



ORIGINAL

Factores asociados al nivel de ansiedad y de conocimientos sobre puericultura y lactancia de embarazadas primerizas



Ana Gancedo-García^{a,b,*}, Paloma Fuente-González^c, Michal Chudáčik^d,
Ana Fernández-Fernández^e, Patricio Suárez-Gil^f y Venancio Suárez Martínez^g

^a Medicina de Familia y Comunitaria, Área V, Gijón, Asturias, España

^b Mutua Fraternidad-Muprespa, Avilés, Asturias, España

^c Enfermería de Atención Primaria, Área V, Gijón, Asturias, España

^d Medicina de Familia y Comunitaria, Área III, Avilés, Asturias, España

^e Servicio de Obstetricia, Hôpital Daler, Friburgo, Suiza

^f Pediatría Atención Primaria, C.S. El Llano, Área V, Gijón, Asturias, España

^g Unidad de Investigación, Área V, Gijón, Asturias, España

Recibido el 5 de julio de 2017; aceptado el 13 de diciembre de 2017

Disponible en Internet el 24 de mayo de 2018

PALABRAS CLAVE

Salud
materno-infantil;
Consejo;
Lactancia materna;
Ansiedad;
Cuidados prenatales;
Tabaquismo

Resumen

Objetivo: Conocer el nivel de ansiedad y conocimientos de puericultura y lactancia de las embarazadas primerizas actuales, y las variables clínico-demográficas con las que se relacionan.

Diseño: Estudio transversal.

Emplazamiento: Siete centros de salud del Área V (Asturias).

Participantes: Embarazadas primerizas que completaron cursos parto del 01.06.2015 al 31.10.2015, excluyendo gestación múltiple, embarazo de riesgo, lactancia materna (LM) contraindicada y problemas lingüísticos.

Intervenciones: Cuestionario de variables sociodemográficas, cuestionario ansiedad STAI y 23 preguntas sobre puericultura y lactancia.

Mediciones principales: Realizamos análisis descriptivo y coeficientes de regresión lineal múltiple (programa R).

Resultados: Captamos 104 embarazadas, con una edad media de 34,2 (DE: 4,5) años; el 94,2% eran españolas, el 61,5% universitarias, el 17,3% fumadoras en el embarazo, y el 23,1% tenía antecedentes psicopatológicos. El 88,4% planeaba dar LM. El STAI estado (STAI-E) medio fue de 18,1 (DE: 7,4) y puntuaron 4,5 (DE: 2,3) errores de media. Las preguntas más falladas versaban sobre causas de fiebre (56,7%), medición de fiebre (54,8%) y deposiciones fisiológicas (55,7%). El análisis multivariante entre conocimientos y perfil mostró asociaciones estadísticamente

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anagancedogarcia@gmail.com (A. Gancedo-García).

significativas con ser extranjera, universitaria, con planificación del embarazo y con la matrona. En relación con el STAI-E, este fue significativo para ser fumadora, haber recibido LM, antecedentes psicopatológicos y matrona.

Conclusiones: Las embarazadas actuales que completan cursos parto son principalmente maduras, universitarias y españolas. Poseen buenos conceptos sobre lactancia pero muchas desconocen conceptos básicos de fiebre y deposiciones del lactante. Las madres extranjeras, con embarazo no deseado y estudios primarios parecen tener conceptos más confusos. Las madres fumadoras, con antecedentes psicopatológicos y que no han recibido LM presentan más ansiedad. La matrona influye significativamente sobre la ansiedad y los conceptos adquiridos.

© 2018 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Maternal and child health;
Counseling;
Breast feeding;
Anxiety;
Prenatal care;
Tabaquism

Factors associated with the anxiety level and knowledge about childcare and lactation in first-time pregnant women

Abstract

Objective: To know the level of anxiety and knowledge of childcare and lactation of the current pregnant women, and the clinical-demographic variables with which they are related.

Design: Cross-sectional study.

Setting: Seven health centers of Area V (Asturias).

Participants: First-time pregnant women who completed preparatory courses from 01.06.2015 to 31.10.2015, excluding multiple gestation, risk pregnancy, contraindicated breastfeeding and language problems.

Interventions: Sociodemographic variables questionnaire, STAI state anxiety questionnaire and 23 questions about childcare and lactation.

Main measurements: We performed descriptive and multivariate analysis (program R) of the variables of the questionnaire.

Results: We captured 104 pregnant women; average age 34.2 (SD: 4.5), 94.2% Spanish, 61.5% university, 17.3% smokers in pregnancy, 23.1% with psychopathological antecedents; 88.4% planned to give breastfeeding. The mean STAI-S was 18.1 (SD: 7.4) and scored 4.5 (SD: 2.3) mean errors. The most faulty ones were on causes of fever (56.7%), fever measurement (54.8%) and physiological stools (55.7%). The multivariate analysis between knowledge and profile showed statistically significant associations with: being foreign, university, pregnancy planning and matron. In relation to the STAI-S was significant for being a smoker, receiving breastfeeding, psychopathological antecedents and matron.

Conclusions: The current pregnant women who complete preparatory courses are mainly mature, university and Spanish. They have good concepts about breastfeeding but many are unaware of basic concepts of fever and stool of the infant. Foreign mothers with unwanted pregnancy and primary education seem to have more confusing concepts. Smoking mothers with psychopathological antecedents and who have not received breastfeeding present more anxiety. The matron significantly influences anxiety and acquired concepts.

© 2018 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El periodo de gestación es una etapa de cambios físicos, psicoemocionales y sociofamiliares en la que aumenta el riesgo de desarrollar trastornos psicopatológicos más que en cualquier otro momento de la vida¹. Esto conlleva repercusiones directas sobre la salud del niño² e indirectas a través de los hábitos que se establecen en el seno familiar, pues es también una etapa de continuo aprendizaje en materia de salud.

Los consejos preconceptionales y la atención prenatal se han mostrado útiles para mejorar la salud de la madre y del niño (nivel de evidencia 1, fuerza de la recomendación

A)³. La labor de educación en salud recae sobre la matrona, el médico de familia, el ginecólogo, el pediatra y el profesional de enfermería, tanto hospitalarios como de Atención Primaria. Este modelo múltiple y estratificado de educar en salud parece el más eficaz, pero los profesionales no siempre estamos coordinados en los consejos que se transmiten. Los padres reciben información sesgada, e incluso contradictoria⁴, pudiendo generar consultas reiterativas y hábitos inadecuados difícilmente modificables una vez establecidos, como ocurre con la instauración y mantenimiento de la lactancia materna (LM).

El problema no reside entonces en la cantidad de información que aportamos, sino en saber adecuarla a

sus necesidades, concretando qué información precisan, y cómo, cuándo y a quién se la ofrecemos. Precisamos promover cambios conductuales adecuados y duraderos, la autonomía de las madres en el cuidado de sus hijos y una correcta relación con el sistema sanitario desde la primera infancia.

Este trabajo responde a la necesidad de conocer el nivel de ansiedad prenatal y conocimientos generales sobre puericultura y lactancia que poseen las embarazadas primerizas en el tercer trimestre de gestación, y aquellas variables clínico-demográficas con las que pudieran estar relacionadas para detectar problemas poblacionales o subgrupos de riesgo sobre los que nuestras intervenciones educativas pudieran ser más necesarias, así como ampliar información que permita diseñar más específicamente el contenido de las mismas.

Material y métodos

Se ha realizado un estudio descriptivo y transversal sobre embarazadas primerizas del Área Sanitaria V de Gijón, que posee un total de 12 Centros de Salud (CS) para una población de 273.422 habitantes. Se realizó la captación de participantes entre junio y octubre de 2015 en los 7 CS donde las matronas imparten los cursos de preparación prenatal agrupando a todas las mujeres del Área: CS El Llano, CS Severo Ochoa, CS Pumarín, CS Laviada, CS El Parque, CS La Calzada y CS Montevil. Fueron criterios de exclusión: embarazos múltiples, embarazo de riesgo, madres con LM contraindicada y problemas lingüísticos que impidiesen la comprensión del cuestionario.

El curso prenatal se imparte durante un promedio de 8-10 semanas, entre las semanas 28 y 38 de gestación. Es de asistencia voluntaria y participativa, con sesiones de frecuencia semanal y de 2 horas de duración, con contenidos teóricos (puerperio, LM y puericultura) y prácticos (ejercicios aeróbicos, estiramientos, suelo pélvico, respiración y relajación).

Se realizó la captación en la última sesión del curso para todas aquellas embarazadas que lo hubieran completado. Se explicó el objetivo del estudio, se solicitó el consentimiento informado y se entregó el cuestionario autoadministrado (anexo 1) que recogía:

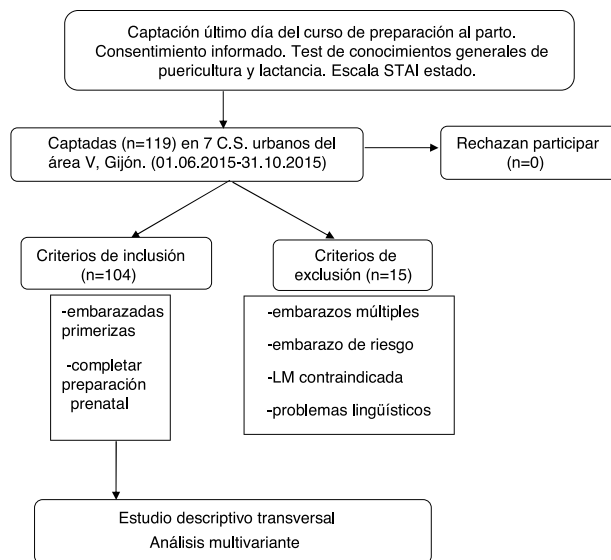
- Variables clínico-demográficas: edad, nacionalidad, planificación del embarazo, abortos previos, tabaquismo previo y actual, nivel de estudios, ocupación, haber recibido LM de sus madres, plan de LM para sus hijos, fuentes de información, matrona que impartió el curso.
- Cuestionario de ansiedad (STAI): cuestionario psicométrico validado para embarazadas, formado por dos escalas: ansiedad estado (STAI-E) y ansiedad rasgo. Se registró solamente la ansiedad estado, reactiva a un momento concreto. Consta de 20 ítems, redactados en positivo y negativo, con una escala de respuesta de tipo Likert desde 0 (nada) a 3 (mucho). La puntuación total se obtiene sumando los valores de los ítems (tras inversión de las puntuaciones en los negativos), con un rango total de 0 a 60, correspondiéndose una mayor puntuación con mayor ansiedad. En la adaptación al español de Spielberg et al.⁵, la media poblacional para la escala estado fue de 23,30. En

la actualización que realizaron en 2011 Guillén-Riquelme y Buela-Casal⁶, se halló una media de 18,20. Se considera ansiedad leve entre 20-25 puntos, moderada entre 26-32 y alta si es de 33 o más puntos.

- Conocimientos generales de puericultura y lactancia: se diseñó un cuestionario con la colaboración de pediatras, enfermeras y matronas tras revisión de la literatura y experiencia de dificultades y consultas frecuentes sobre puericultura y lactancia^{7,8}. Se hizo un formato combinado de preguntas con respuesta múltiple y una única respuesta correcta y preguntas de tipo verdadero/falso. Dado que se trataba de embarazadas que ya habían recibido formación, se consideró que deberían poder contestar correctamente las 23 preguntas, por lo que se hizo la medición contabilizando las respuestas erróneas. Se realizó un pilotaje en 30 embarazadas, las cuales no identificaron problemas de comprensibilidad, consideraron que el grado de dificultad fue bajo y completaron el cuestionario en una media de 7 minutos (rango de 5-10). Se realizaron cambios en la pregunta referida a la fiebre por objetivarse una posible ambigüedad de respuesta en la versión inicial.

El análisis estadístico se realizó mediante el programa R. Para el análisis descriptivo se calcularon la media y la desviación estándar (DE) en las variables cuantitativas continuas, y porcentajes en las cualitativas. Se realizó una regresión lineal múltiple con la puntuación STAI y la puntuación de conocimientos como variables dependientes, y las características clínico-demográficas como independientes. Se consideraron como estadísticamente significativos los valores p inferiores a 0,05.

El diseño de este trabajo, que forma parte de un seguimiento completo desde el tercer trimestre de embarazo hasta cumplir el primer año de vida del lactante, fue aceptado por el Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias el 31.07.2014 y cumplió todos los criterios de confidencialidad.



Esquema general del estudio: diagrama de flujo.

Resultados

De las 119 embarazadas captadas, ninguna rechazó participar y 15 presentaron criterios de exclusión. La media de edad fue de 34,2 años (DE: 4,5); el 94,2% eran españolas y el 61,5% refirió tener estudios universitarios. El 24% de las embarazadas se declararon fumadoras habituales y el 17,3% aún mantenía el hábito durante el tercer trimestre de gestación.

El 94,2% refirió haber planificado su embarazo, el 66,3% había recibido LM de sus madres y el 88,4% la refiere como plan de alimentación para su hijo. El 4,8% tiene decidido dar lactancia artificial.

Como fuentes de información principales las madres refirieron la matrona (94,2%), familiares (67,3%) e Internet (45,2%).

El 23,1% de las embarazadas tenían antecedentes de ansiedad y/o depresión. La puntuación media del STAI-E fue de 18,2 (DE: 7,4; rango: 1-36; mediana: 17,5). Un 31,7% (n = 33) presentó ansiedad leve, un 13,5% (n = 14) moderada, y un 3,9% (n = 4) alta.

Respecto al test de conocimientos, sobre el test de 23 preguntas, se registró una media de 4,5 preguntas falladas (DE: 2,3; rango: 0-13 errores; mediana: 4) (tabla 1).

Al desglosar por preguntas los resultados del cuestionario de conocimientos de puericultura, los porcentajes de error más altos se encontraron en la causa más frecuente de fiebre en el lactante menor de un año (56,7%), qué temperatura tomada en la axila se considera fiebre (54,8%), número de deposiciones que se considera normal en el recién nacido (55,7%), número de controles del pediatra en el primer mes (50%) y aspecto de las deposiciones del recién nacido (31,7%).

Las preguntas de lactancia obtuvieron mejores resultados. Se registraron errores en cuanto a complementar LM con agua (23,1%), la existencia de diferentes leches de biberón adaptadas (20,6%) y la recomendación de la LM exclusiva hasta los 6 meses (20,6%).

Las preguntas con menor porcentaje de error fueron la frecuencia de alimentación del recién nacido (15,4%), la posible menstruación de las recién nacidas (15,4%) y el riesgo de enfermar en ausencia de vacunación (11,5%). La única pregunta contestada correctamente por el 100% de las participantes fue aquella referida al transporte en el automóvil (tabla 2).

En la regresión lineal múltiple entre el resultado del test de conocimiento y las variables clínico-demográficas, se obtuvieron resultados estadísticamente significativos para origen extranjero (coeficiente: 2,2; p = 0,02), embarazo no deseado (coeficiente: 2; p = 0,03), estudios universitarios (coeficiente: -2,6; p = 0,04), y matrona que impartió el curso (coeficiente: -2,2, p = 0,003). El plan de LM resultó estadísticamente significativo en el análisis bivalente pero perdió su significación en el multivariante (tabla 3).

En la regresión múltiple con el resultado del STAI-E, se obtuvieron resultados estadísticamente significativos, de manera que empeora la puntuación al ser fumadora en 4,4 puntos (p = 0,06) y al tener antecedentes de ansiedad/depresión en 4,4 (p = 0,02), y mejora si han recibido LM

Tabla 1 Características clínico-demográficas de las embarazadas sanas primerizas que cumplieron los cursos de preparación al parto entre junio y octubre de 2015 en el Área V de Gijón (n = 104)

Variables		
Edad: media (DE)		34,2 (4,5)
Origen español: n (%)		98 (94,2)
Embarazo planificado: n (%)		98 (94,2)
Antecedente de abortos previos: n (%)		29 (27,9)
Fumadora habitual: n (%)		25 (24)
Fumadora durante el embarazo: n (%)		18 (17,3)
Nivel de estudios: n (%)	Primarios	3 (2,9)
	Secundarios	37 (35,6)
	Universitarios	64 (61,5)
Ocupación: n (%)	Ama de casa	64 (63,8)
	Activo autónomo	11 (10,6)
	Activo por cuenta ajena	42 (40,4)
	Baja laboral	26 (25,2)
	Desempleo	21 (20,2)
Recibió LM de su madre: n (%)	Sí	69 (66,3)
	No sabe	7 (6,7)
Tipo de lactancia que planea dar: n (%)	Materna	92 (88,5)
	Artificial	5 (4,8)
	Mixta	3 (2,9)
	No sabe	4 (3,8)
Resultado STAI-E: media (DE)	Puntuación total	18,2 (7,42)
	Síntomas positivos	8,1 (4,34)
	Síntomas negativos	10 (4)
Nivel de ansiedad (STAI-E): n (%)	Leve	33 (31,3)
	Moderada	14 (13,5)
	Alta	4 (3,9)
Número de errores en test de conocimientos: media (DE)		4,5 (2,3)
Antecedentes personales de ansiedad/depresión: n (%)		24 (23,1)
Fuentes de información: n (%)	Matrona	98 (94,2)
	Familiares	70 (67,3)
	Internet	47 (45,2)
	Amigos	36 (34,6)
	Libros	32 (30,8)
	Ginecólogo	30 (28,8)
	Revistas	10 (9,6)
	Pediatra	9 (8,7)
	Médico de cabecera	3 (2,9)

DE: desviación estándar; LM: lactancia materna; STAI-E: Test Estado del *State-Trait Anxiety Inventory*.

de sus madres en 4,4 puntos (p = 0,009) y según la matrona que impartió el curso en 5,6 (p = 0,04) (tabla 3).

Se incluyó en el análisis como variable independiente los resultados obtenidos en ambos test de ansiedad y puericultura, sin hallar resultados estadísticamente significativos que mostrasen asociación entre ellos.

Tabla 2 Porcentaje de respuestas erróneas en el cuestionario de conocimientos sobre lactancia materna, aspectos fisiológicos del recién nacido y puericultura

Concepto preguntado y desglose de opciones de respuesta en aquellas preguntas más falladas	% (n)	% error (n)
<i>La causa más frecuente de fiebre en el niño menor de un año son:</i>		57,8
Infecciones respiratorias leves	42,3 (44)	(59)
Salida de los dientes	51,9 (54)	
Infecciones graves que precisan ingreso hospitalario	5,8 (6)	
<i>La temperatura tomada en la axila que se considera fiebre es:</i>		54,8
$\geq 38^{\circ}$	47,1 (49)	(57)
$\geq 36,5^{\circ}$	13,5 (14)	
$\geq 37,5^{\circ}$	39,4 (41)	
<i>Es normal que los recién nacidos hagan:</i>		55,7
Una deposición al día o cada día, o 3-5 deposiciones al día	42,3 (44)	(58)
Una vez día/cada 2 días	20,2 (21)	
3-5 veces/día	37,5 (39)	
Durante el primer mes de vida del bebé, el número establecido de controles de salud por el pediatra es:		50
Dos	50 (52)	(52)
Uno	49 (51)	
Ninguno si está sano	1 (1)	
<i>Las deposiciones de los recién nacidos:</i>		31,73
Pueden ser oscuras y pegajosas tras el nacimiento, y después semilíquidas, pastosas o con grumos, de color amarillo-verdoso claro (color «pistacho»)	68,3 (71)	(33)
Pueden ser semilíquidas, pastosas o con grumos, de color amarillo-verdoso claro	21,2 (22)	
Las primeras cacas tras el nacimiento pueden ser oscuras y pegajosas	10,6 (11)	
<i>Los recién nacidos que reciben lactancia materna no precisan tomar agua</i>		23,1 (24)
<i>Para el bebé recién nacido no es buena la exposición directa al sol</i>		20,2 (21)
<i>Existen diferentes leches de biberón</i>		20,6 (19)
<i>Se recomienda la LM exclusiva hasta los 6 meses de edad</i>		20,6 (19)
<i>El recién nacido puede tener los pechos abultados por las hormonas que le pasa la madre</i>		20,6 (19)
<i>La posición recomendada para dormir del recién nacido es boca arriba</i>		16,4 (17)
<i>Es necesario consultar si el bebé llora mucho cuando además se acompaña de otro signo de enfermedad que nos alarme</i>		17,3 (18)
<i>El recién nacido, durante las primeras semanas, debe alimentarse cuando lo solicite con un mínimo de 6 tomas al día</i>		15,4 (16)
<i>Las niñas recién nacidas pueden tener pequeña menstruación al inicio de la vida</i>		15,4 (16)
<i>El recién nacido tiene riesgo de enfermar si se pone en contacto con personas enfermas y no está vacunado</i>		11,5 (12)
<i>La pérdida de peso en los primeros días tras el nacimiento no es un signo de enfermedad</i>		8,7 (9)
<i>Las vacunas aportan más beneficios que riesgos</i>		6,7 (7)
<i>El momento para iniciar la lactancia materna es inmediatamente tras el parto</i>		5,8 (6)
<i>Los cólicos del lactante son un trastorno que sufren algunos niños, que no precisa tratamiento ni es grave</i>		2,9 (3)
<i>La temperatura adecuada para bañar al bebé es la temperatura del cuerpo (rondando los 37°)</i>		1,9 (2)
<i>La leche materna tiene diferentes propiedades que la leche de biberón</i>		1,9 (2)
<i>Se puede estimular el desarrollo con caricias y masajes</i>		1 (1)
<i>El transporte del bebé ha de ser en un capazo o silla homologada, adaptada a su edad y tamaño y sujeta con cinturón</i>		0 (0)

LM: lactancia materna.

Tabla 3 Variables asociadas al resultado del Test de Puericultura y Lactancia y al resultado del Test de Ansiedad STAI-E. Coeficientes de regresión lineal múltiple

Variables clínico-demográficas	Test de Puericultura y Lactancia		Test de Ansiedad STAI-E	
	Coefficiente	p	Coefficiente	p
<i>Edad</i>	-0,02	0,66	0,2	0,34
<i>Origen:</i>				
Español	—	—	—	—
Extranjero	2,2	0,02*	-0,5	0,87
<i>Estudios:</i>				
Primarios	—	—	—	—
Secundarios	2	0,13	0,8	0,86
Universitarios	-2,6	0,04*	-1,3	0,76
<i>Trabaja:</i>				
Sí	—	—	—	—
No	0,4	0,49	-0,5	0,80
<i>Embarazo deseado:</i>				
Sí	—	—	—	—
No	2	0,03*	-2,6	0,39
<i>Fumadora:</i>				
Sí	—	—	—	—
No	-0,2	0,77	4,4	0,06*
<i>Abortos previos:</i>				
Sí	—	—	—	—
No	-0,3	0,55	-1,4	0,41
<i>Recibió LM de su madre:</i>				
No	—	—	—	—
Sí	-0,1	0,86	-4,4	0,009*
No sabe	0,04	0,97	2,3	0,47
<i>Plan LM:</i>				
No	—	—	—	—
Sí	0,5	0,14	-0,5	0,67
<i>Antecedentes de ansiedad/depresión:</i>				
Sí	—	—	—	—
No	0,4	0,43	4,4	0,02*
<i>CS curso parto:</i>				
CS I	—	—	—	—
CS II	0,3	0,73	-3	0,34
CS III	-0,2	0,78	1,4	0,60
CS IV	-1,5	0,08	-5,6	0,04*
CS V	-0,3	0,67	0,5	0,81
CS VI	-2,2	0,003*	-1,4	0,56
CS VII	-1	0,23	2,9	0,27

CS: Centro de Salud (numeración anonimizada); LM: lactancia materna; STAI-E: Test Estado del *State-Trait Anxiety Inventory*

* Estadísticamente significativo ($p < 0,05$).

Discusión

El perfil de nuestra muestra coincide con los datos de la Encuesta de Salud del Principado de Asturias⁹, donde las embarazadas son mayoritariamente mujeres maduras (el 76% supera los 30 años y el 38% los 35), siendo nuestra media de edad de 34,25 años. El porcentaje de universitarias ascendía al 61,54% (superior al 40% de la encuesta), siendo nuestro porcentaje de extranjeras del 5,7% respecto

al 9,6% de extranjeras en Asturias. Dado que el estudio se realizó entre mujeres que acudían a los cursos parto, parece existir menor adherencia a dichos cursos en colectivos extranjeros y de menor grado formativo, por lo que se podría reforzar en ellos su promoción, ya que además, son precisamente quienes manifestaron más errores de conceptos en el cuestionario aplicado.

El informe registra un 80% de mujeres activas laboralmente, dato similar al 76% de nuestras mujeres, aunque de

ellas ya se encuentran de baja laboral el 25,2%. Un 20,2% refirió estar en paro.

Cabe destacar que el 24% de las encuestadas se declararon fumadoras habituales y un 17,3% aún mantenía el hábito en el tercer trimestre. Coincidimos con otros estudios donde el 31,1% fumaba previamente al embarazo y el 18,2% fumó durante toda la gestación¹⁰. Aunque existe tendencia al abandono espontáneo al inicio, persiste un elevado porcentaje que no lo logra, con importantes repercusiones para la salud de madre e hijo.

Conocimientos generales de puericultura y lactancia

Las preguntas que superaron el 50% de error fueron: la causa más frecuente de fiebre en el lactante menor de un año, la temperatura axilar que se considera fiebre, el ritmo de deposiciones del recién nacido y el número de controles del pediatra en el primer mes. La frecuencia de dichos errores es relevante si se considera que dos de los motivos más frecuentes de consulta en niños menores de un año son los cuadros febriles y la alteración de las deposiciones, rondando entre las dos hasta el 50% de las consultas a demanda^{11,12}.

Sin embargo, obtuvimos buenos resultados de conocimiento de lactancia, superando el 70% de acierto en todas las preguntas. Podrían mejorarse los conceptos sobre complementos a la LM, las diferentes leches de biberón adaptadas y la recomendación de la LM exclusiva hasta los 6 meses.

Estos datos, junto con la intención del 88% de las madres de dar inicialmente LM, contrastan con que el porcentaje de madres que inician y mantienen LM siga siendo muy inferior al deseable. El estudio de Díaz-Gómez et al.¹³, realizado sobre madres españolas, reflejó como principales causas para elegir lactancia artificial, la incorporación al trabajo (33,8%), seguido de la falta de recomendaciones y apoyo de los profesionales sanitarios (32,4%).

A pesar de que en los últimos años ha habido un repunte en la LM nacional¹⁴, en Asturias, las cifras siguen siendo desalentadoras con una prevalencia de LM exclusiva al alta hospitalaria del 33% y al 4.º mes del 28%⁸. Teniendo en cuenta que hasta el 4.º mes la incorporación laboral no debería ser un impedimento gracias al descanso maternal, deberíamos revisar la eficacia del apoyo sanitario.

La LM sigue siendo la mejor intervención coste-efectiva sobre la salud del individuo, por lo que se debería considerar un objetivo prioritario de salud pública y no un estilo de crianza^{15,16}, donde todo esfuerzo será necesario para apoyar a las madres en su consecución.

Destaca la influencia de la matrona, referida además como fuente principal de información. Pero se podrían reforzar los conceptos de puericultura, por pediatras o enfermero/as de pediatría, ya sea individualizadamente a través de una visita prenatal, la cual ha demostrado mejoras en la relación padres-pediatra, en la tasa de LM y en la disminución del número de visitas a urgencia (nivel de evidencia 1, fuerza de la recomendación A)³, o de manera colectiva¹⁷. E incluir en ellas las otras fuentes principales de consulta referidas: los familiares y orientación sobre cómo consultar Internet. Aunque cada vez más estudios avalan cambios de conducta como resultado del consejo

breve¹⁸, los resultados teóricos deberían ponderarse en función de la autonomía que adquieren las madres que reciben dicha preparación, no solo en cuanto a instauración y mantenimiento de la LM¹⁹⁻²¹ sino también sobre los cuidados, generando menos consultas a demanda.

Se buscaron factores asociados a las puntuaciones del test, obteniendo significación estadística en el origen de la madre, puntuando las españolas casi 3 errores menos que las extranjeras, y 2,6 puntos menos las que poseían estudios universitarios. El embarazo planificado también arrojaba mejores puntuaciones, así como la matrona que impartió el curso, por lo que se constata que la calidad de estos repercute en una mejor preparación teórica de las madres. El plan de LM obtuvo significación estadística en el análisis bivariante, aunque en el multivariante perdió su significación.

Nivel de ansiedad

Las embarazadas son biológicamente vulnerables a trastornos psicopatológicos, tanto por cambios hormonales como psicosociales. Un metaanálisis realizado en países desarrollados calcula un 7,4, 12,8 y 12% de afectación durante el primer, segundo y tercer trimestre, respectivamente²², y hasta el 16% en el posparto²³. En nuestra muestra, hasta el 23,1% de este colectivo ya contaba con antecedentes de ansiedad y/o depresión.

El STAI-E reflejó un tercio de embarazadas con ansiedad leve, un 13,5% moderada, y un 3,9% grave. Probablemente nuestros resultados mostrasen porcentajes mayores en población general pues fue criterio de exclusión el embarazo de riesgo; el 94,2% refirió haber planificado su embarazo, y prácticamente todas poseían un nivel socioeconómico medio-alto. Dichas variables están asociadas a una menor ansiedad gestacional²⁴. Se quisieron conocer otras variables implicadas y en el análisis multivariante se hallaron fuertes asociaciones con los antecedentes psicopatológicos, el hábito tabáquico, y la matrona con la que se realizó la preparación. El haber recibido LM de sus madres se mostró estadísticamente significativo mostrando menores niveles de ansiedad. No encontramos otros estudios que reflejasen dicha asociación, que quizá tenga relación con un mejor desarrollo madurativo psicoemocional de quienes recibieron LM y/o con la influencia educacional de la propia madre, con experiencia en lactancia, que las asesora. Podría ser útil reflejarlo en la anamnesis como antecedente.

Dado que tabaquismo y ansiedad se manifiestan fuertemente asociados, deberíamos abordarlos conjuntamente. La evidencia científica apoya el tratamiento cognitivo conductual como primer abordaje en embarazadas y lactantes²⁵, el cual podría ofrecerse desde Atención Primaria evitando implicaciones farmacológicas o de segundo nivel asistencial.

Como limitaciones presentamos sesgo de selección, por ser exclusivamente madres que completaron los cursos preparto, pero el alto grado de participación permite conocer un perfil concreto de madres, participantes activas de su educación sanitaria²⁶.

En resumen, creemos que es importante detectar dificultades de las primigestas actuales y sus factores relacionados, para proponer soluciones que mejoren las tasas de LM, la disminución de la psicopatología pre y posparto, el abandono del tabaquismo y la disminución de consultas a los servicios

de urgencia. Para ello, además de los cambios sanitarios, sociales y políticos pertinentes, deberíamos actualizar los contenidos de la educación sanitaria que aportamos, unificar criterios entre profesionales y reevaluar la efectividad de dichos programas.

Lo conocido sobre el tema

- El perfil de las madres actuales se ha modificado debido a factores como su incursión en el mundo laboral.
- Las dudas sobre lactancia materna y puericultura siguen generando múltiples consultas a demanda, sobre todo entre madres primerizas.
- La tasa de lactancia materna en nuestro país es muy inferior a los estándares de calidad que propone la OMS.
- La ansiedad prenatal es un factor de riesgo para el correcto desarrollo del parto y posparto.

Qué aporta este estudio

- El perfil de las madres primerizas que completan los cursos preparto de la matrona corresponde mayoritariamente a mujeres de edad media alta, con estudios superiores, con un nivel de ansiedad dentro de los estándares poblacionales aunque el 23% presenta antecedentes de ansiedad y/o depresión.
- Las madres adquieren buena formación preparto sobre lactancia materna pero persisten dudas sobre fiebre y deposiciones del recién nacido.
- Las madres extranjeras, con embarazo no deseado y estudios primarios tienen más errores de conocimiento.
- Las madres fumadoras, con antecedentes psicopatológicos y que no han recibido lactancia materna de sus madres presentan mayores niveles de ansiedad.
- La matrona influye significativamente en los niveles de ansiedad y en la adquisición de conocimientos de puericultura y lactancia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A todas las matronas del Área V que colaboraron en la captación de pacientes, revisaron el cuestionario aportando sugerencias de mejora y realizan a diario una labor encomiable de atención perinatal.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.aprim.2017.12.005](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.12.005).

Bibliografía

1. Rodrigues AR, Pérez-López J, Brito de la Nuez AG. La vinculación afectiva prenatal y la ansiedad durante los últimos tres meses del embarazo en las madres y padres tempranos. Un estudio preliminar. *An Psicol.* 2004;20:95-102.
2. Misri S, Oberlander TF, Fairbrother N, Carter D, Ryan D, Kuan AJ, et al. Relation between prenatal maternal mood and anxiety and neonatal health. *Can J Psychiatry.* 2004;49:684-9.
3. Pallás Alonso CR, Grupo PrevInfad. Actividades preventivas en la infancia y adolescencia (Grupo PrevInfad/PAPPS). Prevención prenatal. *Visita prenatal. Rev Pediatr Aten Primaria.* 2005;7:101-6.
4. Díaz-Sáez J, Catalán-Matamoros D, Fernández-Martínez M, Granados-Gómez G. La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud. *Gac Sanit.* 2011;25:483-9.
5. Spielberg CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo. Madrid: TEA Ediciones S.A; 1982.
6. Guillén-Riquelme A, Buena-Casal G. Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema.* 2011;23:510-5.
7. Salvadó Hernández MC, Hernández Fabà E, Guerrero Cabana E, Florido Argueta M, Tomás Malapeira M, Soler Castillo A, et al. Intervención educativa grupal sobre cuidados neonatales a futuros padres. *Metas Enferm.* 2012;15:20-5.
8. García Onieva Artazcoz M. Seguimiento del recién nacido normal y promoción de la salud. *Pediatr Integral.* 2010;14:440-5.
9. García González MC. Atención Sanitaria al parto y al nacimiento en los Hospitales del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). *Boletín de Información-Acciones. III encuesta de salud para Asturias 2012 (Dirección General de salud Pública) Observatorio de Salud en Asturias, n° 18, enero 2016 [en línea] [consultado 8 Mar 2017].* Disponible en: <http://www.obsaludasturias.com/obsa/wpcontent/uploads/OBSA18mVD.2016.pdf>
10. Jiménez-Muro A, Samper MP, Marqueta A, Rodríguez G, Nerín I. Prevalencia de tabaquismo y exposición al humo ambiental de tabaco en las mujeres embarazadas: diferencias entre españolas e inmigrantes. *Gac Sanit.* 2012;26:138-44.
11. Ruiz Arcos R. Fiebre en Pediatría. *Rev Mex Pediatr.* 2010;77:S3-8.
12. Mintegi Raso S, Benito Fernández J, García González S, Corrales Fernández A, Bartolomé Albistegui MJ, Trebolazabala Quirante N. Demanda y asistencia en un servicio de Urgencias hospitalario. *An Pediatr.* 2004;61:156-61.
13. Díaz-Gómez M, Ruzafa-Martínez M, Ares S, Espiga I, de Alba C. Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. *Rev Esp Salud Pública.* 2016;90:e1-18.
14. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Portal estadístico del SNS. Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12 [en línea] [consultado 8 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuesta/encuestaNacional/encuestaNac2011/encuestaResDetI011.htm>
15. Pokhrel S, Quigley MA, Fox-Rushby J, McCormick F, Williams A, Truema P, et al. Potencial economic impacts from improving breastfeeding rates in the UK. *Arc Dis Child.* 2015;100:334-40.
16. Drane D. Breastfeeding and formula feeding: a preliminary economic analysis. *Breastfeed Rev.* 1997;5:7-15.
17. Blanco Rojas L. La consulta pediátrica prenatal colectiva. *Act Med Cost.* 1981;24:255-65.
18. Jaddoe VW. Antenatal education programmes; Do they work? *Lancet.* 2009;374:863-4.
19. Pallás Alonso CR. Promoción de la lactancia materna. Actividades preventivas y de promoción de la salud recomendadas

- para la infancia y adolescencia. Grupo de Trabajo PrevInfad de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) y a su vez del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS-semFYC) [en línea] [actualizado May 2014; consultado 8 Mar 2017]. Disponible en: <http://WWW.aepap.org/previnfad/actividades.htm>
20. Benito Herreros A. Revisión sistemática de las intervenciones para la promoción y práctica de la lactancia materna. *Evid Pediatr.* 2016;12:35.
 21. Aparicio Rodrigo M, Balaguer Santamaría A. Con breves sesiones de educación sanitaria pueden aumentarse las tasas de lactancia materna exclusiva. *Evid Pediatr.* 2007;3:93.
 22. Benett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: Systematic review. *Obstet Gynecol.* 2004;103:698–709.
 23. Biratu A, Demewoz H. Prevalence of antenatal depression and associated factors among pregnant women in Addis Ababa. Ethiopia: A cross-sectional study. *Reprod Health.* 2015; 12:99.
 24. Bluestein D, Levin JS. Symptom reporting in wanted and unwanted pregnancies. *Fam Med.* 1991;23:271–4.
 25. Ross LE, McLean LM. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *J Clin Psychiatry.* 2006;67:1285–98.
 26. Gunning MD, Denison FC, Stockley CJ, Ho SP, Sandhu HK, Reynolds RM. Assessing maternal anxiety in pregnancy with the State-Trait Anxiety Inventory (STAI): issues of validity, location and participation. *J Reprod Infant Psychol.* 2010;28: 266–73.