

Estrés y ansiedad maternos y su relación con el éxito de la lactancia materna

Maternal stress and anxiety and their association with successful breastfeeding

MSc. Dr. Remigio Rafael Gorrita Pérez,^I Dr. Yasnier Bárcenas Belló,^{II} MSc. Yelina Gorrita Pérez,^{III} MSc. Dra. Belkis Brito Herrera^I

^IPoliclínico Universitario "Santiago Rafael Echezarreta Mulkay". Mayabeque, Cuba.

^{II}Policlínico "Luis Augusto Turcios Lima". Mayabeque, Cuba.

^{III}Facultad de Ciencias Médicas de Mayabeque. Mayabeque, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la lactancia materna es la única forma natural de alimentar al bebé, e inigualable para su crecimiento y

desarrollo. Múltiples son los factores que se han relacionado con el establecimiento o no de una lactancia materna exitosa.

Objetivo: identificar en las madres, los niveles de vulnerabilidad al estrés y de ansiedad como estado, y su relación con el éxito de la lactancia materna.

Métodos: se realizó un estudio prospectivo y descriptivo. Se estudiaron 101 madres y sus hijos de 13 consultorios del Policlínico "Luis Augusto Turcios Lima", de San José de las Lajas, Mayabeque, entre el 1ro. de febrero de 2012 y el 30 de enero de 2013.

Resultados: el 76,2 % de madres estaba en el rango de 20 a 35 años, 89,8 % tenían pareja estable, el 50,5 % nivel preuniversitario y el 41,4 % de ellas padecían de asma bronquial. La vulnerabilidad al estrés y la ansiedad como estado se encontraban al final del tercer trimestre en el 46,5 y 56,4 % respectivamente. El 49,5 % de las madres ofreció lactancia materna exclusiva por 4 o 5 meses, y el 27,7 % hasta los 6 meses. Lograron mejores índices de lactancia materna exclusiva a los 4, 5 y 6 meses aquellas con menores niveles de vulnerabilidad al estrés y de estado de ansiedad.

Conclusiones: se evidenció que existe una estrecha relación entre los niveles de estrés y ansiedad y el éxito de la lactancia materna.

Palabras clave: lactancia materna exclusiva, vulnerabilidad al estrés, ansiedad como estado.

ABSTRACT

Introduction: breastfeeding is the only natural way of feeding the baby and unique for his/her growth and development. There are a lot of factors that have been associated to the application of successful breastfeeding or not.

Objective: to identify the degree of vulnerability to stress and state of anxiety in mothers, and their relationship with successful maternal breastfeeding.

Methods: a prospective and descriptive study was conducted to study 101 mothers and their children from 13 medical offices of "Luis Augusto Turcios Lima" polyclinics located in San José de las Lajas, Mayabeque province. The study was performed from February 1st, 2012 through January 30th 2013.

Results: in this group, 76.2 % of mothers were 20 to 35 years of age, 89.8 % had stable couple, 50.5 % showed high-school education and 41.4 % had asthma. Vulnerability to stress and anxiety as a condition were found to be present in 46.5 % and 56.4 % of patients, respectively. Almost half of the group (49.5 %) exclusively breastfed their babies for 4 or 5 months whereas 27.7 % did it up to 6 months after birth. Those mothers with lower levels of vulnerability to

stress and anxiety state showed better breastfeeding rates on the 4th, 5th and 6th months.

Conclusions: it was confirmed that levels of stress and anxiety and successful breastfeeding are closely related.

Keywords: exclusive breastfeeding, vulnerability to stress, state of anxiety.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna (LM) responde a un hecho biológico, pero inevitablemente está sujeta a influencias sociales, económicas y culturales. Los expertos están de acuerdo en que se debe ofrecer lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 6 meses de vida, y después, lactancia materna complementada (LMC), al menos hasta los 2 años.¹⁻⁴

En diferentes estudios se muestra una declinación en el establecimiento de la LM exitosa, que no se ha logrado revertir, a pesar de los esfuerzos desarrollados por diferentes organismos internacionales y países.^{1,2}

Los argumentos esgrimidos acerca de por qué no utilizar la LM se han tratado de explicar y solucionar. Todas las madres necesitan información y adiestramiento acerca de cómo alimentar y cuidar a sus bebés, así como apoyo, estímulo y asistencia familiar y social después del nacimiento. Nunca es suficiente el tiempo empleado al respecto. Alguien dijo que aunque era posible dar la vuelta al mundo en 80 días, los 280 del embarazo generalmente no eran suficientes para educar a las madres con respecto a la LM.³

Son conocidos los mecanismos fisiológicos implicados en la producción de leche materna, pero con frecuencia olvidados irracionalmente. Cualquier llanto del niño se interpreta como que "pasa hambre", "no se tiene suficiente leche", y se le añaden suplementos de fórmula que tienen la consecuencia catastrófica de disminuir el número de veces que lacta el niño, y así disminuye la producción de leche materna. Los padres, y en muchas ocasiones los profesionales, esperan que el niño gane peso de una forma casi programada, y en cuanto se desvía en lo más mínimo de lo que supuestamente se espera, se sacrifica la LM y se introduce la fórmula adaptada, sin sopesar las consecuencias futuras de estas decisiones poco justificadas.^{1,4}

Las madres pueden presentar problemas, como congestión mamaria, dificultad para saber la cantidad de leche que el bebé está tomando, filtración de leche de las mamas, reflejo de salida de la leche en momentos diferentes a aquellos en que se está amamantando, así como dolor en los pezones. Además, pueden sentirse ansiosas, tensas y confundidas, y la falta de experiencia o apoyo, y el miedo o la vergüenza a pedir ayuda, les juega, en ocasiones, una mala pasada en una actividad tan "natural". Estos problemas deben ser manejados convenientemente con la orientación de los profesionales de salud.^{5,6}

Se hace necesario continuar investigando otros aspectos relacionados con la insuficiente utilización de la leche materna, e instrumentar estrategias congruentes para mejorar los resultados existentes.

Están bien establecidos los efectos de la ansiedad materna y el estrés para la gestante y el futuro bebé.⁶⁻¹¹ Se conocen las modificaciones en la circulación placentaria específicamente, el flujo de la arteria uterina y los niveles de cortisol maternos, y cómo se producen cambios estructurales sutiles en el control del sistema neurobiológico del feto. Se ha establecido una relación estrecha entre el estrés y la producción de parto pretérmino y el bajo peso al nacer. El estrés mantenido durante el primer trimestre del embarazo ha sido relacionado con defectos de la cresta neural, y específicamente, con el labio leporino.^{2,6-11}

La ansiedad materna está relacionada con defectos conductuales del niño, carácter difícil, inadaptabilidad, hiperactividad, déficit de atención del desarrollo cognitivo, y se han evidenciado en esos casos elevados niveles de cortisol materno en saliva. Se han identificado ya desde la semana 19 del embarazo, cambios en la densidad de la materia gris fetal, que se han relacionado con los niveles de ansiedad materna.⁷

Paralelamente, el estado psíquico de la gestante, también es un factor desencadenante de muchas alteraciones neurológicas y psicológicas del futuro hijo, y pueden relacionarse con su alimentación, incluido el proceso de lactancia.⁸ Una embarazada, insatisfecha con su posición social, situación de pareja, o emocionalmente inestable, adopta actitudes con manifestaciones, incluso físicas, de rechazo a su embarazo. A su vez, los efectos de ansiedad, perturbación emocional y tristeza crónica durante el embarazo, se relacionan altamente con la hiperactividad, irritabilidad, llanto y dificultades para la alimentación y sueño en los lactantes. Madres con hijos propensos a los cólicos, estuvieron más tensas y ansiosas durante sus embarazos. De todo esto se deduce que, la actitud de rechazo al embarazo, parece ser el aspecto central que afectará la calidad de la interacción madre-hijo, obstaculizando en gran medida la disposición psicológica para amamantar.^{9,10}

Nos planteamos entonces investigar qué relación pueden tener los niveles de vulnerabilidad al estrés y el estado de ansiedad materna, con los resultados alcanzados en la LME durante el primer semestre de vida.

MÉTODOS

Se desarrolló un proyecto de investigación de carácter prospectivo y descriptivo, con el objetivo de identificar en las madres de los lactantes los niveles de vulnerabilidad al estrés y de ansiedad como estado, y su posible relación con el éxito de la LM en el primer semestre de vida. Para ello se estudiaron, previo consentimiento informado, las madres y sus respectivos lactantes, un total de 101 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión.

Se extendió, en sus diferentes pasos, desde el 1ro. de febrero de 2012 hasta el 30 de enero de 2013, a todos los que residían en el área de 13 consultorios del Policlínico Universitario "Luis Augusto Turcios Lima", del municipio San José de las Lajas, de la provincia Mayabeque.

Criterios de inclusión:

- Madres que tuvieron un nacido vivo con un peso entre 2 500 y 3 999 g sin enfermedades crónicas o graves sobreañadidas.
- Madres que no tuvieran retraso mental u otra discapacidad psíquica que impidiera o dificultara la participación en el estudio.

Se excluyeron las madres o niños que en el transcurso de la investigación abandonaron el área del policlínico, o dejaron de cumplir con alguno de los requisitos.

Se caracterizaron diferentes variables sociales, económicas y biológicas de las madres. Se identificaron en las madres, al concluir el primer trimestre de la lactancia, los niveles de vulnerabilidad al estrés y de la ansiedad como estado. Se realizó durante cada mes, y al concluir el primer semestre de vida, una evaluación de los niveles de lactancia alcanzados en cada uno de los lactantes. Para ello se les aplicó a los 3 meses del parto 2 instrumentos:

- Para el estudio de vulnerabilidad al estrés se aplicó: Lista de Indicadores de Vulnerabilidad al *Stress*. Adaptación Cubana de *Dionisio Zaldívar*.¹²
- Para el estudio de la ansiedad se aplicó: Inventario de Ansiedad Rasgo Estado, de *Spielberger CD*.¹³

Se utilizaron frecuencias absolutas y relativas, y porcentajes. Se recurrió a la prueba de X^2 con un grado de libertad de 2, para relacionar los por cientos cuando se consideró oportuno, con una significación estadística mayor del 95 %. Se confeccionaron tablas para la exposición de la información.

RESULTADOS

En la [tabla 1](#) se muestran las características sociales, económicas y biológicas de las madres del estudio. El 76,2 % de ellas se encuentran en el grupo etario de 20 a 35 años, el 50,5 % tiene como nivel educacional el 12mo. grado, el 51,5 % son amas de casa y solo el 35,6 % trabaja. El 57,5 % tienen solo el hijo actual, el 48,5 % se encuentran casadas y el 39,6 % tienen una unión consensuada. Es decir, que el 88,1 % tienen una pareja estable. La enfermedad que más las afecta es el asma bronquial en el 41,4 % de los casos. El 41,6 % son sanas.

Tabla 1. Características sociales, económicas y biológicas de las madres

Características de las madres	No.	%
Edad en años		
Menos de 19	16	15,8
De 20 a 35	77	76,2
Más de 35	8	7,9
Escolaridad		
9no. grado	44	43,6
12mo. grado	51	50,5
Universitario	6	5,9

ESTADO CIVIL		
Solteras	12	11,9
Casadas	49	48,5
Unión consensuada	40	39,6
Paridad		
Actual	57	56,4
2 hijos	38	37,6
3 o más	6	5,9
Ocupación		
Amas de casa	52	51,5
Trabajadoras	36	35,6
Estudiantes	13	12,9
Enfermedades maternas		
Asma bronquial	41	40,6
Hipertensión arterial	15	14,9
Sin otra enfermedad	42	41,6
Otras	3	2,9
Totales	101	100

En la [tabla 2](#) se expone en los indicadores de vulnerabilidad al estrés en las madres en el primer trimestre, que el 46,5 % de ellas presentaban baja vulnerabilidad a este, y que el 56,4 % presentaba un bajo grado de ansiedad como estado.

En la [tabla 3](#) se muestra la LME recibida por los lactantes y su relación con el tiempo que fue utilizada. El 49,5 % de los niños la recibió entre 4 y 5 meses, y solo el 27,7 % por 6 meses.

Tabla 2. Indicadores de vulnerabilidad al estrés e Inventario Ansiedad como Estado en las madres en el primer trimestre de lactancia

Indicadores de vulnerabilidad al estrés	No.	%	Inventario Ansiedad como Estado	No.	%
Alta	25	24,8	Alto	23	22,8
Media	29	28,7	Medio	21	20,8
Baja	47	46,5	Bajo	57	56,4
Total	101	100	Total	101	100

Tabla 3. Tiempo que los lactantes recibieron la lactancia materna exclusiva (LME)

Tipos de lactancia y tiempo	Total	
	No.	%
Sin LME	10	9,9
LME < 4 meses	13	12,9
LME 4-5 meses	50	49,5
LME 6 meses	28	27,7
Total	101	100

En la [tabla 4](#) se presentan los niveles de vulnerabilidad al estrés al concluir el tercer trimestre, y los niveles de lactancia logrados durante el primer semestre de vida de los lactantes. El 77,22 % de los lactantes recibió LME por un periodo que osciló entre 4,5 y 6 meses; no obstante, cuando se agruparon las madres en cada categoría de vulnerabilidad al estrés, el 89,36 % de las que tenían un bajo índice, lograron una LME exitosa, mientras solo el 60 % lo consiguieron cuando el nivel de vulnerabilidad al estrés era alto. Además, dentro de las que no lograron una LME exitosa, los peores

resultados se asociaron al grupo con mayor vulnerabilidad al estrés. Cuando estos aspectos se relacionaron desde el punto de vista estadístico mediante X^2 , se vio alta significación estadística, con 99 % de certeza a favor de aquellas que tenían los grados más bajos de vulnerabilidad, y que lograron mejores indicadores de LME.

En la [tabla 5](#) se evalúa la ansiedad como estado en las madres al concluir el tercer trimestre, y su relación con la LME durante el primer semestre de vida de los lactantes. Se evidencia que se presentaron los niveles de ansiedad como estado más bajos en aquellas madres que alcanzaron mejores indicadores de LME en sus hijos, es decir 4, 5 y 6 meses. Por el contrario, en aquellas que ofrecieron LME por menos de 4 meses o no lo hicieron hubo coincidencia con los mayores niveles de ansiedad como estado.

Al relacionar desde el punto de vista estadístico mediante X^2 los niveles de ansiedad y los resultados de la LME a los 4, 5 y 6 meses, X^2 arrojó alta significación estadística, con 99 % de certeza a favor de aquellas madres que mostraron los menores índices de ansiedad como estado, y que lograron los mejores indicadores de lactancia.

DISCUSIÓN

La mayoría de las madres del grupo investigado estaban enmarcadas en el rango de edad de 20 a 35 años, idóneo para la maternidad y la lactancia materna, tenían una pareja estable, nivel preuniversitario y no mostraban enfermedades que de alguna u otra forma influyeran negativamente en el establecimiento de la LME; no obstante, solo el 27,7 % la logró en sus niños hasta los 6 meses, y el 49,5 % durante 4 o 5 meses. Estas cifras están por debajo de los propósitos establecidos por el Programa de Atención Materno Infantil en Cuba y por entidades internacionales como la Unicef. En las Estadísticas Sanitarias Mundiales de 2010, Cuba reportó que de 2000 a 2009 logró cifras de LME al 6to. mes solo del 26 %, las que son coincidentes con los resultados de esta investigación.¹⁴ *Alfonso Herrero* y otros evidenciaron en 2009, que el 59,1 % de los lactantes investigados habían recibido LME hasta el 6to. mes de vida.¹⁵

Ávalos González, en una investigación desarrollada en 196 niños de un policlínico de la capital cubana durante el 2008, encontró que el 55,7 % había logrado LME hasta al menos 6 meses.¹⁶ *Broche Cando* y otros, en un estudio realizado en 96 niños en una comunidad venezolana durante 2008, hallaron que ninguno de ellos recibía LME al cuarto mes de vida.¹⁷

Estos resultados dispares en ocasiones, coincidentes en otras, de diferentes publicaciones, ponen de manifiesto 2 aspectos fundamentales: los problemas de la utilización de la LM no se circunscriben a un país en específico; y en segundo lugar, que en distintos escenarios se obtienen disímiles resultados, porque inciden factores que no son uniformes, que independientes o superpuestos, pueden afectar la utilización de la LM, y no en todas las investigaciones esos factores han sido convenientemente estudiados.

La mayoría de las madres encuestadas se encontraban en los grupos de baja vulnerabilidad al estrés al concluir el tercer trimestre de lactancia, pero también se hizo evidente que aquellas con menores índices de estrés, fueron significativamente desde el punto de vista estadístico, las que lograron mejores cifras de LME al 4to., 5to. y 6to mes. *Hurley* y otros, en un estudio realizado con 702 madres y lactantes en Baltimore, Estados Unidos, también evidenciaron la relación existente entre el estrés, la depresión, la ansiedad y los estilos de LM.⁹

Aunque la ansiedad como estado se manifiesta con mayor intensidad en el puerperio inmediato, trascurridos ya los 3 meses, muchos factores determinan que un grupo importante de madres se muestren ansiosas. Es explicable entonces, según expresan en su trabajo *Rivara Dávila* y otros, en Perú, que una intervención en las gestantes que logra disminuir la ansiedad materna también obtenga significativos y superiores niveles en la LM, criterios que también los autores comparten.¹⁸ Se hizo evidente, y fue significativo estadísticamente, que en el tercer trimestre, las que mostraban niveles más altos en el estado de ansiedad, tuvieron peores resultados en cuanto a la LME exclusiva al 4to., 5to. y 6to. mes.

Olza Fernández (Olza I. Ansiedad materna y efecto nocebo del control prenatal. Tercera Jornada de Salud Perinatal. Santiago de Compostela; 26 de Noviembre 2009) ha estudiado a profundidad todo el entramado endocrino, fisiológico y psicológico que significa el estrés del embarazo y el parto para la salud de la embarazada y el futuro bebé, y las medidas a tomar para su control. El cansancio, la fatiga y el estrés vivido por la madre, pueden, por sí solos, inhibir la producción de la hormona prolactina, y negativamente incrementan los niveles de cortisol. Si estos factores no se modifican positivamente en los primeros días, o por el contrario, se le suman otros elementos negativos en el entorno familiar, entorpecerían el establecimiento de la LM, o la harían fracasar, y, lamentablemente, enmascarado en las mejores intenciones, aparece en estos casos el temido biberón.

Fuillerat Alfonso R, un conocido psicólogo cubano, ha expresado que el estado psíquico de la embarazada, puede ser factor desencadenante de muchas alteraciones neurológicas y psicológicas del futuro hijo, que pueden estar estrechamente relacionadas con la alimentación y la nutrición. El estado emocional y la disposición psicológica de la embarazada, son importantes para el proceso de la lactancia, lo que está muy acorde con los resultados de esta

investigación.⁷

Por ese motivo, muchos investigadores se refieren con más fuerza a la necesidad de realizar intervenciones psicológicas; y otros, a establecer clínicas de consejería con respecto a los factores relacionados con la LM, que, además de la capacitación, que es el elemento que generalmente las intervenciones tradicionales esgrimen, contribuyan a modificar, convenientemente, los elementos psíquicos y del entorno que dificultan el establecimiento por las madres de una LM exitosa.¹⁵⁻²⁰ En ese sentido algunos, como *Micheline* y otros, han establecido una lista de prioridades de madres que proponen sean manejadas por estos grupos de trabajo.²

Se concluye que no se obtuvieron adecuados índices de LME en los casos estudiados. La mayoría de las madres mostraron bajos índices de vulnerabilidad al estrés y bajos niveles de ansiedad como estado, a los 3 meses de nacidos sus hijos. No obstante, hubo una estrecha relación entre los peores indicadores de lactancia y altos niveles de vulnerabilidad al estrés y ansiedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valdés Martín S, Gómez Vasallo A. Temas de Pediatría. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011. p. 115-38.
2. Michelini ML, de Oliveira RI. Síntesis de la Norma de Lactancia del MSP, 2009. Arch Pediatr Urug. 2009 Jun;80(2):130-3.
3. Martin RM, Ben-Shlomo Y, Gunnell G, Elwood P, Yamell JW, Davey Smith G. Breast feeding and cardiovascular disease risk factors, incidence and mortality: The Caerphilly study. J Epidemiol Community Health. 2005;59:121-59.
4. UNICEF. Salud Materna y Neonatal. Estado Mundial de la Infancia; 2009. New York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2008. p. 122.
5. Bamji MS, Murthy PV, Williams L, Vishnu Vardhana RM. Maternal Nutritional Status & practices & perinatal, mortality in rural Andhra Pradesh, India. Indian J Med Res. 2008;127(28):44-51.
6. Macias SM, Rodríguez S, Ronayne de Ferrer PA. Leche materna: composición y factores condicionantes de la

lactancia. Arch Argent Pediatr. 2006;104(5):423-30.

7. Fuillerat Alfonso R. Psicología y nutrición en el desarrollo ontogenético en la edad infanto-juvenil. Nutr Hosp. 2004 Jul;19(4):209-24.

8. Llerena Santa Cruz E, Pérez Gaxiola G. La lactancia materna puede disminuir el riesgo de problemas de salud mental. Evid Peditr. 2010;6:39.

9. Hurley KM, Black MM, Papas MA, Caulfield LE. Maternal Symptoms of Stress, Depression and Anxiety are related nonresponsive feeding style in statewide sample WIC of participant. The Journal of the Nutrition Community and International Nutrition. January 2012;29:799-805.

10. Scharfe E. Maternal Attachment Representations and Initiation and Duration of Breastfeeding. Journal of Human Lactation. 2012;28(2):218-25.

11. Camargo Figuera FA, Latorre Latorre JF, Porras Carreño JA. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. Hacia la Promoción de la Salud. enero-junio 2011;16(1):56-72.

12. Martín M, Grau Avalo JA. Instrumentos para el estudio del estrés y afrontamiento. Capítulo 11. En: González Llana FM. Instrumentos de evaluación psicológica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007. p. 243-7.

13. Martín M. Instrumentos para el estudio de la ansiedad y la depresión. Capítulo 10. En: Instrumentos de evaluación psicológica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007. p. 166-74.

14. OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010. Parte II. Indicadores Sanitarios Mundiales; 2010.

15. Alfonso Herrero L, Gorrita Pérez RR ¿Cómo influyen diferentes factores psicosociales en el abandono precoz de la lactancia materna? Revista de Ciencias Médicas La Habana [serie en Internet]. 2009 [citado 4 de agosto de 2013];15(3). Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol15_3_09/hab06309.html

16. Avalos González MM. Comportamiento de algunos factores biosociales en la lactancia materna en los menores de un año. Rev Cubana Med Gen Integr. 2011;27(3):323-31.

17. Broche Candó RC, Sánchez Sarría OL, Rodríguez Rodríguez D, Pérez Ulloa LE. Factores socioculturales y psicológicos

vinculados a la lactancia materna exclusiva. Rev Cubana Med Gen Integr. 2011;27(2):254-60.

18. Rivara Dávila G, Rivara Dávila P, Cabrejos K, Quiñonez Meza E, Ruiz Sercovic K, Miñano K, et al. Contacto piel a piel inmediato: efecto sobre el estado de ansiedad y depresión materna posparto y sobre la adaptabilidad neonatal hacia la lactancia materna precoz. Rev peru pediater. 2007;60(3):140-9.

19. Pino JL, López MA, Medel AP, Ortega A. Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de Chile. Rev Chil Nutr. 2013;40(1):48-54.

20. OMS. Guidelines on HIV and infant feeding 2010. Principles and recommendations for infants feeding in the context of HIV and summary of evidence. UNICEF; 2010.

Recibido: 29 de julio de 2013.

Aprobado: 25 de septiembre de 2013.

Remigio Rafael Gorrita Pérez. Policlínico Universitario "Santiago Rafael Echezarreta Mulkay". Calle 66, esquina 41, municipio San José de Las Lajas. Mayabeque, Cuba. Correo electrónico: remigio.gorrita@infomed.sld.cu