

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Grado en enfermería

Facultad de enfermería de la Universidad de Cantabria

Relación entre la Depresión Postparto y la Autoeficacia en la Lactancia Materna: Impacto en la Continuidad de la Lactancia Materna

Relationship between Postpartum Depression and Breastfeeding
Self-efficacy: Impact on Breastfeeding Continuity

Autora: Laura Hoyos Quevedo

Directora: María Paz Zulueta

Curso Académico 2024-2025

AVISO RESPONSABILIDAD UC

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido. Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros, La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| GLOSARIO DE ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS | 1 |
| RESUMEN | 2 |
| Abstract | 2 |
| INTRODUCCIÓN | 3 |
| JUSTIFICACIÓN | 4 |
| OBJETIVOS | 5 |
| METODOLOGÍA | 5 |
| DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOS | 8 |
| CAPÍTULO I | 9 |
| Prevalencia | 9 |
| Etiología | 9 |
| Manifestaciones clínicas | 11 |
| Tristeza postparto o “Baby Blues” | 11 |
| Diagnóstico | 11 |
| Tratamiento | 12 |
| Evolución | 13 |
| CAPÍTULO II | 14 |
| Consecuencias de la depresión postparto | 14 |
| Abandono de la lactancia materna | 16 |
| CAPÍTULO III: | 18 |
| Prevención de la depresión postparto | 18 |
| Detección de la depresión postparto | 19 |
| Tratamiento de la depresión postparto | 19 |
| CAPÍTULO IV | 21 |
| CAPÍTULO V | 23 |
| CONCLUSIONES | 25 |
| BIBLIOGRAFÍA | 26 |
| ANEXOS | 30 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| TABLA 1: Resultados de la búsqueda en la base de datos PubMed | 6 |
| TABLA 2: Resultados de la búsqueda en la base de datos SCOPUS..... | 6 |
| TABLA 3: Escala Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS)..... | 30 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|---|
| FIGURA 1: Flujograma de la búsqueda en bases de datos | 7 |
|---|---|

GLOSARIO DE ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

ACTH: Hormona Adrenocorticotrópica

BDI: Cuestionario de Depresión de Beck

BSES-SF: Escala de Autoeficacia para la Lactancia Materna (Breastfeeding Self-efficacy Scale-Short Form)

DPP: Depresión Post-Parto

DSM-V: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastorno Mentales 5ª edición

EPDS: Escala de Depresión Post-Parto de Edimburgo

ISRS: Inhibidores de la Recaptación de Serotonina

LM: Lactancia Materna

LME: Lactancia Materna Exclusiva

MBFES: Escala de Evaluación de Lactancia Materna

OMS: Organización Mundial de la Salud

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidad para la Infancia

RESUMEN

La depresión postparto se trata de un trastorno del estado de ánimo con una prevalencia en aumento, afectando a mujeres en el primer año tras el parto, con síntomas propios de la depresión mayor extrapolados al puerperio.

Dicho trastorno impacta desfavorablemente en el vínculo materno-infantil, afectando tanto la sensibilidad como la expresividad afectiva, lo que genera una relación de apego inseguro por parte del lactante. Asimismo, la depresión postparto condiciona gravemente el desempeño del rol materno, afectando la autoeficacia. Consecuentemente, la lactancia materna se ve comprometida, presentando niveles de autoeficacia y satisfacción en decrecimiento, comúnmente derivando en el abandono.

Debido a su repercusión en la salud materno-infantil, es primordial una correcta valoración clínica para su prevención, detección y tratamiento temprano. En dicho contexto, la enfermería comunitaria adquiere un papel relevante, actuando en la identificación de los principales factores de riesgo, el empleo de herramientas estandarizadas para cribado y la implementación de terapias cognitivo-conductuales.

En contexto del frecuente abandono de la lactancia materna, es fundamental el papel de enfermería en su fomento, esencialmente mediante apoyo emocional y educación materna. Simultáneamente, una lactancia materna exitosa fortalece la autoestima, así como el vínculo materno-infantil, actuando como factor protector frente a la depresión postparto.

Palabras clave: Depresión postparto, Lactancia Materna, Autoeficacia

Abstract

Postpartum depression is an increasingly prevalent mood disorder, affecting women in the first year after childbirth, with symptoms of major depression extrapolated to the postpartum period.

This disorder has an unfavorable impact on the mother-infant bond, affecting both sensitivity and affective expressiveness, leading to an insecure attachment relationship with the infant. Likewise, postpartum depression severely conditions maternal role performance, affecting self-efficacy. Consequently, breastfeeding is compromised, with decreasing levels of self-efficacy and satisfaction, commonly leading to abandonment.

Due to its impact on maternal and child health, proper clinical assessment is essential for prevention, detection and early treatment. In this context, community nursing takes on a relevant role, acting in the identification of the main risk factors, the use of standardised screening tools and the implementation of cognitive-behavioural therapies.

In the context of the frequent abandonment of breastfeeding, the role of nursing in its promotion, essentially through emotional support and maternal education, is fundamental. At the same time, successful breastfeeding strengthens self-esteem and the mother-infant bond, acting as a protective factor against postpartum depression.

Keywords: Postpartum depression, Breastfeeding, Self-efficacy.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna constituye la mejor forma de alimentación para los lactantes debido a los numerosos beneficios que tiene sobre su salud y desarrollo. Como uno de sus principales beneficios, la leche materna representa la mayor fuente de anticuerpos que recibe el lactante, reforzando su sistema inmunológico y evitando múltiples enfermedades. Asimismo, la lactancia materna también tiene ventajas en la madre, tales como la protección frente a ciertos tipos de cáncer, como el cáncer de mama o de ovario (1); o el incremento de su autoeficacia, lo que está inversamente relacionado con la aparición de síntomas de estrés o depresión (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda una alimentación basada en la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del lactante. A partir de los 6 meses, se debe comenzar a introducir otros alimentos complementarios a la lactancia materna hasta los 2 años o más (1).

A pesar de que sus beneficios han sido confirmados por organizaciones como la OMS (1) o el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (3), la tasa de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses, aunque se encuentra en aumento, es inferior al 50% de los lactantes, concretamente, representa el 48% (3). Esto se debe a la influencia de otros muchos factores en el éxito y la continuidad de la lactancia, tales como los conocimientos de la madre, el apoyo que recibe por parte de su entorno, o la capacidad y autoeficacia percibidas por la madre, este último siendo uno de los más influyentes.

La autoeficacia percibida durante la lactancia puede verse fácilmente alterada en un periodo tan vulnerable como el postparto. La salud mental de la madre juega un papel crucial en la formación del autoconcepto, por lo que cualquier trastorno psicológico puede afectar negativamente la confianza en sí misma, y por lo tanto su capacidad para la lactancia materna (4).

Dentro de los trastornos de la salud mental más habituales en el periodo de postparto se encuentra la depresión postparto. La depresión postparto (DPP) se trata de un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la aparición de síntomas depresivos durante el primer año tras el parto, comúnmente dentro de los primeros tres meses (5). Actualmente, la tasa de mujeres con DPP es del 10-15%. Según la última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), deben estar presentes al menos 5 síntomas del diagnóstico de depresión mayor, durante un tiempo mayor de 2 semanas, para establecer su diagnóstico (6).

Los síntomas característicos de la DPP, como se menciona anteriormente, son similares a los que aparecen en el diagnóstico de depresión mayor. Entre ellos destaca la tristeza extrema, pérdida de interés por cosas que antes producían placer, sentimiento de “vacío” o desesperanza, irritabilidad o ira. Además, en la depresión postparto estos síntomas suelen ir acompañados de sensación de incapacidad para cuidar al lactante, temor o excesiva preocupación, dificultad para establecer un vínculo emocional o de apego con él, e incluso sentimientos negativos hacia el bebé (5–7).

Uno de los factores determinantes en el abandono de la lactancia materna es la falta de confianza de la madre en sí misma (4,8). Cuando comienzan a aparecer síntomas de la DPP, tales como sensación de incapacidad para los cuidados o temor, su confianza en sí misma resulta alterada, lo que está directamente relacionado con una disminución de la autoeficacia percibida y de la satisfacción durante la lactancia, lo que termina derivando en numerosas mujeres que deciden rendirse y abandonar la lactancia (8).

A pesar del limitado número de estudios que aparecen publicados actualmente sobre el tema, se ha establecido claramente una correlación entre la DPP y el abandono de la lactancia materna. Entre ellos se encuentra el publicado por Yeliz Mercan y Kevser Tari Selcuk en 2021. Su población de estudio estaba constituida por 398 mujeres, entre la edad de 15 a 49 años, dentro de los 42 primeros días de postparto. Como método de medida se emplearon varias escalas. Entre ellas,

la Escala de Autoeficacia para la Lactancia Materna (BSES-SF), que evalúa la percepción de la madre respecto a su eficacia en la lactancia materna; y la Escala de Depresión Post-Parto de Edimburgo (EPDS), que se trata de una escala de cribado para la depresión postparto durante este periodo. Tras analizar los resultados, se estableció una asociación negativa entre la EPDS y la BSES-SF, concluyendo que, las madres que sufren depresión postparto, cuya autoeficacia se ve perjudicada, tienden a abandonar la lactancia materna previamente a las madres con baja puntuación en la Escala de Depresión Post-Parto de Edimburgo (EPDS) (4).

En el ámbito sanitario, dentro de las intervenciones más prioritarias está el diagnóstico precoz de la depresión postparto para minimizar los efectos perjudiciales sobre la maternidad y la lactancia materna. Asimismo, es de vital importancia reforzar la práctica de la lactancia, empoderando a la mujer para que confíe en sus capacidades y no abandone (8). Un estudio publicado en 2024 ha demostrado que la lactancia materna es un factor protector frente a la depresión postparto. Durante esta, se liberan hormonas, como la oxitocina o la prolactina que, junto con otros mecanismos, actúan como “antidepresivos”, disminuyendo las respuestas a estresores. Por otro lado, cuando la lactancia materna es eficaz, la autoeficacia de la madre aumenta, ocasionando una disminución de los síntomas depresivos. El contacto piel con piel y el vínculo emocional que se establece durante la lactancia también reducen estos síntomas (2).

JUSTIFICACIÓN

La depresión postparto (DPP) se trata de una de las enfermedades de salud mental materna más prevalentes y desconocidas dentro de la sociedad. Actualmente, la tasa de mujeres que padecen esta enfermedad en España oscila entre 10-15%. Se estima una prevalencia global de 1 de cada 5 mujeres, lo que representa un 17,22% de la población femenina (9).

Se trata de una enfermedad muy poco visibilizada. Uno de los principales motivos por los que ocurre esto es debido a la concepción idealizada que tiene la sociedad sobre la etapa de postparto. La mujer siempre ha tenido el papel principal en la crianza de los hijos, por lo que se espera de ella plena dedicación, sin pensar en los efectos que puede tener en ella un periodo tan vulnerable como es el postparto.

Más allá de lo que supone tener una enfermedad de salud mental para la madre, la DPP tiene graves consecuencias en el vínculo materno-infantil, afectando al desarrollo del recién nacido y alterando la situación familiar.

La lactancia materna exclusiva es la forma de alimentación del lactante más recomendada durante los primeros 6 meses de edad, debido a su alto aporte de nutrientes y sus beneficios para ambos, madre e hijo, frente a otras formas de alimentación (1). La DPP está directamente asociada al abandono precoz de la lactancia materna (10).

Si bien existen algunos artículos de investigación dedicados a argumentar cómo la DPP condiciona la lactancia materna (4,8,10), se trata de un campo muy poco explorado hasta la fecha. Esta revisión bibliográfica busca reunir información procedente de artículos publicados para dar a conocer un tema tan relevante, y enfatizar la importancia de la actuación sanitaria en su prevención y temprana identificación.

OBJETIVOS

Generales

- Profundizar en el conocimiento de la depresión postparto (DPP) presente en mujeres durante el puerperio tardío.
- Estudiar la relación entre la DPP y el abandono precoz de la lactancia materna en mujeres durante el puerperio tardío.

Específicos

- Investigar sobre la prevalencia, etiología, sintomatología, diagnóstico y tratamiento de la DPP en mujeres en el puerperio tardío.
- Analizar las consecuencias de la depresión postparto en el rol maternal y vínculo materno-infantil y cómo estas derivan en el abandono de la lactancia materna.
- Argumentar la importancia del papel de enfermería de atención primaria en la prevención y detección precoz de la DPP en mujeres en el puerperio tardío.
- Justificar la importancia del papel de enfermería de atención primaria en el apoyo de la lactancia materna en mujeres que padecen DPP durante el puerperio tardío.
- Investigar sobre el efecto protector de la lactancia materna para la DPP presente en mujeres en el puerperio tardío.

METODOLOGÍA

Para el desarrollo del presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la bibliografía disponible siguiendo la Declaración PRISMA 2020 (11), guía diseñada para ayudar a los autores de revisiones sistemáticas a justificar su investigación, ofreciendo una lista de verificación compuesta por 27 ítems que deben estar presentes en toda revisión sistemática.

Para la búsqueda de artículos, principalmente se ha utilizado las bases de datos Pubmed y SCOPUS. De forma puntual también se ha realizado la búsqueda en la base de datos Dialnet. Para llevar a cabo la búsqueda se han utilizado los siguientes descriptores recogidos en el tesoro multilingüe DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) y MeSH (Medical Subject Headings).

- DeCS: “Depresión postparto”, “Lactancia Materna”, “Autoeficacia”
- MeSH: “Postpartum Depression”, “Breastfeeding”, “Self Efficacy”

Junto con los descriptores, se han añadido los operadores booleanos “AND” y “OR”.

En la base de datos Pubmed se han aplicado los filtros: “publication date”, en el que se ha seleccionado “5 years” (desde 2019 a 2024, cuando se inició la búsqueda de artículos); “text availability”, seleccionando “free full text”; y “article language”, donde se ha seleccionado el inglés y el español. La búsqueda se ha llevado a cabo principalmente en inglés debido a la mayor disponibilidad de artículos en este idioma. Adicionalmente, se ha aplicado el filtro “humans” para concretar más la búsqueda.

TABLA 1: Resultados de la búsqueda en la base de datos PubMed

| Descriptores introducidos | Resultados pre-filtro | Resultados finales |
|--|------------------------------|---------------------------|
| “Breastfeeding” AND “Postpartum depression” | n= 870 | n= 160 |
| “Self efficacy” AND “Postpartum depression” | n= 253 | n= 57 |
| “Breastfeeding” OR “Self efficacy” AND “Postpartum depression” | n= 1.059 | n= 197 |

Fuente: Elaboración propia

También se ha llevado a cabo la búsqueda en la base de datos SCOPUS, para completar la realizada en Pubmed. En esta base se han aplicado los mismos filtros: “year”, seleccionando el rango “2019-2024”; “all open access”; y “language”, seleccionando inglés y español.

TABLA 2: Resultados de la búsqueda en la base de datos SCOPUS

| Descriptores introducidos | Resultados pre-filtro | Resultados finales |
|--|------------------------------|---------------------------|
| “Breastfeeding” AND “Postpartum depression” | n= 705 | n= 204 |
| “Self efficacy” AND “Postpartum depression” | n= 212 | n= 78 |
| “Breastfeeding” OR “Self efficacy” AND “Postpartum depression” | n= 849 | n= 258 |

Fuente: Elaboración propia

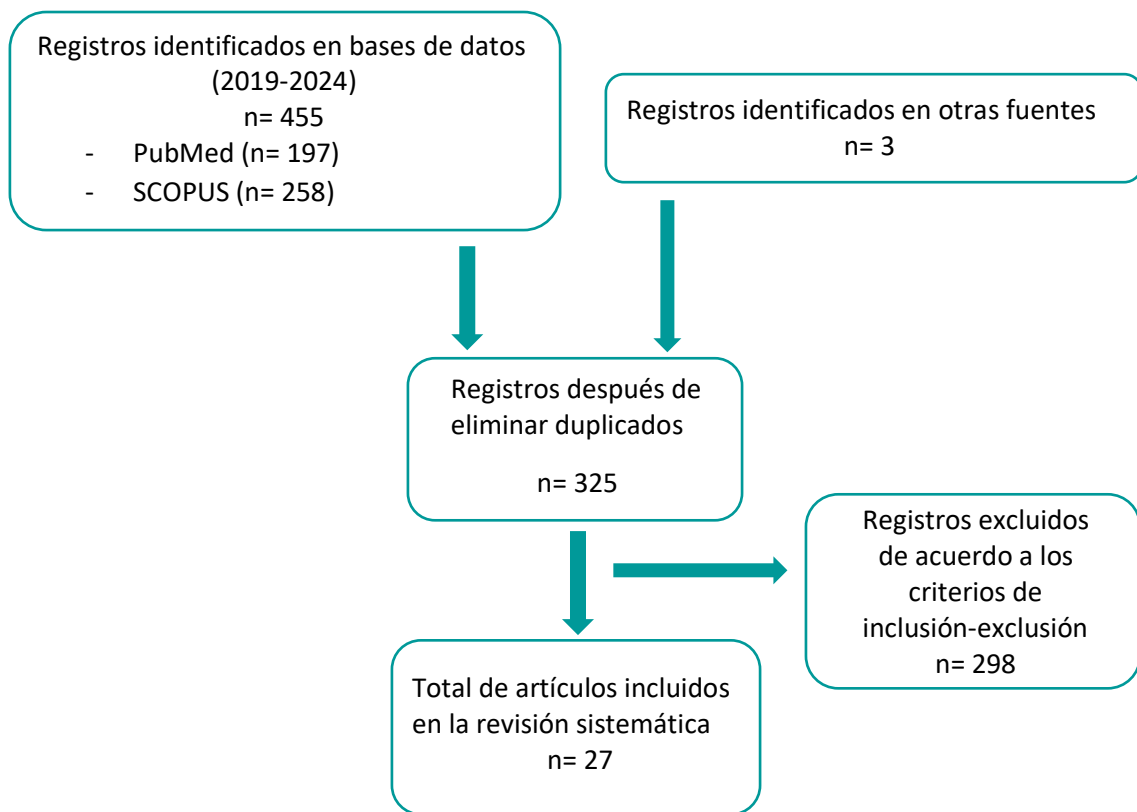
De forma adicional, se ha realizado la búsqueda de determinados artículos en la base de datos Dialnet para completar las búsquedas anteriores.

Como criterios de inclusión en esta revisión bibliográfica, se han seleccionado artículos, revisiones sistemáticas, ensayos, libros o metaanálisis que cumplan con los filtros aplicados en las búsquedas en las bases de datos, y que relacionen de forma negativa la depresión postparto con la autoeficacia de la madre y el abandono prematuro de la lactancia materna. Además, se ha empleado la técnica “bola de nieve” para encontrar nuevos documentos en las referencias bibliográficas de los artículos ya incluidos.

Han quedado excluidos de esta revisión bibliográfica todos los documentos que no tenían libre acceso, los publicados en otro idioma que no fuese el inglés o el español, y los que incluían estudios realizados en otra especie distinta a humanos, debido a las diferencias presentes entre especies en el tema estudiado. Asimismo, han quedado excluidos todos los artículos que relacionan la baja autoeficacia de la madre y el abandono precoz de la lactancia materna con otros factores o trastornos de la salud mental distintos a la depresión postparto.

Por otro lado, a pesar de que gran parte de los artículos incluidos en la revisión han sido publicados entre 2019 y 2024, puntualmente se han incluido determinados documentos con una fecha de publicación anterior a 2019 por presentar información relevante sobre el tema trabajado. De igual modo, de manera adicional a la búsqueda en las bases de datos mencionadas, se ha extraído información de páginas web de organismos oficiales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). También se ha empleado información de los manuales DSM para profesionales.

FIGURA 1: Flujograma de la búsqueda en bases de datos



Fuente: Elaboración propia

DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOS

Capítulo I: Investigar sobre la prevalencia, etiología, sintomatología, diagnóstico y tratamiento de la DPP en mujeres en el puerperio tardío.

Este apartado aborda el concepto de DPP en su totalidad. Se ofrece una definición de la DPP y se analizan las tasas de prevalencia a nivel nacional y a nivel global. También se determinan las causas y factores predisponentes.

Asimismo, se describen las manifestaciones clínicas que caracterizan este trastorno y las herramientas para su diagnóstico, entre ellas los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-V. Por otro lado, se analiza brevemente su tratamiento y la posible evolución de la DPP.

Capítulo II: Analizar las consecuencias de la depresión postparto en el rol maternal y vínculo materno-infantil y cómo estas derivan en el abandono de la lactancia materna.

En este apartado se describen las alteraciones afectivas y conductuales maternas, que aparecen como consecuencia directa de la DPP; así como las respuestas del recién nacido, y el tipo de vínculo afectivo existente entre ambos.

De igual manera, se describe brevemente la práctica de la lactancia materna, junto con su tasa de prevalencia y los factores más determinantes en su inicio y mantenimiento. Asimismo, se establece la relación existente entre las alteraciones afectivas de la madre, derivadas de la depresión postparto; y el abandono precoz de la lactancia materna.

Capítulo III: Argumentar la importancia del papel de enfermería de atención primaria en la prevención y detección precoz de la DPP en mujeres en el puerperio tardío.

En este capítulo se defiende la importancia de las enfermeras de Atención Primaria en la prevención, detección precoz y abordaje de la DPP, estudiando las señales de alarma que pueden aparecer en las consultas del postparto y las herramientas para el diagnóstico en caso de sospecha.

Capítulo IV: Justificar la importancia del papel de enfermería de atención primaria en el apoyo de la lactancia materna en mujeres que padecen DPP durante el puerperio tardío.

En este capítulo, se alega la importancia de las enfermeras de Atención Primaria en el apoyo de la lactancia materna en aquellas mujeres diagnosticadas de DPP, proporcionándoles las herramientas necesarias para fortalecer su autoeficacia, como prevención principal frente al abandono de la lactancia materna.

Capítulo V: Investigar sobre el efecto protector de la lactancia materna para la depresión postparto presente en mujeres en el puerperio tardío.

En este apartado se explora el efecto positivo que puede tener la lactancia materna en una madre que padece DPP. La práctica de la lactancia materna conlleva muchos beneficios para el vínculo materno-infantil, que pueden contrarrestar los efectos perjudiciales de la DPP.

Asimismo, se abordan otros motivos que justifican el efecto favorable de la lactancia materna en mujeres con DPP, entre ellos factores hormonales.

CAPÍTULO I: Investigar sobre la prevalencia, etiología, sintomatología, diagnóstico y tratamiento de la DPP en mujeres en el puerperio tardío.

La depresión postparto (DPP) se trata de un trastorno del estado de ánimo caracterizado por el inicio de síntomas depresivos en mujeres dentro de los primeros doce meses posteriores al parto (12). Comúnmente, la aparición de estos síntomas ocurre durante las cuatro primeras semanas de postparto, etapa conocida como postparto tardío (13).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales 5ª versión (DSM-5) lo define como la aparición de un episodio de depresión mayor durante el primer año de postparto, siendo la duración de este episodio superior a dos semanas (6,14).

Prevalencia

La depresión representa la comorbilidad psiquiátrica más frecuente en el embarazo y en el periodo de postparto (12). Es considerada un problema de salud pública a nivel global, que afecta al estado físico y psicológico de la madre, al igual que al correcto desarrollo del bebé (15). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor del 20% al 40% de mujeres desarrollan depresión, ya sea en el embarazo o en el postparto (12).

En cuanto a la depresión postparto, actualmente la prevalencia nacional se sitúa entre 10 y 15%, cifra en aumento durante las últimas décadas (13,15,16). Por otro lado, en 2021 se llevó a cabo un estudio sobre su prevalencia en 80 países distintos. Para el análisis, se incluyeron 1.236.365 mujeres procedentes de los distintos países, de las cuales 172.342 presentaron resultados que se corresponden con depresión postparto en los instrumentos estandarizados para su diagnóstico. Se obtuvo una prevalencia global de 17,22%, lo que significa que una de cada cinco mujeres desarrolla depresión postparto (17). Los resultados del estudio revelaron diferencias en cuanto a la prevalencia según la región geográfica, siendo África del Sur la región con más prevalencia, 39,96% (17).

Etiología

La etiología exacta de la depresión postparto es un campo aún desconocido (6,12). En 2023 se llevó a cabo un estudio retrospectivo en el MacKay Memorial Hospital de Taiwán. Para el análisis, se utilizaron datos procedentes del periodo comprendido entre julio de 2014 y julio de 2018. El objetivo del estudio fue el “*screening*” de síntomas de DPP, para obtener el porcentaje de mujeres en riesgo, y la identificación de los principales factores de riesgo para esta patología. Para ello, se incluyeron en el estudio 12.198 mujeres. El “*screening*” se llevó a cabo a partir de las primeras 48/72 horas tras el parto, utilizando como instrumento de diagnóstico la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) (16).

Como resultado del “*screening*” se obtuvo un porcentaje de 89,8% de mujeres con una puntuación igual o inferior a 9 puntos en la EPDS, es decir, con bajo riesgo de desarrollar depresión postparto. Sin embargo, un 10,2% obtuvo una puntuación igual o mayor de 10 en la EPDS, lo que las situó en alto riesgo de desarrollar DPP (16).

Tras estudiar las diferencias entre ambos grupos, se obtuvo un listado de los principales factores predictores de DPP que estaban presentes en el grupo con mayor riesgo. Estos factores de riesgo pueden clasificarse en cuatro secciones:

- Factores de la madre

El nivel de educación y el empleo de la madre están directamente relacionados con el nivel socioeconómico. El estudio revela que un bajo nivel de estudios o el desempleo, lo que equivale a un bajo nivel socioeconómico, en muchas ocasiones actúa como factor predictor de la DPP (16).

El apoyo social con el que cuenta la mujer también actúa como un factor muy determinante en el desarrollo de la DPP (12,13,18). Una disminución de la autoeficacia percibida por la madre en cuanto al cuidado del recién nacido está altamente asociada al desarrollo de esta patología (18). Recibir apoyo social, ya sea dentro del núcleo familiar o externamente a este, puede aumentar la autoeficacia de la madre, reduciendo los síntomas depresivos (18).

Asimismo, el estado civil, incluido dentro del apoyo social, ejerce un fuerte papel. Ser madre soltera, o tener una relación conflictiva con la pareja, son factores de riesgo para el desarrollo de la DPP (15,16). Del mismo modo, se ha asociado el riesgo de desarrollar DPP con mujeres víctimas de violencia de género (12,14).

Por otro lado, también actúan como factores de riesgo los problemas de salud o cambios físicos derivados del embarazo o parto, debido a la fuerte asociación entre la salud física y mental (18), o el abuso de sustancias por parte de la madre (5,15).

- Factores del embarazo y parto:

Uno de los factores más determinantes de la DPP es el deseo de maternidad de la madre. Continuar con un embarazo no deseado, habiéndose contemplado previamente la opción del aborto (15), es un factor predictor de la DPP (12,14,16).

De igual modo, sufrir complicaciones obstétricas, como abortos en embarazos anteriores o parto pretérmino, es también un factor de riesgo (13).

Varios estudios afirman que el tipo de parto puede ser un factor predictor de la depresión, siendo la cesárea el más frecuente entre las mujeres que reportan síntomas de DPP (13,15,16).

- Factores del recién nacido:

La prueba de Apgar se trata de un examen que se realiza al recién nacido en el primer y quinto minuto de vida para valorar su adaptación fuera del vientre materno. Su puntuación oscila entre 0 y 10. Una puntuación inferior a 7 indica necesidad de atención médica al recién nacido (19). Las madres de recién nacidos con una puntuación a los 5 minutos de vida inferior a 7 en la prueba Apgar tienen mayor riesgo (16).

Otras complicaciones del recién nacido, como prematuridad (sobre todo inferior a 34 semanas de gestación), o malformaciones congénitas, pueden fomentar el desarrollo de DPP (13,15).

- Factores de la lactancia:

La lactancia materna se trata de un factor protector para la depresión postparto (12,16,18). Del mismo modo que la depresión afecta a la lactancia materna, esta también puede determinar el comienzo de DPP (18). La duración de la lactancia materna es inversamente proporcional al comienzo de los síntomas de la depresión, de forma que un abandono precoz de la lactancia materna puede provocar baja autoeficacia en la madre, acompañada de sentimientos de culpa, que favorecen el inicio de síntomas depresivos (18).

Asimismo, las madres que no han dado lactancia materna en ningún momento del postparto, ya sea por incapacidad o por falta de deseo, tienen un riesgo ligeramente mayor de desarrollar depresión postparto (13,15,16).

A pesar de la importancia de todos estos factores, el principal factor asociado al desarrollo de depresión postparto es la existencia de antecedentes de cuadros depresivos en la madre, sobre todo en anteriores embarazos (12,15,18). Mujeres que han padecido de depresión durante embarazos previos, o durante el postparto de estos, tienen un riesgo de volver a desarrollar esta enfermedad del 50-60% en próximos embarazos (15).

Antecedentes de episodios depresivos no relacionados con periodos de gestación también son determinantes en el desarrollo de DPP (12-14), al igual que antecedentes familiares (12).

Manifestaciones clínicas

La depresión postparto se trata de un episodio de depresión mayor que tiene lugar durante el postparto de la mujer, por lo que comparte gran parte de sus principales síntomas con el diagnóstico “depresión mayor del adulto” (6). Además, este diagnóstico puede coexistir con síntomas de ansiedad.

En primer lugar, la depresión mayor se caracteriza por una tristeza extrema, desesperanza y sensación constante de infelicidad, lo que ocasiona llanto inconsolable, pérdida de interés por las actividades cotidianas de la persona y pérdida de apetito (6,12). Asimismo, son frecuentes los cambios en el estado de ánimo, pudiendo aparecer ira e irritabilidad (6,13,15).

En esta patología también se ve afectado el patrón del sueño, apareciendo de forma recurrente el insomnio en gran parte de las personas que lo padecen (6,13). Esto da lugar a otras manifestaciones clínicas, como cansancio extremo, cefalea y dolores musculares (6,12,13,15).

Por otro lado, en la depresión postparto estos síntomas van acompañados de otros más específicos, que comprometen el vínculo entre la madre y el recién nacido. Principalmente, esta patología se caracteriza por una sensación de incapacidad para el cuidado del recién nacido, es decir, una disminución de la autoeficacia percibida por la madre (6,12,13,15). Esto deriva en una preocupación excesiva por el recién nacido, comúnmente poco realista, y temor por dañarle, siendo frecuentes los ataques de pánico (6,13,15).

En ocasiones, esta enfermedad también se manifiesta con un desinterés por parte de la madre hacia el bebé. La madre no se siente unida a su hijo, por lo que interactúa de forma inadecuada con este, afectando al vínculo materno-infantil (13,15).

A pesar de la frecuencia de estas manifestaciones clínicas de la depresión postparto, es necesario enfatizar las complicaciones más graves de esta patología. Como consecuencia de estos síntomas, aparecen en la madre sentimientos de culpabilidad, que en un pequeño porcentaje de mujeres pueden ir acompañados de ideación suicida (6,13).

Tristeza postparto o “Baby Blues”

Es necesario diferenciar la depresión postparto de la tristeza postparto, también llamada “*Baby Blues*”. La tristeza postparto se define como la alteración transitoria del estado de ánimo debido a los cambios psicológicos y hormonales tras el parto, que suele aparecer entre el segundo y cuarto día de postparto (13). Su prevalencia oscila hasta el 85% de las mujeres que dan a luz (15).

El cuadro clínico característico de esta patología es similar al de la depresión postparto, pero en menor intensidad y duración. Comúnmente se manifiesta como inestabilidad emocional, irritabilidad o tristeza con llanto, debido al nuevo manejo del recién nacido (13). Estos síntomas desaparecen espontáneamente a las dos semanas (13).

A pesar de tratarse de una patología que no precisa de intervención, es importante detectar su presencia en las mujeres que han dado a luz recientemente, y controlar sus síntomas y la duración de estos, ya que la tristeza postparto es un factor de riesgo para la depresión postparto (13,15).

Diagnóstico

El primer paso en el diagnóstico precoz de la depresión postparto es la detección de los factores de riesgo para la patología, durante el embarazo o inicios del postparto, además de los antecedentes de depresión postparto en previos embarazos (6,12,13). De esta forma, los profesionales sanitarios pueden intervenir en estos factores de riesgo y evitar que la mujer desarrolle la enfermedad (13).

Sin embargo, en muchas ocasiones los profesionales sanitarios intervienen cuando la depresión postparto ya está instaurada. En este caso, el primer paso a seguir es llevar a cabo una entrevista clínica estructurada, en la que se debe preguntar directamente a la mujer por los síntomas característicos de la enfermedad (6,12,13).

El DSM-5 establece como criterio diagnóstico de la DPP el mismo que para el trastorno depresivo mayor. En ambos casos deben estar presentes 5 o más de los siguientes síntomas (6):

- Depresión y/o pérdida de interés o placer
- Pérdida de peso, pérdida de apetito o aumento de peso significativos
- Insomnio o hipersomnia
- Agitación o retraso psicomotor
- Sentimientos de inutilidad o culpa
- Disminución de la capacidad de concentración
- Pensamientos suicidas u homicidas

Asimismo, deben cumplirse ciertos requisitos para un diagnóstico adecuado, como la duración de los síntomas, debiendo ser igual o superior a 2 semanas; o que estos síntomas generen malestar o discapacidad, produciendo un deterioro social (12). Es necesario comprobar que estos síntomas no se deben a otras afectaciones médicas, fármacos o sustancias de consumo (12).

Por otro lado, para el diagnóstico de la depresión postparto también es necesario el uso de herramientas estandarizadas, tales como las escalas, entre ellas, la Escala de Depresión Postparto, la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos o el Cuestionario de Depresión de Beck II (13).

A pesar de la gran variedad de escalas estandarizadas, la más usada y eficaz para el diagnóstico de la DPP es la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS), debido a su facilidad y rapidez (13).

La EPDS consta de 10 preguntas que evalúan la presencia de síntomas cognitivos de DPP, cada una de ellas con 4 opciones de respuesta, con puntuaciones entre 0 y 3 (12,20). Ver ANEXO 1 (TABLA 3). Esta escala evalúa la sintomatología de la madre durante los últimos siete días (12,13,20). Al final de la escala se suman las puntuaciones de los 10 ítems, de forma que una puntuación mayor de 10 equivale a probabilidad de depresión postparto (13,20). En el caso de la pregunta número 10 de la escala, que evalúa el riesgo autolítico, cualquier puntuación que no sea 0 requiere de intervención inmediata (13).

Se recomienda el uso de la EPDS como método de “*screening*” de la DPP durante la primera visita de la mujer tras el parto al profesional de salud correspondiente (13). No obstante, es necesario completar la información recogida por esta escala con otras evaluaciones adicionales (13).

Tratamiento

La primera línea de tratamiento de la DPP es la psicoterapia, ya sea de forma individual o en grupo (12,13,15). La psicoterapia tiene como objetivos principales en la paciente: educar sobre la enfermedad, controlar los síntomas, trabajar el papel de madre con sus dificultades y miedos, y la búsqueda de redes de apoyo para la mujer (13).

Como segunda línea de tratamiento, se utiliza la farmacoterapia (12,13,15). Los fármacos más utilizados son los antidepresivos tricíclicos y, mayoritariamente, los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) (13). Dentro de los ISRS, los de primera línea son la sertralina y la paroxetina, debido a su menor toxicidad respecto a la lactancia materna (12,15).

En aquellas depresiones postparto muy severas es necesario combinar ambas líneas de tratamiento (13).

Evolución

Comúnmente la depresión postparto no es tratada adecuadamente, lo que es debido principalmente al infradiagnóstico de esta enfermedad en los centros sanitarios (12).

Esta enfermedad, cuando no ha sido tratada por un largo tiempo, puede desencadenar nuevas condiciones psiquiátricas, como la psicosis postparto (12,15). Se trata de un trastorno del comportamiento que ocurre en 1 de cada 500 mujeres, caracterizado por comportamientos desorganizados, alucinaciones o paranoias (15). Debido al alto riesgo de negligencia en el cuidado del recién nacido, se trata de una patología que necesita una intervención inmediata (12,15).

Por otro lado, la complicación más extrema de la depresión postparto es la ideación suicida y los intentos autolíticos (12). El grupo de edad con mayor frecuencia de suicidio durante el postparto son las mujeres adolescentes (15).

CAPÍTULO II: Analizar las consecuencias de la depresión postparto en el rol maternal y vínculo materno-infantil y cómo estas derivan en el abandono de la lactancia materna.

Consecuencias de la depresión postparto

El vínculo materno infantil representa una conexión que se desarrolla en los primeros meses de postparto, consistiendo en la creación de lazos afectivos entre el recién nacido y su madre (21). Un correcto establecimiento del vínculo materno-infantil desde los primeros días tras el parto es esencial para que se produzca una adquisición adecuada de habilidades cognitivas, sociales, emocionales y conductuales en el lactante (21). La depresión postparto se considera uno de los principales factores que más dificultan el afianzamiento de dicho vínculo, debido al gran impacto que tiene sobre la capacidad de cuidado de la madre (15,21–23).

La depresión postparto se trata de una enfermedad que provoca alteraciones en la conducta materna, condicionando del mismo modo la respuesta del recién nacido, debilitando, por consiguiente, el lazo afectivo entre ambos (15,21–23). A continuación, se describen las distintas alteraciones afectivas y conductuales de la madre, así como las distintas respuestas del lactante, y el tipo de vínculo afectivo existente entre ambos.

- *Alteraciones de la sensibilidad materna*

En primer lugar, la sensibilidad hace referencia a la capacidad materna de identificar y responder adecuadamente a las necesidades físicas o emocionales del recién nacido, también conocida como sintonización emocional (24).

En madres que padecen los síntomas característicos de la DPP, tales como tristeza persistente o anhedonia, la capacidad de empatía se encuentra limitada, siendo incapaces de ofrecer respuestas coherentes a las necesidades del bebé, lo que conlleva una dinámica de interacción en la que ninguno de los dos se encuentra en sintonía con el otro (21,24).

Asimismo, las habilidades de comunicación emocional de estas mujeres habitualmente fluctúan entre dos polos opuestos, por un lado, la hostilidad e intrusión, y por otro, la pasividad y evitación. Este último se caracteriza por una disminución en la capacidad de respuesta emocional, en la que las necesidades emocionales no son correctamente satisfechas, por lo que se asocia a un patrón de apego inseguro por parte del recién nacido (15,24,25).

Por otro lado, el recién nacido desarrollará sus habilidades cognitivas y emocionales basándose en sus figuras significativas, principalmente en su madre, adaptándose a su patrón emocional. Debido a ello, es de vital relevancia remarcar que la limitación de sensibilidad materna que se presenta como manifestación característica de la patología, no afecta únicamente a la madre; sino que también de forma negativa en el neurodesarrollo del bebé (24).

- *Alteraciones de la expresividad afectiva materna*

La reciprocidad afectiva, también conocida como interacción diádica, representa el proceso de intercambio de afecto que se produce entre la madre y el bebé, pudiendo incluir comunicación verbal, a través de palabras o tonos modulados; o comunicación no verbal, como las miradas o gestos faciales. Esta expresividad afectiva es esencial para que se desarrolle una relación de confianza y un apego seguro entre ellos (24). El distanciamiento emocional que ocurre entre la madre y el recién nacido, mencionado previamente, habitualmente conlleva una restricción de la interacción afectiva física entre ambos (24).

Las madres que sufren un episodio de depresión postparto con frecuencia experimentan una respuesta afectiva atenuada, caracterizada por la reducción de expresiones faciales positivas, tales como sonrisas; así como un contacto ocular sostenido de menor duración y frecuencia, y una menor vocalización afectiva durante las interacciones con el neonato (21).

Con respecto al contacto físico, si bien no constituye un requisito para la correcta consolidación de un vínculo materno infantil saludable, su ausencia o limitación agrava las dificultades mencionadas previamente (25). Por tanto, en el contexto de la sintomatología depresiva, la evitación del contacto físico puede agravar ese distanciamiento emocional entre la madre y el lactante, afectando en la reciprocidad afectiva.

En cuanto a la perspectiva del recién nacido, se encuentra en una etapa en la que precisa de esa sintonización emocional y afectiva mencionada anteriormente para establecer su correcta autorregulación emocional. Como consecuencia de estas interacciones afectivas caracterizadas por su incongruencia, se genera en el lactante confusión, derivando en un desajuste emocional en él (24). La mayor repercusión a largo plazo se trata del establecimiento de un vínculo de apego inseguro del recién nacido hacia su madre. La literatura describe una mayor incidencia de apego inseguro en los hijos de madres que padecen síntomas depresivos en el postparto (21,24,25).

- *Alteraciones del autoconcepto del rol maternal*

Como se menciona previamente, la depresión postparto tiene como una de sus principales consecuencias el incremento de la vulnerabilidad materna (21,25). En dicho contexto, la madre presenta con frecuencia una autopercepción infravalorada respecto a su capacidad para desempeñar el rol materno, lo que en la literatura también se conoce como disminución de autoeficacia percibida (12,13,15,21,24,25).

Dicha percepción materna se encuentra íntimamente ligada a la sintomatología depresiva, en la que la disminución de la confianza limita la sensibilidad materna mencionada anteriormente, siendo esta necesaria para responder adecuadamente a las necesidades emocionales y físicas del lactante; por lo que constituye una afectación negativa en el vínculo materno-infantil (24,25).

Asimismo, las madres que cursan una depresión postparto tienden a desarrollar una percepción negativa sobre su relación con el recién nacido. Esta valoración materna, además de dificultar la conexión emocional entre ambos, repercute negativamente en el nivel de satisfacción que presenta la madre durante la ejecución del rol materno (21,25).

- *Alteraciones de los cuidados del lactante*

Así como se alude en el punto anterior, en el contexto de depresión postparto, las madres frecuentemente experimentan una disminución significativa de la autoeficacia percibida. Esto puede generar sentimientos de inseguridad, lo que se traduce en temor por causar daño al lactante (12,13,15). Como consecuencia, las madres emplean conductas evitativas en cuanto a la responsabilidades de cuidado, lo que deriva en una desatención de las necesidades básicas del recién nacido (21,24,25).

Paralelamente, como consecuencia directa de la afectación de la sensibilidad materna, la madre no logra identificar ni responder a las demandas del recién nacido, generando de nuevo una desatención (15,24). Esta doble condición de desatención, tanto por evitación como por incapacidad de identificación, afecta en la calidad del vínculo, favoreciendo nuevamente el desarrollo de un apego inseguro por parte del lactante (21,24,25).

Abandono de la lactancia materna

La lactancia materna (LM) constituye el tipo de alimentación más recomendada para el paciente, basada en la provisión exclusiva de leche materna (1,4,26,27).

Los beneficios de la lactancia materna han sido ampliamente apoyados por evidencia científica, teniendo un impacto positivo tanto en la salud del recién nacido como en la de la madre (1,10,27). Asimismo, la evidencia sugiere que los lactantes alimentados con lactancia materna exclusiva (LME) tienen una probabilidad de supervivencia durante los primeros seis meses de vida 15 veces mayor que los lactantes alimentados con otro tipo de lactancia (28).

A pesar de sus múltiples beneficios evidenciados, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ha estimado la prevalencia global de lactancia materna exclusiva en el 48% de lactantes (3,8,26). Diversos autores han establecido que la prevalencia de la lactancia materna, así como su duración, están determinadas por múltiples factores interrelacionados.

Sin embargo, la literatura ha determinado los factores psicológicos como el componentes más determinante en cuanto al inicio y el abandono de la LM (29), siendo este entendido como la cesación de la lactancia materna antes de los 6 meses de vida del lactante (27). Dentro de estos factores se incluyen los conocimientos de la madre sobre la lactancia y su actitud o predisposición frente a ella (4,8,26). Asimismo, han determinado la satisfacción personal experimentada durante esta práctica, la calidad del vínculo materno-infantil y la autoeficacia percibida por la madre como los factores psicológicos más influyentes en el abandono de la lactancia materna, además de la depresión postparto (4,8,22,26,30).

Estos factores psicológicos se encuentran profundamente determinados por el estado emocional de la madre. En contexto de la depresión postparto, estos factores sufren graves alteraciones (4,8,22,27,28). A continuación, se analiza la interrelación de estos factores en el marco específico de depresión postparto, y su negativa repercusión en el patrón de lactancia materna.

La satisfacción materna durante la lactancia va a determinar tanto la duración como el éxito de esta práctica (22). En 2020 se llevó a cabo un estudio en Porto Alegre, Brasil, con el objetivo de establecer una relación entre el aumento de sintomatología depresiva y la disminución de la satisfacción durante la lactancia materna. En este estudio se incluyó una muestra de 287 mujeres, seleccionadas en dos hospitales distintos. Fueron entrevistadas en sus casas, tras 30 días desde el nacimiento del lactante. En esta entrevista, se utilizaron varios instrumentos de medida. La satisfacción durante la lactancia fue evaluada a través de la Escala de Evaluación de Lactancia Materna (MBFES). Asimismo, para llevar a cabo el cribado de la depresión postparto se utilizó la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) (22).

De las 287 mujeres incluidas en dicho estudio, 36 alcanzaron una puntuación positiva en el cribado de la depresión postparto. No obstante, las otras 251 mujeres restantes no presentaban indicios de síntomas depresivos. Tras analizar la muestra de las 36 mujeres que padecían depresión postparto, se observó que un 61% manifestaba baja satisfacción durante la lactancia materna, a diferencia del 39% restante que presentaba alta satisfacción. Sin embargo, el porcentaje de mujeres que experimentaban alta satisfacción en el grupo que no padecía depresión postparto fue del 60%. Estos resultados concluyen que la satisfacción materna se encuentra altamente determinada por la presencia de depresión postparto (22).

Asimismo, de acuerdo con este autor, la satisfacción materna está relacionada con el vínculo materno-infantil. En contexto de depresión postparto, la interacción entre la madre y el recién nacido se ve significativamente comprometida, como ya se expone previamente (25), lo que frecuentemente deriva en una disminución del nivel de satisfacción materna durante la lactancia (22). En este sentido, una intervención dirigida a fortalecer ese vínculo sería clave para aumentar la satisfacción, contribuyendo a la prevención del abandono precoz de la lactancia materna (22).

De igual modo, la autoeficiencia percibida por la madre juega un papel muy importante en el mantenimiento de una lactancia materna exitosa (26). La autoeficiencia percibida se define como el grado de confianza de la madre respecto a su capacidad para llevar a cabo de forma exitosa la lactancia materna (4,8,26,31). Esta percepción va a determinar el inicio de la lactancia, el esfuerzo que pondrá en esta práctica, cómo se enfrentará a las dificultades que surjan y, derivado de todo lo anterior, el momento de abandono de la lactancia, o lo que es lo mismo, la duración de esta (26).

La autoeficacia percibida en la lactancia materna se encuentra condicionada por múltiples variables. Entre ellas, cobran especial relevancia las experiencias previas de la madre respecto a la lactancia, sean positivas o negativas; su actitud frente a esta práctica, sus conocimientos, y el estado psicológico, destacando en esta categoría la depresión postparto (26).

Múltiples autores han estudiado la relación existente entre la depresión postparto y la autoeficacia percibida (4,8,26,31). Todos los hallazgos han establecido una relación de carácter inverso, de forma que, a medida que aumentan los síntomas depresivos, se observa un decrecimiento de la autoeficacia percibida, lo que consecuentemente se traduce en el aumento del riesgo de abandono precoz de lactancia materna (4,8,26,31).

Esta relación se debe a que, en el marco de depresión postparto, la mujer experimenta un incremento significativo de la vulnerabilidad, desencadenando la disminución de su confianza. Esto impacta negativamente en la percepción de su capacidad para la ejecución del rol materno, dentro del cual se incluye la lactancia materna (12,13,15,21,24,25).

Entre todos los estudios realizados con el objetivo de determinar esta relación, cabe destacar el publicado en 2018 por Erika de Sá Vieira, Nathalia Torquato Caldeira, Daniella Soares Eugênio, Marina Moraes di Lucca e Isília Aparecida Silva. En este estudio, se utilizó una muestra de 83 mujeres, las cuales alimentaban a su recién nacido con lactancia materna exclusiva. Se realizó un seguimiento de estas mujeres durante 210 días. Para ello, se emplearon varios instrumentos estandarizados, como la Escala de Autoeficacia para la Lactancia Materna (BSES-SF) y la Escala de Depresión Post-Parto de Edimburgo (EPDS). Tras analizar los resultados, se estableció una interrupción previa de la lactancia materna en el grupo de mujeres que habían obtenido en el cribado un resultado correspondiente a depresión postparto, lo que determinó esta enfermedad como un factor de riesgo para el abandono (23).

Asimismo, se observó una disminución del 48% de abandono en mujeres que obtenían en la BSES-SF una puntuación correspondiente a autoeficacia media, y del 80% en aquellas que presentaban una autoeficacia alta, determinando el incremento de la autoeficacia percibida como un factor protector frente al abandono de la lactancia materna (23).

Por último, también cabe mencionar el estudio publicado por Yeliz Mercan y Kevser Tari Selcuk en 2021, ya mencionado previamente (4). De igual manera, en este estudio se concluye que las madres que sufren depresión postparto, cuya autoeficacia se ve condicionada, tienden a abandonar la lactancia materna previamente a las madres que no presentan sintomatología depresiva (4).

CAPÍTULO III: Argumentar la importancia del papel de enfermería de atención primaria en la prevención y detección precoz de la DPP en mujeres en el puerperio tardío.

La depresión postparto se trata de la enfermedad de salud mental más prevalente durante el periodo perinatal, constituyendo un grave problema de salud pública tanto a nivel nacional como global (13,15). Debido al significativo impacto que genera tanto en el bienestar del lactante como en el de la madre, es preciso implementar un abordaje multidisciplinar por parte de los profesionales sanitarios, asegurando así una atención integral (13).

Respecto al papel de la enfermería, varios estudios enfatizan el rol fundamental que presenta esta profesión en la prevención y detección de la depresión postparto, así como en el tratamiento efectivo de esta enfermedad (13,32). Esto se debe principalmente a que las enfermeras representan una figura cercana a las mujeres durante el periodo perinatal, lo que permite establecer una relación de confianza y acompañamiento durante este proceso (26,32).

Las enfermedades de salud mental durante el puerperio comúnmente se desarrollan tras el alta hospitalaria de la paciente, por lo que es preciso enfatizar la importancia de enfermería de atención primaria (13). A continuación, se exponen las intervenciones más prioritarias en cuanto a detección y prevención precoz por parte de enfermería.

Prevención de la depresión postparto

La depresión postparto frecuentemente se trata de una enfermedad complicada de detectar, por lo que la intervención de enfermería más inmediata comienza por actividades preventivas para la enfermedad (32). Dentro de las medidas para llevar a cabo esta prevención, la más primordial se trata de la identificación y el análisis de los factores de riesgo de la depresión postparto, ya expuestos detalladamente en párrafos anteriores, tanto en el embarazo como en el postparto (13,26). Para ello, es preciso analizar el estado de ánimo de la paciente durante las consultas en el centro de salud, su interacción con su pareja y familia, y el apoyo social con el que cuenta (13).

Asimismo, es importante detectar precozmente una condición mencionada previamente, la tristeza postparto o "*Baby Blues*". Esta tristeza se desarrolla habitualmente durante los primeros días de postparto (13). A pesar de no precisar de intervención, es necesario monitorizar la duración de los síntomas, ya que, en caso de no desaparecer con el transcurso de las semanas, sería conveniente valorar una posible depresión postparto.

Como intervenciones adicionales para la prevención de esta enfermedad es preciso mencionar las siguientes:

- Informar a la madre de los factores de riesgo para la DPP que han sido detectados durante las consultas (13).
- Educar sobre los signos y síntomas características de la DPP, por los que debería buscar ayuda profesional en caso de detección (32).
- Proporcionar apoyo emocional y trabajar la percepción de la mujer sobre su capacidad para enfrentarse a la nueva etapa (13).
- Trabajar el apoyo social con el que cuenta la mujer, ya que afecta significativamente en su salud mental y, consecuentemente, en su competencia para el desempeño del rol materno (26).
- Informar sobre la posible aparición de síntomas de tristeza durante los primeros días de postparto, y recordar avisar en caso de aumento o prolongación de estos síntomas (13).
- Realizar un seguimiento a través de consultas telefónicas al domicilio de la paciente (13).

Detección de la depresión postparto

Como parte de la prevención de la depresión postparto, también se incluye la prevención secundaria, la cual se basa en la detección precoz de la enfermedad (32). Tras la identificación de los factores de riesgo, es preciso llevar a cabo un cribado de depresión postparto, para conseguir esa detección precoz de la enfermedad, evitando las complicaciones asociadas a ella (13).

El Cuestionario de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) se trata de una herramienta estandarizada para llevar a cabo un cribado sistémico de los síntomas depresivos durante el embarazo o el postparto, especialmente en aquellas mujeres que presentan múltiples factores de riesgo (13,32). Este cuestionario se encuentra descrito más detalladamente en capítulos anteriores.

Su uso está recomendado para llevar a cabo el cribado por parte de enfermería durante la primera visita postparto de la madre al centro de salud, siendo este de fuerte calidad; y aproximadamente a las seis semanas de postparto (13).

Asimismo, para la detección de la depresión postparto también se emplean otros instrumentos validados. Entre ellos, el Cuestionario de Depresión de Beck (BDI) se trata del instrumento auto aplicado más empleado. Los ítems de este cuestionario se dividen en dos partes, por un lado, la subescala afectiva (pesimismo, sentimientos de culpa, autocrítica o sentimientos de inutilidad); y por otro lado la subescala somática (tristeza, pérdida de interés, llanto o irritabilidad) (13).

El objetivo de esta escala es la identificación de síntomas depresivos, así como la gravedad de estos, en adolescentes mayores de 17 años y adultos. La puntuación en el cuestionario se obtiene sumando los puntos de cada ítem, clasificándose de la siguiente manera (13):

- De 0 a 9 puntos: depresión mínima
- De 10 a 16 puntos: depresión leve
- De 17 a 29 puntos: depresión moderada
- De 30 a 63 puntos: depresión severa

El BDI (cuestionario de depresión de Beck) se emplea como escala más genérica para la detección de sintomatología depresiva. El EPDS (Cuestionario de Depresión Postparto de Edimburgo) se utiliza como escala más específica tras el parto. Se emplea con mayor frecuencia el EPDS frente a otras herramientas debido a su rapidez y facilidad (13).

Tratamiento de la depresión postparto

De igual manera, la enfermería de atención primaria cumple un relevante papel dentro de los cuidados de las mujeres que ya han sido diagnosticadas de depresión postparto (32). Como parte del tratamiento de esta enfermedad se encuentra la psicoterapia. Se trata de una terapia con enfoque cognitivo-conductual, que puede ser individual o de grupo, y que se emplea en aquellos casos en los que la depresión se clasifica de leve a moderada, aunque se puede emplear asociada a tratamiento farmacológico en depresiones más graves (13).

Como principales intervenciones dentro de la psicoterapia, llevadas a cabo por enfermería, se encuentran:

- Psicoeducación a través de información a la madre y a su familia sobre la depresión postparto y su tratamiento (13,32).
- Monitorización de los síntomas característicos de esta enfermedad (13).
- Trabajar el empoderamiento de la mujer respecto a su papel como madre (13).
- Trabajar con las dudas y dificultades expresadas por la madre durante las consultas (13).

- Mejorar las habilidades maternas para proteger y fortalecer el vínculo materno-infantil (13).
- Promover el funcionamiento familiar, fortaleciendo el apoyo social que recibe la madre (13).

Respecto al tratamiento farmacológico en depresiones severas, el papel de la enfermera se basa en la supervisión del tratamiento pautado, así como en el seguimiento de una correcta adherencia de la paciente al tratamiento (32).

Como intervenciones adicionales por parte de enfermería en cuanto al tratamiento de la depresión postparto también se incluye la orientación sobre cómo obtener ayuda para los cuidados del recién nacido en caso de precisarla, o la enseñanza de técnicas de relajación (13).

Asimismo, se enfatiza la importancia de la notificación por parte de enfermería de la necesidad de hospitalización de aquellas mujeres en las que el tratamiento farmacológico no está siendo efectivo para la depresión postparto, o cuando el comportamiento de esta sea extremo o negligente (13).

En ocasiones, la depresión postparto se trata de una enfermedad con bajo índice de detección y tratamiento (13,15,32). Las principales causas de este suceso oscilan entre una formación académica deficiente respecto a la DPP (13,15), y un exceso de incomodidad a la hora de manejar las enfermedades de salud mental; así como consultas de corta duración, siendo tiempo insuficiente para indagar en la patología (13). Por este motivo, es necesaria una mayor formación de los profesionales sanitarios con relación a la depresión postparto (32).

CAPÍTULO IV: Justificar la importancia del papel de enfermería de atención primaria en el apoyo de la lactancia materna en mujeres que padecen DPP durante el puerperio tardío.

La salud mental de la madre constituye un factor significativamente determinante de las barreras más frecuentes en cuanto a la iniciación y mantenimiento de la lactancia materna (33).

De igual manera, la evidencia describe una relación bidireccional entre la salud mental de la madre y el patrón de lactancia materna (33,34). Debido a esto, es preciso enfatizar la importancia de considerar una lactancia materna ineficaz como predisponente del aumento de los síntomas depresivos en la madre (34). Asimismo, una lactancia materna exitosa puede ser considerada como factor protector frente a la depresión postparto, del cual se hablará en capítulos siguientes.

Una de las consecuencias más directas de la depresión postparto es la afectación de la confianza de la madre respecto a su capacidad para desempeñar el rol materno, también conocida como autoeficacia percibida (2,21). Ambas mantienen una relación inversa, de manera que las madres que presentan sintomatología depresiva experimentan una disminución de la autoeficacia percibida, lo que comprometerá el vínculo materno-infantil, así como los cuidados del recién nacido (2).

Enfermería presenta un papel fundamental a la hora de determinar los factores que afectan a la autoeficacia percibida en madres que padecen depresión postparto (26,32). Esto se debe al estrecho contacto que mantienen las enfermeras con las madres durante el periodo de postparto (26,32). Estos profesionales sanitarios llevan a cabo múltiples intervenciones para reforzar la confianza de estas madres (26). A continuación, se describen las intervenciones llevadas a cabo por enfermería.

En primer lugar, es esencial una valoración inicial de la autoeficacia de la madre. Esta valoración debe llevarse a cabo en forma de cribado, durante los días inmediatamente posteriores al parto, durante las consultas en atención primaria (33,34). Los profesionales sanitarios deben emplear herramientas estandarizadas para llevar a cabo este cribado, entre ellas destaca la Escala de Autoeficacia para la Lactancia Materna (BSES-SF), donde se valora la confianza de la madre en sus capacidades.

Respecto a las intervenciones posteriores, una de las más destacadas son los grupos de apoyo. Estos grupos están formados por mujeres que requieren de asesoramiento respecto a la lactancia materna. Son liderados por un profesional sanitario, como una enfermera especializada en lactancia materna, que actúa como moderadora entre las mujeres, además de llevar a cabo intervenciones grupales (33).

Para verificar la eficacia de estos grupos de apoyo en el mantenimiento de la lactancia materna, se llevó a cabo un estudio en Andalucía desde 2021 hasta 2023 (33). En él se incluyó una muestra de 382 mujeres, divididas entre un grupo de control, el cual sólo recibía los cuidados habituales del postparto; y el grupo de intervención, que recibía sesiones mensuales de apoyo de la lactancia materna, tanto presenciales como virtuales, lideradas por una matrona (33).

En estos grupos, las mujeres no solo reciben apoyo por parte del profesional, sino que tienen la oportunidad de interactuar entre ellas, compartiendo su experiencia. Como resultado del estudio, se observó que las madres que pertenecían al grupo de intervención presentaban un aumento de la autoeficacia, con una duración mayor de la lactancia materna y niveles inferiores de DPP a los 4 meses (33). Esto se debe principalmente a que, en estos grupos, las mujeres pueden observar experiencias exitosas de lactancia en otras madres, lo que, junto a la retroalimentación positiva de la matrona, incrementa sus expectativas y su autoeficacia (33).

Asimismo, dentro de las terapias interpersonales más efectivas, se encuentran las intervenciones motivacionales (35). Estas consisten en entrevistas, llevadas a cabo por el profesional sanitario, que utilizan un estilo de comunicación basado en la motivación de la mujer. Como aspecto a destacar, en dichas entrevistas se promueve la autoeficacia de la madre a través de la identificación de las metas, así como las posibles dificultades que pueden surgir durante la lactancia (35).

Como resultado de estas intervenciones motivacionales, en efecto, las mujeres experimentaban un incremento en su autoeficacia, medida a través de la Escala de Autoeficacia para la Lactancia Materna (BSES-SF) (35). Consecuentemente, presentaban mayor duración de la lactancia materna, así como una disminución de síntomas depresivos, medidos a través de la EPDS (Cuestionario de Depresión Postparto de Edimburgo) (35).

Otra de las intervenciones más destacadas por parte de enfermería en el apoyo de la lactancia materna es la educación (36). Habitualmente, la enfermera es la primera que introduce información sobre la lactancia a mujeres embarazadas. Asimismo, la literatura defiende que las enfermeras disponen de mayores habilidades comunicativas, entre ellas la empatía, por lo que la educación es más efectiva si procede de estos profesionales sanitarios (36).

En consecuencia, se ha demostrado que la educación constituye un factor protector contra la depresión postparto (36). Las madres que han tenido acceso a una buena educación sobre lactancia materna por parte de una enfermera tienen una probabilidad del 54% menor de desarrollar síntomas depresivos (36).

La psicoterapia, mencionada anteriormente, así como las técnicas de relajación, se utilizan también como apoyo para la lactancia materna (37). Ambas son llevadas a cabo durante las consultas de postparto con la enfermera. Estas técnicas de relajación son potencialmente beneficiosas en aquellas madres que experimentan excesivo estrés durante el postparto, lo que conlleva riesgo para una lactancia materna exitosa (37).

Por otro lado, cabe mencionar las visitas al domicilio y las consultas telefónicas como intervenciones adicionales por parte de enfermería. Las visitas al domicilio de las madres durante las primeras 5 semanas de postparto han demostrado disminuir el abandono de la lactancia materna en un 14% (38). A pesar de esto, esta intervención no es viable a largo plazo, debido al flujo de pacientes que abarca una enfermera.

Es por ello por lo que se plantea como intervención igual de efectiva las consultas telefónicas, siendo esta más económica y viable (38). Estas consultas son llevadas a cabo por una enfermera especializada en lactancia maternal, de manera que las madres sientan que pueden expresar sus preocupaciones y dudas (38). Es preciso diferenciar las llamadas de menor calidad, en las que la enfermera se centra exclusivamente en la técnica de lactancia; de las llamadas de verdadero apoyo a la madre, siendo estas personalizadas y respetuosas (38).

Por último, es esencial tener en cuenta la opinión de las madres en la implementación de estas intervenciones enfermeras. Por ello, se llevó a cabo una entrevista con madres que habían padecido depresión postparto, en la que se abordaban sus experiencias con la lactancia materna (34). Estas mujeres expresaron que las intervenciones más efectivas en cuanto a su decisión y habilidad para la lactancia materna fueron las realizadas por un profesional especializado en el tema, de forma individualizada, y con un fin alentador y no crítico (34).

CAPÍTULO V: Investigar sobre el efecto protector de la lactancia materna para la depresión postparto presente en mujeres en el puerperio tardío.

La lactancia materna se trata de una práctica ampliamente reconocida por sus múltiples beneficios, entre los que se incluyen los beneficios psicológicos sobre la madre (39,40). Tras estudiar su impacto sobre la salud mental materna, se ha evidenciado su efecto positivo en la regulación del estado de ánimo. Dicho esto, se propone la lactancia materna como factor protector frente a múltiples trastornos de salud mental frecuentes en el postparto, quedando el bienestar emocional de la madre positivamente influenciado (40).

La relación que existe entre la depresión postparto y la lactancia materna es de carácter bidireccional (2,40–42). Si bien anteriormente se describe con detalle la relación causal entre la depresión postparto y el abandono precoz de la lactancia materna, resulta igual de importante abordar la lactancia materna como factor determinante del desarrollo de esta enfermedad. De este modo, una lactancia materna exitosa, llevada a cabo de forma satisfactoria, puede jugar un papel protector frente a la aparición de síntomas depresivos (2,39).

En 2021 se llevó a cabo un estudio cuyo objetivo era investigar el efecto de los patrones de alimentación de lactantes entre 1 y 6 meses sobre la depresión postparto materna (42). Para ello, se realizó un seguimiento de 71.448 mujeres durante estos meses. Como resultado, se obtuvo la conclusión de que la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses reducía el riesgo de depresión postparto (42).

Esta afirmación está determinada por varios factores que se desencadenan durante la lactancia materna, y que afectan positivamente la salud mental de la madre. A continuación, se exponen dichos factores.

Durante la lactancia materna se desencadenan una serie de sucesos hormonales que producen un efecto protector en la salud mental materna (39,41). En primer lugar, se ha confirmado que la lactancia materna se encuentra significativamente asociada al descenso en la producción de la hormona adrenocorticotrófica (ACTH) y el cortisol (39). Dichas hormonas mantienen un papel relevante en la salud mental de la mujer, principalmente controlando las respuestas al estrés, y de esta forma, determinando el desarrollo de trastornos como la ansiedad o la depresión postparto. Por consiguiente, el aumento de estas hormonas induce respuestas estresantes, aumentando los sentimientos ansioso-depresivos (39). Por el contrario, la LM actúa limitando la activación del eje hipotálamo-pituitario-adrenal, encargado de la producción de estas hormonas, consecuentemente reduciendo los síntomas depresivos (39).

Por otro lado, la oxitocina y la prolactina son dos hormonas que se liberan durante el amamantamiento del lactante, y presentan un efecto “antidepresivo” sobre la madre (2,41). Esto es debido a que dichas hormonas, principalmente la oxitocina, generan un sentimiento de calma en la madre durante la lactancia, disipando el miedo y aumentando la confianza (42).

La producción de estas hormonas ocurre cuando el lactante succiona el pezón, aumentando la eyección de leche materna. Este estímulo es transmitido al cerebro, que consecuentemente aumenta la producción de oxitocina y prolactina en la hipófisis materna (42). De igual manera, la producción de oxitocina materna aumenta cuando la madre mira al recién nacido. Existe una correlación positiva entre el contacto ocular mantenido y la liberación de oxitocina (42). La OMS recomienda a las madres que miren al lactante, o una foto de él, durante la práctica de la lactancia materna, para aumentar la producción de oxitocina y sus respectivos efectos positivos sobre la salud materna (42).

De igual modo, como se detalla anteriormente, la autoeficacia materna constituye un factor significativamente condicionante tanto en la lactancia materna como en la depresión postparto. Una LM exitosa puede mejorar el sentimiento de logro en las madres, reforzando su percepción

del rol materno. Esto, consecuentemente conlleva un aumento de su autoeficacia, directamente relacionada con una disminución de síntomas depresivos (2,39,40).

La satisfacción materna durante la lactancia también ejerce un papel determinante. Un aumento en la satisfacción materna, entendida como la percepción positiva de la mujer respecto a su experiencia con la lactancia materna, se encuentra altamente asociada a la disminución de síntomas depresivos en el postparto (22). Esto es debido al importante papel que presenta en la continuación de la lactancia materna, y, por lo tanto, en sus beneficios frente a dicha enfermedad (22). Un estudio ha demostrado que las madres que presentan una satisfacción disminuida durante la lactancia materna presentan una posibilidad de 3 a 15 veces mayor de interrumpir precozmente la lactancia, careciendo de su protección frente a la depresión (22).

Otro de los beneficios de la lactancia materna se trata del refuerzo del vínculo emocional materno-infantil (2,39–41). Durante esta práctica, se produce una interacción entre la madre y su recién nacido caracterizada por su cercanía, lo que ocasiona el desarrollo de sentimientos de seguridad y protección, que impactan positivamente en la salud mental materna (41).

Asimismo, una de las características más beneficiosas de esta interacción es el contacto piel con piel que se produce durante la lactancia materna (2,39). El contacto piel con piel, entendido como el recién nacido, vestido sólo con un pañal, posado en el pecho desnudo de su madre, tiene múltiples beneficios para la salud materna e infantil (43). Concretamente, el contacto piel con piel diario se trata de una práctica significativamente efectiva en la prevención de la depresión postparto (43). Dentro de los beneficios de esta práctica frente a dicha enfermedad, destacan, el refuerzo del vínculo emocional entre madre e hijo, un incremento de la calidad y duración de la lactancia materna, y un aumento de la eficacia de la madre en cuanto al rol materno (43).

En cuanto al patrón de sueño, la lactancia materna se encuentra asociada a cambios en los ciclos de sueño y vigilia tanto de la madre como del recién nacido. Un estudio llevado a cabo con el objetivo de investigar los patrones de sueño de mujeres en el postparto obtuvo como conclusión que las madres que practican la lactancia materna duermen aproximadamente 2,6 horas más que las que practican lactancia artificial (39). Esta afirmación obtiene relevancia, ya que la disminución de sueño nocturno afecta negativamente en la salud física y mental de la madre, lo que aumentaría el riesgo de desarrollar depresión postparto (39).

Asimismo, el descanso nocturno a su vez determina la calidad de la lactancia materna. En las mujeres que practican este tipo de lactancia, y por lo tanto presentan mayor duración de sueño nocturno, la prolactina se encuentra aumentada, mejorando así la producción de leche materna (39). Además, tal y como se menciona previamente, la prolactina se trata de una hormona con efecto “antidepresivo” (2,41), lo que reafirma que el descanso nocturno afecta positivamente al bienestar emocional materno (39).

Por último, es preciso enfatizar la posibilidad de controlar el desarrollo y evolución de la depresión postparto a través de la recomendación de la lactancia materna a madres primíparas, aportando información sobre esta práctica, así como apoyo durante ella (42). De igual manera, es necesaria la promoción de lactancia materna en aquellas mujeres que padecen depresión postparto, con la finalidad de disminuir las consecuencias de esta enfermedad sobre madre e hijo (10).

CONCLUSIONES

La depresión postparto se trata del trastorno psiquiátrico más prevalente durante esta etapa del periodo perinatal, constituyendo por ello un problema de salud pública a nivel global. Esta enfermedad representa un importante factor de riesgo para el establecimiento de un vínculo materno-infantil sano, alterando múltiples factores determinantes, como la expresividad afectiva o la percepción del desempeño del rol materno.

Como consecuencia directa de dicho entorno emocional inestable, la lactancia materna, práctica ampliamente reconocida por sus múltiples beneficios en la salud materna y del lactante, se ve gravemente afectada en su inicio y mantenimiento, alcanzando tasas de prevalencia en disminución. La satisfacción materna durante la lactancia, así como la autoeficacia percibida, componentes esenciales para el mantenimiento de una lactancia materna eficaz, se ven profundamente condicionados en madres que padecen depresión postparto.

En este sentido, debido al gran impacto que ocasiona la enfermedad en la calidad de vida de la madre, así como en el desempeño del rol materno, es preciso enfatizar el importante papel del profesional sanitario, en especial del equipo de enfermería, en el abordaje multidisciplinar de la enfermedad. La enfermería de Atención Primaria mantiene un rol fundamental en la prevención, detección y tratamiento temprano de la depresión postparto. A través de la relación de confianza que se establece en las consultas del postparto, las enfermeras llevan a cabo una importante labor de educación para la salud, así como el cribado de la enfermedad.

Del mismo modo, debido a la relación de carácter bidireccional entre una lactancia materna exitosa y la depresión postparto, la enfermería adquiere un rol muy relevante en el apoyo de la lactancia materna como principal factor protector frente al desarrollo de dicha enfermedad. Ofrecer una educación personalizada, un seguimiento estrecho de la lactancia y el apoyo emocional hacia la madre, han demostrado ser intervenciones considerablemente efectivas en la continuidad de la lactancia materna, disminuyendo por consiguiente la tasa de prevalencia de depresión postparto.

En relación con la bibliografía disponible respecto al tema estudiado, es fundamental ampliar y actualizar el cuerpo de conocimientos que actúan como base científica de los estudios publicados. A pesar de la existencia de múltiples fuentes de información sobre la relación causal entre la depresión postparto y el abandono de la lactancia materna, es preciso aumentar la evidencia científica para visibilizar el gran impacto que genera la depresión en la salud de la mujer, así como promocionar el reconocimiento del rol de enfermería en cuanto al abordaje de dicha enfermedad.

Por último, es esencial por parte de los sistemas sanitarios priorizar la atención a la salud mental dentro del cuidado de las mujeres en el postparto. Para ello, es necesario comenzar por una amplia formación de los profesionales sanitarios en cuanto a prevención y detección precoz de la depresión postparto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Lactancia materna [Internet]. [citado 17 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1
2. Dessì A, Pianese G, Mureddu P, Fanos V, Bosco A. From Breastfeeding to Support in Mothers' Feeding Choices: A Key Role in the Prevention of Postpartum Depression? Vol. 16, *Nutrients*. Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI); 2024.
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Semana de la Lactancia Materna: mitos y realidades [Internet]. 2024 [citado 3 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.unicef.es/noticia/semana-de-la-lactancia-materna-mitos-y-realidades>
4. Mercan Y, Selcuk KT. Association between postpartum depression level, social support level and breastfeeding attitude and breastfeeding self-efficacy in early postpartum women. *PLoS One*. 1 de abril de 2021;16(4 April 2021).
5. Fred K. Berger M addiction and forensic psychiatrist, SMHLJCAA reviewed by DCDMMDBCED and the ADAME team. Depresión posparto: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 17 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007215.htm>
6. Julie S. Moldenhauer. Depresión posparto - Depresión posparto - Manual MSD versión para profesionales [Internet]. [citado 16 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/atenci%C3%B3n-posparto-y-trastornos-asociados/depresi%C3%B3n-posparto>
7. Depresión perinatal - National Institute of Mental Health (NIMH) [Internet]. [citado 16 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-perinatal>
8. Ahmadinezhad GS, Karimi FZ, Abdollahi M, NaviPour E. Association between postpartum depression and breastfeeding self-efficacy in mothers: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 1 de diciembre de 2024;24(1).
9. Antúnez Ortigosa M, Martín Narváez N, Casilari Floriano JC, Mérida de la Torre FJ. Postpartum Depression, analysis of risk factors and nursing intervention. Literature Review. *Enfermería Cuidándote*. 8 de julio de 2022;5(3):19-29.
10. Lugo Anduaga Y, Guerrero Hernández RE, López Carbajal MJ. Depresión posparto como factor asociado al abandono de la lactancia materna. *Atención Familiar*. 24 de julio de 2019;26(3):90.
11. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. Vol. 372, *The BMJ*. BMJ Publishing Group; 2021.
12. Villegas Loaiza N, Paniagua Dachner A, Vargas Morales JA. Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. *Revista Medica Sinergia*. 18 de junio de 2019;4(7):e261.
13. Antúnez Ortigosa M, Martín Narváez N, Casilari Floriano JC, Mérida de la Torre FJ. Postpartum Depression, analysis of risk factors and nursing intervention. Literature Review. *Enfermería Cuidándote*. 8 de julio de 2022;5(3):19-29.
14. Dagher RK, Bruckheim HE, Colpe LJ, Edwards E, White DB. Perinatal Depression: Challenges and Opportunities. *J Womens Health*. 1 de febrero de 2021;30(2):154-9.

15. Cafiero PJ, Zabala PJ. Postpartum depression: Impact on pregnant women and the postnatal physical, emotional, and cognitive development of their children. An ecological perspective. Vol. 122, Archivos Argentinos de Pediatría. Sociedad Argentina de Pediatría; 2024.
16. Tsai JM, Tsai LY, Tsay SL, Chen YH. The prevalence and risk factors of postpartum depression among women during the early postpartum period: a retrospective secondary data analysis. Taiwan J Obstet Gynecol. 1 de mayo de 2023;62(3):406-11.
17. Wang Z, Liu J, Shuai H, Cai Z, Fu X, Liu Y, et al. Mapping global prevalence of depression among postpartum women. Vol. 11, Translational Psychiatry. Springer Nature; 2021.
18. van der Zee-van den Berg AI, Boere-Boonekamp MM, Groothuis-Oudshoorn CGM, Reijneveld SA. Postpartum depression and anxiety: a community-based study on risk factors before, during and after pregnancy. J Affect Disord. 1 de mayo de 2021;286:158-65.
19. Enciclopedia Médica A.D.A.M. MedlinePlus enciclopedia médica. 2022 [citado 23 de febrero de 2025]. La prueba de Apgar. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003402.htm>
20. Dr. Enrique Jadresic M. Depresión perinatal: detección y tratamiento. Revista Médica Clínica Los Condes. 2014;25(6):1019-28.
21. Arante FO, Tabb KM, Wang Y, Faisal-Cury A. The Relationship Between Postpartum Depression and Lower Maternal Confidence in Mothers with a History of Depression During Pregnancy. Psychiatric Quarterly. 1 de marzo de 2020;91(1):21-30.
22. de Avilla JC, Giugliani C, Leria Bizon AMB, Magnus Martins AC, Kroll de Senna AF, Justo Giugliani ER. Association between maternal satisfaction with breastfeeding and postpartum depression symptoms. PLoS One. 1 de noviembre de 2020;15(11 November).
23. Vieira E de S, Caldeira NT, Eugênio DS, Di Lucca MM, Silva IA. Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: A cohort study. Rev Lat Am Enfermagem. 2018;26.
24. Huber MO, Romero Jiménez M, Largo AM. Depresión materna perinatal y vínculo madre-bebé: consideraciones clínicas. 2015;12:77-87.
25. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. Vol. 15, Women's Health. SAGE Publications Ltd; 2019.
26. Konukbay D, Öksüz E, Guvenc G. Breastfeeding self-efficacy in terms of sleep quality, perceived social support, depression and certain variables: a cross-sectional study of postpartum women in Turkey. BMC Pregnancy Childbirth. 1 de diciembre de 2024;24(1).
27. Neupane S, de Oliveira CVR, Palombo CNT, Buccini G. Association between breastfeeding cessation among under six-month-old infants and postpartum depressive symptoms in Nevada. PLoS One. 1 de enero de 2024;19(1 January).
28. Islami MJ, Broidy L, Baird K, Rahman M, Zobair KM. Early exclusive breastfeeding cessation and postpartum depression: Assessing the mediating and moderating role of maternal stress and social support. PLoS One. 1 de mayo de 2021;16(5 May).
29. Dagla M, Mrvoljak-Theodoropoulou I, Karagianni D, Dagla C, Sotiropoulou D, Kontiza E, et al. Women's mental health as a factor associated with exclusive breastfeeding and breastfeeding duration: Data from a longitudinal study in Greece. Children. 1 de febrero de 2021;8(2).

30. Butler MS, Young SL, Tuthill EL. Perinatal depressive symptoms and breastfeeding behaviors: A systematic literature review and biosocial research agenda. Vol. 283, Journal of Affective Disorders. Elsevier B.V.; 2021. p. 441-71.
31. Zubaran C, Foresti K. The correlation between breastfeeding self-efficacy and maternal postpartum depression in southern Brazil. Sexual and Reproductive Healthcare. marzo de 2013;4(1):9-15.
32. Miguel Alcalá Galve., Laura Pilar López., Lucía Quintilla Campodarve., Inés Peralta Nicolás., Diego Klaas Fábregas., Paula Sánchez Acereda. Revista Sanitaria de Investigación. 2024 [citado 26 de marzo de 2025]. Intervenciones de enfermería en la depresión postparto. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/intervenciones-de-enfermeria-en-la-depresion-postparto/>
33. Rodríguez-Gallego I, Vila-Candel R, Corrales-Gutierrez I, Gomez-Baya D, Leon-Larios F. Evaluation of the Impact of a Midwife-Led Breastfeeding Group Intervention on Prevention of Postpartum Depression: A Multicentre Randomised Clinical Trial. Nutrients. 1 de enero de 2024;16(2).
34. Pezley L, Cares K, Duffecy J, Koenig MD, Maki P, Odoms-Young A, et al. Efficacy of behavioral interventions to improve maternal mental health and breastfeeding outcomes: a systematic review. Vol. 17, International Breastfeeding Journal. BioMed Central Ltd; 2022.
35. Franco-Antonio C, Santano-Mogena E, Chimento-Díaz S, Sánchez-García P, Cordovilla-Guardia S. A randomised controlled trial evaluating the effect of a brief motivational intervention to promote breastfeeding in postpartum depression. Sci Rep. 1 de diciembre de 2022;12(1).
36. Shen X, Lin S, Li H, Amaerjiang N, Shu W, Li M, et al. Timing of Breastfeeding Initiation Mediates the Association between Delivery Mode, Source of Breastfeeding Education, and Postpartum Depression Symptoms. Nutrients. 1 de julio de 2022;14(14).
37. Gómez L, Verd S, de-la-Banda G, Cardo E, Servera M, Filgueira A, et al. Perinatal psychological interventions to promote breastfeeding: a narrative review. Vol. 16, International Breastfeeding Journal. BioMed Central Ltd; 2021.
38. Fan WQ, Chan C, Paterson S, Foster K, Morrow M, Bourne D, et al. Weekly Proactive Telephone Breastfeeding Standard Care by Lactation Consultants in the First Month Postpartum Prolongs Breastfeeding for Up to 6 Months. Nutrients. 1 de mayo de 2023;15(9).
39. Tucker Z, O'Malley C. Mental Health Benefits of Breastfeeding: A Literature Review. Cureus. 15 de septiembre de 2022;
40. Billings H, Horsman J, Soltani H, Spencer RL. Breastfeeding experiences of women with perinatal mental health problems: a systematic review and thematic synthesis. BMC Pregnancy Childbirth. 1 de diciembre de 2024;24(1).
41. Mikšić Š, Uglešić B, Jakab J, Holik D, Milostić Srb A, Degmečić D. Positive effect of breastfeeding on child development, anxiety, and postpartum depression. Int J Environ Res Public Health. 1 de abril de 2020;17(8).
42. Shimao M, Matsumura K, Tsuchida A, Kasamatsu H, Hamazaki K, Inadera H. Influence of infants' feeding patterns and duration on mothers' postpartum depression: A nationwide birth cohort —The Japan Environment and Children's Study (JECS). J Affect Disord. 15 de abril de 2021;285:152-9.

43. Kirca N, Adibelli D. Effects of mother–infant skin-to-skin contact on postpartum depression: A systematic review. Vol. 57, *Perspectives in Psychiatric Care*. John Wiley and Sons Inc; 2021. p. 2014-23.

ANEXOS

ANEXO 1.

TABLA 3: Escala Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS)

| EN LOS ÚLTIMOS SIETE DÍAS: | |
|--|--|
| 1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas: | 0. Tanto como siempre 1. No tanto ahora 2. Mucho menos ahora 3. No, nada |
| 2. He disfrutado mirar hacia delante: | 0. Tanto como siempre 1. Menos que antes 2. Mucho menos que antes 3. Casi nada |
| 3. Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente: | 3. Sí, la mayor parte del tiempo 2. Sí, a veces 1. No con mucha frecuencia 0. No, nunca |
| 4. He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo: | 3. Sí, con mucha frecuencia 2. Sí, a veces 1. Casi nunca 0. No, nunca |
| 5. He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo: | 3. Sí, bastante 2. Sí, a veces 1. No, no mucho 0. No, nunca |
| 6. Las cosas me han estado abrumando: | 3. Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto 2. Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre 1. No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien 0. No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre |
| 7. Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir: | 3. Sí, la mayor parte del tiempo 2. Sí, a veces 1. No con mucha frecuencia 0. No, nunca |

| | |
|---|--|
| 8. Me he sentido triste o desgraciada: | 3. Sí, la mayor parte del tiempo 2. Sí, bastante a menudo 1. No con mucha frecuencia 0. No, nunca |
| 9. Me he sentido tan desdichada que he estado llorando: | 3. Sí, la mayor parte del tiempo 2. Sí, bastante a menudo 1. Sólo ocasionalmente 0. No, nunca |
| 10. Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño: | 3. Sí, bastante a menudo 2. A veces 1. Casi nunca 0. Nunca |
| Fuente: Dr. Enrique Jadresic M. Depresión perinatal: detección y tratamiento. Revista Médica Clínica Los Condes. 2014;25(6):1019-28. | |