



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid

UVa

Curso 2023-2024
Trabajo de Fin de Grado

Revisión Sistemática sobre la
Relación entre la Lactancia Materna y
la Depresión Postparto: Evidencia,
Mecanismos y Perspectivas

Pablo Raimundo Varela Trojaola

Tutora: Itziar Fernández Martínez

RESUMEN

Introducción: La lactancia materna (LM) es crucial para el desarrollo saludable de los bebés, proporcionando nutrientes y anticuerpos esenciales. Durante el embarazo y el postparto, las mujeres pueden experimentar una variedad de emociones, desde alegría hasta vulnerabilidad por lo que la calidad de la atención sanitaria en esta etapa es fundamental para prevenir y tratar problemas de salud mental. La depresión postparto (DPP), que afecta a un 10-15% de las mujeres, puede influir en la lactancia materna, aunque ésta también puede tener efectos protectores sobre la salud mental materna.

Objetivo: Realizar una revisión sistemática que permita recopilar, evaluar y sintetizar de manera rigurosa la evidencia disponible sobre la relación entre la LM y la DPP en la literatura.

Método: Se realizó una revisión sistemática en bases de datos científicas de salud como Pubmed y ScienceDirect, obteniendo 16 artículos relevantes.

Resultados y discusión: Se abordaron tres áreas: la relación entre lactancia materna y depresión posparto, su efecto protector, y los posibles mecanismos biológicos. Destacamos la relación protectora, enfatizando la superioridad de la lactancia exclusiva. Es crucial promoverla como estrategia de salud pública y apoyar intervenciones durante el embarazo y posparto, sugiriendo mecanismos biológicos subyacentes como la regulación del estrés y sueño.

Conclusiones: los hallazgos de este estudio respaldan la importancia de fomentar la LM como una estrategia integral para la prevención y manejo de la DPP, al tiempo que subrayan la necesidad de continuar investigando.

Palabras clave: Lactancia Materna, Depresión Postparto, Intervenciones de apoyo, oxitocina, prevención.

ABSTRACT

Introduction: Breastfeeding is crucial for the healthy development of babies, providing them with essential nutrients and antibodies. During pregnancy and postpartum, women can experience a variety of emotions, from joy to vulnerability, so the quality of health care at this stage is essential to prevent and treat mental health problems. Postpartum depression, which affects 10-15% of women, can influence breastfeeding, although it can also have protective effects on maternal mental health.

Objective: To carry out a systematic review that allows for the rigorous collection, evaluation and synthesis of the available evidence on the relationship between BF and PPD in the literature.

Method: A systematic review was carried out in scientific health databases such as Pubmed and ScienceDirect, obtaining 16 relevant articles.

Results and discussion: Three areas were addressed: the relationship between breastfeeding and postpartum depression, its protective effect, and possible biological mechanisms. We highlight the protective relationship, emphasizing the superiority of exclusive breastfeeding. It is crucial to promote it as a public health strategy and support interventions during pregnancy and postpartum, suggesting underlying biological mechanisms such as stress regulation and sleep.

Conclusions: The findings of this study support the importance of promoting BF as a comprehensive strategy for the prevention and management of PPD, while highlighting the need for continued research.

Keywords: Breastfeeding, Postpartum Depression, Supportive interventions, oxytocin, prevention.

1. ÍNDICE

2.	INTRODUCCIÓN.....	1
3.	JUSTIFICACIÓN.....	3
4.	OBJETIVOS.....	4
5.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	5
6.	ESQUEMA PICO.....	5
7.	METODOLOGÍA.....	5
a.	DISEÑO.....	5
b.	FUENTES DE DATOS Y ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA.....	5
c.	CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD.....	8
i.	Criterios de inclusión.....	8
ii.	Criterios de exclusión.....	9
d.	EVALUACIÓN DE LA EVIDENCIA.....	9
8.	RESULTADOS.....	11
a.	ESCALAS.....	11
b.	RELACIÓN ENTRE LA LACTANCIA MATERNA Y LA DEPRESIÓN POSTPARTO.....	13
c.	LACTANCIA MATERNA COMO FACTOR PROTECTOR DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO.....	15
d.	MECANISMOS BIOLÓGICOS.....	17
9.	DISCUSIÓN.....	19
a.	Limitaciones y fortalezas.....	22
10.	CONCLUSIONES.....	24
11.	BIBLIOGRAFÍA.....	26
12.	ANEXOS.....	30
	Anexo 1. Características de los distintos documentos encontrados. Elaboración propia.....	30

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Esquema PICO.	5
Tabla 2.	Palabras clave. Términos DeCS y MeSH	6
Tabla 3.	Niveles de evidencia del JBI por efectividad.	10
Tabla 4.	Grados de recomendación del JBI.....	11

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Diagrama de flujo de la estrategia de búsqueda. PRISMA. Elaboración propia.....	8
Figura 2.	Número de artículos por año, desde 2012 a 2024.....	8

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

BAI: Inventario de ansiedad de Beck

BDI: Inventario de depresión de Beck

DeCS: Descriptores en ciencias de la salud

DPP: Depresión posparto

EPDS: Escala de depresión postparto de Edimburgo

HPA: Eje hipotálamo, hipófisis, adrenales

IC: Intervalos de confianza

IMC: Intervención motivacional

JBI: Joanna Briggs Institute

LM: Lactancia Materna

LME: Lactancia materna exclusiva

MeSH: Medical subjects headings

RLM: Rechazo a la lactancia materna

OR: Odds Ratio

OMS: Organización Mundial de la Salud

PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

PSS: Escala del estrés percibido

TFG: Trabajo de fin de grado.

UNICEF: Fondo de las naciones unidas para la infancia

2. INTRODUCCIÓN

La lactancia materna (LM) es un proceso por el cual la madre a través de sus senos alimenta al recién nacido ⁽¹⁾. La leche materna es el alimento ideal para los lactantes. Es segura, limpia y, además, contiene todos los nutrientes, la energía y anticuerpos los cuales protegen de muchas enfermedades propias de la infancia, que el bebé necesita durante los primeros meses de vida. Por ello, es considerada una de las mejores vías para garantizar la salud y supervivencia de los niños. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el fondo de las naciones unidas para la infancia (UNICEF) recomiendan el inicio de la lactancia materna durante la hora posterior al parto, así como su continuidad de manera exclusiva hasta los 6 meses de vida ⁽²⁾.

Con respecto al embarazo y al postparto, muchas mujeres aseguran que “hay un antes y un después tras el nacimiento de tu bebé” ⁽³⁾. Aunque para la mayoría de padres y madres esta etapa es enriquecedora, fluida, llena de alegría y posibilidades, para otros, es un período nuevo, donde la vulnerabilidad, y la fragilidad emocional se hacen presentes, acompañadas de la aparición de miedos e inseguridades. En estos casos, la transición hacia el nuevo rol parental puede presentarse como algo ajeno. Este conjunto de emociones puede provocar que se vea alterado el equilibrio y fortaleza necesarios para afrontar este período ⁽⁴⁾.

Por lo tanto, la calidad de la atención sanitaria, durante estas etapas, será crucial para promover el bienestar y la salud materna. Las enfermeras proporcionan información educativa y asesoramiento a las mujeres embarazadas y a sus parejas sobre el cuidado prenatal, la nutrición, la preparación para el parto, el cuidado del recién nacido y la lactancia materna. Además, ofrecen apoyo emocional y psicológico crucial para ayudar a las madres a enfrentar los cambios físicos y emocionales que acompañan al embarazo y al postparto. Enseñan técnicas de autocuidado esenciales durante el embarazo y el postparto, como la importancia de una alimentación saludable, el ejercicio moderado, el descanso adecuado y la gestión del estrés. Asimismo, las enfermeras están capacitadas para detectar signos de complicaciones durante el embarazo, el parto y el postparto, y remitir a las pacientes a otros profesionales de la salud, como

obstetras, ginecólogos o psicólogos, según sea necesario, asegurando así una atención integral y oportuna ⁽⁵⁾.

Hasta la segunda mitad de la década de 1980, existía la concepción predominante de que la maternidad, especialmente el embarazo, estaba casi invariablemente vinculada a un estado de bienestar emocional y a la ausencia de trastornos mentales. Aunque se reconocía que las mujeres con problemas psiquiátricos podían quedar embarazadas y que las madres recientes eran un poco más susceptibles, prevalecía la noción de que las mujeres gestantes no sufrían trastornos psíquicos. Fue la psiquiatra Gisela B. Oppenheim quien desafió por primera vez de manera explícita este mito arraigado, al plantear en un texto inglés de la época la siguiente pregunta al iniciar el capítulo sobre trastornos psicológicos durante el embarazo: "¿Realmente el embarazo, como se afirmaba con frecuencia, actúa como un escudo protector contra las enfermedades mentales para la futura madre?" ⁽⁶⁾.

En la actualidad, cerca del 80% de las mujeres, sufren algún tipo de alteración del estado de ánimo durante el embarazo o puerperio. Algunas mujeres manifiestan síntomas transitorios y leves como la tristeza y el llanto. Sin embargo, entre el 8-25% de las mujeres manifiestan algún tipo de trastorno incapacitante y persistente. En este último grupo, el 50% permanecen sin diagnosticar, de ahí la importancia de diagnosticar y tratar estos trastornos a tiempo ⁽⁷⁾.

Inmediatamente tras el nacimiento, muchas mujeres sufren una serie de síntomas que corresponden a un trastorno del estado de ánimo denominado tristeza postparto o *baby blues*. Suele aparecer entre los días 3 y 7 tras el nacimiento, y es causado por cambios hormonales psicológicos y sociales ⁽⁸⁾. Sin embargo, entorno al 15% de las mujeres, desarrollan un trastorno psiquiátrico denominado depresión postparto (DPP) dentro de los 12 primeros meses ⁽⁹⁾. Se caracteriza como un episodio depresivo mayor que se manifiesta durante las primeras cuatro semanas después del parto, con una duración mínima de dos semanas. La incidencia de este fenómeno se sitúa en un rango del 10 al 15%, y la posibilidad de recurrencia en partos subsiguientes alcanza hasta el 70% ⁽¹⁰⁾.

Entre los factores de riesgo asociados con el desarrollo de esta enfermedad, se incluyen antecedentes de depresión pregestacional o gestacional, trastornos disfóricos menstruales previos, historial de hiperémesis gravídica, edad materna temprana, carencia de apoyo social o familiar, estatus de inmigrante, ausencia de pareja, trastornos por abuso de sustancias, la experiencia previa de *baby blues* en las semanas anteriores, así como trastornos del sueño tanto en la madre como en el recién nacido ⁽¹¹⁾.

La DPP se puede identificar a través de síntomas como irritabilidad, anhedonia, ansiedad, desánimo persistente y sentimientos de culpa, entre otros. Además, la salud del bebé y la relación entre la madre y el hijo también pueden verse afectadas por esta condición ⁽¹²⁾.

La asociación entre la DPP y la LM no es concluyente, ya que los resultados conocidos son disonantes y poco claros ⁽¹³⁾. Las dificultades en la LM y el proceso de destete son factores que contribuyen al incremento de las tasas de DPP, respaldando la influencia positiva de la LM en la atenuación de los síntomas de la DPP ⁽¹²⁾. Las mujeres que practican la LM muestran una menor incidencia de DPP, lo que podría apoyar la tesis de que ciertos efectos hormonales vinculados con la lactancia pueden ejercer un papel protector en la salud mental. Se ha observado que la oxitocina y la prolactina, hormonas asociadas con la lactancia, poseen propiedades antidepresivas y ansiolíticas, sugiriendo así beneficios para la salud mental de las madres. Además, la lactancia también se ha relacionado con respuestas neuroendocrinas al estrés atenuadas, proporcionando un elemento de protección para la salud psicológica materna ⁽¹⁴⁾. No obstante, es importante señalar que existe una alta probabilidad de que la DPP incida negativamente en la capacidad de llevar a cabo la LM ⁽¹⁵⁾.

3. JUSTIFICACIÓN

Las condiciones de salud mental están afectando a un número cada vez mayor de individuos, una realidad evidente al observar nuestro entorno cercano. Específicamente, la DPP impacta a un número significativamente mayor de mujeres de lo que comúnmente se percibe, ya que las tasas de diagnóstico siguen siendo notoriamente bajas en la actualidad, y consecuentemente, lo son también las tasas de tratamiento. Este fenómeno repercute directamente en la

madre, el hijo y su entorno inmediato, constituyendo así un serio problema de salud pública.

Una de las responsabilidades fundamentales del personal de enfermería es brindar apoyo y cuidado a los pacientes a lo largo de todas las etapas de sus vidas, incluyendo el período postparto. Específicamente, la labor de prevenir y detectar de manera temprana posibles patologías o problemas asociados se traduce directamente en una mejora en la calidad de vida de los pacientes cuando se lleva a cabo de manera efectiva. Actuar antes de que los problemas potenciales se arraiguen por completo en la vida de los pacientes tiene un impacto significativo en su bienestar general.

En el presente estudio se realiza una revisión sistemática centrada en la relación entre la LM y la DPP. El propósito de esta revisión es integrar la información disponible sobre la LM y la DPP en la literatura, con el fin de identificar posibles áreas de investigación futura que contribuyan a mejorar la comprensión de la conexión entre ambas.

4. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Realizar una revisión sistemática que permita recopilar, evaluar y sintetizar de manera rigurosa la evidencia disponible sobre la relación entre la LM y la DPP en la literatura.

Objetivos específicos

- Realizar una búsqueda exhaustiva de bases de datos científicas para identificar y seleccionar estudios relevantes que investiguen la LM y la DPP, utilizando criterios de inclusión y exclusión predefinidos.
- Evaluar la calidad metodológica de los estudios incluidos.
- Extraer datos pertinentes de los estudios seleccionados que permitan:
 - Evaluar la incidencia y/o prevalencia de la DPP en mujeres que practican la LM, en comparación con aquellas que no lo hacen.
 - Comparar la gravedad de los síntomas de la DPP en mujeres que practican la LM y mujeres que no lo hacen.
 - Analizar los posibles efectos protectores de la LM sobre la DPP.

- Investigar posibles mecanismos biológicos o psicosociales involucrados en la relación entre la LM y la DPP.
- o Identificar lagunas en el conocimiento y áreas de investigación futura que puedan ayudar a esclarecer aún más la naturaleza de la relación entre la LM y la DPP.

5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la relación entre la práctica de la LM y la incidencia, severidad y duración de la DPP en madres, según la evidencia disponible en estudios científicos publicados hasta la fecha?

6. ESQUEMA PICO

Tabla 1. Esquema PICO.

P (población)	Mujeres en el puerperio sin restricciones por edad, raza o ubicación geográfica
I (intervención)	Lactancia materna exclusiva o parcial.
C (comparador)	Evaluación comparada de madres que practican la LM y madres que sí la practican en diferentes niveles (exclusiva o parcial) con y sin DPP.
O (resultado)	Determinar la presencia o ausencia de DPP, la gravedad de sus síntomas y su duración y persistencia .

7. METODOLOGÍA

a. DISEÑO

Para la elaboración de este trabajo de fin de grado (TFG), se realizó una evaluación exhaustiva de la evidencia científica sobre la relación entre la LM y la DPP. Para ello, se llevó a cabo una revisión sistemática a través de las principales bases de datos de Ciencias de la Salud.

b. FUENTES DE DATOS Y ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA

Para establecer los objetivos de este trabajo, se adoptaron las recomendaciones de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y *medical subjects headings* (MeSH) descritos en la tabla 2 unidos por el operador booleano "AND". Posteriormente, se llevó a cabo una exhaustiva revisión bibliográfica en las

principales bases de datos de ciencias de la salud, así como artículos de revistas científicas como *Women's Health*.

Tabla 2. Palabras clave. Términos DeCS y MeSH

DeCS	MeSH
Depresión postparto	"postpartum depression"
Lactancia materna	"breastfeeding"
Salud mental	"mental health"

La búsqueda bibliográfica se centró principalmente en las bases de datos Pubmed ⁽¹⁶⁾ y Sciencedirect ⁽¹⁷⁾.

- **Pubmed.** En una primera búsqueda, se emplearon las palabras claves "*breastfeeding*" AND "*postpartum depression*"; con filtros de fecha limitados a los años posteriores a 2012, a la especie humana, y restringiendo el tipo de artículo a libros y documentos, ensayos clínicos, metaanálisis, revisiones y revisiones sistemáticas. Además, se especificó documentos de acceso abierto para poder acceder a ellos sin restricciones. Se obtuvieron 90 artículos sobre los que se realizó un nuevo cribado utilizando durante la búsqueda el término "[MH]" para incluir aquellos artículos que contienen los términos del "*Medical Subject Headings*". Tras esto se obtuvieron un total de 42 resultados. Tras una revisión de títulos y resúmenes, se seleccionaron 25 artículos para una evaluación más detallada. Finalmente, después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron 7 artículos para un análisis completo.

Debido al escaso número de artículos seleccionados en la primera búsqueda, se realizó una segunda con los mismos criterios, excepto la combinación de palabras clave, que fue modificada a "*breastfeeding*" AND "*mental health*". Se obtuvieron 119 artículos, que, tras una revisión completa, pasando por el filtro de selección según el título y el resumen, se identificaron 3 artículos adicionales, lo que resultó en un total de 10 artículos entre ambas búsquedas en Pubmed.

- **Sciencedirect** En esta base de datos se emplearon las palabras clave “*breastfeeding*” AND “*postpartum depression*”; con un rango de fechas desde 2012 a 2024, y seleccionando únicamente artículos de revisión e investigación, en inglés o español, y con acceso abierto. Esta búsqueda inicial arrojó un total de 652 resultados. Con el fin de reducir el número de artículos obtenidos, se llevó a cabo una búsqueda avanzada seleccionando aquellos que incluían las palabras clave en sus títulos, manteniendo los mismos filtros de búsqueda. Como resultado, se obtuvieron 153 resultados, de los cuales, tras realizar una lectura del título y resumen, resultaron en 54 artículos. Por último, tras realizar una evaluación aplicando los criterios de inclusión y exclusión, quedaron seleccionados un total de 6 artículos en la revisión.

Además, gracias a la búsqueda de artículos en *google scholar*, con las palabras clave “*breastfeeding*” AND “*mental health*”, se encontró un artículo de la revista *Women’s Health* que finalmente fue incluido en la revisión.

El proceso de identificación y selección de artículos se resume en la Figura 1.

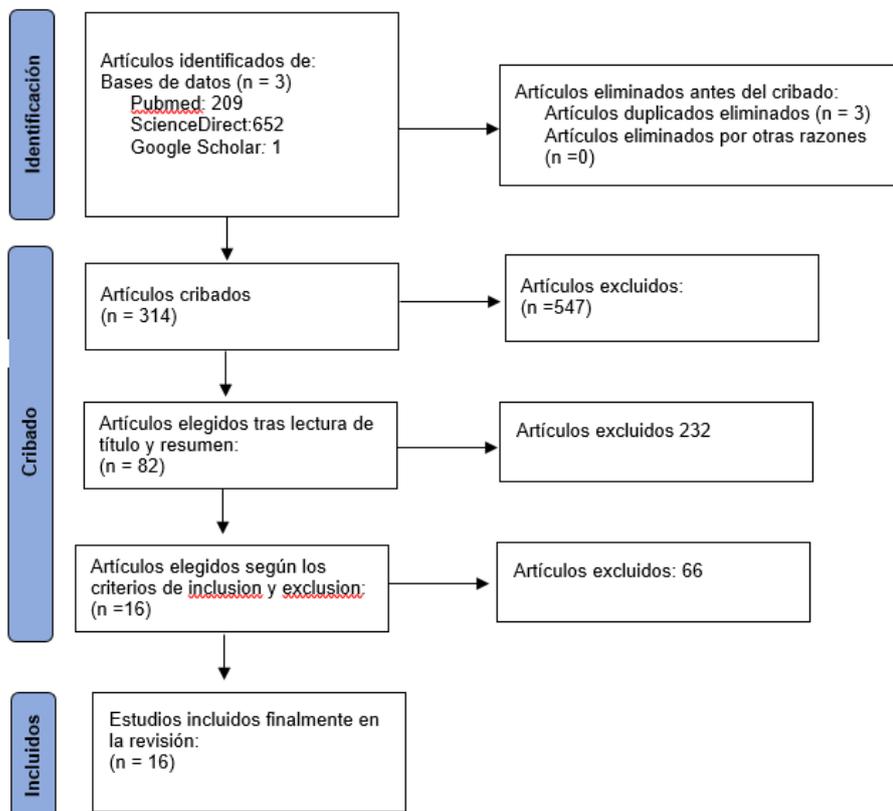


Figura 1. Diagrama de flujo de la estrategia de búsqueda. PRISMA.

Elaboración propia

Desde un punto de vista cuantitativo, el resultado de la revisión fue una muestra de 16 artículos. De ellos, el 31,25% (5 artículos) provienen de ScienceDirect, mientras que el 62,5% (10 artículos) fueron seleccionados de Pubmed. El 6,25% restante corresponde al artículo publicado en la revista *Women's Health*.

Teniendo en cuenta el año de publicación de los artículos seleccionados, encontramos que un 12% (2 artículos) se publicaron entre 2012-2013; un 30% (referido a 5 artículos) se publicaron entre 2014-2015; un 35% (5 artículos) se publicaron entre los años 2020-2022; y por último un 23% (4 artículos) se publicaron en 2023 y 2024 (Figura 2). La estabilidad en la producción de artículos sobre este tema, podría sugerirnos una continuidad en el interés, por parte de la comunidad académica y científica, por explorar y comprender los diversos aspectos relacionados con la LM y la DPP en los últimos años.



Figura 2. Número de artículos por año, desde 2012 a 2024.

c. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Se establecieron unos criterios de inclusión y exclusión para seleccionar los artículos y documentos más relevantes estrechamente relacionados con el objetivo de esta revisión.

i. Criterios de inclusión

- Estudios que involucren a mujeres en periodo postparto y que evalúen la LM como factor de interés.

- Estudios que comparen diferentes aspectos de la LM o que incluyan un grupo de comparación relevante.
- Estudios que investiguen la relación entre la LM y la DPP como resultado principal o secundario.
- Documentos escritos en inglés o español.
- Documentos cuyo contenido esté disponible en texto completo.
- Publicaciones con información actualizada.
- Ensayos clínicos controlados aleatorizados, cohortes, estudios de casos y controles, estudios transversales, revisiones sistemáticas y metaanálisis.

ii. Criterios de exclusión

- Estudios que no incluyan mujeres en periodo postparto y que no aborden la LM como factor de interés.
- Estudios que carezcan de un grupo de comparación relevante o que no comparen aspectos relevantes de la LM.
- Estudios que no investiguen la relación entre la LM y la DPP como resultado principal o secundario.
- Estudios con contenidos no relacionados con el ámbito sanitario, o centrado únicamente en el área médica de diagnóstico.
- Documentos escritos en idiomas diferentes al inglés o español.
- Documentos cuyo contenido no esté disponible en texto completo
- Documentos con antigüedad superior a 15 años.
- Artículos que no incluyan las palabras claves empleadas para su búsqueda.
- Estudios con deficiencias metodológicas relevantes o alta probabilidad de sesgo.

d. EVALUACIÓN DE LA EVIDENCIA

Para realizar la evaluación de la evidencia científica en los artículos seleccionados se utilizaron los niveles de evidencia ⁽¹⁸⁾ y grados de recomendación ⁽¹⁹⁾ establecidos por el *Joanna Briggs Institute* (JBI). El JBI, reconocido como un centro internacional de investigación y desarrollo en materia de cuidados de salud basados en la evidencia, tiene como objetivo proporcionar las mejores evidencias para informar las decisiones clínicas en el punto de

atención ⁽²⁰⁾. Los niveles de evidencia del JBI clasifican la fuerza de la evidencia científica en base a la calidad metodológica y el diseño del estudio, mientras que los grados de recomendación indican el nivel de confianza en las recomendaciones derivadas de la evidencia disponible. En el contexto de este TFG, las Tablas 3 y 4 resumen la guía utilizada.

Tabla 3. Niveles de evidencia del JBI por efectividad.

Nivel I	Revisión sistemática y metaanálisis de ensayos controlados aleatorios (ECA)	Metaanálisis, de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
Nivel II	Diseños experimentales	Ensayos controlados aleatorizados o estudios de intervención con asignación aleatoria.
Nivel III	Diseños cuasi-experimentales	Estudios con asignación no aleatoria, como ensayos clínicos controlados no aleatorizados o estudios de cohortes controlados.
Nivel IV	Observacional-diseños analíticos	Estudios observacionales analíticos, incluyendo estudios de casos y controles, estudios de cohortes y estudios de series temporales interrumpidas.
Nivel V	Observacional-estudios descriptivos	Estudios descriptivos, como estudios de casos, series de casos y estudios transversales.
Nivel VI	Opinión de expertos y búsqueda en comités.	Opiniones de expertos, consensos de expertos, opiniones de comités y

		recomendaciones de práctica clínica sin evidencia empírica.
--	--	---

Tabla 4. Grados de recomendación del JBI.

Grado A	Grado B
<p>Recomendación “fuerte”:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los efectos deseables superan a los indeseables. • Hay evidencia de calidad adecuada que apoye su uso. • Hay un beneficio con impacto en el uso de recursos. • Se tuvieron en cuenta los valores, las preferencias y la experiencia del paciente. 	<p>Recomendación “débil”:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los efectos deseables parecen superar a los indeseables, pero no está claro. • No hay evidencia de calidad adecuada. • Hay un beneficio sin impacto o con uno mínimo sobre el uso de recursos. • Los valores, preferencias y la experiencia en los pacientes pueden o no se han tenido en cuenta.

8. RESULTADOS

a. ESCALAS

En muchos de los estudios seleccionados se han utilizado escalas para la evaluación y valoración de la depresión de los sujetos a estudio. A continuación, se resumen las cuatro escalas que aparecen en los estudios seleccionados en este TFG. Es importante destacar que ninguna de ellas proporciona un diagnóstico de depresión, ansiedad o estrés por sí mismo, pero las puntuaciones obtenidas suelen servir como indicadores de la gravedad de los síntomas y ayudar en la evaluación clínica.

- La escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) es una herramienta de autoevaluación que se utiliza para valorar los síntomas

comunes de depresión en mujeres después del parto, e identificar aquellas en riesgo de depresión perinatal durante el primer año tras el parto. El cuestionario está constituido por 10 ítems que exploran síntomas cognitivos y conductuales asociados con la depresión. La EPDS proporciona una medida rápida y eficiente de la gravedad de los síntomas. Cada ítem se evalúa en una escala de 4 puntos, que va desde 0 (ausencia de síntomas) hasta 3 (síntomas graves). Se analizan una variedad de síntomas que incluyen sentimientos de tristeza, fatiga, ansiedad, y dificultades para dormir, entre otros. La puntuación total se calcula sumando las respuestas de cada ítem, en un rango de 0 a 30. Un punto de corte comúnmente utilizado es una puntuación mayor de 10, lo que indica una mayor probabilidad de depresión. Sin embargo, es importante tener en cuenta que este punto de corte puede variar dependiendo del contexto y la población estudiada. Se puede consultar información detallada en ⁽²¹⁾.

- El inventario de depresión de Beck (BDI) es una herramienta de autoevaluación ampliamente utilizada para evaluar la gravedad de los síntomas de depresión en individuos en general. Consta de 21 ítems que exploran una variedad de síntomas emocionales, cognitivos y físicos asociados con la depresión. Cada ítem del BDI presenta múltiples opciones de respuesta, que van desde 0 hasta 3, reflejando la intensidad de los síntomas experimentados por el individuo. La puntuación total se calcula sumando las respuestas a cada ítem, con un rango posible de puntuación que oscila entre 0 y 63. Se establecen cuatro categorías de gravedad basadas en el rango de puntuación total: (i) Una puntuación de 0 a 13 indica una gravedad mínima de los síntomas de depresión, (ii) una puntuación de 14 a 19 sugiere una gravedad leve, (iii) una puntuación de 20 a 28 indica una gravedad moderada; y (iv) una puntuación de 29 a 63 señala una depresión grave. Información más detallada en ⁽²²⁾.
- El inventario de ansiedad de Beck (BAI) es un cuestionario de autoinforme compuesto de 21 ítems para evaluar los síntomas somáticos de ansiedad y distinguir entre ansiedad y depresión. Cada ítem del BAI presenta diversas opciones de respuesta, que se califican en una escala Likert de 4 puntos, que van desde 0 hasta 3, reflejando la frecuencia e

intensidad de los síntomas de ansiedad experimentados por el individuo. La puntuación total se calcula sumando las respuestas a cada ítem, lo que da lugar a un rango posible de puntuación entre 0 y 63. La interpretación de la puntuación total obtenida en el BAI puede proporcionar una estimación de la gravedad de la ansiedad experimentada por el individuo según los siguientes rangos: (i) Puntuaciones de 0 a 7 sugieren ansiedad normal o la ausencia de ansiedad; (ii) puntuaciones de 8 a 15 indican ansiedad leve a moderada; (iii) puntuaciones de 16 a 25 señalan ansiedad de moderada a grave; y (iv) puntuaciones de 26 a 63 sugieren ansiedad grave. Se puede obtener información detallada en ⁽²³⁾.

- La escala del estrés percibido (PSS) es un instrumento de auto informe diseñado para evaluar el nivel de estrés percibido durante el último mes. Consta de 14 ítems que abordan diferentes aspectos del estrés percibido en la vida cotidiana. Los participantes responden a cada ítem utilizando una escala de cinco puntos, donde 0 representa "nunca", 1 equivale a "casi nunca", 2 corresponde a "de vez en cuando", 3 significa "a menudo" y 4 indica "muy a menudo". La puntuación total se calcula sumando las respuestas a cada ítem, lo que resulta en un rango posible de puntuación total entre 0 y 56. Una puntuación más alta en la PSS indica un mayor nivel de estrés percibido experimentado por el individuo durante el último mes. Información más detallada en ⁽²⁴⁾.

b. RELACIÓN ENTRE LA LACTANCIA MATERNA Y LA DEPRESIÓN POSTPARTO

En cuanto a la prevalencia de la DPP a nivel mundial, según Caparros-González, 2018 ⁽⁹⁾ esta cifra se encontraría en torno al 15% de las mujeres en el periodo postparto.

Según la revisión sistemática realizada por Dias, C. C., Figueiredo, B., 2015 ⁽²⁵⁾ una duración más corta de la LM se asoció con tasas más altas de síntomas depresivos y DPP. También concluyeron que las dificultades para amamantar, y una menor confianza en llevar a cabo una LM adecuada, se han asociado con más síntomas depresivos y una mayor incidencia de DPP. Además, mostraron que la DPP y los síntomas depresivos postparto predicen una menor duración de la LM.

Bugaeva et al., 2023 ⁽²⁶⁾ en su revisión sistemática, sugirieron que las mujeres que amamantaron con más frecuencia a los 3 meses después del parto experimentaron una disminución más importante en la sintomatología depresiva a lo largo del tiempo en comparación con las mujeres que amamantaron con menos frecuencia. Además, encontraron que, tras 24 meses desde el nacimiento, los niveles de síntomas depresivos fueron menores entre las mujeres que amamantaban con mayor frecuencia. Sin embargo, es importante destacar que el estudio presenta algunas limitaciones que afectan la interpretación de los resultados. En primer lugar, la disponibilidad limitada de estudios de alta calidad, ya que en esta revisión se utilizaron principalmente en estudios observacionales. Esto podría tener un efecto negativo en la fiabilidad y calidad de las conclusiones, ya que los estudios observacionales pueden estar sujetos a diversos tipos de sesgos, entre los que destacan el sesgo de selección o la presencia de variables confusoras. En segundo lugar, los estudios incluidos pueden no ser representativos de todas las poblaciones o entornos, lo que limita la generalización de los hallazgos. Por último, la certeza de la evidencia Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE), un sistema de clasificación utilizado para evaluar la calidad y la certeza de la evidencia en la investigación médica y de salud, fue bastante baja, lo que implica un grado de incertidumbre en las conclusiones obtenidas.

Mikšić, et al., 2020 ⁽²⁷⁾ llevaron a cabo un estudio de cohorte prospectivo en centros de salud y durante visitas domiciliarias de enfermeras para evaluar la relación de la LM y la ansiedad y depresión en meses posteriores al parto. Utilizaron varias escalas, como la EPDS, el BDI, y el BAI, descritas anteriormente. Los resultados mostraron diferencias significativas entre las madres que amamantaron y las que no en términos de ansiedad y depresión tres meses después del parto. Las madres que no amamantaron presentaron valores medios más altos en la escala BDI (3,53 vs 2,28; $p < 0,05$) en comparación con las que sí lo hicieron. Además, la ansiedad postparto medida por el BAI mostró una correlación estadísticamente significativa y negativa con la duración de la LM. En cuanto a la escala EPDS, el 85,7% de los participantes obtuvieron una puntuación inferior a 10, lo que indica que no tenían riesgo de sufrir DPP. Notablemente, estas madres, amamantaron a sus hijos con más frecuencia en

comparación con las madres con puntuaciones superiores a 10 en la escala EPDS.

En un metaanálisis realizado por Xia, et al., 2020 ⁽²⁸⁾ se estimó la asociación de la LM y la DPP. Para ello, se comparó la LM exclusiva (LME) con dos escenarios: el rechazo a la LM (RLM) y la LM parcial (LMP). Los resultados revelaron que la LME se asoció con un riesgo significativamente menor de DPP en comparación con el RLM, con una odds ratio (OR) de 0,47 (Intervalo de confianza del 95% (IC 95%) 0,27–0,66). Además, al comparar la LME con la LMP, se observó un riesgo ligeramente menor de desarrollar DPP, con una diferencia entorno al 8%. En lo que respecta a la duración de la LME, se encontró una asociación inversa entre duración y riesgo. Específicamente, periodos más largos de la LME se relacionaron con menores riesgos de DPP. Se observó que aquellos con menos de un mes de LME tenían una OR de 0,94 (IC 95 % 0,89–0,99), mientras que los que tenían más de un mes de LME mostraron una OR de 0,63 (IC 95 % 0,47–0,79). Estos hallazgos indican una reducción progresiva en el riesgo de DPP a medida que aumenta la duración de la LME.

Por último, en su estudio retrospectivo transversal, Pope, et al., 2016 ⁽²⁹⁾ investigaron si las mujeres que no intentaron amamantar tenían un riesgo mayor de DPP. Los resultados de su análisis mostraron una asociación significativa e inversa entre la duración de la LME y las puntuaciones de la EPDS. Esto sugiere que una duración más corta de la LME aumentó el riesgo de DPP como se evidenció por un aumento en las puntuaciones de la EPDS. En este estudio, también se examinó la relación entre la duración de cualquier tipo de lactancia y la presencia de depresión comparando dos grupos de mujeres con y sin depresión. Sin embargo, el tamaño del efecto de esta asociación resultó insignificante, lo que sugiere que es poco probable que esta asociación se traduzca en observaciones clínicamente relevantes.

c. LACTANCIA MATERNA COMO FACTOR PROTECTOR DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO

Modak, et al., 2023 ⁽³⁰⁾ realizaron una revisión bibliográfica para examinar a fondo las ventajas psicológicas de la LM. Entre todas estas ventajas, destacaron el aumento de autoestima y la confianza materna ya que proporcionar directamente nutrición y sustento del cuerpo de una madre genera una profunda

sensación de logro y capacidad. Además, superar los obstáculos asociados con la LM, como perfeccionar las técnicas de agarre y garantizar un suministro adecuado de leche, cultiva un nuevo sentido de dominio y seguridad. Destacaron también los efectos positivos de la LM en la salud mental materna y la felicidad general. Entre estos, la secreción de hormonas como la oxitocina y la prolactina durante la lactancia desempeña un papel fundamental en la inducción de sensaciones de calma, alegría y armonía emocional ya que actúan como mitigadores naturales del estrés y facilitadores de un estado emocional positivo.

En esta misma revisión, reflejaron también algunos factores que pueden afectar al desarrollo de la LM. Según Modak, et al. 2023 las creencias y prácticas culturales desempeñan un papel importante en la formación de las actitudes hacia la LM. En algunas culturas, la LM se considera un aspecto natural e integral de la maternidad, estrechamente vinculado a la identidad y el sentido de propósito de la mujer. En otros, las normas culturales y los conceptos erróneos pueden influir en las percepciones de la LM, afectando la confianza y la autoestima de la madre, por lo que reconocer y respetar las diversas perspectivas culturales es esencial para promover el bienestar materno. De manera similar, la educación y el acceso al apoyo a la lactancia materna son factores cruciales para garantizar el éxito de la LM y promover el bienestar psicológico materno.

En relación con esto, Franco-Antonio, et al. 2022 ⁽³¹⁾ impulsaron un ensayo controlado aleatorizado donde analizaron el impacto de una intervención motivacional (IM) con el objetivo de promover la LM en el desarrollo de DPP. Dividieron a las participantes en dos grupos, grupo control y grupo intervención. La duración de la LM fue estadísticamente diferente en los dos grupos, llegando a las 11,06 (\pm 2,94) semanas en el grupo que recibió la IM en comparación con 9,02 (\pm 4,44) semanas en el grupo de control. La puntuación de la EPDS en el grupo control, con una media de 8 (rango 6-11), fue mayor que la del grupo que recibió la IM, con una media de 5,5 (rango 1,75-9). Esto se tradujo en que el porcentaje de mujeres con un diagnóstico de DPP fue mayor en el grupo control (30% vs 11,9%). Cuando midieron la magnitud de la asociación, encontraron que las mujeres que recibieron la intervención tenían menos probabilidad de obtener una puntuación superior a 10 en la EPDS, con un OR de 0,32 (IC 95%: 0,1- 0,99).

La idea de la efectividad de las intervenciones en la promoción de la salud mental materna y la LM también fue evaluada por Pezley, et al. 2022 ⁽³²⁾. Tras examinar doce estudios, encontraron un efecto positivo estadísticamente significativo de estas intervenciones, con una disminución de los síntomas depresivos y/o ansiedad auto informados, junto con un aumento de la duración y/o exclusividad de la LM. Las características comunes de las intervenciones exitosas fueron: que ocurrieron durante el embarazo y postparto, que fueron realizados por personal del hospital o equipos multidisciplinarios, que se ofrecieron individualmente, y que se diseñaron para centrarse en la LM y la salud mental materna.

Finalmente, en un ensayo controlado aleatorizado desarrollado por Rodríguez-Gallego, et al., 2024 ⁽³³⁾, cuyo objetivo fue evaluar el efecto de los grupos de apoyo a la LM dirigidos por matronas sobre el mantenimiento de la lactancia materna, la prevalencia de DPP y la autoeficacia general percibida de las participantes (percepción de las madres sobre su capacidad para dar el pecho), encontraron una serie de factores protectores en distintos periodos del postparto. Estos períodos fueron a los 10 días postparto (T1), a los dos meses postparto (T2), y a los 4 meses (T3). Durante los diez primeros días la ausencia de contacto temprano piel con piel se asoció significativamente con una disminución en la probabilidad de mantener la LME. En T2, las puntuaciones de la EPDS se asociaron significativamente con la probabilidad de mantener la LME, lo que sugiere que niveles más altos de síntomas depresivos durante el segundo período postparto se asociaron con una reducción en la probabilidad de mantener la LME. De manera similar, a los cuatro meses las puntuaciones de la EPDS se asociaron significativamente con la probabilidad de mantener la LME, con un aumento en la puntuación relacionado con una disminución significativa en la probabilidad de mantener la LME (OR = 0,887, $p = 0,002$). Además, la ausencia de intervención se relacionó con una disminución significativa en la probabilidad de mantener la LME en T3 (OR = 0,474, $p = 0,003$).

d. MECANISMOS BIOLÓGICOS

Otro de los aspectos también importante para comprender la asociación entre la LM y la DPP, es entender los mecanismos biológicos o psicosociales potencialmente involucrados en esta relación.

Figueiredo, et al., 2013 ⁽³⁴⁾ mediante un estudio prospectivo transversal, exploraron las variables relacionadas con la LM y la DPP. Según ellos, la lactancia se ha asociado con respuestas atenuadas al estrés del cortisol, así como respuestas atenuadas al estrés del cortisol total y del cortisol libre en madres lactantes en comparación con las no lactantes. Esto sugiere que la LM atenúa las respuestas neuroendocrinas al estrés, factor asociado de la DPP. También encontraron que las madres deprimidas presentan un eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HPA), un sistema fundamental en la regulación de estrés, regulado a la baja, mostrando niveles de cortisol salival más bajos en comparación con las madres no deprimidas

En relación con esto, Ahn Sukhee, and Elizabeth J. Corwin. 2015 ⁽³⁵⁾, llevaron a cabo un estudio de cohortes prospectivo recopilando datos durante 7 visitas domiciliarias. Las mujeres completaron encuestas de estrés y depresión y proporcionaron sangre, y saliva para determinar los niveles de cortisol y de citoquinas pro inflamatorias cuyos aumentos han sido relacionados estrés y depresión. Durante los seis meses posteriores al parto, las puntuaciones medias de los síntomas depresivos en la EPDS fueron inferiores a 4,0 para las mujeres que amamantaban predominantemente y 4,2 para las que alimentaban con biberón, lo que indica que las participantes se mantuvieron emocionalmente estables. El nivel de estrés percibido medido con la PSS varió a lo largo de 6 meses de 17,17 a 18,78, para las mujeres que amamantaban, y de 18,63 a 20,42 con las mujeres que alimentaban a sus hijos con biberón. El nivel medio de cortisol salival en el mes 6 fue de 0,36 µg/dl a las 8 a. m. y aumentó a 0,41 µg/dl a las 8:30 a. m. en mujeres amamantando, y a 0,27–0,30 µg/dl respectivamente en mujeres alimentadas con biberón. Entre las citoquinas inflamatorias plasmáticas se analizaron las IL-6, IL-8, IL-1β, TNF-α e IFN-γ, y la citoquina antiinflamatoria IL. El nivel medio de estas en el mes 6 fue de 0,76 pg/ml para las mujeres que amamantaban y de 0,95 pg/ml para las mujeres que alimentaban con biberón.

Skalkidou, et al., 2013 ⁽³⁶⁾, publicaron una revisión bibliográfica en la revista *Women's Health* donde describieron la evidencia de los cambios biológicos asociados con el desarrollo de la depresión en el período postparto. Al igual que el estudio de Figueiredo, et al. 2013, Skalkidou, et al. 2013 plantearon la hipótesis

de que la DPP está relacionada con la hipoactivación del eje HPA. Sugirieron también que la oxitocina tiene un efecto de mejora del estado de ánimo, siendo esta elevada en mujeres que amamantaban a sus hijos como también señalaron Thul, et al. (2020) ⁽³⁷⁾ en su revisión sistemática. En esta última, se observaron niveles más bajos de oxitocina en plasma durante la alimentación en madres que amamantan pero que presentan síntomas de depresión y/o ansiedad (n=11), en comparación con aquellas que amamantan sin síntomas (n=28). En ambas revisiones, llegaron a la conclusión de que las mujeres con síntomas de ansiedad y depresión tenían una asociación alterada entre la oxitocina y la respuesta al estrés del cortisol. En mujeres asintomáticas, el aumento de oxitocina durante la lactancia (el plasma se extrajo en el contexto de la lactancia) protegió contra la respuesta del cortisol al estrés. Curiosamente, en mujeres con síntomas depresivos, ocurrió lo contrario, lo que indica que la DPP puede modificar la relación entre la oxitocina y el estrés.

Otro aspecto importante que destacan tanto la revisión de Skalkidou, et al., 2013, como en el estudio de Figueiredo, et al., 2013, se relaciona con la regulación de los patrones de sueño y vigilia tanto de la madre como del niño. Se ha observado que las dificultades temperamentales y los problemas de sueño, tienden a reducirse cuando el niño es amamantado. Puesto que la presencia de esos problemas en los primeros meses del niño se ha asociado con la DPP debido a su efecto estresante, se podría inferir que la LM protege contra los síntomas de DPP.

9. DISCUSIÓN

El presente TFG fue diseñado con el propósito de recopilar, evaluar y sintetizar de manera rigurosa la evidencia disponible sobre la relación entre la LM y la DPP. El resultado obtenido tras la investigación realizada en las bases de datos pertinentes, es una selección y antología de la literatura basada en la evidencia donde se expone la relación entre la LM y la DPP destacando el efecto protector de la LM sobre la DPP y la salud mental de la puérpera, la confrontación entre la LME y otras opciones de alimentación infantil en cuanto a su beneficio sobre la DPP, y, por último los mecanismos biológicos que podrían explicar esta relación.

No hay duda de que la relación entre la LM y la DPP es un tema de gran importancia en la salud materno-infantil. En primer lugar, la DPP es un trastorno mental común entre las mujeres después del parto, que puede tener consecuencias negativas tanto para la madre como para el desarrollo del recién nacido si no se previene y trata adecuadamente. La LM, por otro lado, se ha demostrado que tiene numerosos beneficios tanto para la madre como para el bebé, incluida la reducción del riesgo de ciertas enfermedades y la promoción del vínculo emocional entre madre e hijo.

Dada la importancia de la LM en la salud materna e infantil, junto con la alta prevalencia de la DPP, en torno al 15% de las mujeres en esta etapa de sus vidas ⁽⁹⁾, comprender la relación entre ambas es crucial para desarrollar estrategias efectivas de prevención y tratamiento. Investigar cómo la LM puede influir en la aparición y gravedad de la DPP puede proporcionar información valiosa para los profesionales de la salud con la que desarrollar políticas específicas para combatir esta patología.

Además, comprender esta relación puede ayudar a abordar los factores de riesgo y protección relacionados con la DPP, lo que podría contribuir a reducir su incidencia y mejorar el bienestar de las madres y sus hijos.

Los resultados obtenidos en este TFG confirman la estrecha relación entre ambos factores. Varios estudios incluidos y evaluados han mostrado consistentemente una asociación inversa entre la duración y frecuencia de la LM y la presencia de síntomas depresivos posparto ^(26,27). Este hallazgo sugiere que las madres que amamantan durante períodos más prolongados y con mayor frecuencia experimentan una reducción significativa en los síntomas depresivos a lo largo del puerperio.

La consistencia en la medición de los síntomas depresivos, utilizando diversos instrumentos psicométricos, ha fortalecido esta asociación al demostrar que las madres que no amamantan tienden a tener puntuaciones más altas en escalas relacionadas con depresión y ansiedad, en comparación con aquellas que practican la LM ⁽²⁸⁻³⁰⁾. Estos resultados respaldan la idea de que la LM puede actuar como un factor protector contra síntomas como la ansiedad, un importante desencadenante de la DPP. Otro aspecto relevante que se destaca en estas

investigaciones es la influencia del tipo de LM. Los resultados muestran que la LME es la opción más beneficiosa en la prevención de la DPP, seguida de la LMP y por último la no LM. Todo ello subraya la importancia de promover y apoyar la LM como una estrategia clave en la prevención de la DPP. La duración y frecuencia de la LM aparecen como factores fundamentales para reducir el riesgo de desarrollar síntomas depresivos posparto, lo que puede tener implicaciones importantes para las políticas de salud pública y las prácticas clínicas, destacando la importancia de fomentar entornos de apoyo que promuevan la LM como parte integral del cuidado materno e infantil.

Otro aspecto que hemos investigado en esta revisión es el impacto positivo que pueden tener las intervenciones que promueven y apoyan la LM durante el embarazo y el posparto en la salud mental de las madres, reduciendo la incidencia de la DPP. La literatura consultada destaca que la LM no solo cumple un papel fundamental en la nutrición del bebé, sino que también tiene un impacto significativo en el bienestar mental de la madre, y en consecuencia actúa como un factor protector contra la DPP ⁽³¹⁾. La LM aumenta la autoestima y la confianza materna, y ayuda a superar los obstáculos y nuevos retos relacionados con esta etapa de la vida. Además, se han de tener en cuenta aspectos culturales y sociales que indudablemente influyen en las actitudes hacia la LM ^(31, 32). Por ello, la información y el apoyo durante el embarazo y el posparto tienen un papel crucial. Las intervenciones impartidas por profesionales de la salud, como consultorios de lactancia y grupos de apoyo a la LM, brindan orientación práctica y emocional para superar los desafíos y establecer relaciones positivas con la LM. Varios ensayos controlados aleatorizados respaldan la eficacia de estas intervenciones ⁽³²⁻³⁴⁾. En cualquier caso, todos estos hallazgos sugieren que las características únicas de la LM, junto con el apoyo adecuado y las intervenciones oportunas, pueden actuar como factores protectores contra la DPP, fortaleciendo la salud mental de las madres durante el periodo posparto. Por ello, desde la perspectiva de enfermería, es crucial recomendar a las púerperas que consideren participar en estos grupos y consultorios de apoyo a la lactancia.

Por último, en este TFG, se ha tratado de proporcionar una visión integral de la compleja interacción entre la LM, la respuesta al estrés y la DPP. En algunos estudios se sugieren que la LM puede modular las respuestas neuroendocrinas

al estrés ⁽³⁵⁾, lo que potencialmente podría proteger contra el desarrollo de la DPP. Estas conclusiones se podrían ver reforzados por otros estudios que muestran que las mujeres que amamantan tienen niveles más bajos de síntomas depresivos y estrés percibido en comparación con aquellas que alimentan con biberón, identificando incluso diferencias significativas en los niveles de cortisol salival y citoquinas pro inflamatorias, y sugiriendo posibles mecanismos biológicos que respaldan los efectos protectores de la LM contra la DPP ⁽³⁶⁾.

La oxitocina, una hormona asociada con el vínculo materno-infantil, juega un papel destacado en este efecto, que parece tener efectos positivos en el estado de ánimo y la respuesta al estrés en mujeres sin síntomas de depresión ^(37,38). En mujeres con síntomas depresivos, la relación entre oxitocina y cortisol parece estar alterada, lo que puede contribuir a la vulnerabilidad a la DPP.

Es importante destacar que, además de los mecanismos neuroendocrinos, la regulación del sueño y la vigilia también emergen como factores importantes ^(35,37). La LM efectiva se asocia con una mejor regulación del sueño tanto en la madre como en el niño, lo que podría tener implicaciones significativas en la prevención de la DPP, dado que los problemas de sueño se han relacionado con un mayor riesgo de esta condición. El papel de la enfermería en proporcionar recomendaciones y apoyo relacionado con estos temas no debería, por tanto, subestimarse.

En conjunto, y en relación con los mecanismos biológicos, estos resultados sugieren que la LM puede influir en múltiples vías biológicas y comportamentales que afectan la susceptibilidad a la DPP. Sin embargo, se necesitan más investigaciones longitudinales y estudios experimentales para comprender completamente los mecanismos subyacentes y, en última instancia, desarrollar intervenciones efectivas para prevenir y tratar la DPP.

a. Limitaciones y fortalezas

En este TFG uno de los aspectos positivos es la amplia revisión de la literatura que se ha llevado a cabo, abarcando una amplia gama de estudios, incluidos ensayos clínicos, estudios observacionales, revisiones sistemáticas y metaanálisis. Esto permite una evaluación integral de la evidencia disponible sobre este tema. Además, a pesar de la diversidad metodológica entre los estudios seleccionados, ha habido consistencia en los hallazgos encontrados

que refuerzan la evidencia de la asociación inversa entre la LM y la DPP. Otro punto fuerte es la incorporación de datos provenientes de estudios de una amplia diversidad geográfica y considerando variables demográficas muy diferentes, lo que fortalece la validez externa de nuestros hallazgos. También, la exploración de varios mecanismos biológicos que podrían explicar la relación entre la LM y la DPP, enriquece la comprensión de los posibles mecanismos subyacentes. Por último, destacar que los hallazgos de esta revisión tienen importantes implicaciones clínicas y de políticas de salud pública. Destacan la importancia de apoyar y promover la LM como una estrategia potencial para prevenir la DPP y mejorar la salud materna y neonatal, donde el papel del personal de enfermería puede tener un papel notable.

Es importante también destacar algunas de las limitaciones de nuestra revisión. En primer lugar, la disponibilidad de estudios de alta calidad que puedan ofrecer pruebas concluyentes sobre la relación entre la LM y la DPP es limitada. La evidencia actual se sustenta mayormente en estudios observacionales y revisiones sistemáticas, los cuales enfrentan un mayor riesgo de sesgo y factores de confusión en comparación con los ensayos controlados aleatorizados. Asimismo, la diversidad en los diseños y resultados de los estudios dificulta la comparación entre ellos, añadiendo complejidad al análisis de la asociación entre la LM y la DPP.

Para futuras investigaciones, sería beneficioso intentar replicar los resultados de esta revisión utilizando estudios de mayor calidad con un nivel de evidencia mayor además de homogenizar el diseño de todos estos estudios para una mejor interpretación. Esta replicación proporcionaría validez externa y robustez a los hallazgos, permitiendo una mejor comprensión de la asociación entre la LM y la DPP en diferentes contextos y poblaciones. Al mismo tiempo, sería particularmente relevante para la comunidad sanitaria avanzar en el desarrollo e implementación de protocolos basados en revisiones de este tipo, con el objetivo de prevenir y tratar las patologías que afectan a las madres durante el período perinatal. Estas medidas podrían facilitar el acceso a intervenciones efectivas y mejorar la calidad de vida de las mujeres, permitiéndoles disfrutar plenamente de una etapa que debería ser una de las más gratificantes de sus vidas.

10. CONCLUSIONES

Esta revisión exhaustiva de la literatura ha proporcionado una visión integral de la compleja relación entre la LM y la DPP, así como de los posibles mecanismos biológicos y comportamentales involucrados. A continuación, se exponen las conclusiones en base a los objetivos planteados:

- Identificación de estudios relacionados: A través de una búsqueda exhaustiva de bases de datos científicas, se logró recopilar una variedad de investigaciones que cumplieron con los criterios de inclusión prefijados, lo que permitió un análisis riguroso y detallado de la literatura existente sobre el tema.
- Incidencia y prevalencia de la DPP: Se encontró evidencia que sugiere una relación inversa entre la práctica de la LM y la incidencia y/o prevalencia de la DPP. Las mujeres que practican la LM parecen tener tasas más bajas de DPP en comparación con aquellas que no lo hacen, lo que resalta la importancia de promover y apoyar la lactancia materna como una medida preventiva de la DPP.
- Importancia de la salud mental materna: Este estudio subraya la relevancia de la salud mental materna en el contexto del embarazo y el postparto. La detección temprana y el tratamiento adecuado de la DPP son fundamentales para el bienestar tanto de la madre como del bebé, y la promoción de la LM por el personal de enfermería puede desempeñar un papel significativo en este proceso.
- Comparación de la gravedad de los síntomas de la DPP: Se observó una tendencia hacia una menor gravedad de los síntomas de la DPP en mujeres que practican la LM en comparación con aquellas que no lo hacen, lo que sugiere un posible efecto protector de la LM sobre la salud mental materna.

Posibles mecanismos involucrados: Se plantean diversos mecanismos biológicos y psicosociales que podrían estar implicados en la relación entre la LM y la DPP, aunque se requiere una investigación adicional para comprender completamente estos procesos.

En resumen, los hallazgos de este estudio respaldan la importancia de fomentar la LM como una estrategia integral para la prevención y manejo

de la DPP, al tiempo que subrayan la necesidad de continuar investigando para mejorar nuestra comprensión de esta compleja relación y desarrollar intervenciones efectivas para apoyar la salud mental materna durante el período perinatal.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. CúidatePlus, R. (2016, 5 octubre). *Lactancia materna*. CúidatePlus. <https://cuidateplus.marca.com/familia/bebe/diccionario/lactancia-materna.html#:~:text=La%20lactancia%20materna%20es%20el,menos%20hasta%20los%20dos%20a%C3%B1os>.
2. World Health Organization: WHO. (2019, 11 noviembre). *Lactancia materna*. https://www.who.int/es/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1
3. Asociación Matronas Extremadura | LA IMPORTANCIA DEL POSPARTO. (s. f.). <https://matronasextremadura.org/la-importancia-del-posparto/>
4. Martínez Matrona Y Sexóloga, B. (n.d.). *PUERPERIO ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y EMOCIONALES*. https://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/Documents/422/11aspectos_psicologicos_puerperio.pdf
5. Martín Aragón, P. (2022). *Detección del riesgo y prevención frente a la depresión postparto. Una revisión sistemática*.
6. Welner, A. (1982). *Childbirth-related psychiatric illness*. *Comprehensive Psychiatry*, 23(2), 143-154
7. Universidad, P., Colombia, J., Lugo, O., Fernando, G., Mondragón, Jordán, V., & *Afectivos Posparto*, T. (2006). *Universitas Médica*, 47(2), 131–140. <https://www.redalyc.org/pdf/2310/231018675004.pdf>
8. Medina-Serdán, E. (2013). *Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto*. *Perinatología y reproducción humana*, 27(3), 185-193.
9. Caparros-Gonzalez, R. A., Romero-Gonzalez, B., & Peralta-Ramirez, M. I. (2018). *Depresión posparto, un problema de salud pública mundial*. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*, 42, e97. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.97>
10. Evans, G., Vicuña, M., & Marín, R. (2003). *Depresión postparto realidad en el sistema público de atención de salud*. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 68(6), 491-494.
11. Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). *Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature*. *General hospital psychiatry*, 26(4), 289-295.

12. Vieira, E. D. S., Caldeira, N. T., Eugênio, D. S., Lucca, M. M. D., & Silva, I. A. (2018). Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: a cohort study. *Revista latino-americana de enfermagem*, 26, e3035.
13. Abuchaim, E. D. S. V., Caldeira, N. T., Lucca, M. M. D., Varela, M., & Silva, I. A. (2016). Depressão pós-parto e autoeficácia materna para amamentar: prevalência e associação. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29, 664-670.
14. Fernández, I. O., Drozdowskyj, E. S., & Labián, C. M. (2011). Lactancia para psiquiatras: Recomendaciones sobre el empleo de psicofármacos en madres lactantes. *Archivos de psiquiatría*, 74(1), 2.
15. Mikšić, Š., Uglešić, B., Jakab, J., Holik, D., Milostić Srb, A., & Degmečić, D. (2020). Positive effect of breastfeeding on child development, anxiety, and postpartum depression. *International journal of environmental research and public health*, 17(8), 2725.
16. Pubmed (S/f-b). Nih.gov. Recuperado el 9 de mayo de 2024, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
17. ScienceDirect (S/f-c). Recuperado el 9 de mayo de 2024, de <https://www.sciencedirect.com/>
18. (S/f-d). Joannabriggs.org. Recuperado el 9 de mayo de 2024, de https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf
19. Anexo. Niveles de evidencia y grados de recomendación - Administración de medicación. (s/f). Sergas.es. Recuperado el 9 de mayo de 2024, de <https://femora.sergas.es/Administracion-de-medicacion/Anexo-via-intradermica?idioma=es&votar=1>
20. ecwp_adm. (2016, noviembre 10). Instituto Joanna Briggs. Evidencia en Cuidados. <https://evidenciaencuidados.isciii.es/recursos-evidencia/institutojoannabriggs/>
21. P. S. S. (s/f). Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo. [Www.nj.gov](https://www.nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgo-Scale_sp.pdf). Recuperado el 9 de mayo de 2024, de https://www.nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgo-Scale_sp.pdf
22. Padrós Blázquez, F., Montoya Pérez, K. S., Bravo Calderón, M. A., & Martínez Medina, M. P. (2020). Propiedades psicométricas del Inventario

- de Ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory) en población general de México. *Ansiedad y estrés*, 26(2–3), 181–187.
<https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.08.002>
23. Clínica Las Condes – Líder en Atención. (s/f). [Clinicalascondes.cl](https://www.clinicalascondes.cl). Recuperado el 9 de mayo de 2024, de <https://www.clinicalascondes.cl/CENTROS-Y-ESPECIALIDADES/Especialidades/Departamento-de-Medicina-Interna/Unidad-de-Geriatria/Inventario-de-Ansiedad-de-Beck>
 24. (2021). Cmu.edu. https://www.cmu.edu/dietrich/psychology/stress-immunity-disease-lab/scales/.doc/pss_14_europeanspanish_dr_remor_version_2_0.do
 25. Dias, C. C., & Figueiredo, B. (2015). Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. *Journal of affective disorders*, 171, 142-154.
 26. Bugaeva, P., Arkusha, I., Bikaev, R., Kamenskiy, I., Pokrovskaya, A., El-Taravi, Y., ... & Munblit, D. (2023). Association of breastfeeding with mental disorders in mother and child: a systematic review and meta-analysis. *BMC medicine*, 21(1), 393.
 27. Mikšić, Š., Uglešić, B., Jakab, J., Holik, D., Milostić Srb, A., & Degmečić, D. (2020). Positive effect of breastfeeding on child development, anxiety, and postpartum depression. *International journal of environmental research and public health*, 17(8), 2725.
 28. Xia, M., Luo, J., Wang, J., & Liang, Y. (2022). Association between breastfeeding and postpartum depression: a meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 308, 512-519.
 29. Pope, C. J., Mazmanian, D., Bédard, M., & Sharma, V. (2016). Breastfeeding and postpartum depression: Assessing the influence of breastfeeding intention and other risk factors. *Journal of Affective Disorders*, 200, 45-50.
 30. Modak, A., Ronghe, V., Gomase, K. P., & Dukare, K. P. (2023). The Psychological Benefits of Breastfeeding: Fostering Maternal Well-Being and Child Development. *Cureus*, 15(10).
 31. Franco-Antonio, C., Santano-Mogena, E., Chimento-Díaz, S., Sánchez-García, P., & Cordovilla-Guardia, S. (2022). A randomised controlled trial

- evaluating the effect of a brief motivational intervention to promote breastfeeding in postpartum depression. *Scientific Reports*, 12(1), 373.
32. Pezley, L., Cares, K., Duffecy, J., Koenig, M. D., Maki, P., Odoms-Young, A., ... & Buscemi, J. (2022). Efficacy of behavioral interventions to improve maternal mental health and breastfeeding outcomes: a systematic review. *International Breastfeeding Journal*, 17(1), 67.
33. Rodríguez-Gallego, I., Vila-Candel, R., Corrales-Gutierrez, I., Gomez-Baya, D., & Leon-Larios, F. (2024). Evaluation of the Impact of a Midwife-Led Breastfeeding Group Intervention on Prevention of Postpartum Depression: A Multicentre Randomised Clinical Trial. *Nutrients*, 16(2), 227.
34. Figueiredo, B., Dias, C. C., Brandão, S., Canário, C., & Nunes-Costa, R. (2013). Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. *Jornal de Pediatria*, 89(4), 332–338. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2012.12.002>
35. Ahn, S., & Corwin, E. J. (2015). The association between breastfeeding, the stress response, inflammation, and postpartum depression during the postpartum period: Prospective cohort study. *International journal of nursing studies*, 52(10), 1582-1590.
36. Skalkidou, A., Hellgren, C., Comasco, E., Sylvén, S., & Poromaa, I. S. (2012). Biological aspects of postpartum depression. *Women's Health (London, England)*, 8(6), 659–672. <https://doi.org/10.2217/whe.12.55>
37. Thul, T. A., Corwin, E. J., Carlson, N. S., Brennan, P. A., & Young, L. J. (2020). Oxytocin and postpartum depression: A systematic review. *Psychoneuroendocrinology*, 120, 104793.
38. Chowdhury, R., Sinha, B., Sankar, M. J., Taneja, S., Bhandari, N., Rollins, N., ... & Martines, J. (2015). Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta paediatrica*, 104, 96-113.
39. Tucker, Z., & O'Malley, C. (2022). Mental health benefits of breastfeeding: a literature review. *Cureus*, 14(9).

12. ANEXOS

Anexo 1. Características de los distintos documentos encontrados. Elaboración propia.

AUTORES Y AÑO	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	OBJETIVO	MÉTODOS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	N.E. y G.R.
Chowdhury, R., et al (2015) ⁽³⁸⁾	Revisión sistemática y meteanálisis	163 artículos	Evaluar el efecto de la lactancia materna en los resultados de salud materna a largo plazo (carcinoma de mama, carcinoma de ovario, osteoporosis y diabetes mellitus tipo 2) y a corto plazo (amenorrea de la lactancia, depresión posparto, cambio de peso posparto).	Se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática en las bases de datos PubMed, Cochrane Library y CABI. Se agruparon las estimaciones de resultado de los odds ratios o los riesgos relativos o las diferencias de medias estandarizadas. En casos de heterogeneidad, se exploró el análisis de subgrupos y la metarregresión.	Una duración más corta de la lactancia materna se asoció con un mayor riesgo de depresión posparto.	No se evidenció una asociación entre la lactancia materna y la densidad mineral ósea o la depresión materna o el cambio de peso posparto.	1A
Thul, Taylor A et al. (2020) ⁽³⁸⁾	Revisión sistemática	16 artículos	Revisar la calidad y fiabilidad de la literatura que examina las posibles relaciones entre la oxitocina y la DPP para determinar si hay datos suficientes para evaluar de forma fiable la fuerza de estas relaciones.	Se realizó una búsqueda bibliográfica en diciembre de 2018 utilizando cinco bases de datos (PubMed, Web of Science, Embase, PsycInfo y CINAHL). Los síntomas depresivos se midieron en gran medida mediante la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. Los niveles de OT se midieron predominantemente en plasma,	De los doce estudios centrados en la oxitocina endógena, ocho estudios sugirieron una relación inversa entre los niveles plasmáticos de OT y los síntomas depresivos. No es posible establecer conclusiones con respecto a la relación entre la oxitocina sintética intravenosa y la depresión posparto	El estado de la literatura no es de calidad suficiente para sacar conclusiones con respecto a una asociación entre las concentraciones endógenas de OT o la administración de synOT y la PPD	2B

Dias CC, Figueiredo B. (2015)⁽²⁶⁾	Revisión sistemática	48 estudios	Realizar una revisión sistemática de la literatura sobre lactancia materna y depresión, considerando tanto la depresión del embarazo como la posparto.	Se realizó una búsqueda electrónica en tres bases de datos utilizando las palabras clave: "lactancia materna", "alimentación con biberón", "depresión", "embarazo" y "posparto". Se evaluaron de forma los títulos y resúmenes en una primera etapa y el texto completo en una segunda etapa. Se excluyeron los artículos que no abordaran la asociación entre la lactancia materna y la depresión posparto o el embarazo, la investigación no original y la investigación centrada en el efecto de los antidepresivos.	La duración de la lactancia materna se asocia con la depresión posparto en casi todos los estudios. La depresión posparto predice y es predicha por el abandono de la lactancia materna en varios estudios. La depresión posparto se asocia con una menor duración de la lactancia. La lactancia materna puede mediar la asociación entre el embarazo y la depresión posparto.	Se necesita más investigación, como estudios prospectivos, para aclarar la asociación entre estas tres variables. Se debe proporcionar ayuda a las mujeres embarazadas deprimidas para mejorar tanto la lactancia materna como el ajuste psicológico posparto.	1A
Franco-Antonio, C et al. (2022)⁽³²⁾	Ensayo controlado aleatorizado	44 personas en cada grupo (88)	Analizar el impacto de un intervención motivacional con el objetivo de promover la lactancia materna en el desarrollo de DPP y explorar el papel mediador/moderador de la lactancia materna y la autoeficacia de la lactancia materna en el efecto de la intervención en el desarrollo de DPP	Ochenta y ocho mujeres que dieron a luz por parto vaginal y comenzaron a amamantar durante el período posparto inmediato fueron asignadas aleatoriamente al grupo de intervención (IMC) o grupo control (educación sobre lactancia materna). Se realizó aleatorización por minimización	La duración de la lactancia materna fue mayor en el grupo de intervención (11,06 ± 2,94) semanas frente a 9,02 ± 4,44. El IMCb se asoció con una puntuación más baja en la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, con un coeficiente de regresión β de -2,12 (IC del 95% - 3,82; - 0,41). Una parte de este efecto estuvo mediado por el efecto de la intervención sobre la duración de la lactancia materna (índice de mediación	Una intervención motivacional destinada a promover la lactancia materna tiene un impacto positivo en la prevención de la DPP, principalmente debido a su eficacia para aumentar la duración de la lactancia materna.	1A

					$\beta = -0,57$ (IC del 95% - 1,30; - 0,04)).		
Rodríguez-Gallego, Isabel et al. (2024)⁽³⁴⁾	Ensayo controlado aleatorizado	382 mujeres	Evaluar la efectividad de una intervención de un grupo de apoyo a la lactancia materna dirigido por parteras sobre las tasas de lactancia materna, la depresión posparto y la autoeficacia general.	Ensayo controlado aleatorizado multicéntrico por conglomerados con grupos control e intervención y no cegado. Se llevó a cabo en Andalucía (sur de España) desde octubre de 2021 hasta mayo de 2023. 382 mujeres.	Diferencia significativa en las tasas de lactancia materna exclusiva a los 4 meses posparto entre los grupos (control 50% vs intervención 69%) Además, hubo una puntuación media más baja en la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo en el grupo de intervención. Del mismo modo, se observaron puntuaciones más altas de autoeficacia general entre las mujeres lactantes a los 2 y 4 meses posparto.	Los grupos de apoyo a la lactancia materna dirigidos por matronas mejoraron la autoeficacia, la lactancia materna prolongada y redujeron la depresión posparto 4 meses después del parto.	1A
Modak, Anushree et al. (2023)⁽³¹⁾	Revisión	27 artículos	Examinar a fondo las ventajas psicológicas relacionadas con la lactancia materna, que abarcan el bienestar materno y el desarrollo infantil. Subrayar la importancia de los entornos de apoyo, las actitudes sociales y las políticas de salud para fomentar la lactancia materna			Las ventajas psicológicas de la lactancia materna son extensas y profundas. Fomenta un fuerte vínculo materno, reduce el riesgo de depresión y ansiedad posparto y mejora la confianza en uno mismo	5B
Mikšić, Štefica et al. (2020)⁽²⁸⁾	Estudio epidemiológico prospectivo de cohorte	209 mujeres embarazadas, 197 puérperas y	Examinar el efecto de la lactancia materna en la depresión y la ansiedad posparto, y cómo afecta el desarrollo infantil.	El estudio incluyó a 209 mujeres embarazadas, 197 puérperas y 160 mujeres al final del tercer mes después del parto, seguidas a través de tres puntos temporales. Los instrumentos utilizados en	Las madres puérperas con bajo riesgo de DPP amamantaron a sus hijos con mayor frecuencia que las madres con riesgo leve o severo de depresión perinatal. Los valores medios de la escala BDI tres meses	Las madres que no amamantan están más deprimidas y ansiosas en comparación con las madres que amamantan.	2A

		160 mujeres al final del tercer mes postparto		el estudio fueron la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).	después del parto fueron más altos en las madres que no amamantaron a su hijo (M = 3,53) que en las que sí amamantaron a su hijo (M = 2,28). La ansiedad postparto medida por BAI se correlacionó estadísticamente negativamente (rs-, 430) con la duración de la lactancia materna		
Bugaeva, Polina et al. (2023)⁽²⁷⁾	Revisión sistemática y metaanálisis	21 estudios	Evaluar sistemáticamente la asociación entre la lactancia materna y los trastornos de salud mental en madres e hijos.	Se realizaron búsquedas sistemáticas en MEDLINE y EMBASE desde el inicio hasta el 2 de junio de 2023. Los criterios de inclusión consistieron en todos los estudios que evaluaron los vínculos entre la lactancia materna y el desarrollo de trastornos de salud mental en niños y madres. Se utilizó un metanálisis de efectos aleatorios para estimar el odds ratio de la asociación entre la lactancia materna y los resultados de salud mental. Se utilizó el método de Mantel-Haenszel para agrupar las OR entre los estudios.	En el caso de los trastornos depresivos (5 estudios) y los trastornos de ansiedad (3 estudios), se encontraron pruebas contradictorias, ya que algunos estudios mostraron un efecto protector pequeño, mientras que otros no encontraron ningún efecto. Tres estudios que analizaron la asociación entre la lactancia materna y la salud mental materna fueron demasiado heterogéneos para sacar conclusiones firmes.	Los datos sobre la asociación entre la lactancia materna y la salud mental materna más allá del período postnatal también son limitados. Las limitaciones metodológicas de la literatura publicada impiden conclusiones definitivas, y se necesita más investigación para comprender mejor la relación entre la lactancia materna y la salud mental.	1A
Pezley, Lacey et al. (2022)⁽³³⁾	Revisión sistemática	33 artículos	Revisar la literatura sobre la eficacia de las intervenciones conductuales centradas tanto en la salud mental materna como	Los estudios se seleccionaron si estaban disponibles en inglés, utilizaron un diseño	Doce estudios informaron un efecto positivo estadísticamente significativo de la intervención tanto en la	Las intervenciones que prolongan el período perinatal y ofrecen apoyo	1B

			en los resultados de la lactancia materna, examinando la intersección de ambas.	experimental primario y utilizaron un tipo de intervención conductual para examinar los resultados de la salud mental materna y la lactancia materna. Los artículos se identificaron en PubMed, CINAHL, Embase y PsycINFO desde el inicio de la base de datos hasta el 3 de marzo de 2022.	salud mental materna como en la lactancia materna; la mayoría muestra una disminución de los síntomas depresivos y/o de ansiedad autoinformados en paralelo a un aumento de la duración y/o exclusividad de la lactancia materna.	individualizado tanto de profesionales como de pares que colaboran a través de una serie de entornos (p. ej., el sistema de salud, el hogar y la comunidad) son las más exitosas para mejorar tanto la salud mental como los resultados de la lactancia materna.	
Tucker, Zachary y Chasity O'Malley. (2022)⁽³⁹⁾	Revisión	39 artículos	Ilustrar los efectos que la lactancia materna tiene en la salud mental de las madres puérperas.	Se realizó una extensa búsqueda informatizada en las bases de datos de PubMed, CINAHL y Medline. Todos los estudios realizados para determinar los efectos de la lactancia materna en la salud mental se examinaron y se incluyeron en esta revisión. Se utilizaron términos de búsqueda relacionados con la lactancia materna, el posparto y la salud mental		La lactancia materna exclusiva aumenta la autoeficacia de la madre y proporciona protección contra los síntomas de la depresión posparto. La lactancia materna puede proteger a la madre y al bebé de numerosas enfermedades crónicas. Además, la lactancia materna refuerza la relación madre-hijo y reduce la fatiga en la madre al promover un ciclo de sueño-vigilia adecuado.	5B

XIA, Mengjie, et al. (2022)⁽²⁹⁾	Metaanálisis	8 estudios	Determinar la asociación entre BF y PPD.	Se realizaron búsquedas en PubMed, Cochrane Library y EMBASE hasta diciembre de 2021 en busca de artículos relevantes asociados entre PPD y LM. Los odds ratios (OR) agrupados con intervalos de confianza (IC) del 95% se calcularon con un modelo de efectos aleatorios.	La LM se asoció con un 14% menos de riesgo de PPD. Para un solo episodio de LM, la duración de la LM de >1 mes se asoció con un riesgo 37% menor, y la LM durante <1 mes se asoció con un riesgo 6% menor. La lactancia materna exclusiva (LME) en comparación con la lactancia materna nunca (LMN) se asoció con un riesgo 53 % menor de PPD. Y la LME en comparación con la lactancia materna parcial se asoció con un riesgo 8% menor de PPD.	Existe una asociación entre PPD y riesgo de LM. Para confirmar la conclusión, se requieren más estudios con muestras de gran tamaño.	1A
Figueiredo, Bárbara, et al. (2013)⁽³⁵⁾	Revisión	92 artículos	Revisar la literatura sobre la asociación entre lactancia materna y depresión posparto.	revisión de la literatura encontrada en la base de datos MEDLINE/PubMed.	Algunos estudios señalan que la depresión del embarazo es uno de los factores que pueden contribuir al fracaso de la lactancia materna. La lactancia materna puede promover procesos hormonales que protegen a las madres contra la depresión posparto al atenuar la respuesta del cortisol al estrés. También puede reducir el riesgo de depresión posparto, al ayudar a regular los patrones de sueño y vigilia de la madre y el niño, mejorar la autoeficacia de la madre y su implicación emocional con el niño	La lactancia materna puede proteger a las madres de la depresión posparto y están empezando a aclarar qué procesos biológicos y psicológicos pueden explicar esta protección. Sin embargo, aún existen resultados equívocos en la literatura que pueden explicarse por las limitaciones metodológicas que presentan algunos estudios.	5B

<p>Pope, Carley J., et al (2016)⁽³⁰⁾</p>	<p>Estudio retrospectivo transversal</p>	<p>6421 mujeres</p>	<p>Evaluar la asociación entre las variables relacionadas con la lactancia materna y la depresión posparto (según los criterios de umbral de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo) en el contexto de otros factores de riesgo conocidos.</p>	<p>La información sobre lactancia materna, la información demográfica y las puntuaciones en la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo se examinaron a partir de la Encuesta Canadiense sobre Experiencia de Maternidad . Esta encuesta contiene datos recopilados de 6.421 madres canadienses entre octubre de 2006 y enero de 2007, y en los análisis actuales se incluyeron 2.848 mujeres entre cinco y siete meses después del parto.</p>	<p>Cuando se consideraban en el contexto de otros factores de riesgo, el intento y la duración de la lactancia materna no se asociaban con la depresión posparto entre los cinco y siete meses posteriores al parto. Aunque se observó una relación entre la intención prenatal de alimentación combinada y la depresión posparto, estas variables ya no estaban relacionadas una vez que se controlaron otros factores de riesgo potenciales. Los factores que se asociaron con la depresión posparto incluyeron ingresos más bajos, mayor estrés percibido, menor apoyo social percibido , ausencia de antecedentes de depresión o ausencia de antecedentes recientes de abuso.</p>	<p>Estos hallazgos sugieren que la asociación entre la lactancia materna y la depresión posparto informada por investigadores anteriores puede deberse a factores de riesgo alternativos.</p>	<p>3C</p>
<p>Ahn, Sukhee, and Elizabeth J. Corwin. (2015)⁽³⁶⁾</p>	<p>Estudio de cohortes prospectivo</p>	<p>119 mujeres posparto</p>		<p>Los datos se recopilaron durante siete visitas domiciliarias que tuvieron lugar durante el tercer trimestre (semanas 32 a 36) y en los días 7 y 14 del posparto, meses 1, 2, 3 y 6. Las mujeres completaron encuestas de estrés y depresión y proporcionaron sangre para pro- (IL). -1β, IL-6, IL-8, TNF-a, IFN-γ) y</p>	<p>No hubo asociaciones entre el patrón de alimentación y los síntomas depresivos. Sin embargo, existían diferencias biológicas entre los grupos, con niveles de cortisol salival a las 8 a. m. y a las 8:30 a. m. en el mes 6 más altos y niveles de IL-6 en el mes 6 más bajos en las mujeres que amamantaron principalmente en comparación con aquellas</p>	<p>La lactancia materna no se relacionó con la depresión posparto; sin embargo, las diferencias en el estrés y los marcadores inflamatorios son evidentes en el sexto mes posparto.</p>	<p>2A</p>

				citoquinas antiinflamatorias (IL-10), y saliva recolectada para determinar el cortisol diurno.	que alimentaron principalmente con biberón a sus hijos. lactantes después de controlar las variables de confusión .		
Skalkidou, Alkistis, et al. (2013)⁽³⁷⁾	Revisión	165 artículos	Describir la evidencia actual de los cambios biológicos asociados con el desarrollo de la depresión en el período posparto,	Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos			5B