivel de autoeficacia medio a alto y en un 48% al pasar de la autoeficacia baja a la media, lo que demuestra un planteamiento positivo sobre la lactancia materna exclusiva. La presencia de síntomas de DPP presentó una asociación estadísticamente significativa ( $p$ -valor  $<0,0303$ ) en la interrupción de la LME. No obstante, no se observó ninguna asociación entre la autoeficacia medida por la BSES y los síntomas de la DPP estimados por la EPDS, en el grupo encuestado. Los niveles de autoeficacia del amamantamiento y de la DPP se mantuvieron en el mismo estándar durante el período evaluado. Por consiguiente, la autoeficacia para el amamantamiento se reveló como un factor de protección para la lactancia materna exclusiva, y la depresión posparto, como un factor de riesgo.

## Referencias

- World Health Organization (WHO). The optimal duration of exclusive breastfeeding: Report of an Expert Consultation. Geneva: World Health Organization; 2001[cited Mar 5, 2018]. Available from: [http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO\\_NHD\\_01.09/en/](http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO_NHD_01.09/en/)
- Victoria CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016 Jan 30; 387(10017):475-90. doi:10.1016/S0140-6736(15)01024-7
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. [Internet]. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572010000400012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000400012)
- Haga SM, Ullerber P, Slinning K, Kraft P, Steen TB, Staff A. A longitudinal study of postpartum depressive symptoms: multilevel growth curve analyses of emotion regulation strategies, breastfeeding self-efficacy, and social support. *Arch Womens Ment Health*. 2012 Jun 27; 15(3):175-84. doi:10.1007/s00737-012-0274-2
- Abuchaim ESV, Caldeira CT, Lucca MMD, Varela M, Silva IS. Postpartum depression and maternal self-efficacy for breastfeeding: prevalence and association. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2016 Dec [cited Mar 5, 2018];29(6):664-670. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002016000600664&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000600664&lng=en).
- Oriá MOB, Ximenes LB. Translation and cultural adaptation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale to Portuguese. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2010 Apr [cited Mar 5, 2018];23(2):230-8. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002010000200013&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000200013&lng=en).
- Margotti E, Epifanio M. Exclusive maternal breastfeeding and the Breastfeeding Self-efficacy Scale. *Rev Rene*. 2014; 15(5):771-9. doi:10.15253/2175-6783.2014000500006
- Kington D, Dennis CL, Sword W. Exploring Breast-feeding Self-Efficacy. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2007 Jul-Sep; 21(3):207-15. doi: 10.1097/01.JPN.0000285810.13527.a7
- Zubaran C, Foresti K. The correlation between breastfeeding self-efficacy and maternal postpartum depression in southern Brazil. *Sex Reprod Healthc*. 2013 Mar; 4(1):9-15. doi:10.1016/j.srhc.2012.12.001
- Dennis CL, McQueen K. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. *Pediatrics*. 2009 Apr; 123(4):e736-51. doi:10.1542/peds.2008-1629
- Atif N, Lovell k, Rahman A. Maternal mental health: the missing "m" in the global maternal and child health agenda. *Semin Perinatol*. 2015 Aug; 39(5):345-52. doi: 10.1053/j.semperi.2015.06.007
- Fisher J, Mello MC, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women low and lower-middle-income countries: systematic review. *Bull Wrlld Health Organ*. 2012; 90:139-49G. doi:10.2471/BLT.11.091850

13. Brummelte S, Galea LA. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Horm Behav.* 2016 Jan; 77:153-66. doi:10.1016/j.yhbeh.2015.08.008
14. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013. <http://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
15. Cantilino A, Zambaldi CF, Sougey EB, Rennó Jr. Postpartum psychiatric disorders. *Rev Psiquiátr Clín.* 2010; 37(6): 288-94. doi:10.1590/S0101-60832010000600006.
16. Borra C, Iacovou M, Sevilla A. New Evidence on Breastfeeding and Postpartum Depression: The Importance of Understanding Women's Intentions. *Matern Child Health J.* 2015; 19:897-907. doi:10.1007/s10995-014-1591-z
17. Dias CC, Figueiredo B. Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. *J Affect Disord.* 2015; 171:142-54. doi:10.1016/j.jad.2014.09.022
18. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol.* 2013; 9:379-407. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612
19. Matthey S, Fisher J, Rowe H. Using the Edinburgh postnatal depression scale to screen for anxiety disorders: conceptual and methodological considerations. *J Affect Disord.* 2013 Apr 5; 146(2):224-30. doi:10.1016/j.jad.2012.09.009
20. Paul IM, Downs DS, Schaefer EW, Beiler JS, Weisman CS. Postpartum anxiety and maternal-infant health outcomes. *Pediatrics.* 2013 Mar; 131(4):e1218-e24. doi:10.1542/peds.2012-2147
21. Lobato G, Moraes CL, Reichenheim ME. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2011 Dec; 11(4):369-79. doi:10.1590/S1519-38292011000400003.
22. Santos MFS, Martins FC, Pasquali L. Post-natal depression self-rating scales: Brazilian study. *Rev Psiq Clin.* 1999; 26(2): e90-5.
23. Machado MCM, Assis KF, Oliveira FCC, Ribeiro AQ, Araújo RMA, Cury AF, et al. Determinants of the exclusive breastfeeding abandonment: psychosocial factors. *Rev Saúde Pública.* 2014 Oct; 48(6):985-94. doi: 10.1590/S0034-8910.2014048005340.
24. Blyth R, Creedy D, Moyle W, Pratt J, Vries SM, Haely G. Breastfeeding duration in an Australian population: the influence of modifiable antenatal factors. *J Hum Lact.* 2004 Feb; 20(1):30-8. doi:10.1177/0890334403261109
25. Henshaw E, Fried R, Siskind E, Newhouse L, Cooper M. Breastfeeding Self-Efficacy, Mood and Breastfeeding Outcomes among Primiparous Women. *J Hum Lact.* 2015 Aug; 31(3):511-8. doi:10.1177/0890334415579654
26. Yang X, Gao LL, Ip WY, Sally Chan WC. Predictors of breast feeding self-efficacy in the immediate postpartum period: A cross-sectional study. *Midwifery.* 2016 Oct; 41:1-8. doi: 10.1016/j.midw.2016.07.011.
27. Chaput KH, Nettel-Aguirre A, Musto R, Adair CE, Tough SC. Breastfeeding difficulties and supports and risk of postpartum depression in a cohort of women who have given birth in Calgary: a prospective cohort study. *CMAJ Open.* 2016 Jan-Mar; 4(1):E103-E109. doi: 10.9778/cmajo.20150009
28. Islam MJ, Baird K, Mazerolle P, Broidy L. Exploring the influence of psychological factors on exclusive breastfeeding in Bangladesh. *Arch Womens Ment Health.* 2017 Feb; 20(1):173-88. doi: 10.1007/s00737-016-0692-7
29. Bergmann RL, Bergmann KE, von Weizsäcker K, Berns M, Henrich W, Dudenhausen JW. Breastfeeding is natural but not always easy: intervention for common medical problems of breastfeeding mothers - a review of the scientific evidence. *J Perinatol Med.* 2014 Jan; 42(1):9-18. doi:10.1515/jpm-2013-0095
30. Rocci E, Fernandes RAQ. Breastfeeding difficulties and influence in the early weaning. *Rev Bras Enferm.* 2014; 67(1):22-7. doi: 10.5935/0034-7167.20140002
31. Figueiredo B, Canário C, Field T. Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychol Med.* 2014 Apr; 44(5):927-36. doi:10.1017/S0033291713001530

Recibido: 14.02.2017

Aceptado: 20.05.2018

Correspondencia:

Erika de Sá Vieira  
 Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Enfermagem  
 R. Leonardo Cerveira Varandas, 50  
 Bairro: Paraíso do Morumbi  
 CEP: 05705-270, São Paulo, SP, Brasil  
 E-mail: erika.vieira@unifesp.br

Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.