

## VARIABLES MATERNAS ASOCIADAS CON LA LACTANCIA

Sosa Páez, Valeria

Hospital del Oeste "Dr. Atilio Luchini", San Luis

Rovella, Anna

Laboratorio de investigación en Ciencias del comportamiento UNSL, San Luis

Kamenetzky, Giselle

CONICET

Universidad Abierta Interamericana

Centro de Altos Estudios en Ciencias Sociales

## Introducción

Los primeros 1000 días que van desde la concepción hasta los dos años de vida del/la bebé son cruciales para su desarrollo y la lactancia materna es considerada la mejor forma de alimentación ya que le provee todos los nutrientes y componentes inmunológicos que necesita. Es por esto que la OMS recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad junto con alimentación complementaria hasta los dos 2 años del/la bebé o hasta que la madre y el/la bebé lo deseen (World Health Organization [WHO], 2018). El problema radica en que su duración a nivel mundial está por debajo de estos valores, predominando el uso de leche de fórmula con mayores tasas en los países de bajos ingresos (UNICEF, 2019). Una de las causas más frecuentes de abandono de la lactancia materna es que las madres perciben que se quedan sin leche, pudiendo ser en la mayoría de los casos subsanado mediante una correcta técnica de lactancia y apoyo de parte de los equipos de salud (Dietrich et al. 2015; Centro de estudios sobre nutrición infantil, s.f.).

En la provincia de San Luis, las mujeres que forman parte de las poblaciones vulnerables tienen la posibilidad de acudir a los hospitales públicos de la provincia para el control de salud de sus bebés. Por esto, el trabajo de los/as profesionales que allí desempeñan su tarea requiere una formación abocada a la prevención y promoción de la salud, mediante el estudio de los factores que rodean a este contexto e impactan negativamente en su calidad de vida. Para este estudio se trabajó en el Hospital Dr. Atilio Luchini, ubicado en el departamento Juan Martín de Pueyrredón de la provincia de San Luis, en el Barrio Juan Carnevale, en la calle Humberto Balladore, Manzana 161.

Conocer las variables que afectan la lactancia de los pacientes de uno de los hospitales de San Luis podría sentar las bases para un estudio que abarque los demás centros de salud públicos de la provincia. Posteriormente, esto permitiría planificar la aplicación de herramientas adecuadas para la promoción de la lactancia en población vulnerable, un trabajo que sin duda requerirá un abordaje interdisciplinario, a fin de avanzar en la resolución de esta problemática.

## Beneficios de la lactancia materna

Los primeros 1000 días, que van desde la concepción hasta los dos años de vida, son cruciales para el desarrollo del/la bebé. La leche materna proporciona beneficios nutricionales, inmunológicos, psicológicos, sociales, económicos y medioambientales para el/ella y su madre (Khreshheh & Ahmed, 2018). En particular, durante la primera hora de vida, aporta al desarrollo de la microbiota intestinal de la descendencia. La constitución completa y final de la misma, favorece el desarrollo del sistema inmunológico del lactante y protege contra la colonización de diferentes patógenos (Castañeda Guillot, 2018). La iniciación temprana de la lactancia materna (EIBF, por sus siglas en inglés), es decir, la práctica de la lactancia materna durante la primera hora de vida, ayuda a reducir la mortalidad infantil debido a que el calostro, leche producida al final del embarazo, es el mejor alimento que el/la recién nacido/a necesita. Además, ayuda a disminuir el riesgo de hipotermia, favorece la producción de leche materna y facilita la liberación de la hormona oxitocina, la cual es importante para la contracción del útero y la reducción de la hemorragia posparto. Algunos factores que promueven la práctica de la EIBF son el parto vaginal, recibir información sobre lactancia materna durante los controles en el embarazo y practicar el contacto piel con piel (COPAP) durante una hora o más inmediatamente después del nacimiento (Gayatri & Dasvarma, 2020).

La OMS recomienda y promueve la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida del lactante, y lactancia materna continuada junto con la incorporación de alimentos adecuados y seguros hasta los dos años de edad, o hasta que la madre y el/la niño/a lo deseen (WHO, 2018). El problema radica en que a pesar de los múltiples beneficios que trae la lactancia materna, a nivel mundial, solo 2 de cada 5 niños y niñas comienzan a lactar en la primera hora de vida, el 43% de las y los recién nacidos reciben líquidos o alimentos distintos de la leche materna durante los 3 primeros días de vida y sólo aproximadamente el 42% de las y los menores de 6 meses recibe lactancia materna exclusiva, aunque ha habido un aumento significativo en la lactancia materna durante la última década, la leche de fórmula sigue siendo la principal fuente de nutrición para muchos/as bebés durante el primer año de vida. Entre los años 2008 y 2013, las ventas de fórmula infantil aumentaron en un 41% en todo el mundo y en un 72% en países de ingresos medianos altos. La baja calidad de la alimentación es considerada la principal causa de la triple carga de malnutrición (retraso en el crecimiento, emaciación y sobrepeso) y recae principalmente en los/as niños/as de los estratos más pobres y marginados, perpetuando así el ciclo de la pobreza a través de las generaciones (UNICEF, 2019).

En Canadá, la prevalencia de inicio de lactancia materna es del 89%, sin embargo, con el paso de los meses, estos niveles decrecen al 13.8%. A través de una muestra recolectada en la encuesta de salud de la comunidad canadiense, CCHS por sus siglas en inglés, realizada en los años 2009 y 2010, se evidencia que además de otros importantes factores como la edad, la educación y el empleo, el apoyo social (emocional e informativo) recibido

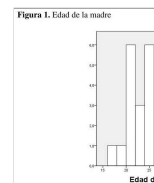


FIGURA 1

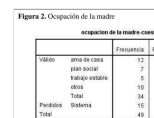


FIGURA 2

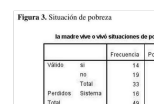


FIGURA 3

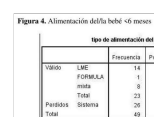


FIGURA 4

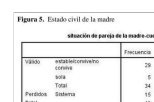


FIGURA 5

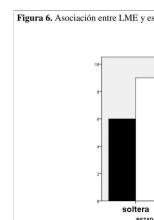


FIGURA 6

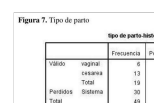


FIGURA 7

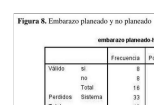


FIGURA 8

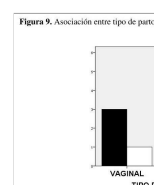


FIGURA 9

constituye un factor clave para el sostenimiento de la lactancia materna exclusiva (Laugen et al., 2016). Van den Heuvel y Birken (2018) señalan que en este país, la inseguridad alimentaria, definida como el acceso poco garantizado a cantidades suficientes de alimentos nutritivos, es una de las principales causantes del abandono de la lactancia materna y constituye un grave problema de salud pública. A través de esto reportaron que alrededor de la mitad de las mujeres que habitan hogares con inseguridad alimentaria, interrumpen la lactancia materna exclusiva a los dos meses del parto, mientras que la mitad de las mujeres de hogares que tienen acceso a alimentos nutritivos, amamantan de forma exclusiva durante al menos cuatro meses.

Dietrich et al. (2015) señalan algunos motivos por los que numerosas mujeres canadienses dejan de amamantar antes de lo planeado, apoyándose en una teoría que afirma que las primeras 4 semanas de postparto implican el período de mayor riesgo de complicaciones en la lactancia. Uno de ellos sería en parte debido a que, antes de atravesar el período de la lactancia, las madres consideran que la misma será una tarea fácil, una experiencia universalmente placentera y con múltiples beneficios para la salud. Sin embargo, cuando aparecen algunas dificultades durante la misma (que en su mayoría pueden ser subsanadas con una adecuada técnica y apoyo del servicio de salud), como falta de apoyo familiar, dolor al dar el pecho y sensación de falta de leche, las madres pueden sentir que están 'fracasando', afectando negativamente la autoeficacia de la lactancia, y resultando en algunos casos en un cese temprano, acompañado de sentimientos de culpa y/o arrepentimiento.

Algunos estudios señalan la influencia que la salud mental materna puede tener sobre la lactancia materna y se considera que los/as trabajadores/as de la salud deben tenerla en cuenta y saber abordarla. A esto se le suma que su prevalencia y consecuencias son elevadas y desfavorables. En cuanto a la depresión materna, su prevalencia durante el embarazo (11%) y posparto (13%) es significativa, siendo esta última mayor (20%) en países de bajos ingresos (Coo et al., 2020). Dozier et al. (2012) plantean que, en poblaciones de bajos ingresos, el estrés materno puede influir en el abandono de la lactancia, pero su impacto varía según el tipo del evento estresor. A partir del modelo desarrollado por Ahluwalia y cols. (2001), se categoriza el estrés asociado a la pareja (estar separada de la pareja, discutir con ella o que no haya deseado tener un/a bebé), traumático (familiares con problemas legales o consumo de drogas), financiero (tener grandes problemas económicos) y emocional (familiar con enfermedad grave, o fallecido). Los/as autores hallaron que, en Nueva York, todas las categorías de estrés fueron experimentadas en mayor medida por las mujeres que habían dejado de alimentar a sus hijos con leche humana y particularmente el estrés financiero y el traumático fueron aquellos que se asociaron significativamente con el abandono de la lactancia materna en estas mujeres (Dozier et al., 2012).

En Brasil, un estudio arrojó que de 168 mujeres encuestadas, el 30% de las mujeres encuestadas alimentan a sus hijos/as con lactancia materna exclusiva. La mayoría de aquellas que abandonan estas prácticas a los 2 meses posteriores al parto habitan en hogares con 5 o más residentes, tuvieron un parto traumático, un embarazo no planeado y muestran síntomas de depresión posparto. Aquellas que abandonan la lactancia materna exclusiva a los 4 meses postparto presentan bajo nivel educativo, se reincorporan al trabajo, no recibieron información sobre lactancia materna en el período de postparto, no planearon quedar embarazadas y, de entre aquellas que están en pareja, esta no ayudó en el cuidado de sus hijos/as durante el primer mes (Machado et al., 2014).

Durante un encuentro virtual desarrollado en el mes de agosto del año 2022, por la Semana Mundial de la Lactancia, se dieron a conocer los resultados preliminares de la Encuesta Nacional de Lactancia (en preparación) y su relación con los datos de la última encuesta publicada en el año 2017. Los resultados señalan que la lactancia materna exclusiva es del 42%, un 2% menor en relación con la última encuesta y disminuye a medida que aumenta la edad del/la lactante. El 97% inicia la lactancia materna, el 75% recibe lactancia materna exclusiva al momento del alta y solo la mitad continúa amamantando hasta el segundo año de vida. En cuanto al abandono precoz, el 60% se debe a causas no médicas y el 20% a la vuelta al trabajo u otras actividades. De aquellos/as bebés menores de 6 meses que reciben lactancia materna exclusiva, el 58% nacieron por vía vaginal y el 42% por cesárea, disminuyendo este último un 3% en relación con las estadísticas anteriores. Con respecto a la lactancia y tiempo de separación con la madre en menores de 6 meses, el 87,8% de las y los que reciben lactancia materna estuvieron más de 4 horas separados de sus madres y el 92,1% menos de 4 horas. Con respecto al sector salud, el 60% recibió información sobre lactancia durante el embarazo, el 63% recibió ayuda para poner el/la bebé al pecho durante la internación, el 54% recibió información sobre extracción de leche y el 25% obtuvo información sobre leches diferentes a la humana para complementar la lactancia al alta.

La causa de abandono, referida por las madres, más frecuente de la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses es percibir que 'se quedan sin leche'. Debido a que la mayoría de las mujeres pueden amamantar se cree que esta percepción se debe a falta de información sobre signos de saciedad y de hambre del niño, malas técnicas de lactancia o falta de apoyo del equipo de salud durante los primeros meses de vida (Centro de estudios sobre nutrición infantil, 2019). Datos no publicados de nuestro laboratorio indican que la lactancia materna exclusiva se ve afectada por factores psicológicos como el estrés percibido de la madre (y esta variable se encuentra asociada al apoyo social percibido), pero también a las condiciones en las cuales ocurren la gestación y el parto. Por ejemplo, cuando los/as bebés nacieron por cesárea disminuyó la probabilidad de que ocurra lactancia materna exclusiva y dicha práctica aumentó significativamente en un grupo de madres encuestadas, en comparación con los partos de sus madres. Asimismo, la crianza monoparental se asoció con una disminución de la lactancia.

Monteban (2018) realizó una investigación en 16 Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) y hogares de las capitales de las provincias de Santiago del Estero, Catamarca, Tucumán y Jujuy. A partir del análisis, encontró que el inicio de la lactancia materna es mayor en mujeres que están pareja, amas de casa y con gestación a término y parto normal, y es menor en mujeres con nivel educativo terciario o superior. A su vez, pudo identificar una asociación positiva entre lactancia materna exclusiva y tener una edad menor a 30 años y una asociación negativa con los síntomas de depresión y ansiedad. La autora concluye que los resultados que arroja la bibliografía sobre la relación entre lactancia materna y factores demográficos y psicosociales, no son totalmente concluyentes. Dado que los factores protectores y de riesgo pueden variar en distintas regiones, los programas de promoción de la lactancia materna exclusiva deben tener un diseño adaptado a poblaciones particulares. Además, propone el desarrollo de abordajes integrales para trabajar no solo aspectos informativos sino también de apoyo social para estas mujeres.

Estudios longitudinales han demostrado que el vínculo madre-hijo/a es crucial en la configuración del desarrollo cognitivo, emocional y social del/la niño/a. En roedores las investigaciones evidencian que la transmisión de tasas elevadas de cuidado materno entre generaciones proporciona una capacidad de respuesta conductual y fisiológica atenuada al estrés (Bauer et al., 2016). En macacos, se ha encontrado que, aquellos que habían recibido una crianza abusiva durante los primeros meses de vida exhibieron un comportamiento materno posterior similar para con sus

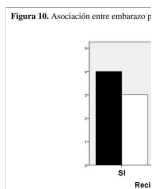


FIGURA 10

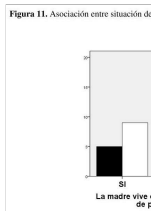


FIGURA 11

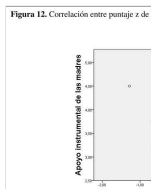


FIGURA 12

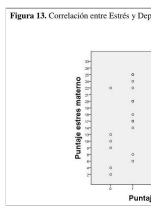


FIGURA 13

Figura 14. Comparación de grupos de control y de

		Estrés	F	p
Depresión materna-PPQ-2	alto	83,748	2,484	
	bajo		2,882	

FIGURA 14

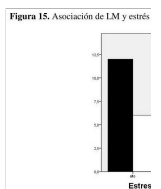


FIGURA 15

Figura 16. Tipo de lacto materno-parental de la mujer

Tipo de lacto materno-parental con respecto a su		Frecuencia	p
Materno	condición cardíaca	12	
	desarrollo normal	8	
	condición cardíaca	5	
	condición cardíaca	4	
	Total	29	
Parental	Si	14	
	No	15	
	Total	29	

FIGURA 16

Figura 17. Tipo de lacto materno-parental de la mujer

Tipo de lacto materno-parental con respecto a su		Frecuencia	p
Materno	condición cardíaca	12	
	desarrollo normal	8	
	condición cardíaca	5	
	condición cardíaca	4	
	Total	29	
Parental	Si	14	
	No	15	
	Total	29	

FIGURA 17

propias crías (Kinnally et al., 2018). En humanos, al administrar el Instrumento de Lazos Parentales (PBI, por sus siglas en inglés), se encontró que los sujetos que obtuvieron altos niveles de atención materna tenían una autoestima elevada, una ansiedad de rasgo reducida y una disminución del cortisol en saliva en respuesta al estrés. Durante la niñez y la adolescencia, los/as niños/as seguros/as son más autosuficientes, tienen mayor confianza en sí mismos/as y autoestima que aquellos clasificados como inseguros/as. Los/as bebés con apego seguro también tienen una mejor regulación emocional, expresan emociones más positivas y exhiben una persistencia y flexibilidad adecuadas en respuesta al estrés (Champagne, 2008). La calidad de la atención materna proporcionada a la descendencia, puede verse afectada por la ausencia temporal del cuidado materno. Estudios con crías de primates evaluaron el efecto de la separación materna y la reunión con un ambiente social familiar. Hallaron que los niveles de cortisol aumentan en las crías en la fase de separación, pero vuelve a los niveles basales cuando la diada vuelve a reunirse o cuando se produce la reunión con conespecíficos familiares (Hostinar et al., 2014).

## Objetivos

Los objetivos de esta investigación fueron:

-Determinar el porcentaje de madres que alimentan a sus niños/as con lactancia materna exclusiva, los niveles de estrés percibidos, depresión, los lazos materno-parentales, el apoyo social en madres de población vulnerable.

-Evaluar la relación entre los lazos materno-parentales, el apoyo social, el estrés percibido y la depresión de la madre.

-Evaluar el efecto del estrés materno percibido, el apoyo social, la depresión y el lazo materno-parental percibido en madres de población vulnerable sobre el inicio y mantenimiento de la lactancia materna y sobre las medidas de crecimiento del/la bebé.

## Metodología

**Diseño:** De acuerdo al tipo de investigaciones planteado por Montero y León (2002), el diseño de la investigación es un estudio de tipo descriptivo y correlacional.

**Muestra:** La muestra está conformada por 34 binomios de madre-bebé de hasta 12 meses de edad, que asisten a diversos servicios del Hospital del Oeste de la provincia de San Luis para el control pediátrico. Datos no publicados del servicio social de este hospital registró en el año 2019 que alrededor del 83% de las madres que asisten al control de pediatría se encuentran en contextos familiares con indicadores de riesgo socio-sanitario. En Argentina, las regiones de Gran Buenos Aires y de Cuyo (37%) son las que presentan mayores incidencias de la pobreza en personas (Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina [INDEC], 2022). La participación fue voluntaria y anónima. El método de muestreo fue no probabilístico, por conveniencia. Todas las participantes firmaron previamente un consentimiento informado. Este protocolo fue aprobado por la Comisión Asesora de Posgrado de la Facultad de Psicología y el Comité Académico de la Carrera de Maestría en Psicología Clínica Mención Cognitivo-Integrativa (424/21).

**Instrumentos:** Se administraron 4 instrumentos: la versión reducida de la Escala de Estrés Percibido, PSS por sus siglas en inglés (PSS-10), desarrollada por primera vez en 1983 por Cohen, Lamarck y Mermelstein (Remor, 2006); el Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido, construido por Sherbourne y Stewart en 1991 (Rodríguez Espínola & Enrique, 2007); la versión de dos ítems de cuestionario PHQ, por sus siglas en inglés (PHQ-2), construido por Kroenke, Spitzer y Williams en el año 2010 (Rodríguez Muñoz et al., 2017) y el Instrumento de Lazos Parentales, PBI por sus siglas en inglés, desarrollado por Parker, Tuplin y Brown en 1979 (Espinoza Marca, 2016). Además, se aplicó un cuestionario construido ad-hoc, que incluye información sociodemográfica de la madre, una planilla de registro con datos que se recolectaron de la historia clínica perinatal del servicio de obstetricia del Hospital del Oeste e información sobre talla, peso y PC obtenida de la libreta de salud del/la bebé.

**PSS-10:** evalúa el grado en que las personas valoran las situaciones de sus vidas como estresantes. Está compuesto por 10 ítems, con una escala de respuesta de 5 puntos, donde 0 es 'nunca', 1 'casi nunca', 2 'de vez en cuando', 3 'a menudo' y 4 'muy a menudo'. No presenta punto de corte, por lo que una puntuación más alta, indica un mayor nivel de estrés percibido. Con respecto a las propiedades psicométricas, presenta una consistencia interna de 0.82 según el Coeficiente Alfa de Cronbach, y fue validada en población española a partir de observar una alta correlación entre los puntajes de esta escala y de otros instrumentos que miden constructos similares (Remor, 2006).

**Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido:** permite conocer la red familiar y extrafamiliar y medir cuatro dimensiones del apoyo social funcional: emocional, instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo. Está conformada por 20 ítems, con una escala de 5 puntos, donde a mayor puntuación, mayor apoyo percibido. La prueba está validada en población argentina y presenta un índice de confiabilidad de Alfa de Cronbach de 0.919 para la totalidad de la misma (Rodríguez Espínola & Enrique, 2007).

**PHQ-2:** se utiliza como instrumento de primer cribado para diagnosticar depresión de una manera rápida y sencilla. Está compuesto por 2 ítems, con formato de respuesta de tipo likert que evalúan humor depresivo y pérdida de interés. Una puntuación mayor o igual a 3 indica probable diagnóstico de depresión. Es el instrumento más validado para medir depresión mayor en atención temprana, idioma español, incluyendo a mujeres embarazadas o en el período de puerperio. Muestra un índice de confiabilidad de 0,84 y una sensibilidad que oscila entre 75% y 96% y una especificidad entre 57% y 78% (Rodríguez Muñoz et al., 2017).

**PBI:** pretende medir y determinar el vínculo hacia los progenitores durante su infancia y adolescencia hasta los 16 años. Está conformado por 25 ítems que componen las escalas de afecto (12 ítems) y control (13 ítems). Cada ítem se puntúa a través del método Likert, en un rango de 0 a 3 puntos, tomando como punto de corte al percentil 50 para delimitar los niveles descriptivos alto y bajo. A partir de la combinación de los niveles obtenidos en cada dimensión, los padres y madres pueden ser 'asignados/as' a uno de los cuatro cuadrantes: óptimo, ausente o débil, constricción cariñosa y control sin afecto. La asignación de las categorías 'alto' y 'bajo' está basada en los puntajes de corte: para

padres, un puntaje de *afecto* de 24,0 y un puntaje de *control* de 12,5; y para madres, un puntaje de *afecto* de 27,0 y un puntaje de *control* de 13,5. El presente test ha puesto a prueba su confiabilidad y validez y ambas han sido aprobadas en población chilena con un Alfa de Cronbach de 0.86 en la escala de cuidado y de 0.75 en la escala de sobreprotección en la forma de padre y un Alfa de Cronbach de 0.81 en la escala de cuidado y 0.75 en la escala de sobreprotección en la forma de madre (Espinoza Marca, 2016).

**Procedimiento:** Con el fin de evitar que circulen personas en el hospital para reducir el contagio del COVID-19, en el año 2021 se redujo la cantidad de controles pediátricos, por lo que las mujeres no asistían con tanta frecuencia. Además, la mayoría de quienes se encontraban en el hospital no querían participar de la investigación por manifestar tener que asistir a otras consultas. Una vez que la madre accedió a participar de la investigación y firmó el consentimiento informado (CI), se administró los instrumentos en una sesión de 20 minutos, leyéndole a la madre los ítems de cada cuestionario. El orden de administración de los instrumentos fue contrabalanceado para controlar el efecto de orden. Posteriormente se registraron los siguientes datos de la libreta de salud: tipo de alimentación y puntajes z de talla, peso y perímetro cefálico. Luego de la entrevista se recolectaron datos de la historia clínica perinatal que el servicio de obstetricia del Hospital del Oeste carga vía web.

**Análisis de datos:** Se realizaron análisis de datos descriptivos, correlaciones bivariadas, ANOVA, pruebas t para grupos independientes y chi cuadrado, con el Programa Estadístico para Ciencias Sociales SPSS para entorno de windows.

## Resultados

El promedio de edad de las madres es de 26 años, con una desviación típica de 4,5 años [{ver figura 1}](#). La mayoría de las mujeres de esta muestra, un 35%, son *amas de casa*, seguida de *otros*, es decir, que un 29,4% son estudiantes o desocupadas, el 21% reciben un *plan social* y el 15% tienen un *trabajo estable* [{ver figura 2}](#). Alrededor del 42% de las mujeres de la muestra percibe vivir o haber vivido situaciones de pobreza y el 58% no lo percibió [{ver figura 3}](#).

El 61% de los/as bebés menores de 6 meses reciben lactancia materna exclusiva, le siguen aquellos/as que se alimentan de forma mixta con un 35% y finalmente un 4% recibe leche de fórmula [{ver figura 4}](#).

El 85% de las mujeres de la muestra refiere estar soltera y el 15%, en una relación estable [{ver figura 5}](#).

Se observa una asociación entre el estado civil de la madre y la lactancia materna exclusiva. Los/as niños/as de madres solteras reciben menos lactancia materna exclusiva que aquellos/as con madres casadas o en pareja ( $X^2 (1, N=23) = 7,886, p < 0,005$  [{ver figura 6}](#)).

Del total de la muestra el 68% de los partos fueron por cesárea y el 32% vaginales [{ver figura 7}](#).

La mitad de las mujeres de la muestra habían planeado su embarazo y la otra mitad fueron partos no planeados, según la historia clínica perinatal [{ver figura 8}](#).

Se observa una asociación entre embarazo planeado y tipo de parto. Las mujeres que refirieron haber planificado su embarazo tuvieron mayormente un parto vaginal y quienes tuvieron partos no planeados, en su mayoría parieron por cesárea ( $X^2 (1, N=11) = 4,055, p < 0,04$  [{ver figura 9}](#)).

Se registra una asociación entre embarazo planeado y la lactancia materna. Las mujeres que planearon su embarazo alimentaron más a sus hijos/as con lactancia materna exclusiva que aquellas que no lo planearon ( $X^2 (1, N=12) = 4,286, p < 0,03$  [{ver figura 10}](#)).

Se observa una asociación entre la situación de pobreza y la depresión materna obtenida tras aplicar el cuestionario PHQ-2. Las madres que perciben que han vivido o viven situaciones de pobreza presentan puntajes más altos en depresión ( $X^2 (1, N=32) = 4,702, p < 0,03$  [{ver figura 11}](#)).

La figura 12 sugiere una tendencia hacia una correlación positiva entre el puntaje z de PC y apoyo instrumental, obtenido mediante el cuestionario MOS, aunque no se observa una relación estadísticamente significativa ( $r (19) = 0.377, p = 0,11$  [{ver figura 12}](#)).

Se observa una correlación positiva estadísticamente significativa entre estrés y depresión maternos. Quienes obtuvieron mayores puntajes en depresión, mostraron valores más altos de estrés ( $r (33) = -2,882, p = 0,01$  [{ver figura 13}](#)).

Una comparación de grupos entre madres con alto nivel de estrés y bajo nivel de estrés refleja una diferencia estadísticamente significativa para la variable Depresión ( $t(18) = -2,882, p = 0,01$ ), por lo que aquellas mujeres que presentan niveles más altos de estrés, puntúan más en depresión [{ver figura 14}](#).

Se sugiere una asociación entre el estrés materno, medido con el cuestionario PSS-10 y la lactancia materna. Aquellas madres que obtuvieron altas puntuaciones de estrés, ofrecieron en menor medida lactancia materna a sus hijos/as. Estas impresiones fueron corroboradas con el análisis de chi cuadrado de Pearson, ( $X^2 (1, N = 32) = 4,609, p < 0.032$  [{ver figura 15}](#)).

El 65% de las mujeres entrevistadas presentó el tipo de lazo materno-parental 'constricción cariñosa' (alto en escala de sobreprotección-alto en escala de cuidado), el 26% 'control sin afecto' (alto en escala de sobreprotección-bajo en escala de cuidado), el 9% 'vínculo ausente/débil' (bajo en escala de sobreprotección-bajo en escala de cuidado) y el 0% 'vínculo óptimo' (bajo en escala de sobreprotección-alto en escala de cuidado), hasta la edad de 16 años en relación con su madre [{ver figura 16}](#). La escala de cuidado se define por conductas y actitudes materno-parentales de afectuosidad, contención emocional, empatía y cercanía. La escala de sobreprotección se caracteriza por conductas materno-parentales de sobreprotección, intrusión excesiva, contacto excesivo, infantilización y prevención del comportamiento independiente.

Hasta la edad de 16 años, el 45% de las mujeres presentó el tipo de lazo materno-parental 'control sin afecto' (alto en escala de sobreprotección-bajo en escala de cuidado), el 40% 'constricción cariñosa' (alto en escala de sobreprotección-alto en escala de cuidado), el 15% 'vínculo ausente/débil' (bajo en escala de sobreprotección-bajo en escala de cuidado) y el 0% 'vínculo óptimo' (bajo en escala de sobreprotección-alto en escala de cuidado) en relación con su padre [{ver figura 17}](#).

## Discusión

Este estudio se realizó en el Hospital del Oeste ubicado en una zona carenciada de la provincia de San Luis, donde un gran porcentaje de las madres se encuentran en contextos familiares con indicadores de riesgo socio-sanitario. La mayoría de las mujeres de la muestra no tenía un trabajo estable y un porcentaje considerable refirió haber percibido vivir situaciones de pobreza. Se considera que estos datos deben ser tenidos en cuenta debido a que la situación de pobreza se replica en varias regiones del mundo y como consecuencia de las condiciones adversas y la mala alimentación de madres y niños/as repercute en el crecimiento de estos últimos. En Canadá, la situación de desempleo y la inseguridad alimentaria, son una de las principales causas del abandono de la lactancia materna (Laugen et al., 2016; Van den Heuvel & Birken, 2018).

Respecto a la alimentación de los/as bebés de este estudio, el porcentaje de aquellos/as menores de 6 meses que recibió lactancia materna exclusiva superó ampliamente las estadísticas mundiales (UNICEF, s.f.) y de nuestro país (Centro de estudios sobre nutrición infantil, 2019), aunque no alcanza las recomendaciones dadas por la OMS, quien promueve la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida del lactante (WHO, 2018). Existe amplia evidencia de que la leche materna proporciona beneficios nutricionales, psicológicos, sociales, económicos y medioambientales (Khresheh & Ahmed, 2018). Los primeros 1000 días son cruciales para el desarrollo del neonato, sin embargo un gran porcentaje a nivel mundial recibe leche de fórmula, la cual en cuanto a su composición no aporta todos los beneficios que la leche materna le provee al/la niño/a. La baja calidad de la alimentación puede producir retraso en el crecimiento, emaciación y sobrepeso y recae principalmente en los estratos más pobres (UNICEF, 2019).

A partir de los resultados obtenidos en la investigación se podría hipotetizar que indirectamente podría haber una relación entre la situación de pobreza y la lactancia materna. En este sentido, se encontró que aquellas mujeres de la muestra que han percibido vivir situaciones de pobreza presentaron niveles elevados de depresión; a su vez, se halló una correlación positiva entre estrés materno y depresión, en donde a mayor depresión materna, mayor estrés materno y aquellas mujeres más estresadas alimentaron en menor medida a sus hijos/as con leche materna. Estos resultados coinciden con los obtenidos en Coe et al. (2020), registrando que en el mundo los porcentajes de depresión posparto son más elevados en países de bajos ingresos; en Dozier et al. (2012), quienes hallaron que, en Nueva York, las mujeres que presentan estrés financiero son más propensas a abandonar la lactancia materna; y con datos no publicados de nuestro equipo de investigación con población general y con desnutrición infantil que reflejan que los/as niños/as de las madres que en el momento de la entrevista no se sentían estresadas y que refirieron no haber atravesado situaciones de estrés en sus lactancias anteriores recibieron más lactancia materna exclusiva. Desde este punto, se hace hincapié en la importancia de atender a la lactancia materna en poblaciones vulnerables. Para este fin, se piensa en la posibilidad de ahondar en la elaboración y aplicación de estrategias tendientes a disminuir los niveles de estrés y depresión maternos para fortalecer la lactancia materna.

Otra variable estudiada, cuyo análisis podría permitir nuevas intervenciones en la promoción de la lactancia materna, es el embarazo planeado. Para esta muestra, aquellas mujeres que refirieron haber planeado su embarazo tuvieron en su mayoría partos vaginales y amamantaron más a sus hijos/as de forma exclusiva. Estos resultados coinciden con los datos preliminares de la ENaLac 2022 (en preparación) en donde los/as bebés nacidos/as por parto vaginal recibieron mayor lactancia materna exclusiva que aquellos nacidos/as por cesárea. A su vez, en un estudio en Brasil se observó que haber abandonado las prácticas de la lactancia materna exclusiva estuvo asociado con no haber planeado quedar embarazadas (Machado et al., 2014). En este estudio aquellas mujeres que no planearon su embarazo ninguno de sus hijos/as recibió lactancia materna exclusiva. Esto puede deberse a que el embarazo no planeado también se asoció con mayor parto por cesárea o mayor estrés en la madre. Existen datos de nuestro equipo no publicados que señalan la asociación entre cesárea y menor lactancia materna. El estudio de las variables de embarazo planeado y parto vaginal resulta de gran envergadura ya que se ha estudiado que promueven la constitución de una microbiota saludable, la EIBF y el COPAP (Castañeda Guillot, 2018; Gayatri & Dasvarma).

En este estudio, no se encontraron asociaciones significativas entre el lazo materno-parental percibido de las madres y el resto de las variables estudiadas. Sin embargo, se pudo observar que ninguna de las mujeres obtuvo un vínculo óptimo para con sus propios padres, lo cual es un dato a tener en cuenta en próximas investigaciones y con una muestra mayor debido a las consecuencias que puede generar en la descendencia. La mayoría de ellas presentó el tipo de lazo materno-parental 'constricción cariñosa' respecto a su madre, es decir que recibió conductas y actitudes caracterizadas por un alto contenido de afecto, contención emocional y sobreprotección. Respecto a su padre, obtuvo el tipo de lazo materno-parental 'control sin afecto', lo que quiere decir que obtuvo elevada sobreprotección e intrusión excesiva pero baja empatía y cercanía emocional. Según los estudios con modelos animales y humanos, las respuestas de estrés se ven incrementadas si además en la infancia hubo lazos materno-parentales afectados. El estrés es un factor escasamente considerado en la clínica, a pesar de tener consecuencias relevantes en la salud del niño y la madre tales como baja autoestima, menor expresión de emociones positivas y escaso logro en la resolución de problemas (Champagne, 2008).

Por otra parte, a partir de los resultados obtenidos en esta investigación se puede pensar en la importancia que el apoyo social a la madre tiene para el desarrollo del lactante. Respecto a la situación de pareja, las madres solteras alimentaban menos a sus hijos/as con lactancia materna exclusiva que aquellas casadas o en pareja. En Monteban (2018) se encontró un resultado similar, siendo el inicio de la lactancia materna mayor en mujeres que estaban en pareja. Datos no publicados de nuestro equipo de investigación mostraron resultados similares, tanto en población general como con desnutrición infantil. Un resultado que requiere mayor profundidad pero arroja un indicio de una asociación que podría ser relevante, fue el obtenido a partir del cuestionario MOS de apoyo social y el puntaje Z del PC del/la niño/a. Para esta muestra, si bien no existe una correlación estadísticamente significativa entre estas dos variables, se observa una tendencia hacia una correlación positiva. Sin embargo, es necesario realizar un estudio con una muestra mayor para confirmar esta hipótesis. Datos no publicados de nuestro equipo de investigación mostraron que los/as niños/as de madres que no se sintieron acompañadas ni recibieron ayuda durante el embarazo

presentaron un puntaje Z del PC y de la talla por debajo de los/as niños/as de madres que recibieron apoyo social en población con desnutrición infantil.

Durante la etapa perinatal pueden surgir obstáculos de tipo físico como dolores en el pecho o emocionales de estrés que lleven a no iniciar o sostener la lactancia materna, generalmente asociado a falta de apoyo por parte de quienes la rodean. Por esto, los trabajadores de la salud serían un elemento clave para acompañar a la madre y su bebé en este importante período (Dietrich et al., 2015; Centro de estudios sobre nutrición infantil, 2019). Las instituciones podrían, en casos de escaso apoyo social a la madre, funcionar como buffer de la madre. Kamenetzky et.al. (en preparación) hallaron que madres de niños con desnutrición infantil tuvieron hijos con mayor perímetro cefálico cuando fueron amamantados, mayor peso y talla cuando recibieron información sobre lactancia durante el embarazo y mayor perímetro cefálico y peso cuando las charlas de lactancia fueron ofrecidas por una Fundación donde asistían, en comparación con madres que las recibían en un hospital. Coincidentemente, quienes han recibido las charlas de lactancia en la Fundación, refirieron haberse sentido más acompañadas durante el embarazo. A su vez se observó que las madres que se sintieron acompañadas reportaron menos estrés durante el embarazo. Tal y como se señaló en la fundamentación de este estudio la falta de apoyo de otros congéneres influye de forma significativa en el aumento del estrés (Hostinar et al., 2014).

## Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos en este estudio se observa que la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los y las bebés de este estudio es alarmante, no alcanzando las recomendaciones de los organismos mundiales de salud. El abandono o no inicio de la lactancia humana dependen en gran parte de la situación económica y el estado emocional de la madre. Por el contrario, el nivel de apoyo social percibido por las madres de esta muestra es un factor que impacta de forma positiva en el sostenimiento de la lactancia materna.

Teniendo en cuenta lo anterior, se considera de gran importancia el trabajo en la prevención de parte de las y los trabajadores de la salud, llegando a constituirse como '*Buffer del buffer*'. En este sentido, mediante una adecuada formación en lactancia apoyarían a las madres desde el embarazo, prestando especial atención a quienes se encuentran en situación de crianza monoparental. A partir de esto, una madre que reciba apoyo por parte del equipo de salud podría presentar una disminución de las respuestas de estrés, hacerle frente a situaciones que se constituyan como una amenaza y alimentar a su bebé con leche humana. De esta manera la madre se constituiría en una fuente importante de apoyo para su hijo/a.

Los resultados de esta investigación revelan que variables emocionales de la madre podrían estar estrechamente asociadas con el sostenimiento de la lactancia, en población vulnerable. Las estrategias de promoción de la lactancia y el apoyo brindado por los equipos de salud no sólo posibilitaría resolver las distintas problemáticas que giran en torno a la lactancia materna sino que también evitaría la sobrecarga de demanda que las zonas marginadas de la provincia presentan. A su vez, se podría pensar en sumar a las familias de estas mujeres con el fin de que se sientan acompañadas y reciban su apoyo, teniendo en cuenta que la promoción de la lactancia materna es responsabilidad de todos.

## Referencias

- Ahluwalia, I. B., Merritt, R., Beck, L. F. & Rogers, M. (2001). Multiple lifestyle and psychosocial risks and delivery of small for gestational age infants. *Obstetrics and Gynecology*, 97 (5), 649"656.
- Bauer, C. M., Ebensperger, L. A., León, C., Ramírez-Estrada, J., Hayes, L. D., & Romero, L. M. (2016). Postnatal Development of the Degu (*Octodon degus*) Endocrine Stress Response Is Affected by Maternal Care. *Journal of experimental zoology. Part A, Ecological genetics and physiology*, 325(5), 304"317. <https://doi.org/10.1002/jez.2018>
- Castañeda Guillot, C. (2018). Microbiota intestinal y salud infantil. *Rev Cubana Pediatr*, 90(1), 94-110.
- Centro de estudios sobre nutrición infantil (s/f). 2ª, 3ª Encuesta Nacional de Nutrición y Salud ENNYS 2. Resumen ejecutivo. 2ª, 3ª Encuesta Nacional de Nutrición y Salud ENNYS 2. Resumen ejecutivo. " Biblioteca Cesni (cesni-biblioteca.org)
- Champagne F. A. (2008). Epigenetic mechanisms and the transgenerational effects of maternal care. *Frontiers in neuroendocrinology*, 29(3), 386"397. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2008.03.003>
- Coo, S., García, M. I., Mira, A., & Valdés, V. (2020). The Role of Perinatal Anxiety and Depression in Breastfeeding Practices. *Breastfeeding medicine : the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 15(8), 495"500. <https://doi.org/10.1089/bfm.2020.0091>.
- Dietrich Leurer, M., & Misskey, E. (2015). The Psychosocial and Emotional Experience of Breastfeeding: Reflections of Mothers. *Global Qualitative Nursing Research* 2, 1-9.
- Dozier, A. M., Nelson, A., & Brownell, E. (2012). The Relationship between Life Stress and Breastfeeding Outcomes among Low-Income Mothers. *Advances in Preventive Medicine*, 1-10.
- Espinoza Marca, L. D. (2016). *Propiedades Psicométricas del Instrumento Lazos Parentales en Internos de Comunidades Terapéuticas de Trujillo*. (Tesis de Licenciatura en Psicología). Universidad César Vallejo: Perú.
- Gayatri, M., & Dasvarma, G. L. (2020). Predictors of early initiation of breastfeeding in Indonesia: A population-based cross-sectional survey. *PloS one*, 15(9), e0239446. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239446>.
- Hostinar, C. E., Sullivan, R. M., & Gunnar, M. R. (2014). Psychobiological mechanisms underlying the social buffering of the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis: a review of animal models and human studies across development. *Psychological bulletin*, 140(1), 256"282.

Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina. (28 de septiembre de 2022). EPH: Incidencia de la Pobreza y de la Indigencia. <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel3-Tema-4-46>.

Khreshneh, R. M., & Ahmed, N. M. (2018). Breastfeeding self efficacy among pregnant women in Saudi Arabia. *Saudi Med J*, 39(11), 1116-1122.

Kinnally, E. L., Cenicerros, L., & Martinez, S. J. (2018). Genetic and environmental factors in the intergenerational transmission of maternal care in rhesus macaques: Preliminary findings. *American journal of primatology*, 80(12), e22939.

Laugen, C. M., Islam, N., & Janssen, P. A. (2016). Social Support and Exclusive Breast feeding among Canadian Women. *Paediatric and perinatal epidemiology*, 30(5), 430-438.

Machado, M. C., Assis, K. F., Oliveira, F., Ribeiro, A. Q., Araújo, R. M., Cury, A. F., Priore, S. E., & Franceschini, S. (2014). Determinants of the exclusive breastfeeding abandonment: psychosocial factors. *Revista de salud pública*, 48(6), 985-994.

Monteban, M. F. (2018). Factores asociados con la lactancia materna en madres concurrentes a servicios de Atención Primaria en Salud en el NOA. *UNJu*, 54, 13-37.

Montero, I & León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(3), 503-508.

Remor, E. (2006). Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 86-93.

Rodriguez Espínola, S. S., & Enrique, H. C. A. (2007). Validación Argentina del cuestionario MOS de apoyo social percibido. *Psicodebate*, 7(12), 155-168.

Rodríguez Muñoz, M., Castelao-Legazpi, P. C., Olivares-Crespo, M. E., Soto Balbuena, C., Izquierdo-Mendez, N., Ferrer Barrientos, F. J., & Huynh-Nhu, L. (2017). PHQ-2 como primer instrumento de cribado de la depresión prenatal. *Rev Esp Salud Pública*, 91, 1-8.

UNICEF (2019). *Estado Mundial de la Infancia 2019. Niños, alimentos y nutrición: crecer bien en un mundo en transformación*. UNICEF, Nueva York.

Van den Heuvel, M., & Birken, C. (2018). Food insecurity and breastfeeding. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 190(11), 310-311.

World Health Organization (2018). *Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised baby-friendly hospital initiative*. Geneva.

**Actualización Permanente - Agosto 2025**