



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 15

TITULO DE LA TESIS:

**“ASOCIACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y ABANDONO DE LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA ANTES DE LOS 6 MESES EN MADRES MAYORES DE 18 AÑOS
DE LA UMF 15 EN EL 2021”**

NUMERO DE REGISTRO R-2021-3703-094

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA: JIMÉNEZ MARTÍNEZ ANAYELI
RESIDENTE DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR.

ASESORES DE TESIS:

DRA. ISIS CAROLINA CASTRO VALDES

DR. JULIÁN BELLO GONZALO IVÁN

DRA. NANCY GARCÍA CERVANTES.

CIUDAD DE MÉXICO

OCTUBRE 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3703
S/ PRO FAMILIAR NUM 21

Registro COFOPRES ST CI 88 027 813
Registro COBECIFICA COBECORTICA 09 CI 683 36390403

FECHA Domingo, 22 de agosto de 2021

M.E. Nancy García Cervantes

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarte, que el protocolo de investigación con título **ASOCIACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y ABANDONO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA ANTES DE LOS 6 MESES EN MADRES MAYORES DE 18 AÑOS DE LA UMF 15 EN EL 2021** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**.

Número de Registro Institucional

8-2021-3703-094

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. PAULA AVALOS MAZA
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3703

Expresión

IMSS
SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL

DATOS DEL ALUMNO

APELLIDO PATERNO	Jiménez
APELLIDO MATERNO	Martínez
NOMBRE	Anayeli
UNIVERSIDAD	Universidad Nacional Autónoma de México
FACULTAD O ESCUELA	Facultad de Medicina
CARRERA	Médico Familiar
NO. DE CUENTA	519214059

DATOS DEL ASESOR

APELLIDO PATERNO	Cervantes
APELLIDO MATERNO	García
NOMBRE	Nancy
APELLIDO PATERNO	Castro
APELLIDO MATERNO	Valdés
NOMBRE	Isis Carolina
APELLIDO PATERNO	Julián
APELLIDO MATERNO	Bello
NOMBRE	Gonzalo Iván

DATOS DE LA TESIS

TITULO	“ASOCIACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y ABANDONO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA ANTES DE LOS 6 MESES EN MADRES MAYORES DE 18 AÑOS DE LA UMF 15 EN EL 2021”
NO. DE PAGINAS	63
AÑO	2021

INDICE

1. RESUMEN.....	5
2. INTRODUCCION.....	7
3. MARCO TEORICO.....	8
4. JUSTIFICACIÓN.....	25
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	26
6. PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	26
7. OBJETIVOS.....	26
6. HIPOTESIS.....	27
7. MATERIAL Y METODOS	27
8. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	27
9. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO.....	31
10. MUESTREO	32
11. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	33
12. IMPLICACIONES ETICAS	34
13. RECURSOS	37
14. ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD.....	38
16. RESULTADOS	40
17. DISCUSIÓN.....	51
18. CONCLUSIONES.....	52
19. BIBLIOGRAFIA.....	60
20. ANEXOS.....	64

1. RESUMEN

“Asociación entre ansiedad y abandono de lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses en madres mayores de 18 años de la UMF 15 en el 2021”

Dra. Anayeli Jiménez Martínez¹, Dra. Nancy García Cervantes², Dra. Isis Carolina Castro Valdes³, Dr. Julián Bello Gonzalo Iván⁴

Médico Residente de 3er año de la especialidad de Medicina Familiar, Servicio de consulta Externa Medicina Familiar¹, Profesora Titular de la Especialidad de Medicina Familiar UMF 15², Centro Médico Siglo XXI departamento de Epidemiología³, Servicio de Epidemiología Unidad de Medicina familiar no.15⁴

Introducción. La lactancia materna es la alimentación exclusiva para el recién nacido hasta los 6 meses de edad, de acuerdo a la OMS hasta los 2 años. Proporciona los nutrientes necesarios y con mayor aporte inmunológico para la prevención de diversas enfermedades; así como, para un buen crecimiento y desarrollo psico-neurológico y motriz, además de múltiples beneficios estudiados para la madre. El abandono de la lactancia materna exclusiva se ve influenciado por factores sociales, culturales, anatómicos, laborales o emocionales. La ansiedad es un factor menos estudiado, pero de suma importancia en su detección y manejo oportuno para apoyar a reforzar la lactancia materna exclusiva y evitar su abandono.

Objetivo. Conocer la asociación entre ansiedad y el abandono de la lactancia materna antes de los 6 meses, en madres mayores de 18 años de la UMF 15.

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo transversal analítico; implementado en Medicina Preventiva de la UMF No.15, a mujeres mayores de 18 años, durante lactancia materna exclusiva antes de 6 meses; en el periodo de Julio 2021- septiembre 2021; a través de recolección de datos generales por aplicación de encuestas y análisis de resultados.

Resultados: La edad de las madres oscilaban en una media de 30 años, 40 % se encuentran en unión libre, el 35 % nivel universitario y el 59 % de ellas no presento comorbilidades. La vulnerabilidad al estrés y la ansiedad como estado se presentó en el 41% de intensidad moderada y el 40% con ansiedad rasgo. El 48 % de las madres ofreció lactancia materna exclusiva por 6 meses, y el 51% presento abandono de esta. Lograron mejores índices de lactancia materna con menores niveles de vulnerabilidad al estrés y de estado de ansiedad.

Conclusión: Nuestros resultados sugieren una relación entre la ansiedad materna y la exclusividad reducida y la continuación de la lactancia materna.

Palabras clave: ansiedad postnatal, lactancia materna, estrés, ansiedad materna, trastornos afectivos.

SUMMARY

"Association between anxiety and abandonment of exclusive breastfeeding before 6 months in mothers older than 18 years of the UMF 15 in 2021"

Dr. Anayeli Jiménez Martínez¹, Dr. Nancy García Cervantes², Dr. Isis Carolina Castro Valdes³, Dr. Julián Bello Gonzalo Iván⁴
3rd year Resident Physician of the Family Medicine specialty, Family Medicine Outpatient Consultation Service¹, Associate Professor of the Family Medicine Specialty UMF 152, XXI Century Medical Center, Epidemiology department³, Epidemiology Service Family Medicine 15

Introduction. Breastfeeding is the exclusive diet for the newborn up to 6 months of age and according to the ONG up to 2 years. It provides the necessary nutrients with a greater immune contribution for the prevention of various diseases in addition to influencing healthy growth and psycho-neurological and motor development, in addition to multiple benefits studied for the mother. The abandonment of exclusive breastfeeding is influenced by social, cultural, anatomical, occupational, or emotional factors. Anxiety is one of the least studied factors, but of great importance in its detection and timely management to reinforce exclusive breastfeeding and avoid its abandonment.

Objective. To know the relationship between anxiety and the abandonment of breastfeeding before 6 months in mothers older than 18 years of the UMF 15.

Material and methods. Analytical cross-sectional descriptive observational study; implemented in Preventive Medicine of the UMF No.15, to women older than 18 years, during exclusive breastfeeding before 6 months; in the period from July 2021 to September 2021; through the collection of general data by application of surveys and analysis of results.

Resources and infrastructure: The feasibility of the investigation is justified because it has the necessary human, material, and financial resources within the facilities of the UMF 15 with prior authorization from the corresponding authorities. Researchers are health professionals with knowledge and experience in research, always seeking the integrity of the human being.

Results: Results: The age of the mothers oscillated in an average of 30 years, 40% are in common union, 35% university level and 59% of them did not present comorbidities. Vulnerability to stress and anxiety as a state was presented in 41% of moderate intensity and 40% with trait anxiety. 48% of the mothers offered exclusive breastfeeding for 6 months, and 51% presented abandonment of it. They achieved better rates of breastfeeding with lower levels of vulnerability to stress and state of anxiety.

Conclusion: Our results suggest a relationship between maternal anxiety and reduced exclusivity and continuation of breastfeeding.

Key words: postnatal anxiety, breastfeeding, stress, maternal anxiety, affective disorders.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es el proceso por el cual las glándulas mamarias manifiestan un cambio, para iniciar la secreción de leche materna y ser ministrada al recién nacido a través de la mama o extrayendo la leche materna.

La leche materna es el alimento único y esencial para la alimentación del recién nacido durante los primeros días, es secretado el calostro siendo este un líquido con el contenido básico inmunológico para crear defensas y ayudar a la maduración de sus diversos órganos, así como para la prevención de infecciones respiratorias, digestivas, posteriormente se comienza la secreción de la leche materna de consistencia espesa, con contenido alto en grasas, proteínas, minerales y aguda de tal forma que aporta todo lo que el recién nacido necesita para su alimentación. La lactancia materna es un acto único en el que se crea un mayor vínculo afectivo madre- hijo, por lo que se recomienda el apego posterior al parto lo más pronto posible, para un bienestar psicológico y emocional de ambos.

La OMS recomienda la lactancia exclusiva durante los 6 meses posteriores al nacimiento, ya que es lo único necesario para su buen crecimiento y desarrollo, y a partir de los 6 meses iniciar una alimentación complementaria hasta los 2 años. Se ha reportado beneficios también para la madre, para prevención de hemorragia posparto, osteoporosis, Ca de mama, enfermedades crónicas degenerativas, así como la pérdida de peso posterior al parto. Actualmente existen diversos factores por los que se ve entorpecida la práctica de la lactancia materna exclusiva, por ejemplo la desinformación de como practicar la lactancia materna, inseguridades en cuanto a cuidados del recién nacido, madres primerizas, la información falsa que existe en redes sociales, los multi-marcas de sucedaños de la leche materna que por supuesto tienen baja calidad, madres trabajadoras, la falta de experiencia y apoyo familiar, situaciones emocionales, enfermedades propias de la madre entre otras.

Existen pocos estudios en los que hace referencia a la cuestión psiquiátrica emocional, en el que nos enfocaremos en la Ansiedad de qué forma influye para el abandono de lactancia materna, ya que además juega un papel a nivel hormonal; disminuyendo los niveles de la hormona prolactina y aumentando de cortisol. Actualmente el país cuenta con algunos programas de lactancia materna sin embargo no son aplicados como deberían por lo que se continúa trabajando en acciones que fomenten una cultura de lactancia materna en el país.

El médico Familiar es un instrumento muy importante para acompañar, y asesorar a las madres lactantes mejorar la información, o detectar los déficits para el

abandono de está, e ir de la mano con las pacientes para evitar el abandono de lactancia materna exclusiva.

MARCO TEORICO

La leche materna es el primer alimento natural de los niños, proporciona toda la energía y los nutrientes que necesitan durante sus primeros meses de vida y sigue aportándoles al menos la mitad de sus necesidades nutricionales durante la segunda mitad del primer año y hasta un tercio durante el segundo año de vida. La lactancia materna es a la vez un acto natural y un comportamiento que se aprende. Abundantes investigaciones demuestran que las madres u otras cuidadoras necesitan un apoyo activo para instaurar y mantener un amamantamiento adecuado. ¹

A través del modelo de atención médica primaria en la comunidad que valora justamente a cada uno de sus miembros como una unidad biopsicosocial, podemos resaltar los innegables valores nutritivos, digestivos, metabólicos, inmunológicos y psicológicos de la lactancia natural, por solo mencionar algunos. La pérdida paulatina del hábito de lactancia natural, constituye un hecho bio-social de proyecciones incalculables para el futuro de la humanidad. La aparición de productos dietéticos preparados por las industrias capaces de sustituir sin riesgos aparentes e inmediatos la leche de mujer coincidió con un progresivo abandono de la lactancia materna en países desarrollados. ²

El amamantamiento es instintivo y aprendido por la madre y el niño. Aspectos culturales, de herencia, mitos y creencias, tienen una significación para los componentes del grupo familiar que desea comunicar y mantener como una tradición de amamantar. Los comportamientos culturales y las pautas de enseñanza como amamantar, son transmitidos principalmente vía materna a la madre con lactancia. ³

La desinformación puede ser una barrera para que las madres no ofrezcan la lactancia materna, por desconocimiento de todos los beneficios y la importancia de este proceso. Las dificultades por la falta de preparación para ese momento no se mejoran cuando llega la madre con su recién nacido al hogar, si además sus familiares femeninos más cercanos no han amamantado y no desarrollaron habilidades que les permitan apoyar a sus hijas para amamantar. La presencia de factores protectores y de riesgo dentro de la familia pueden afectar el adecuado desarrollo y crecimiento de las niñas y niños, especialmente a los recién nacidos de riesgo y con problemas en el proceso de amamantamiento. ³

En los últimos años el interés en la lactancia ha crecido. Parte del motivo es la controversia tan publicitada de reemplazar la leche materna por biberones y la

promoción activa de los sustitutos de la leche materna por parte de compañías multinacionales. Con la implantación del médico de la familia, son mayores las posibilidades de incrementar la práctica de la lactancia materna y mantenerla de forma exclusiva hasta el sexto mes de vida, con la ayuda de padres, familiares y organizaciones de masas, pues es preciso tener siempre presente que todos los sustitutos, incluida la leche de vaca, resultan de inferior calidad, además estos niños a los que se le sustituye la lactancia natural, son menos saludables y presentan una marcada incidencia de diarreas, tos y catarro. ⁴

Se ha estimado que alrededor de 2 millones de muertes de la niñez pueden evitarse cada año a través de la lactancia. Los menores amamantados experimentan menor mortalidad, ocasionada por el síndrome de muerte súbita y menor frecuencia y gravedad de morbilidad por diarreas, infecciones respiratorias agudas, otitis, obesidad y dermatitis. Una de las principales causas de abandono de la lactancia es la prescripción de medicamentos debido a alguna patología materna, la cual en la mayoría de las ocasiones no está justificada. Se estima que más del 90 % de las mujeres que amamantan, reciben diferentes tipos de medicamentos durante la primera semana postparto. A menudo, la decisión de interrumpir la lactancia materna mientras se administran medicamentos, se basa en factores emocionales lo que priva al niño de numerosos beneficios. ⁴

La etapa neonatal está caracterizada por un delicado proceso de adaptación, de la vida intrauterina a la extrauterina, por tanto el sistema inmune también está sujeto a este proceso de adaptación, pues en el momento del nacimiento este importante sistema para la homeostasis de la economía se encuentra incompletamente desarrollado. La inexperiencia antigénica y la prevalencia de factores supresores durante la vida fetal son responsables de la inmadurez fisiológica de las funciones del sistema inmune en el neonato. Sin embargo, el neonato debe ser capaz de defenderse contra los microorganismos hostiles del ambiente, pero al carecer de un mecanismo de defensa competente es la alta incidencia de enfermedades infecciosas en el período perinatal. ⁵

Sus beneficios incluyen la prevención de enterocolitis necrosante, disminución de enfermedades diarreicas en el primer año de vida, protección contra problemas alérgicos; reduce la probabilidad de padecer algunas enfermedades, como: infecciones de vías urinarias, del tracto respiratorio bajo, otitis media, bacteriemia, meningitis bacteriana, botulismo, síndrome de muerte súbita del infante, diabetes mellitus insulino dependiente, enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa y linfoma. Recientemente se han revisado extensamente los beneficios de la lactancia materna en la salud y desarrollo de los neonatos y los lactantes. Varios estudios

han demostrado efectivamente la reducción de tasas de morbilidad y mortalidad en la infancia temprana en comunidades de países en desarrollo. ⁶

La madre que no amamanta está expuesta a un mayor riesgo de hemorragia postparto, peor involución uterina y pérdidas menstruales en los meses siguientes al parto que dificultan la recuperación de los depósitos de hierro y aumentan el riesgo de anemia. Así mismo existe una peor recuperación del peso preconcepción, habiéndose demostrado una asociación entre amamantamiento y pérdida de peso postnatal de hasta medio kilo por mes de lactancia materna. ⁷

La Leche humana es un sistema que se estructura en tres fases: emulsión: glóbulos de grasa, suspensión: micelas de caseína y solución: constituyentes hidrosolubles. La grasa de la Leche Humana se encuentra en forma de glóbulos envueltos por una membrana fosfolipo-proteica originada en la célula alveolar. ⁷

Composición de la fracción emulsión. Constituye la fase lipídica de la leche humana en la que se encuentran los aceites, las grasas, los ácidos grasos libres, las vitaminas y demás componentes liposolubles. Los lípidos constituyen la principal fuente de energía de la leche y su aprovechamiento es posible gracias al suplemento extra de lipasa que el lactante recibe a través de la Leche Humana. La fracción emulsión es rica en colesterol. ⁷

Composición de la fracción suspensión Sus principales componentes son las proteínas con función plástica, caseínas y la práctica totalidad del calcio y fósforo. Su primordial y exclusiva función parece ser nutricional, proporcionando las necesidades de crecimiento estructural celular del lactante. ⁷

Composición de la fracción solución Está constituida por las sustancias hidrosolubles como carbohidratos, proteínas, enzimas, hormonas y algunas vitaminas y minerales. Es lo que se considera el suero de la leche. Agua: es el principal componente de esta fracción y cubre las necesidades del lactante si es amamantado exclusivamente y a demanda. ⁷

La glándula queda en reposo hasta el alumbramiento de la placenta, debido a los altos niveles de progesterona circulante. Esta etapa es conocida como lacto génesis I. Tras el parto y la expulsión de la placenta, los niveles de progesterona disminuyen, lo que da lugar al inicio de la lacto génesis II, en la que comienza la producción de leche de forma más abundante. En la lacto génesis III se mantiene la secreción láctea establecida por el reflejo de succión del recién nacido. El contenido celular de la leche depende de varios factores, como la plenitud de la glándula mamaria, la etapa de la lactancia, el estado de salud de la díada madre/bebé, la permeabilidad de la membrana basal y el desarrollo del epitelio mamario. ⁸

La leche humana se elabora de acuerdo con un patrón y código genético, propios de nuestra especie, de tal forma que su composición experimenta variaciones. Se encuentra como calostro durante los primeros días de vida, en las siguientes semanas se conoce como leche de transición y a partir de la tercera semana y hasta más de dos años como leche madura. El calostro se segrega en dos fases, al final del embarazo y los primeros cinco días después del parto. Es un compuesto espeso y amarillento debido al betacaroteno, tiene una concentración de proteínas, inmunoglobulinas principalmente IgA, lactoferrina, leucocitos, vitaminas liposolubles, minerales, antioxidantes, así como iones de sodio, potasio y cloro superior a la leche de transición y madura. Su valor calórico es de 67 kcal por cada 100 ml de calostro. Tiene un bajo contenido de grasas.⁹

La composición de la leche de transición cambia desde el séptimo día hasta 15 días después del parto, y disminuye los niveles de proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles y aumenta la lactosa, grasas, vitaminas hidrosolubles y el valor calórico total. A partir de 15-20 días después del parto aparece la leche madura. El contenido de proteínas es bajo, entre 1 y 1.5 g/100mL que representa el 5% del valor energético total. Las proteínas son homólogas y se distinguen: la caseína, sero albúmina, alfa lacto albúmina, lactoferrina, nitrógeno no proteico, inmunoglobulinas, lisozima, albúmina sérica y aminoácidos, de los cuales nueve son esenciales: valina, fenilalanina, metionina, treonina, lisina, leucina, isoleucina, triptófano y cistina. Las grasas constituyen la principal fuente de energía para el lactante, su contenido está entre 3.5 y 4.5 g/100 ml, aportan el 50% del valor calórico total.⁹

La cantidad es mayor al inicio y al final de la tetada; cuanto menos tiempo transcurre entre una toma y otra, más grasa tiene la leche. Los principales compuestos lipídicos se encuentran en forma de triglicéridos, ácidos grasos esenciales (oleico, palmítico, linoleico y alfa linoleico) y de cadena larga (ac. araquidónico y docosa-hexanoico), fosfolípidos y colesterol. El nivel de hidratos de carbono es elevado, ya que contiene entre 6 y 7 g/100 ml. representa el 40% del valor calórico total. La lactosa es el principal hidrato de carbono, constituye el 90 por ciento.⁹

Después del nacimiento, la leche materna es la responsable de mantener el nexo inmunológico madre-hijo, al suministrarle a este los elementos protectores, la mayoría de ellos células y factores solubles que están ausentes en el neonato.¹⁰

En la leche materna no solo se encuentran las proteínas nutrientes, existen otras cuyas funciones principales no son las de nutrir al recién nacido, entre las que se encuentran las limosinas, con funciones antimicrobianas no específicas, con acción bactericida contra enteros bacterias y bacterias Gram positivas que producen

cuadros diarreicos en los lactantes, lo cual trae como consecuencias ingresos reiterados de los infantes. ¹⁰

La leche materna contiene a su vez IgA, IgG y IgM y la principal es la IgAs, cuya función consiste en proteger las mucosas y proporcionar protección local intestinal contra polio virus, Escherichia coli, V.cholerae, capaces de enfermar a los niños con la repercusión social que esto trae implícito. La IgG y la IgM protegen contra virus sincitial respiratorio, el citomegalovirus, la rubéola, entre otros. La lactoferrina que contribuye a la absorción del hierro en el intestino del niño, tiene efecto bacteriostático importante contra estafilococos, Escherichia coli, Cándida albicans mediante la privación del hierro que requieren para su crecimiento, además estos niños amamantados no padecen de anemia por la concentración de este vitamínico contenido en la leche materna, por tanto enferman con menos frecuencia. ¹⁰

Además la lactancia materna por sus propiedades inmunológicas tiene más probablemente un papel protector contra infección del CoVid-19 que como vehículo de transmisión. ¹¹

Recordando que no existe evidencia alguna que demuestre que el SARS-CoV-2 se contagia de la madre al bebé a través de la leche humana. Ante la falta de evidencia de contagio y considerando la amplia evidencia existente en cuanto a los beneficios de la lactancia materna, UNICEF aconseja que se amamante a los recién nacidos, que sigan siendo amamantados de manera exclusiva hasta cumplidos los seis meses y que, a partir de ese punto, reciban alimentación complementaria a la leche materna. ¹²

Todavía hay misterios intrigantes de como la leche humana contribuye al desarrollo y a la regulación de la función inmune innata. Las importantes deficiencias inmunes del desarrollo al nacer incluyen barreras físicas y químicas incompletas, una función celular efectora innata deficiente, producción de inmunoglobulina A secretora limitada (IgA), función de cascada de complemento incompleto y mecanismos antiinflamatorios insuficientes de las vías respiratorias y gastrointestinales. ¹³

Iniciar el amamantamiento durante la primera hora de vida y alojamiento conjunto madre e hijo o hija

1. Practicar el amamantamiento exclusivo, es decir, proporcionar al lactante únicamente leche materna, sin otros alimentos o bebidas, ni siquiera agua
2. Lactar cuando el niño o niña lo pida, ya sea de día o de noche
3. No utilizar biberones, tetinas o chupetes.

La madre puede llegar a producir hasta 1000 ml. de leche por día durante la lactancia y puede amamantar incluso dos bebés, cuando tiene partos gemelares. Así, es posible identificar dos tipos de lactancia: la materna, que puede ser directa o indirecta (al extraer la leche del seno y su toma posterior por medio de biberón, cuchara o vaso) y la artificial, que se brinda por medio de sucedáneos o leches maternizadas. Por otra parte, la primera puede ser exclusiva cuando se ingiere como único alimento durante los primeros seis meses de vida; predominante si se combina con la ingesta de agua y otros líquidos; complementaria cuando acompaña la ingesta de alimentos semisólidos; y continuada, que es la toma de leche materna posterior a los 12 meses de edad. ¹⁴

El volumen de producción de leche es variable entre individuos, y se considera inferior a la capacidad de la glándula mamaria. Si bien la producción máxima de leche materna se alcanza entre el tercero y el quinto mes de lactancia y se mantiene constante en los meses siguientes, está influida por factores psicológicos, fisiológicos y sociológicos, los que con frecuencia se encuentran relacionados entre sí. Entre los factores psicológicos es conocido que los trastornos emocionales y la ansiedad provocan alteraciones en la secreción láctea y en casos extremos pueden llegar a interrumpir la producción glandular. En cuanto a los factores fisiológicos, se considera que la frecuencia, la duración y el vigor de la succión del lactante influyen en la cantidad de leche producida por la glándula mamaria; es decir, que la secreción está afectada por la demanda. Como factores sociales, vemos que muchas veces la madre debe recurrir a sucedáneos de la leche materna o a suplementos mientras está fuera del hogar y consecuentemente disminuye la formación de leche; si esto ocurre entre los 3 y 5 meses, la declinación es marcada, mientras que si ocurre después del sexto mes el volumen de producción puede mantenerse mayor a 500 ml/día hasta después de los 18 meses.¹⁵

ESTADÍSTICA. MUNDIAL, CONTINENTE, PAIS, ESTADO E IMSS.

A nivel mundial, la lactancia materna a los 12 meses es mayor en el África subsahariana, el sur de Asia y partes de América Latina. En la mayoría de los países de altos ingresos, la prevalencia es inferior al 20%. Hemos notado diferencias importantes, por ejemplo entre el Reino Unido (<1%) y los EE.UU. (27%), y entre Noruega (35%) y Suecia (16%). Se evaluaron los indicadores de lactancia materna según ingresos de cada grupo de país. No se contó con información sobre el inicio temprano o la lactancia materna exclusiva o la lactancia materna continuada a los dos años para la mayoría de los países de altos ingresos. (Anexo 1) ¹⁶

Sin embargo, el inicio temprano fue bajo en todos los ámbitos, al igual que la lactancia materna exclusiva. La lactancia materna a los 12 meses de edad estaba generalizada en situaciones de bajos y medios ingresos, pero era poco común en

otros lugares. A excepción del inicio temprano de la lactancia, la prevalencia de los demás indicadores disminuyó conforme al aumento de la riqueza nacional. Los países de bajos ingresos presentan una alta prevalencia de lactancia materna en todas las edades. Sin embargo, incluso en estos países las tasas de inicio y la lactancia materna exclusiva no fueron satisfactorias ¹⁶

Si bien las tasas de lactancia materna no disminuyen a nivel mundial, y muchos países han experimentado un aumento significativo en la última década, sólo el 38% de los niños de menos de seis meses de edad en el mundo en desarrollo reciben leche materna exclusivamente y sólo el 39% de los niños de 20 a 23 meses de edad se benefician de la práctica de la lactancia materna. ¹⁷

El análisis de datos de 123 países muestra que en todo el mundo la mayoría de los bebés son amamantados en algún momento de sus vidas, y el 95 por ciento de los bebés alguna vez reciben leche materna. Sin embargo, esta tasa varía ampliamente entre países de ingresos bajos y medianos y países de ingresos altos. En los países de ingresos bajos y medianos, sólo el 4%, o 1 de cada 25 bebés, nunca recibe lactancia materna. En los países de ingresos altos, el 21% de los bebés, o más de 1 de cada 5, nunca recibe leche materna. ¹⁸

En los países de ingresos altos, más de 1 de cada 5 bebés, nunca son amamantados. En los países de ingresos bajos y medianos, casi todos los bebés son amamantados... Entre los países de ingresos altos, hay amplias variaciones en las proporciones de los bebés que son amamantados. En algunos países, como Omán, Suecia y Uruguay, casi todos los bebés son amamantados, pero en otros, las tasas son mucho más bajas: en los Estados Unidos, el 74% de los bebés alguna vez reciben leche materna; en Irlanda, sólo el 55 por ciento son amamantados. Estas variaciones no se observan en los países de ingresos bajos y medianos: incluso en los países con las tasas de lactancia materna más bajas, casi 9 de cada 10 bebés son amamantados. Las diferencias en las tasas de lactancia materna no sólo se observan entre países con diferentes niveles de ingresos, sino también entre grupos ricos y pobres. La evidencia sugiere que en los países de ingresos altos, son las madres de hogares más pobres las que tienen menos probabilidades de amamantar. Esto contrasta con los países de ingresos bajos y medios, donde el pequeño porcentaje de madres que no amamantan proviene, en su mayor parte, de hogares más ricos. ¹⁸

Si bien la proporción de bebés que reciben al menos algo de leche materna es alta en todos los países de ingresos bajos y medianos, el período de tiempo durante el cual una madre continúa amamantando a su hijo varía sustancialmente según la situación económica del hogar. Entre las familias más pobres, casi dos tercios (64%) de los bebés todavía son amamantados a los 2 años, como recomiendan UNICEF

y la OMS, en comparación con solo el 41% entre las familias más ricas. Esta brecha es más amplia en la región de África occidental y central, donde el 63% de los bebés de las familias más pobres todavía reciben leche materna a los 2 años, en comparación con solo el 26% de los más ricos. La brecha entre los grupos ricos y pobres es menor en Europa del Este y Asia Central, donde tanto las familias más ricas como las más pobres tienen tasas bajas de lactancia materna a los 2 años: 23% y 31% respectivamente (anexo 2) ¹⁸

Muchos factores contribuyen a crear un entorno positivo para la lactancia. A nivel nacional, las políticas que garantizan la licencia parental y el derecho a la lactancia materna en el lugar de trabajo son fundamentales, al igual que las restricciones a la comercialización de sucedáneos de la leche materna. Dentro de los establecimientos de salud, las madres necesitan información y apoyo para amamantar inmediatamente después del nacimiento y más allá. Las normas sociales positivas que apoyan y fomentan la lactancia materna, incluso en los espacios públicos, sirven para empoderar a las madres para amamantar. En las comunidades, el apoyo de consejeros y compañeros capacitados, incluidas otras madres y miembros de la familia, juega un papel clave. No se puede subestimar el apoyo de hombres, maridos y parejas. ¹⁸

En América Latina y el Caribe las tasas de lactancia exclusiva en menores de 6 meses, son del 7.7% en República Dominicana, 38.6% en Brasil y 46.8% en Colombia. ¹⁹

La prevalencia de lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida de los bebés se duplicó en México en los últimos tres años, pasando de 14.4% en 2012 (ENSANUT 2012) a 30.8% (ENIM 2015). Aunque se trata de un avance, no es suficiente para lograr cumplir con el derecho de todos los niños y niñas a una buena nutrición desde su nacimiento. En 2017, realizamos un análisis sobre las prácticas de lactancia materna en México a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres (ENIM) 2015, lo cual nos ha permitido llevarlo a discusiones políticas y académicas para promover, apoyar y proteger la lactancia en el país. (anexo 3) ²⁰

Los datos de la ENADID 2014 destacan que, a nivel nacional, más de 90% de los(las) hijos(as) nacidos(as) vivos(as) de las mujeres de 15 a 39 años de edad tienen lactancia materna, situación similar para las de localidades con menos de 15 mil habitantes, aunque con porcentajes superiores a 93% —con excepción del grupo de 35 a 39 años, en el cual 91.5% de los(las) hijos(as) nacidos(as) vivos(as) reciben leche materna—; si bien la descendencia de las mujeres de localidades de 15 mil y más habitantes también tiene porcentajes superiores a 90% de lactancia materna, la cifra más alta la presenta la de la población femenina de 25 a 29 años (92%); por

lo tanto, se puede concluir que los(las) hijos(as) nacidos(as) vivos(as) de las mujeres de entre 15 y 39 años de edad tienen los mejores patrones de lactancia materna, al igual que aquellas que viven en localidades con menos de 15 mil habitantes. Por entidad federativa, Tlaxcala, Yucatán (ambos con 95.2%) y Puebla (95%) son los que reportan los porcentajes más altos de lactancia materna; en contraste, Aguascalientes (87.2%), Coahuila de Zaragoza (86.2%) y Durango (86%) tienen los más bajos (anexo 4).²¹

Asimismo, es importante señalar que frente a los tres principales motivos reportados por las madres que no dieron leche materna nunca tuvo leche, el (la) niño(a) la rechazó y estaba enferma, existen alternativas para evitar que los (las) infantes se queden sin este alimento y sus beneficios. Respecto a los dos primeros, se reconoce que la capacitación al personal de salud sobre la técnica de la lactancia es fundamental para que a su vez la enseñen a las madres y brinden consejos ante los problemas específicos que surjan durante la lactancia (OMS-UNICEF). Dentro de esta capacitación se incluye la forma en que se debe colocar al bebé en el pecho, pues si se hace de manera incorrecta, además de generar rozaduras y grietas en los pezones, el (la) niño(a) tira su cabeza hacia atrás, como si rechazara el alimento.²¹

En las unidades médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el 2013, se reportó que el 95% de los recién nacidos fueron alimentados al seno materno, aunque al llegar al sexto mes este porcentaje es de 80% y se reduce al 40% en los niños de 7 a 12 meses.²²

FACTORES RIESGO PARA ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA

A pesar de sus ventajas, el abandono precoz de la lactancia o la decisión de no amamantar ha sido un problema ancestral; el Código de Hammurabi (1800 a. C.) contenía regulaciones en la práctica de la lactancia. Desde hace 4 000 años, en Europa, existen antecedentes sobre técnicas de alimentación en bebés no amamantados. Hipócrates dijo a propósito de la lactancia "la leche de la propia madre es benéfica, la de otras mujeres es dañina". En el siglo XVIII predominó el amamantamiento por nodrizas; las madres francesas de la época deseaban mantener su belleza y frescura, esta influencia continuó durante el siglo XIX y XX. En México, aunque la prevalencia de la lactancia materna ha mejorado ligeramente en los últimos años, tiene uno de los valores prevalentes más bajos entre los países subdesarrollados y más de la mitad de los niños mexicanos no reciben leche materna después de los seis meses de edad. En la práctica médica existen condicionantes que afectan el inicio de la lactancia materna y su abandono, debido a la presencia de afecciones maternas y del niño.²³

Las madres que nunca dieron pecho a sus hijas e hijos exponen razones que sugieren desconocimiento o poco apoyo antes y alrededor del parto para iniciar y establecer la lactancia, tales como: no tuvo leche 37.4% madre enferma 13.7% el bebé no quiso 11.4% bebé enfermo 5.3% prematuro 3.1%. Motivos para nunca amamantar mujeres de 12 a 49 años madres de niñas/os menores de 24 meses. (anexo 5) ²⁴

Sociodemográficos

Pese a tantos beneficios, hay demasiados bebés a los que no se amamanta de un modo óptimo. De cada cinco recién nacidos, sólo un poco más de dos (el 44%) comienzan a lactar en la primera hora de vida; y aproximadamente la misma proporción de bebés menores de seis meses (el 42%) son amamantados de manera exclusiva. ¿Por qué? La respuesta es compleja; pero en esta situación intervienen factores como la promoción de sucedáneos de la leche materna, los tabúes sociales y culturales en contra de la lactancia materna, la dificultad que entraña para muchas mujeres conciliar el trabajo con el cuidado de su prole, y la falta de ayudas que favorezcan la lactancia materna ²⁵

Múltiples son las causas de abandono de la lactancia materna, y dentro de ellas encontramos que en algunas instituciones de salud se han desarrollado rutinas y prácticas que son perjudiciales para este procedimiento natural (separación de la madre y el recién nacido después del parto, uso de biberón y agua, y el establecimiento de un horario de alimentación rígido), a lo que se suman mitos arraigados en la sociedad, como son: que a los recién nacidos hay que darles suplementos durante los primeros días porque la madre todavía no tiene leche y los niños lloran de hambre; que las mamás miman a sus hijos demasiado, los llevan demasiado en brazos y así los malcrian; que no hay suficiente hierro en la leche humana para satisfacer las necesidades del bebé, y por ello debe darse suplementos de hierro rutinariamente; que cuando una mujer tiene escasez de leche, generalmente se debe al estrés, la fatiga o el bajo consumo alimenticio y de líquidos; o también que algunos niños son alérgicos a la leche materna ²⁶

Estudios nacionales señalan que las barreras para la lactancia materna incluyen desde aquellas de índole individual hasta las relacionadas con el ambiente sociocultural y de políticas en el país. ²⁷

Por ejemplo, se sabe que una duración corta de lactancia materna exclusiva se debe a la inexperiencia de las madres para amamantar, a su poca confianza en producir suficiente leche y a su necesidad de regresar al trabajo fuera de casa. También las creencias de padres y familiares y la insuficiente asesoría por parte de los servicios de salud obstaculizan la adopción de las prácticas recomendadas de lactancia

materna exclusiva y complementada. En este sentido en México existen políticas débiles de apoyo a la lactancia en los lugares de trabajo. Los empleadores perciben de forma errónea una pérdida de ganancias con las licencias de maternidad o la concesión de descansos para la extracción de leche materna debido en parte a la falta de información al respecto. Además, no es común contar con la infraestructura para establecer un área de lactancia (o lactario) en donde las madres trabajadoras y lactantes tengan un espacio privado, cómodo e higiénico para la extracción y el almacenamiento de su leche durante las horas de trabajo, leche que lleva a su casa al final de día laboral y deja para que al próximo día se le ofrezca a su hijo. ²⁷

Existen múltiples factores que favorecen el abandono precoz de esta práctica, entre ellos la promoción inadecuada y agresiva de las fórmulas infantiles a una población vulnerable y el retorno de la mujer al ámbito laboral, circunstancias fundamentales y altamente transformables. Por último, la norma social, como la aceptación del uso de fórmula láctea antes de los 6 meses de edad como un reflejo de solvencia económica, y la falta de políticas públicas que promuevan, protejan y apoyen la lactancia materna son barreras para la lactancia materna en México ²⁷

La percepción de insuficiencia de leche (PIL) es una de las principales razones que las mujeres dan para interrumpir de forma prematura la lactancia materna exclusiva y amamantar por menos tiempo a sus bebés. La alimentación al pecho debe ser a demanda y la duración de cada toma la determina cada niño. Hay que estar atentos a signos sugestivos de hambre, como un estado de alerta y un aumento de actividad, y ponerlo entonces al pecho, ya que el llanto suele ser un indicador tardío de hambre y, en ocasiones, cuando está ya irritable puede dificultar el amamantamiento. ²⁷

Factores Patológicos

Hay que identificar los factores de riesgo de fracaso, como son: prematuros, nacimientos múltiples, los que son separados de sus madres por razones médicas, mujeres con pezones planos o invertidos o malformaciones del bebé que afecten a su habilidad para mamar. Las complicaciones de la lactancia materna suelen ser problemas obstructivos o de insuficiente vaciado que se solventan aumentando la frecuencia de las tomas y con tratamiento sintomático. ²⁸

La ingurgitación mamaria ocurre cuando los pechos producen más leche de la que el lactante extrae. La obstrucción de un conducto lácteo surge por un vaciado defectuoso o ineficaz, se manifiesta como un bulto doloroso y enrojecimiento de la piel, sin fiebre ni otros síntomas. La mastitis consiste en una inflamación de uno o varios lóbulos de la mama que puede acompañarse o no de infección. La infección no se transmite al lactar, por lo que no debe suspenderse la lactancia materna, en

cualquiera de los casos se soluciona ofreciendo más a menudo el pecho o usando un sacaleches para vaciarlo ²⁸

La infección materna por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) constituye una contraindicación para la lactancia en países desarrollados en los que se dispone de medios adecuados para la alimentación con sucedáneos. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), a nivel mundial el riesgo de transmisión del VIH/SIDA a través de la leche materna y sin ningún tipo de intervención está entre un 5% y un 14% de los niños hijos de madres que viven con el VIH/SIDA. Este porcentaje varía dependiendo de la edad del niño: 5% para los primeros seis meses, 4% entre los 7 a 12 meses y un 5% entre los 13 a 24 meses. Tampoco deben lactar a sus hijos las madres que estén infectadas por el virus de la leucemia humana de células T (HTLV tipo 1 o 2) ya que se ha demostrado, como con el VIH, su transmisión a través de la Lactancia Materna. A este respecto debemos señalar que la Lactancia Materna no está contraindicada en los hijos de madres con hepatitis A, B o C. En las hepatitis A y B se debe indicar la profilaxis adecuada para evitarla transmisión de la infección. ²⁹

Pocas enfermedades maternas requieren tratamiento con fármacos que contraindiquen la lactancia por sus efectos nocivos en el niño al pasar a través de la leche. Como ejemplos de estas situaciones excepcionales podemos citar la quimioterapia y radioterapia en el tratamiento del cáncer. Algunos casos de prolactinoma (adenoma hipofisario secretor de prolactina), especialmente los macro adenomas, requieren tratamiento con bromocriptina o cabergolina que contraindica la lactancia. El consumo de drogas como heroína, cocaína, anfetamina y marihuana también es incompatible con la lactancia materna, por sus efectos adversos en el niño. ²⁹

Factores mecánicos

Esta es la principal fuente de alimentación y debe ser examinada con detenimiento. Algunos de los trastornos de la lactancia materna son el retraso en su inicio, inadecuada posición de la boca, duración prolongada, frecuencia inadecuada, sobre abrigo, dolor en el pezón y forma inadecuada de la C. ³⁰

Las posiciones para amamantar son importantes, en especial en los primeros días y en el primer mes de vida; a partir de ese momento, el binomio madre hijo se acomoda, o mejor, se acopla, y se amamanta como ambos desean y se sientan más cómodos; pero en los primeros días después del parto, de la posición correcta y del agarre adecuado depende que el bebé reciba la leche que necesita, lo que no se logra si se producen grietas o algunos otros problemas asociados a la lactancia materna.³¹

Una correcta observación del acto de amamantar resulta imprescindible, pues permite realizar un diagnóstico sobre si la posición y el agarre son correctos o no, lo cual es vital para ofrecer ayuda práctica; se puede utilizar una guía de observación del acto de amamantar, pero si no está disponible, se debe realizar un análisis de algunos aspectos fundamentales en el binomio madre-bebé, en la familia y hasta en los vecinos. La madre debe estar cómoda y, siempre que sea posible, acompañada; deben ser priorizadas las posiciones y un buen agarre. Una posición correcta al amamantar, el utilizar más de una posición de forma alternada, unido a un buen agarre, constituye factores protectores para una lactancia materna exitosa;

31

El niño con enfermedad requiere ser alimentado de acuerdo a sus condiciones clínicas y limitaciones, lo que implica implementar de manera continua las estrategias para lograr los aportes adecuados de nutrimentos, utilizando diversas técnicas. Existen patologías relacionadas con alteraciones de estructura como el labio y paladar hendido, la funcionalidad como la motilidad de la lengua por anquiloglosia, alteraciones de succión y deglución en prematuros extremos o niños hipotónicos, otras alteraciones están en el metabolismo de aminoácidos como fenilcetonuria que limitan la cantidad de leche humana o metabólicas en el paciente crítico por uso de ventilación mecánica. En pacientes en quienes no se contraindica el uso de la leche materna y que el tracto gastrointestinal está íntegro deben usarse técnicas de alimentación enteral por sondas.³²

Los niños hipotónicos suelen tener problemas de alimentación como resultado de un deficiente desarrollo control anormal o subdesarrollado de las estructuras oro faríngeo, contribuyendo a una descoordinación y/o succión débil. Por otro lado es sustancial el otorgar seguridad alimentaria a través del control de puntos críticos, identificación de riesgos potenciales y planes de reacción en los procesos de recepción, preparación y distribución de leche humana ³²

Factores mentales

En la mujer, este periodo representa, también, un tiempo demarcados cambios en su bienestar cognitivo y psicológico, con una reducción de su memoria y trastornos en su estado de ánimo. Estas alteraciones en el comportamiento de las madres han sido directamente relacionadas con modificaciones neuroendocrinas y neuroquímicas propias de este periodo ³³

Tres clases de desórdenes psiquiátricos se vinculan tradicionalmente al posparto: trastornos de ansiedad, depresión y psicosis posparto. Los primeros son alteraciones del carácter pasajero, muy comunes, caracterizados por estados de

angustia, irritabilidad, llanto, que a veces pueden conducir a una depresión. La depresión posparto (depresión no psicótica) ocurre en un 10 a 15 por ciento de las madres y, si bien en algunos casos refleja una vulnerabilidad genética específicamente asociada al parto, la mayoría de las veces está relacionada a cambios neuroendocrinos de este periodo, o a factores psicológicos y sociales de la maternidad y su contexto estresante. La psicosis puerperal, por su parte, tiene manifestaciones clínicas no específicas y, de hecho, no está incluida como enfermedad específica en los sistemas de clasificación de enfermedades psiquiátricas actuales.³³

La lactancia materna no es únicamente responsabilidad de la madre, en este período ella está vulnerable y necesita ayuda física y emocionalmente. Se conocen que los estados emocionales negativos propios de familias con problemas en su funcionabilidad influyen negativamente en el éxito de la lactancia materna, pudiendo provocar disminución de la secreción láctea, disminuye la calidad de la succión y bloquea el reflejo de bajada de leche. Una embarazada, insatisfecha de su posición social, de su situación de pareja, o emocionalmente inestable o ansiosa, puede, como recientemente estudiaron Gorrita y otros, adoptar actitudes que, a la larga, repercuten desfavorablemente en el amamantamiento. Hurley y otros, en un estudio en Baltimore, que incluyó más de 700 madres y sus niños, también estableció la importancia del estrés, la ansiedad y la depresión con el establecimiento y mantenimiento de la LM. Existen tradiciones, mitos, costumbres, e inclusive malas praxis, con respecto a la lactancia, que hay que conocer y aprender a manejar por el Equipo Básico de Salud y los pediatras, sobre todo, en la atención primaria de salud, utilizando como red de apoyo a cada familia para estimular el establecimiento y mantenimiento de la LM.³⁴

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. 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. 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. 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.³⁴

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.³⁴

El parto es un acontecimiento importante de la vida, y el cambio brusco de las funciones y responsabilidades de la vida en el período posparto representa un momento de riesgo para el desarrollo de ansiedad.³⁵

La ansiedad o la angustia relacionada con el embarazo es un síndrome distinto y definible que se caracteriza por preocupaciones elevadas o preocupaciones sobre aspectos únicos del embarazo (p. Ej., Atención médica, síntomas físicos, cambios corporales, salud infantil; Blackmore et al., 2016). Aunque la ansiedad específica del embarazo puede coexistir con una ansiedad más generalizada, se considera un estado emocional ligado al contexto³⁵

La ansiedad general (es decir, un rasgo) interrumpe la liberación de oxitocina y prolactina, hormonas que promueven el reflejo de eyección de la leche. La inhibición frecuente de este reflejo puede provocar una reducción fisiológica de la producción de leche materna. Además, el estrés emocional agudo (es decir, estado de ansiedad) está asociado con niveles elevados de cortisol y glucosa. Estas hormonas se han relacionado con el retraso de la plenitud de los senos y la disminución del volumen de leche en el posparto inmediato³⁶

La ansiedad es frecuente en las embarazadas por la incertidumbre propia de tener un bebé sano, el miedo a perder el bebé o por la “falta de control” sobre el cuerpo como expresan muchas mujeres. En el puerperio, la ansiedad se relaciona con el miedo a no poseer aptitudes para la maternidad, haber tenido complicaciones al momento del nacimiento, niños prematuros o con patologías médicas (20, 34). La ansiedad se presenta muy frecuentemente como parte del síndrome depresivo del puerperio, con síntomas panicosos y pensamientos obsesivos de dañar al bebé. Un trabajo francés reporta una tasa de ansiedad antenatal de 18%, y postnatal de 20 %.³⁷

Entre las mujeres que presentan un trastorno de pánico, alrededor del 10% tienen su inicio en el puerperio. Lógicamente esta condición afecta también el vínculo de la madre con su hijo, ya que el estar a solas con su bebé les puede resultar “peligroso” por el temor de sufrir un ataque de pánico y no poder cuidarlo. El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) también puede resurgir en el puerperio. Al tratarse de una condición crónica, en general el diagnóstico no se hace por primera vez en el puerperio. Pero es importante tenerlo en cuenta en mujeres que ya vienen con ese diagnóstico porque el nacimiento de un hijo funciona claramente

como un factor estresante importante y puede reactivar los síntomas. Se ha propuesto que el TAG es un factor de riesgo para la depresión puerperal.³⁷

ANTECEDENTES

Kristin horsley en el 2019 realizo un estudio en Montreal Quebec con el objetivo de examinar la relación entre la ansiedad específica del embarazo y el estado de la LME al principio del período posparto, en donde que encontró que el 25% de las mujeres que iniciaron LME padecían ansiedad. Por cada aumento en una unidad en el instrumento PDQ la probabilidad de continuar con LME al primer mes fue RM 0.94 IC95% (0.90, 0.98), así mismo, por cada aumento en una unidad en el instrumento PDQ la probabilidad de continuar con LME al tercer mes fue RM 0.95 IC95% (0.91, 0.99). Lo que sugiere una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables.³⁸

Javath Hussain en el 2015 en la india realizo un estudio descriptivo para evaluar la asociación de la ansiedad materna con respecto a la no adherencia de la lactancia materna exclusiva, a estas madres se les administró la Escala de actitud de alimentación infantil de Iowa (IIFAS) y la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS). La puntuación media de la escala de ansiedad de HADS fue de 12,2 (\pm 5,3) y la puntuación de la escala de depresión de HADS fue de 9,5 (\pm 3,8). La puntuación media en el IIFAS fue 58,4 (\pm 3,6), lo que sugiere una actitud relativamente favorable hacia la lactancia materna. En el presente estudio, los síntomas de ansiedad parecían tener una relación de tendencia con las malas actitudes hacia la lactancia materna.³⁹

Kathryn Wouk, Nueva York 2016, realizo un estudio donde el objetivo de este análisis era estimar la asociación entre síntomas de depresión posparto, y lactancia materna a través de una muestra aleatoria a nivel estatal, se utilizaron mapas de prevalencia y probabilidades ajustadas de lactancia materna por depresión posparto y el estado de salud mental antes del embarazo. El cual se reportó que las mujeres que informaron una consulta de salud mental antes del embarazo tenían 0,61 (IC del 95%: 0,56; 0,67) veces de probabilidades de iniciar la lactancia materna en comparación con las mujeres que no informaron ninguna visita previa al embarazo. A los 3 meses después del parto, las mujeres con síntomas de depresión posparto desde el nacimiento tenían 0,79 (IC del 95%: 0,70; 0,88) veces más probabilidades de amamantar y una reducción de las probabilidades de amamantamiento exclusivo modificado por raza / etnia. Dada la naturaleza transversal de estos datos, las mujeres con interrupción temprana de la lactancia materna también pueden estar en riesgo de depresión posparto, lo que requiere detección y tratamiento.⁴⁰

Jessica P. Riedstra en EUA en el año 2019 realiza un estudio con el propósito de investigar un nuevo mediador y moderador en la relación entre la ansiedad y el estrés prenatal y posnatal y la duración de la lactancia materna en una muestra médicamente desatendida. Si bien ninguno de los modelos de mediación moderada fue significativo, los resultados indicaron que una mayor ansiedad prenatal se relacionó significativamente con una duración más corta de la lactancia. Las pruebas también revelaron que no había diferencias en los ingresos ($t(217) = -0,289, p = 0,773$), estrés prenatal ($t(123) = -0,924, p = 0,358$), ansiedad prenatal ($t(123) = -1,289, p = 0,200$) y paridad ($t(123) = 0,187, p = 0,187$) entre puntos de tiempo. De las madres con ansiedad prenatal clínicamente elevada, solo 4 (29%) amamantaron durante los 6 meses, mientras que 56 de las 82 (68%) madres que no tenían ansiedad prenatal clínicamente elevada continuaron amamantando a los 6 meses.⁴¹

Eivind Ystrom en Oslo, 2012. Realizó una investigación para saber si la interrupción de la lactancia materna está relacionada con un aumento de los síntomas de ansiedad y depresión desde el embarazo hasta los seis meses después del parto, como también investigamos si el aumento de los síntomas propuesto después de la interrupción de la lactancia materna era desproporcionadamente alto para las mujeres que ya sufrían altos niveles de ansiedad y depresión durante el embarazo. En primer lugar, los niveles de ansiedad y depresión antes del parto se relacionaron con la interrupción de la lactancia ($\beta 0,24$; IC del 95%: 0,21-0,28), y la interrupción de la lactancia fue predictiva de un aumento de la ansiedad y depresión posparto ($\beta 0,11$; IC del 95%: 0,09-0,14). En segundo lugar, la ansiedad y la depresión preparto interactuaron con la relación entre el cese de la lactancia materna y la ansiedad y depresión posparto ($\beta 0,04$; IC del 95%: 0,01-0,06).⁴²

Demilade en el 2014 en Atlanta realizó un estudio donde las madres que experimentan una ansiedad sustancial durante el embarazo o el período posparto tienen un mayor riesgo de reducción del inicio, exclusividad y continuación de la lactancia materna; en el que se observó un aumento de un solo punto en las puntuaciones HAM-A a los 3 meses posparto se asoció con una reducción del 11% en las probabilidades de lactancia materna exclusiva a los 6 meses (razón de probabilidades ajustada [ORa] = 0,89; IC del 95%, 0,80-0,99). Un aumento de un solo punto en las puntuaciones de STAI State y STAI Trait a los 3 meses posparto se asoció con un 4% (ORa = 0,96; IC del 95%, 0,92-0,99) y 7% (ORa = 0,93; IC del 95%, 0,86-1,00) reducción, respectivamente, de las probabilidades de amamantar a los 12 meses.⁴³

JUSTIFICACION

En 1991 la Organización Mundial de la Salud junto con la UNICEF lanzaron la iniciativa Hospital amigo del niño y la niña, para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna que describe con detalle los pasos a seguir y cómo llevarlos en unidades hospitalarias y centros de salud. La lactancia materna en México es una de las estrategias de salud pública más efectiva para la reducción de muertes infantiles. Se ha estimado que alrededor de 2 millones de muertes de la niñez pueden evitarse cada año a través de la lactancia,

La lactancia materna exclusiva es el alimento básico por lo tanto el abandono de la lactancia materna antes de los 6 meses de edad tendrá probablemente un impacto en la salud del niño. Los factores para el abandono de la lactancia pueden ser de diversa índole; social, anatómico, y psicológico, nos enfocamos en lo psicológico de acuerdo a la revisión de la diversa literatura de lactancia materna es un campo menos estudiado pero de suma importancia ya que un diagnóstico oportuno, puede aumentar un gran número de pacientes que practiquen la lactancia materna exclusiva y así se vea reflejado a futuro de igual forma los costos en los sistemas de salud. Se ha identificado durante la consulta de primer nivel los diversos factores estresantes; como la relación familiar, situación económica, falta de conocimiento acerca de la lactancia, tabús, situación laboral, entre otros, que conllevan a situaciones de estados de ansiedad en la mujer lactante.

Una proporción de mujeres experimentan un nivel de ansiedad durante el puerperio, en el peor de los casos afectando su funcionamiento psicológico y social. La ansiedad excesiva en esta etapa causa considerable sufrimiento y se puede observar dificultades en la mujer que la padece, su compañero y de toda la familia, en especial del lactante.

A pesar del grave impacto que esta situación puede generar y la importancia de esta condición suelen pasar desapercibidos tanto por el personal médico como por la misma paciente, generando que sea un factor importante en el abandono de la lactancia materna. Es de vital importancia que el personal de salud identifique y trate este padecimiento en favor de la madre y el hijo, para que este último pueda gozar de todos los beneficios que otorga esta buena práctica.

Determinar la asociación entre la ansiedad y el abandono de la lactancia materna exclusiva puede constituir una herramienta esencial para un abordaje multidimensional que permita un correcto apego a la lactancia materna que permita mejorar la salud del lactante. En todo este proceso, la Atención de

Primer Nivel de atención, juega un papel muy importante, la convierten en escenario ideal para la identificación de los sujetos con mayor riesgo y poner en marcha actividades dentro del IMSS que contribuyan a su mejora.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La ansiedad en la mujer lactante puede afectar la calidad de vida de ella y del bebe, conforme progresa o no se controla correctamente, si esa situación se agrega o progresa se puede presentar abandono de la lactancia materna que presenta una incidencia alta en nuestro medio.

Esta combinación podría causar una afección directa sobre la salud del lactante predisponiéndolo a diversas enfermedades. Aunque tenemos programas dentro del IMSS que intentan concientizar la importancia de la lactancia materna no ha sido suficiente para evitar el abandono de la misma , sin embargo esta la ansiedad en la mujer puede ser un factor importante para el abandono de la lactancia materna .

Es necesario reconocer cuales son los factores que se presentan con mayor frecuencia en pacientes derechohabientes del IMSS y el abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses, para que de esta manera se identifiquen y se establezca una atención con enfoque de riesgo generando evidencia para que se desarrollen estrategias que mejoren el abandono de la lactancia materna y su asociación con la ansiedad.

Por tal motivo el equipo de investigación se plantea la siguiente pregunta de investigación.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la asociación entre ansiedad y el abandono de la lactancia materna antes de los 6 meses; en madres mayores de 18 años de la UMF15?

OBJETIVOS

Objetivo General

Conocer la asociación entre ansiedad y el abandono de la lactancia materna antes de los 6 meses, en madres mayores de 18 años de la UMF 15.

Objetivo Específico

Determinar la proporción de madres lactantes con ansiedad.

Conocer las variables socio demográficas de la población de la UMF 15.

Determinar el porcentaje de disfunción familiar para el abandono de la lactancia materna exclusiva.

HIPOTESIS NULA

La ansiedad no incrementa el riesgo de abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses, en madres mayores de 18 años de la UMF15

HIPOTESIS ALTERNA

El abandono de la lactancia materna exclusiva incrementa en madres con diversos factores de riesgo como la ansiedad.

MATERIAL Y METODOS

UNIVERSO DE TRABAJO

Mujeres en periodo de lactancia materna derechohabientes del IMSS que acudan al primer nivel de atención en la UMF. 15 de la CDMX, con diagnóstico de ansiedad.

PERIODO Y LUGAR DE ESTUDIO.

Se llevara a cabo en la UMF 15 del IMSS durante los meses de Julio del 2021 a Septiembre del 2021.

VARIABLES

Variable Independiente: Ansiedad o depresión en la mujer lactante

Variable dependiente: Abandono de la lactancia materna

Covariables: Edad, religión, escolaridad, estado civil, ocupación, nivel socioeconómico, comorbilidades asociadas, número de hijos.

	NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR
1	EDAD	Tiempo que ha vivido un ser vivo contando desde su nacimiento	De acuerdo a lo referido por el paciente	Cuantitativa De intervalo	____ años cumplidos
2	RELIGION	El conjunto o sistema de creencias y prácticas de un grupo determinado en relación a una actividad espiritual, ligada a lo moral y que incluso se mezcla con lo sobrenatural	Grupo determinado en relación a un sistema de creencias referido por el paciente	Cualitativa nominal politómica	católico, creyente, ateo, testigo de jehová, judío, mormón, cristiano, evangelista, etc.
3	ESCOLARIDAD	Tiempo en el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza	Grado hasta el que se terminó su enseñanza, referido por el paciente	cualitativa, ordinal politómica	Sin estudios, Primaria incompleta, Primaria completa, Secundaria incompleta, Secundaria Completa, Preparatoria incompleta, Preparatoria completa, Licenciatura incompleta, Licenciatura completa, Maestría, Doctorado
4	FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	Es la interacción de vínculos afectivos entre miembros de la familia, lo que se considera como cohesión; los cuales pueden ser capaces de cambiar la estructura familiar con el fin de superar las dificultades evolutivas familiares lo que se conoce como adaptabilidad. Además, considera que un funcionamiento familiar balanceado	Interacción de los miembros de la familia para adaptarse a cada etapa o crisis, medida a través de Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL)	Cualitativa politómica	Funcionamiento familiar según puntuación total de la prueba FF-SIL: 70-57 puntos= funcional 56-43puntos= moderadamente funcional 42-28puntos= Disfuncional 27-14 puntos= severamente funcional

		es aquel que posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están asignados			
5	ESTADO CIVIL	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo, con quien creará lazos que serán reconocidos jurídicamente, aunque el mismo no sea un pariente o familiar directo.	El estado civil será determinado por el paciente en hoja de datos	Cualitativa nominal politémica	Soltera, casada, Unión libre, divorciada, Viuda
6	OCUPACION	La ocupación de una persona hace referencia a lo que ella se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión	Se obtendrá en hoja de datos personales	cualitativa ordinal politémica	Ama de casa, empleada, obrera, profesionalista...
7	NIVEL SOCIOECONOMICO	Se entiende por nivel socioeconómico el conjunto de variables económicas, sociológicas, educativas y laborales por las que se califica a un individuo o un colectivo dentro de una jerarquía social	Es como se percibe a una persona dentro de la jerarquía social, lo referir en hoja de datos	Cualitativa, ordinal politémica	Clase baja Clase media Clase Alta
8	NUMERO DE HIJOS	Se refiere al número de hijos nacidos vivos, incluyendo los hijos	Número de hijos vivos total que ha tenido la paciente	Cuantitativa, de razón	1 ,2 ,3, 4 , 5 o mas

		que luego fallecieron	referido en hoja de datos		
9	COMORBILIDADES ASOCIADAS	Presencia de enfermedades coexistentes o adicionales en relación al diagnóstico inicial o con respecto a la condición sana del sujeto del estudio	Según datos consignados en la hoja de datos a elegir por la paciente	Cualitativa ordinal politémica	Diabetes Mellitus tipo2, Hipertensión Arterial, Obesidad, Dislipidemia Hipotiroidismo, VIH, Hepatitis, Otras...
10	ANSIEDAD	La ansiedad se considera patológica cuando se presenta de manera excesiva y su duración es prolongada, lo que genera disfuncionalidad en la persona que lo padece y tiene manifestaciones como sensación de taquicardia, sudoración, temblor, mareo, nerviosismo, inquietud, miedo, pérdida de control, temor, nerviosismo, sensación de muerte inminente, temor a perder la razón y el control	Se obtendrá el nivel de ansiedad de acuerdo al inventario de Ansiedad Rasgo/Estado (IDARE) de Spielberger	Cualitativa	<u>Niveles Ansiedad-Rasgo</u> : Bajo: Por debajo de 29 puntos. Medio: Entre 29 y 41 puntos. Alto: Por encima de 41 puntos. <u>Niveles de Ansiedad-Estado</u> : Bajo: Por debajo de 24 puntos. Medio: Entre 24 y 38 puntos. Alto: Por encima de 38 puntos.
11	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	Es la alimentación del lactante con leche materna de la madre o de otra mujer, sin ningún suplemento sólido o líquido, lo que incluye el agua, durante los primeros 6 meses	Se comprobará a través de cuestionario de datos en mujeres lactantes	Cualitativa	Con y sin lactancia materna exclusiva a los 6 meses

CRITERIOS DE INCLUSION

1. Mujeres en periodo de lactancia materna; que ya hayan abandonado en los primeros 6 meses de nacimiento
2. Mujeres mayores de 18 años
3. Mujeres que acepten participar mediante la firma de consentimiento informado
4. Mujeres que deseen colaborar

CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Mujeres que se encuentren en periodo de lactancia activa más de 6 meses
2. Mujeres menores de 18 años
3. Mujeres que no deseen colaborar
4. Mujeres que no firmen previo consentimiento informado

CRITERIOS DE ELIMINACION

1. Mujer que durante la encuesta refiera emociones de tristeza, llanto, y decida retirarse del llenado de la encuesta.

TIPO Y DISEÑO DEL ESTUDIO

Diseño del estudio

Descriptivo, Transversal Observacional Analítico

PROCEDIMIENTOS.

Realización de Encuestas. Se llevarán a cabo en área de medicina preventiva, se recabarán pacientes femeninas que se encuentren en periodo de lactancia materna, dentro de los primeros 6 meses mayores de 18 años, se propondrá que firmen la carta de consentimiento informado, así como la hoja de datos (anexo6), y los

instrumentos a evaluar ansiedad, en el proyecto se aplicara el Inventario de Ansiedad Rasgo/Estado (IDARE) de Spielberger⁴⁴ (anexo 7).

ASPECTOS ESTADISTICOS

MUESTREO

Muestreo no aleatorio por diferencia de proporciones.

CALCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA.

El tamaño de la muestra se calculó mediante la fórmula para diferencias de proporciones con un intervalo de confianza del 95%, un poder estadístico de 80%.

Un 30% de abandono de la lactancia materna con una prevalencia del 14 % de pacientes presentaron trastorno de ansiedad o depresión. Se obtuvo un tamaño de muestra de 245 participantes.

$$N = \frac{(Z\alpha)^2(p)(q)}{d^2}$$

En donde:

N = Tamaño de la muestra que se requiere.

p = Proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio.

q = 1 – p (complementario, sujetos que no tienen la variable en estudio).

δ = Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar.

Zα = Distancia de la media del valor de significación propuesto. Se obtiene de tablas de distribución normal de probabilidades y habitualmente se utiliza un valor α de 0.05, al que le corresponde un valor Z de 1.96

Desarrollo de la fórmula:

$$N = \frac{(1.96)^2 (.20) (.80)}{0.05^2}$$

$$N = \underline{3.84 (.16)}$$

0.0025

$$N = \frac{0.614}{0.0025}$$

N= 245

ANALISIS ESTADISTICO

Se realizará base de datos en el programa estadístico SPSS se realizará el cálculo de frecuencias y porcentajes para variables cualitativas, para las variables cuantitativas se calcularán las pruebas de normalidad, en caso de que las variables presenten distribución normal se calcularán la media y desviación estándar (DE), en caso de que tengan libre distribución se calculará la mediana y el rango intercuartílico (RIC). Para determinar la correlación entre variante 1 y 2 se utilizará la prueba de X², se calculará Odds ratio (OR) con su intervalo de confianza (IC) del 95%. Para datos de distribución normal, se utilizará de dos grupos T de Student para grupos independientes. En caso de tener distribución libre utilizaremos Prueba U de Mann-Whitney.

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

El presente proyecto de investigación se desarrollará de tipo descriptivo transversal analítico, en el que se intentará buscar la asociación de la ansiedad como factor de riesgo para el abandono de la lactancia materna exclusiva en los primero 6 meses de vida, invitando a madres de lactantes mayores de 18 años, a responder un test con previo consentimiento informado firmado, (Anexo6. Anexo7) durante la consulta de medicina preventiva que cumplieran los criterios de inclusión y posteriormente se realizará un análisis de resultados respecto a las encuestas aplicadas.

SESGOS

Pueden llegar a existir errores durante el estudio, que se reflejaría influenciada la precisión o veracidad de los resultados del estudio. Por ejemplo, dentro de los considerados para este protocolo se logran comprender los siguientes:

1. Sesgo de selección. Se invitará a participar a todas las mujeres en periodo de lactancia de la unidad, por lo que no se autoseleccionarían y no se tendería a

seleccionar a un grupo u otro, por ningún factor de riesgo en específico. Se elegirán grupos representativos en base a criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

2. Sesgo de información: Se realizará una revisión sistemática de la literatura de la medicina basada en evidencia y de fuentes de información confiable.

El formato para la recolección de los datos se someterá a una revisión por los autores de la investigación, para verificar su correcta estructura y precisión de datos.

3. Sesgo del encuestador: Se evitará mediante la estructura del cuestionario repitiendo las preguntas y, con preguntas estandarizadas. Solo existirá un mismo encuestador

4. Sesgo de confusión: se preguntarán variables confusoras mismas que servirán para realizar control de la confusión mediante análisis estratificado o multivariado en caso necesario. También se controlará mediante los criterios de selección.

5. Sesgo de análisis: Para minimizar errores en el proceso de captura de información, se verificarán los datos recabados. Los resultados serán analizados mediante el programa validad S.P.S.S VERSION 20 DE Windows, que servirá para la elaboración de tablas y gráficos, además se obtendrán medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo) estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza. Además de frecuencias y porcentajes. No se manipularán los resultados

ASPECTOS ETICOS

Este proyecto se regirá conforme a los diferentes modelos éticos relacionados con la investigación en salud.

Existen tres principios éticos básicos relevantes para la investigación con humanos según el informe de Belmont son: "Respeto, Beneficencia y Justicia".

Para el estudio presentado el principio de Respeto será un pilar muy importante de tal forma que el paciente sea autónomo y tenga la libertad de decidir si acepta participar o no en el estudio, con previa explicación de beneficios; así como el mínimo de riesgo en su autonomía.

Beneficencia se protegerá de cualquier daño a los pacientes que decidan participar en el estudio, de tal forma que se asegurará su bienestar, así como se observara un beneficio a largo plazo para poder identificar factores de riesgo de abandono de lactancia materna y establecimiento de medidas preventivas para continuar su promoción en la salud. El juramento Hipocrático menciona "no hagas daño"; lo extendió Claude Bernard en investigación, de tal forma que uno no tendría que lesionar a una persona independientemente a los beneficios que pudieran derivarse para otras.

Justicia es un valor de equidad en la distribución o dar a cada quien lo que se merece; por lo que no se negara a los participantes de formar parte del estudio, así como se proporcionara resultados de encuestas para detección de probables diagnósticos de estudio y poder sugerir su atención en primer nivel.

En nuestro entorno hay pruebas o estudios que nos muestran ciertos tipos de experimentos en seres humanos y justifican su actuar en que esos experimentos proporcionan resultados que benefician a la humanidad y que no pueden obtenerse por otros métodos o medios de estudio; a fin de satisfacer los requisitos de la moral y la ética; el consentimiento voluntario del sujeto en estudio es esencial.

Se entiende por conflicto de interés, como una figura moral que aparece en la conducta de quien tiene un deber u obligación, que se contrapone con un interés de carácter personal, que puede distorsionar el juicio profesional de un modo no razonable o inaceptable, haciendo temer que la justicia sea lesionada, por lo que es importante resaltar que el presente estudio "no presenta conflictos de interés"

De acuerdo a las pautas internacionales se hará presente el Código Internacional de ética médica, ya que se considera una de las regulaciones éticas más importantes en el ambiente clínico, en la investigación médica y fundamental en la Asociación Médica Mundial, donde se establecen los principios éticos universales este proyecto se tendrá siempre presente el actuar con profesionalismo, lealtad, honestidad y respeto a los pacientes y a los mismos compañeros de la salud que realizarán aportaciones para llevar a cabo la investigación, así como se proporcionara un servicio médico competente con compasión y respeto a la dignidad humana.

Para esto, de acuerdo a lo establecido en el Código de Nuremberg y la Declaración de Helsinki se cumple la recomendación del consentimiento voluntario del sujeto en estudio, ya que es esencial para la realización del proyecto e implica la libertad de

ejercer su decisión consciente de participar o no en la investigación; sin la intervención de cualquier índole, engaño, o algún otro factor. Siempre con previa explicación de la duración y propósito del mismo, el método y las formas mediante las cuales se llevará a cabo, los inconvenientes y riesgos a la salud o persona que puedan derivarse de su participación en el proyecto. En este caso realizaremos la aplicación de encuestas en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No.15 para respectiva vigilancia; ya en caso de algún percance, en relación con la investigación, se cuenta con instalaciones adecuadas; así como el personal capacitado para atención médica respectivamente. El estudio debe ser conducido para evitar toda lesión o sufrimiento mental o físico innecesario; teniendo en consideración la libertad de poder finalizarlo en cualquier momento en que el paciente decida retirarse del estudio si se siente mental o físicamente afectado.

CIOMS (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas) Es una organización internacional no gubernamental que mantiene relaciones oficiales con la Organización Mundial de la Salud dentro de sus mandatos que nos aqueja en el área es promover el desarrollo de estándares para la investigación relacionada con la salud proporcionando los principios éticos universalmente aceptados, así como una especial atención a la investigación en entornos de escasos recursos.

Se menciona en la pauta 1 en este caso la lactancia materna es un tema de salud pública con gran valor social y científico es importante la perspectiva de generar el conocimiento y los medios necesarios para proteger y promover la salud en este ámbito.

El test de ansiedad que se aplica, nos permite detectar o diagnosticar durante el reclutamiento y la realización de la investigación, de forma que en la Pauta 6 de CIOMS la investigación clínica a menudo incluye medidas de atención y prevención además de las intervenciones experimentales; en algunos casos los participantes pueden continuar requiriendo la atención o prevención que recibieron durante la investigación después de concluida su participación en el estudio, considerando un beneficio de momento importante. En la Pauta 9 el consentimiento informado es un proceso que promueve a dar la información relevante al posible participante, asegurarse de que la persona haya comprendido adecuadamente los datos relevantes y haya decidido o rehusado a participar sin haber sido objeto de coacción o engaño.

Al recolectar las encuestas se continuará con análisis de resultados donde se cumple la Pauta 12 que propone abarcar los datos relacionados con la salud más allá de la atención individual de los pacientes. Al igual que con los biobancos, la

mayor parte de las personas no se opone a que sus datos se almacenen en colecciones y se usen en una investigación para el bien común.

El campo de estudio va enfocado a mujeres mayores de 18 años en periodo de lactancia por lo que en la Pauta 18 y Pauta 19 nos refiere que las mujeres deben ser incluidas en una investigación relacionada con la salud, a menos que exista una buena razón científica que justifique su exclusión. Solo debería requerirse el consentimiento informado de la propia mujer para participar en una investigación, propio que se hará en este protocolo.

El reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud Título Segundo: De los aspectos éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I, Disposiciones Comunes, considerando el artículo 16; se protegerá la privacidad del individuo de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice, motivo por el que, en la hoja de datos; el nombre se dejara como opcional. Además el artículo 17 considera el riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efecto del proyecto lo clasificaremos en Investigación sin riesgo ya que a través de un cuestionario se valorará la ansiedad como factor de riesgo para el abandono de la lactancia materna.

Mientras en el Capítulo IV, De la investigación en Mujeres en Edad Fértil, Embarazadas, durante el Trabajo de Parto, Puerperio, Lactancia y Recién Nacidos; de la utilización de Embriones, Óbitos y Fetos y de la Fertilización Asistida. En el artículo 51 referente a este proyecto basado en las mujeres durante la lactancia, el cual no existirá riesgo para el lactante y la madre el cual, se otorgará 1 carta de consentimiento informado para explicar a la paciente los beneficios y riesgos del estudio.

RECURSOS

Recursos humanos

1. Pacientes en periodo de Lactancia Materna
2. Especialista en Medicina Familiar / Residente de Medicina Familiar

Recursos Físicos

1. Área de medicina preventiva de la Unidad de Medicina Familiar No 15

Recursos materiales

1. Una computadora
2. Una Impresora
3. Hojas blancas
4. Plumas y/o Lápices
5. Cuestionarios

Recursos económicos

Este trabajo no requiere inversión extra a la que normalmente se invierte en la evaluación o tratamiento de este tipo de pacientes. La unidad cuenta con el equipo, material. Los consumibles serán aportados por el alumno y los asesores.

FINANCIAMIENTO

El presente trabajo no recibe financiamiento por parte de ninguna institución, asociación o industria. Será financiado por el investigador principal la Dra. Anayeli Jiménez Martínez, médico residente del tercer año de Medicina Familiar adscrito a la UMF 15.

ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD

Este estudio no requiere de almacenamiento de muestras biológicas. Se realizarán las medidas de seguridad e higiene de lavado de manos para la aplicación de encuestas, así como previa sanitización de bolígrafos.

FACTIBILIDAD

La realización de este estudio es factible con la aprobación solicitada además se cuenta con el recurso físico, personal y material para llevarlo a cabo en las instalaciones dentro de la Unidad de Medicina Familiar No15, invitando a los pacientes que decidan participar en dicho proyecto.

DIFUSION

Se presentará el estudio con el propósito de difundir a todo el personal médico de primer contacto para prevención y detección de pacientes con tendencia al abandono de la lactancia materna; y además por su importancia en el sector salud, se llegue a publicar en revistas médicas y aumentar su promoción.

TRASCENDENCIA

Este proyecto de investigación considera valorar la ansiedad como factor de riesgo para abandono de lactancia materna; también la funcionalidad familiar y otras variantes sociodemográficas que pueden influir para el abandono de la lactancia materna; para así poder establecer una base de datos adjunta en la que se pueda llevar un mejor control médico de la lactancia materna desde primer nivel de atención y derivar o dar tratamiento oportuno de tipo psicológico o farmacológico en las unidades de medicina familiar con la finalidad de aumentar la proporción de madres en periodo lactancia materna exclusiva, disminuyendo costos tanto para las familias, como institucionales a corto, mediano y largo plazo.

RESULTADOS

El total de participantes correspondientes a madres mayores de 18 años de la UMF que se encontraran en estado de lactancia de la UMF no. 15 fue de 245. Entre los factores de importancia que se estudiaron para el abandono de la lactancia materna fue la edad obteniendo un mínimo de 16 años con un máximo de 40 años, con una mediana de 30 años aproximadamente; con una presentación de madres lactantes elevada dentro de las edades correspondientes 28 y 32 años. (ver figura 3).

Se valora el estado civil con un porcentaje de 40% para mujeres en estado de unión libre, 35% para mujeres casadas y a la mínima con un 3% para pacientes viudas (ver figura 4). Se valoro el nivel de escolaridad de las pacientes el cual el 35% cuentan con licenciatura completa, mientras que el 27% cuentan con preparatoria y el 26% con secundaria completa, el cual nos habla que el tipo de pacientes con las que realizamos la muestra tiene algún nivel de estudios (ver figura 5). La religión que predomino fue la católica con un 91.4%, haciendo segunda el cristianismo con 7.3% (ver figura 11). La media de la cantidad de habitantes por familia fueron 4 con un 28%, y posterior un 38% con 3 habitantes del hogar (ver figura 11). De las pacientes lactantes se identifican diferentes comorbilidades de las mas importantes el 11% presento HAS, DM tipo 2 con el 18% sin embargo la mayoría no presentaba ninguna comorbilidad el 59% respectivamente (ver figura 9). De las pacientes que abandonaron la lactancia materna antes de los 6 meses mostramos que 43% lo decidió así por múltiples factores y el 57% permaneció lactando hasta y después de los 6 meses (ver figura 6). De estas mismas el 48% dio lactancia materna exclusiva y 51% no lo realizo así, lo complemento con uso de formula o bien lo suspendió completamente (ver figura 7). El practicar lactancia materna conlleva estar informados de mecanismo, beneficios y la forma adecuada de la práctica, para el bienestar materno fetal, esto implica un gran apoyo familiar el cual se valoró el apoyo familiar durante este proceso y obtuvimos respuestas positivas con el 82% de pacientes que refirieron mantener un apoyo total de su familia, con 16.3% respectivamente que manifestaron no presentarlo (ver figura 8).

Enfocándonos respecto a ansiedad, se realizo un test para identificar la ansiedad como rasgo o como estado, el cual se reporto que el 40% de las paciente mantenía una ansiedad de rasgo de forma moderada, con un 34% alta siendo significativo con respecto a 24% de las pacientes que referían ansiedad leve o sin ansiedad (ver figura 1). Con respecto a Ansiedad de estado se obtuvieron cifras similares con un 41% para ansiedad moderada de tipo estado, y 35% con ansiedad severa de tal forma que el restante 23% se consideran a pacientes sin ansiedad o ansiedad leve respectivamente (ver figura 2).

Figura 1

ansr

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	baja	60	24.5	24.5	24.5
	media	100	40.8	40.8	65.3
	alta	85	34.7	34.7	100.0
	Total	245	100.0	100.0	

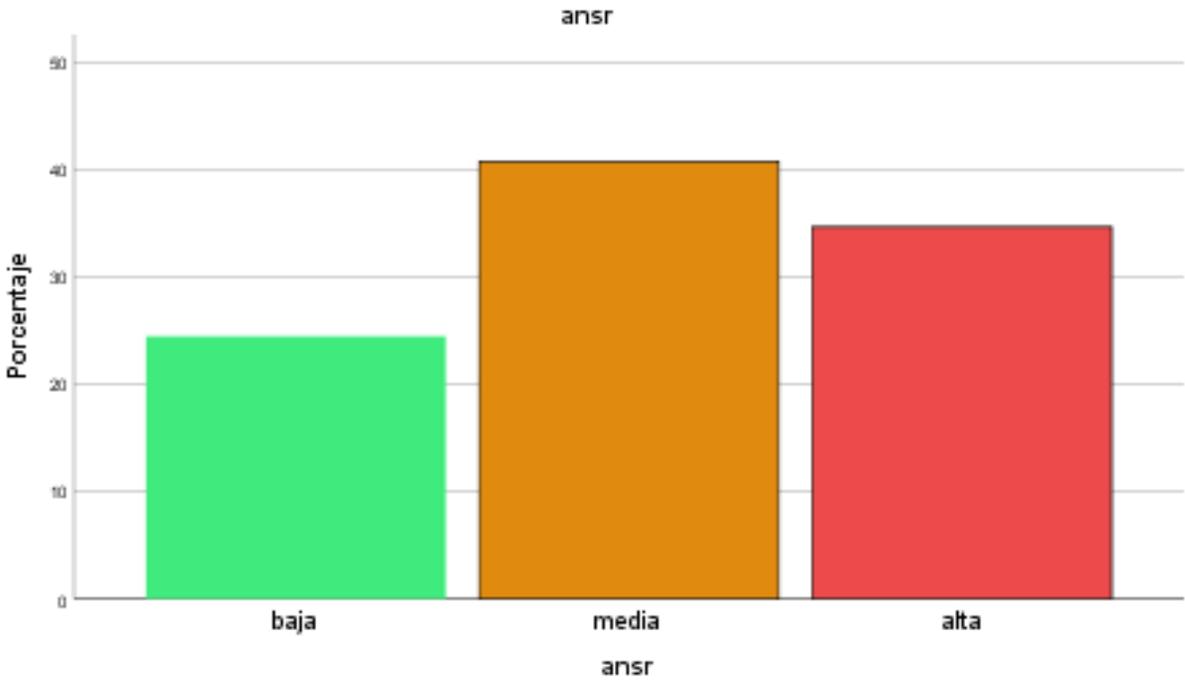


Figura 2

		anse			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	baja	57	23.3	23.3	23.3
	media	101	41.2	41.2	64.5
	alta	87	35.5	35.5	100.0
	Total	245	100.0	100.0	

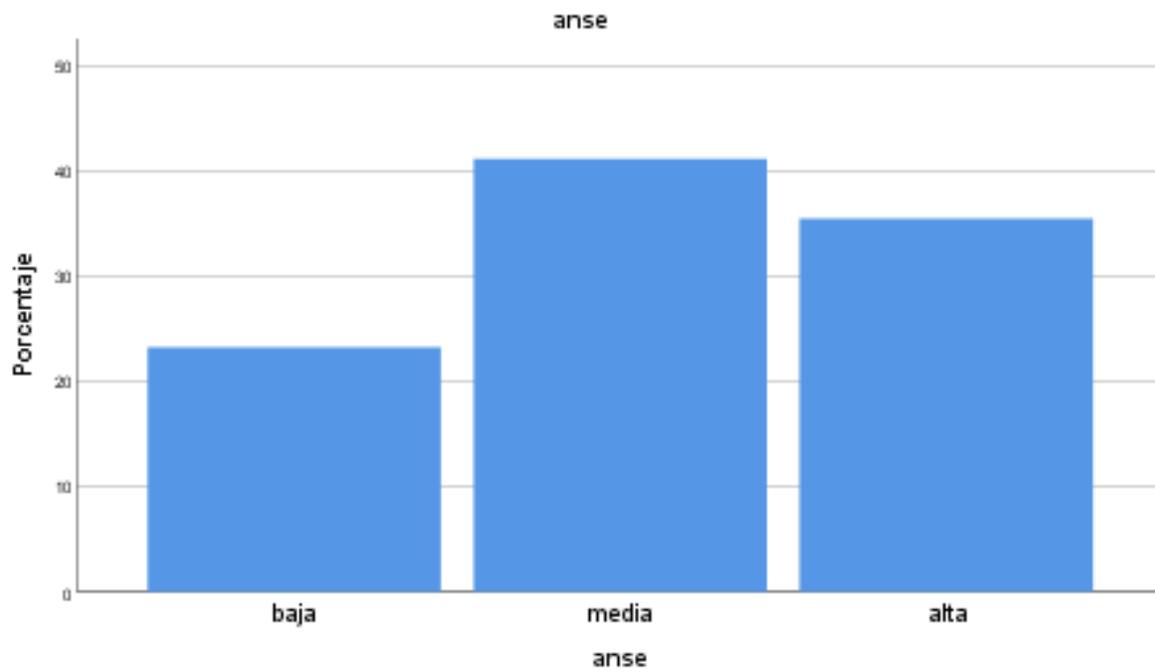


Figura 3

Estadísticos

edad		
N	Válido	245
	Perdidos	0
Media		30.07
Mediana		30.00
Mínimo		16
Máximo		40

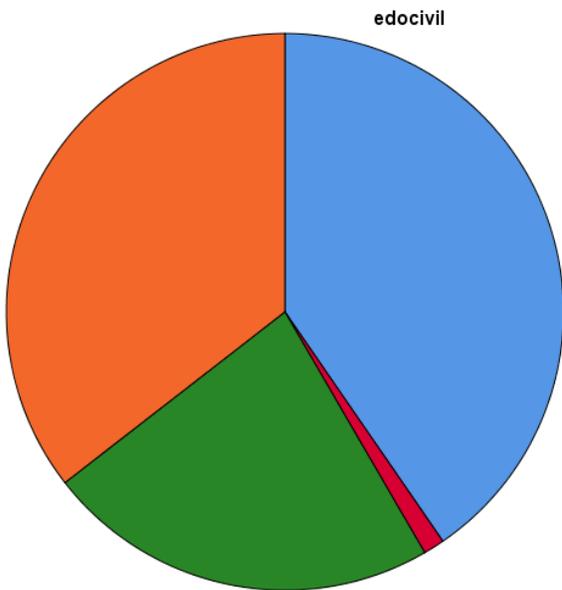
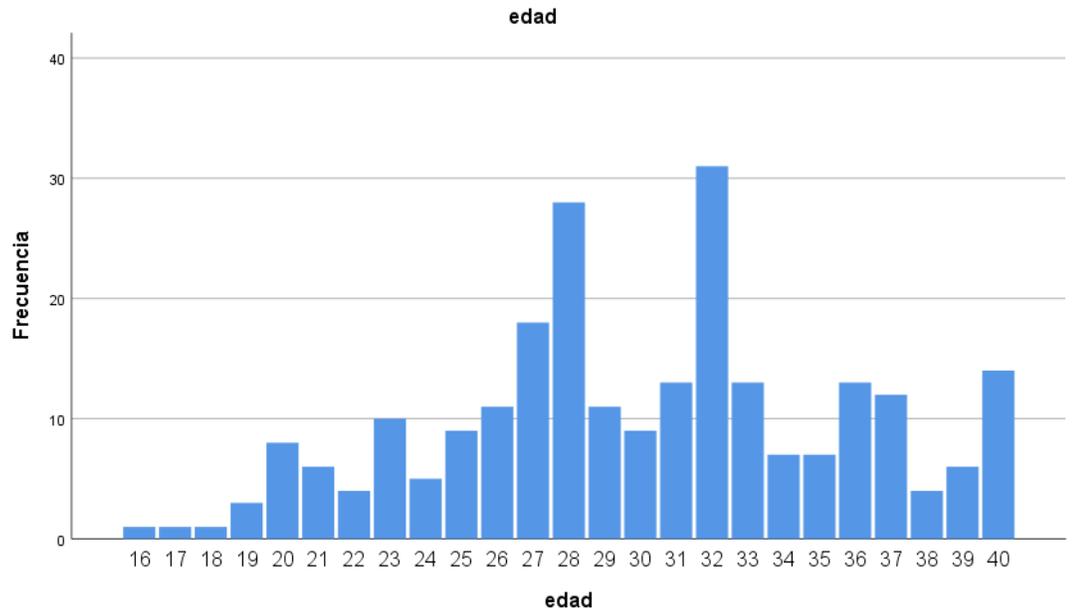
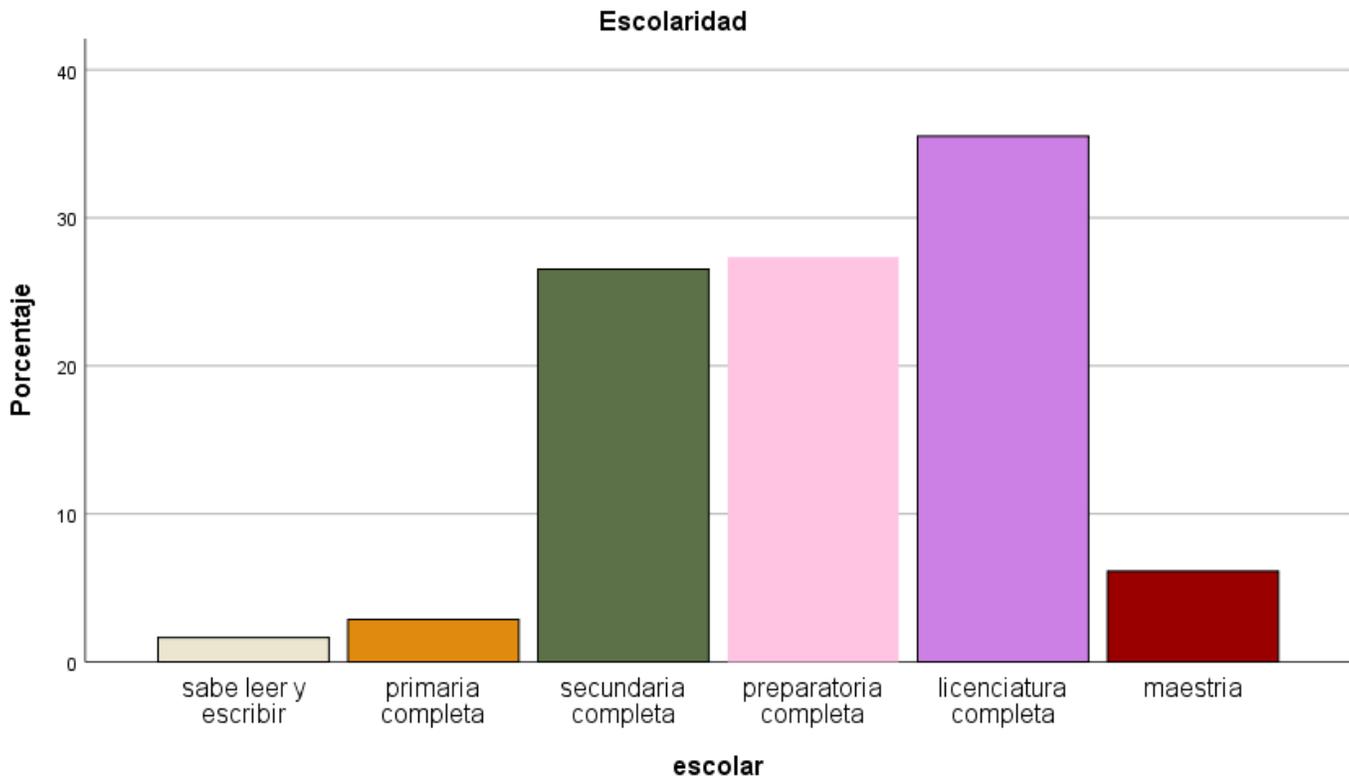


Figura 4

		Edocivil			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	union	99	40.4	40.4	40.4
	viudo	3	1.2	1.2	41.6
	soltero	56	22.9	22.9	64.5
	casado	87	35.5	35.5	100.0
	Total	245	100.0	100.0	

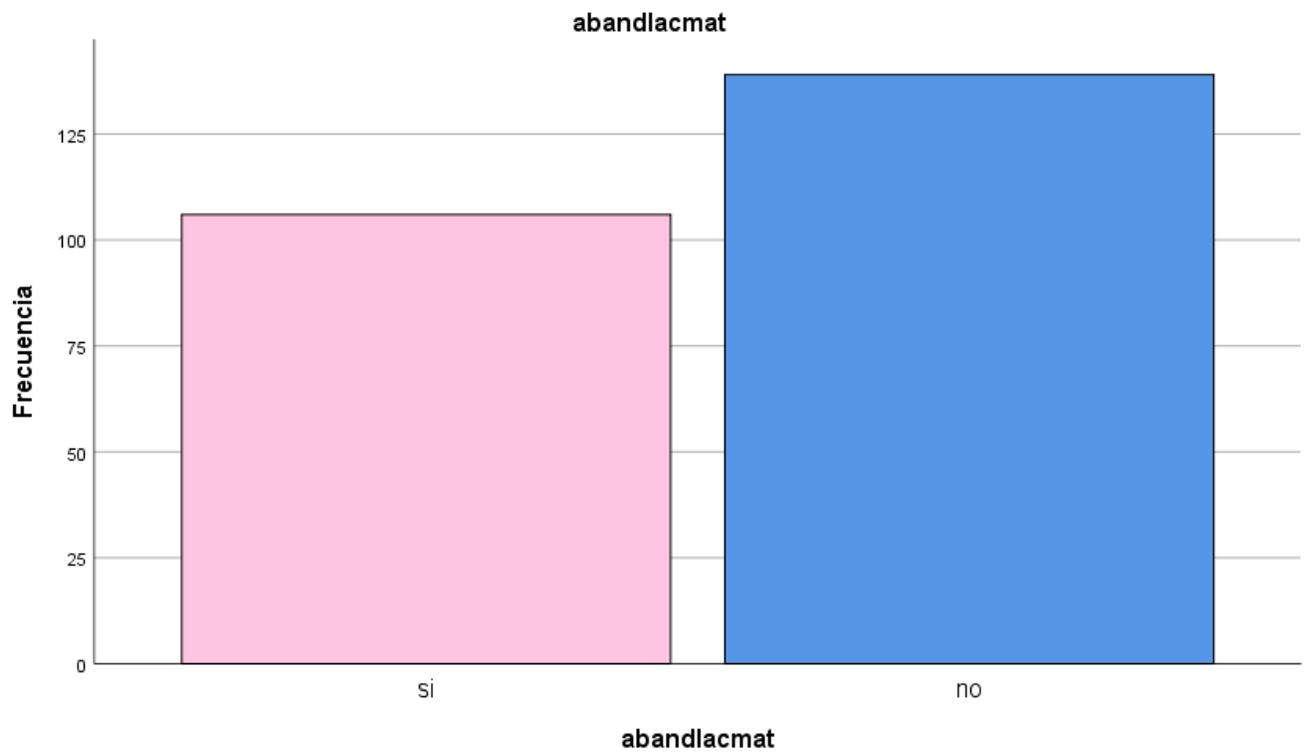
Figura 5



escolar

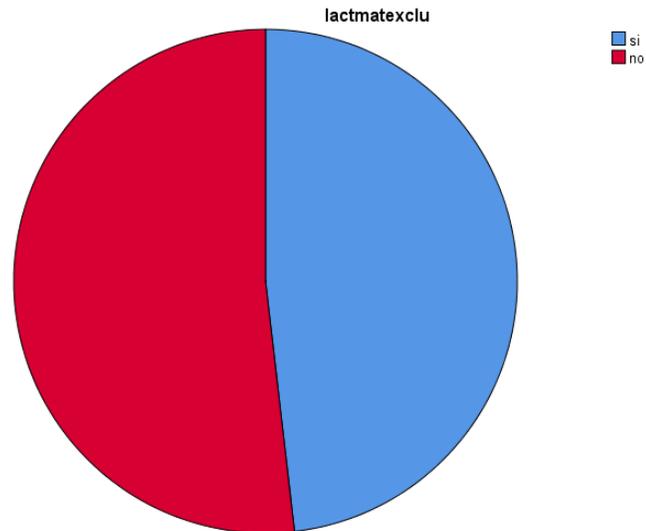
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	sabe leer y escribir	4	1.6	1.6	1.6
	primaria completa	7	2.9	2.9	4.5
	secun comple	65	26.5	26.5	31.0
	prepa comple	67	27.3	27.3	58.4
	licen comple	87	35.5	35.5	93.9
	maestria	15	6.1	6.1	100.0
	Total	245	100.0	100.0	

Figura 6



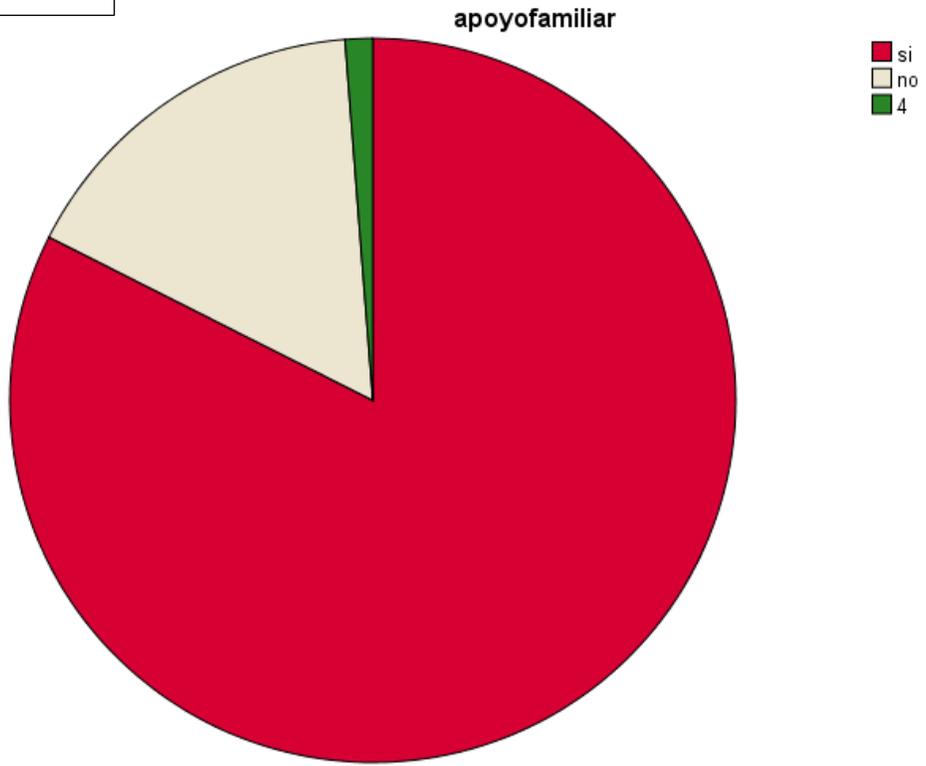
		Abandlacmat			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	106	43.3	43.3	43.3
	no	139	56.7	56.7	100.0
Total		245	100.0	100.0	

Figura 7



		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	118	48.2	48.2	48.2
	no	127	51.8	51.8	100.0
Total		245	100.0	100.0	

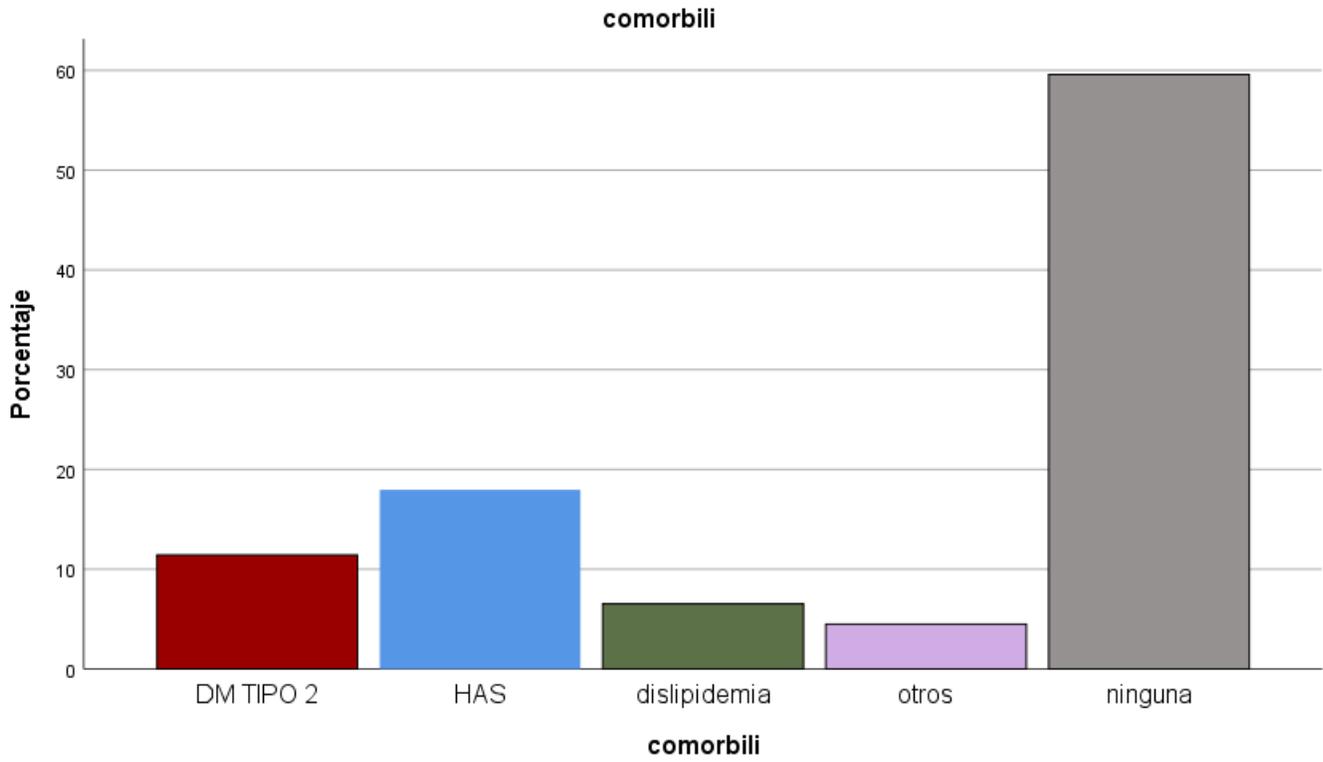
Figura 8



Apoyofamiliar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	202	82.4	82.4	82.4
	no	40	16.3	16.3	98.8
	4	3	1.2	1.2	100.0
	Total	245	100.0	100.0	

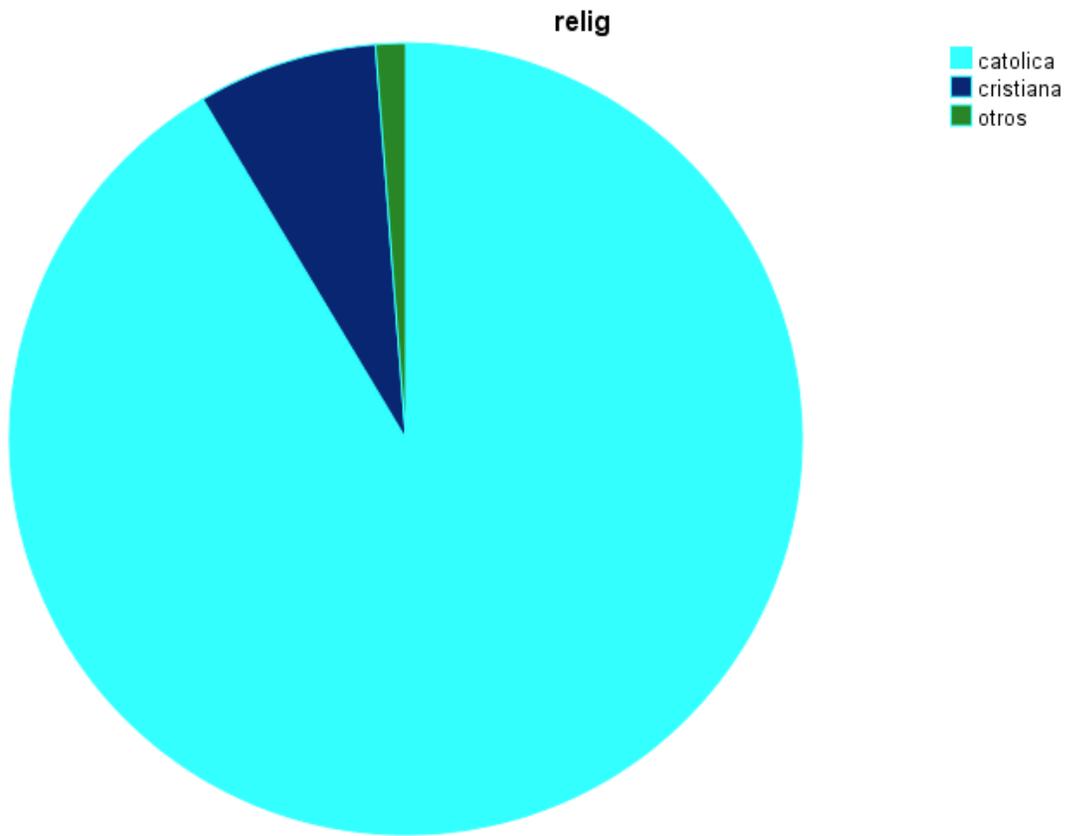
Figura 9



Comorbili

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	DM TIPO 2	28	11.4	11.4	11.4
	HAS	44	18.0	18.0	29.4
	dislipidemia	16	6.5	6.5	35.9
	otros	11	4.5	4.5	40.4
	ninguna	146	59.6	59.6	100.0
	Total	245	100.0	100.0	

Figura 10

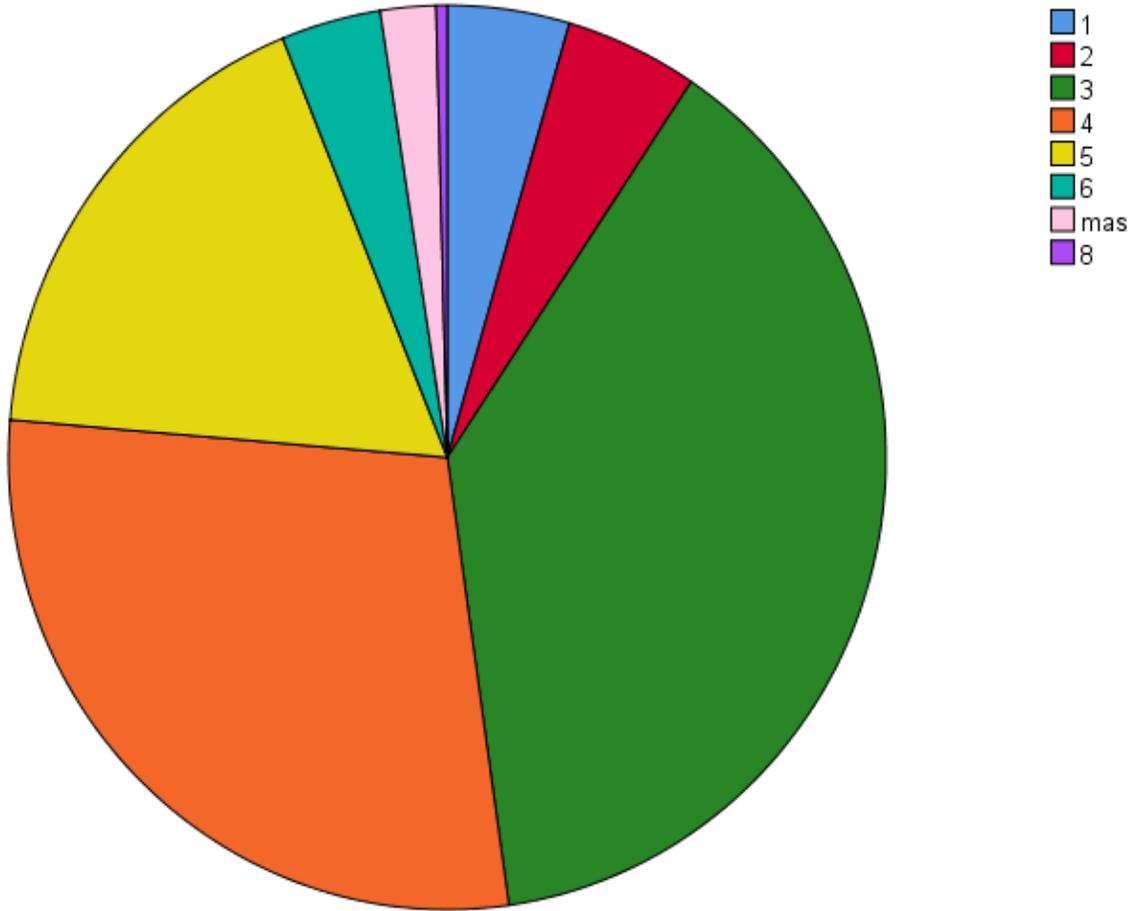


relig

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	catolica	224	91.4	91.4	91.4
	cristiana	18	7.3	7.3	98.8
	otros	3	1.2	1.2	100.0
	Total	245	100.0	100.0	

Figura 11

habcasa



habcasa

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	11	4.5	4.5	4.5
	2	12	4.9	4.9	9.4
	3	94	38.4	38.4	47.8
	4	70	28.6	28.6	76.3
	5	43	17.6	17.6	93.9
	6	9	3.7	3.7	97.6
	mas	5	2.0	2.0	99.6
	8	1	.4	.4	100.0
	Total	245	100.0	100.0	

DISCUSION

La mayoría de las madres del grupo investigado estaban dentro del rango de edad de 24 y 32 años, idóneo para la maternidad y la lactancia materna, mantenían una relación en unión libre, nivel de estudios de licenciatura con múltiples ocupaciones, de religión católica, con un promedio de 1 a 2 hijos por familia, por mayoría no mostraban enfermedades que influyeran en la lactancia materna exclusiva sin embargo solo el 48% lo logro. Familias con buen apoyo familiar, aproximadamente el 76% refirieron si recibir platicas, o consejería respecto a lactancia materna.

Como lo comentamos en el marco teórico acerca del estudio de Hurley y cols. La evidencia de la relación existente entre el estrés, la depresión, la ansiedad y los estilos de LM. En este estudio predominaron los 2 tipos de ansiedad, como estado y como rasgo con mayor frecuencia en el grupo de edad de Aunque la ansiedad como estado se manifiesta con mayor intensidad en años a 32 años muchos factores en pacientes jóvenes determinan que se muestre.

Sensaciones como el cansancio, la fatiga y el estrés vivido por la madre, como lo veíamos anteriormente por si mismos pueden, inhibir la producción de la hormona prolactina, y negativamente incrementan los niveles de cortisol. Si estos factores no se modifican o por el contrario, se le suman otros elementos negativos en el entorno familiar, habría menor tasa de éxito para la práctica de lactancia materna exclusiva., o la harían fracasar, y, desafortunadamente como acción secundaria las madres recurren al uso de fórmulas, y el 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.¹⁴ 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 lactancia materna, hecho o situación que en la CDMX existe muy poco, avocándonos en la UMF 15 falta el diseño de un área de lactancia siendo un área de oportunidad propuesta a desarrollo, además de la capacitación, que es el elemento que generalmente las intervenciones contribuyan a modificar, convenientemente, los elementos psíquicos y del entorno que dificultan el establecimiento por las madres de una Lactancia Materna exitosa, siendo

que se mostro en el estudio la falta aun de información de una buena práctica y asesoría de lactancia materna.

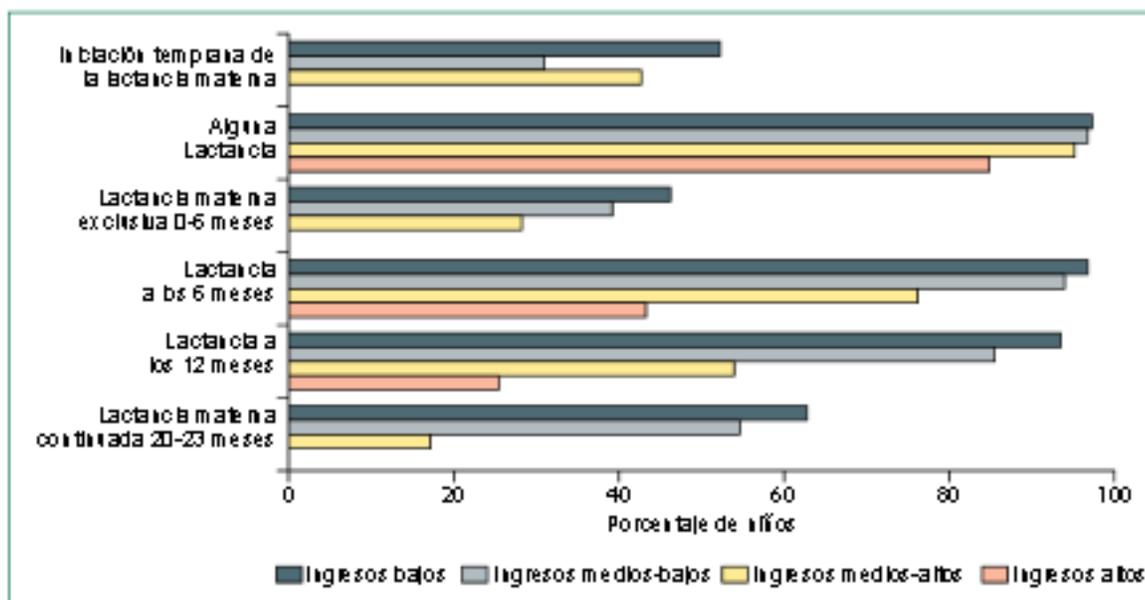
CONCLUSIÓN

A partir de los datos obtenidos y el análisis presentado se puede llegar a la conclusión que la asociación de los factores como la ansiedad es un factor de riesgo para el abandono de la lactancia materna exclusiva, tomando en cuenta que se estudiaron diversas variables socioculturales como rango de edad, estado civil predominando unión libre, nivel de escolaridad con madres portadoras de un nivel educacional medio-alto, etc.... que también mostraron en ele estudio, influir para la práctica de lactancia materna exclusiva Se concluye que se obtuvieron bajos índices de Lactancia Materna exclusiva en los casos estudiados de acuerdo al número de muestra y la situación geográfica, en donde se consideraría ser el punto de mayor auge por información, orientación acerca del tema, en el que se podría llevar a cabo con mayor facilidad . La mayoría de las madres mostraron un estándar moderado con respecto a los índices de vulnerabilidad al estrés y un nivel moderado de ansiedad como estado y de rasgo, influyendo indirectamente sobre la secreción de leche materna.

No obstante, hubo una estrecha asociación entre los peores indicadores de lactancia y altos niveles de vulnerabilidad al estrés y ansiedad. Es evidente de forma significativa la relación estadística existente entre los niveles de vulnerabilidad al estrés y los índices ansiedad como estado Y rasgo en las madres y el tiempo de lactancia materna exclusiva en el primer semestre de vida.

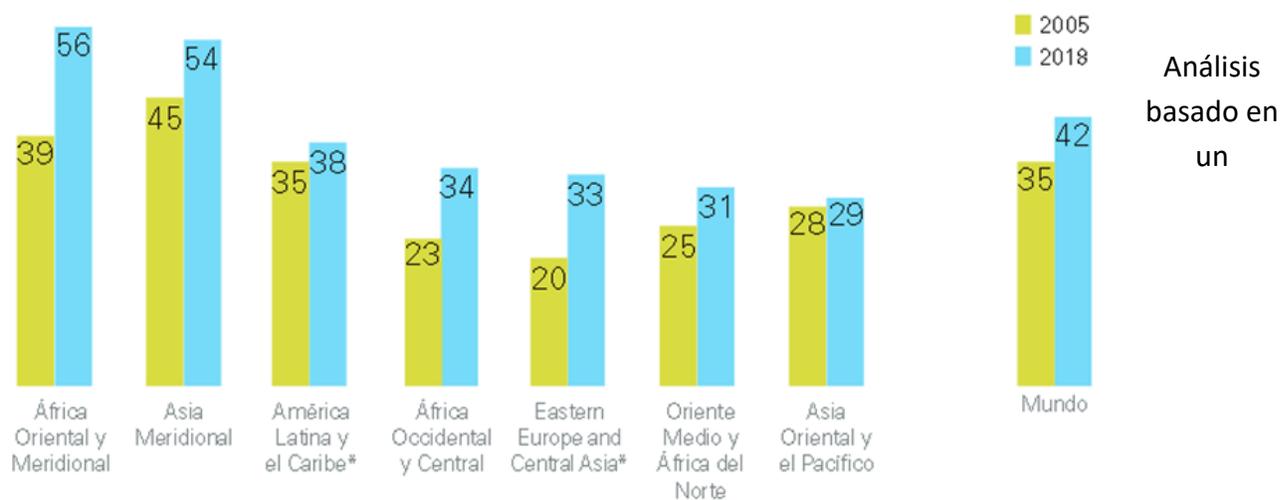
“ANEXOS”

ANEXO 1



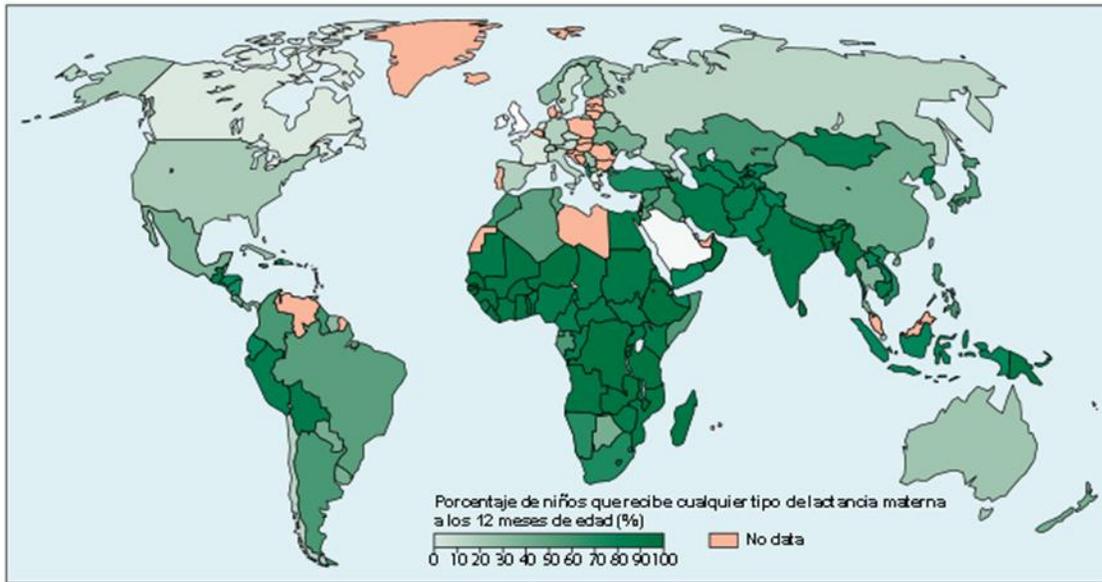
Indicadores de lactancia materna por grupo de países en 2010. Los datos provienen de las encuestas nacionales que utilizan indicadores estandar y fueron ponderados por poblaciones nacionales de los niños menores de dos años. Los datos corresponden a un máximo de 153 países.

ANEXO 2



subconjunto de 80 países con datos comparables que abarcan el 74% de la población mundial alrededor de 2005 (2003-2008) y 2018 (2013-2018). Las estimaciones regionales se presentan sólo cuando los datos disponibles representan al menos el 50% de la población regional.* Para obtener una cobertura adecuada, los datos de América Latina y el Caribe no incluyen a Brasil y los de Europa oriental y Asia central no incluyen a la Federación de Rusia. Fuente: Base mundial de datos de UNICEF, 2019

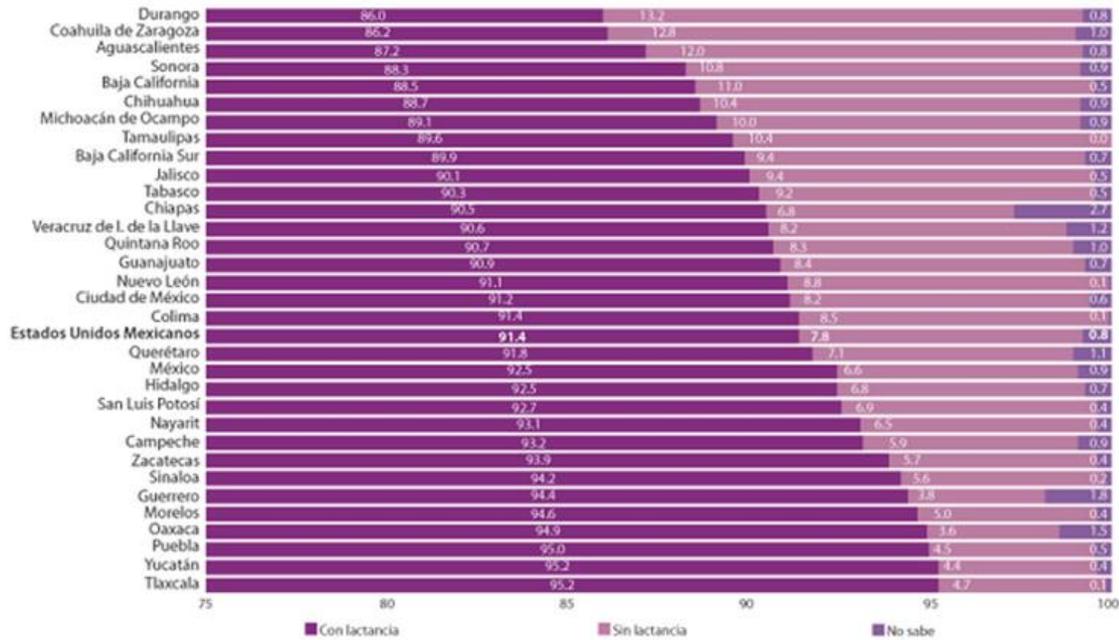
ANEXO 3



Distribución mundial de la lactancia materna a los 12 meses. Los datos provienen de 153 países entre 1995 y 2013. Porcentaje de niños que recibieron leche materna a los 12 meses de edad (%)

ANEXO 4

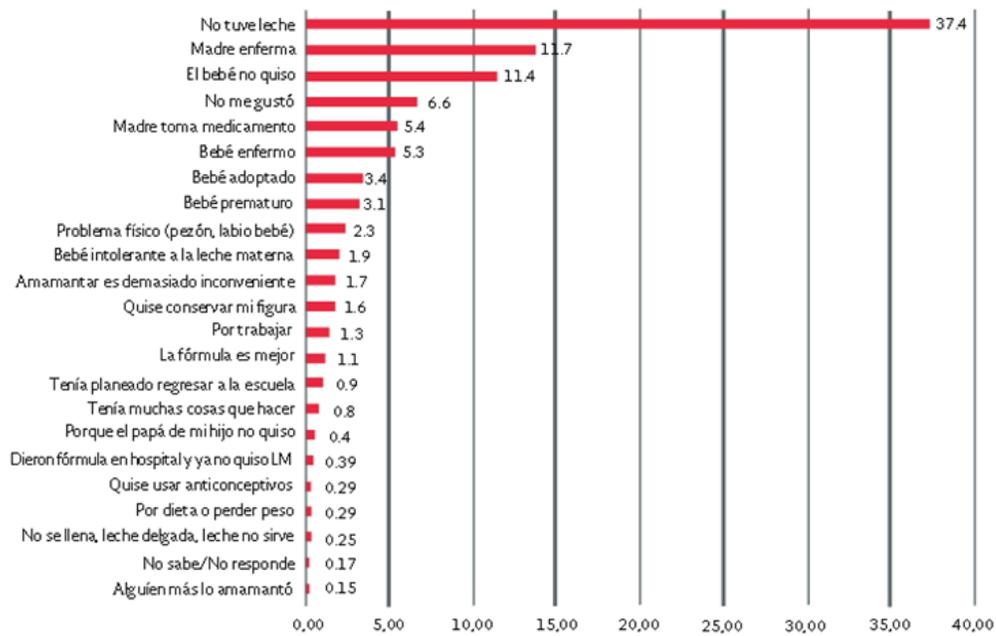
Distribución porcentual de hijos(as) nacidos(as) vivos(as) por entidad federativa según condición de lactancia materna



Nota: Se consideran las ultimas hijas o hijos nacidos/as vivos/as cuyo nacimiento ocurrió de enero del 2009 a septiembre del 2014, por hija o hijo nacido vivo se considera a los(los) sobrevivientes y a las(los) fallecidos/as.

INEGI: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014.Tabulados básicos 2016

ANEXO 5



*n=269

Fuente: ENSANUT 2012

ANEXO 6

“ASOCIACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y ABANDONO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA ANTES DE LOS 6 MESES EN MADRES MAYORES DE 18 AÑOS DE LA UMF 15 EN EL 2021”

Dra. Anayeli Jiménez Martínez¹, Dra. Nancy García Cervantes², Dra. Isis Carolina Castro Valdes³, Dr. Julián Bello Gonzalo Iván⁴
Médico Residente de 3er año de la especialidad de Medicina Familiar, Servicio de consulta Externa Medicina Familiar¹, Profesora Titular de la Especialidad de Medicina Familiar UMF 15², Centro Médico Siglo XXI departamento de Epidemiología³, Servicio de Epidemiología Unidad de Medicina familiar no.15⁴

1. Hoja de recolección de la información o Datos

La presente encuesta de recolección de datos es de índole anónima, voluntaria con preguntas sencillas, se le solicita conteste de la manera más sincera posible, por favor conteste lo que se le solicita, respecto a las preguntas opcionales rellenar casillas con una (X).

Edad: _____

Estado Civil: Unión libre () Viuda () Soltero () Casado () Divorciada ()

Escolaridad: Sin estudios () Primaria incompleta () Primaria completa () Secundaria incompleta () Secundaria Completa () Preparatoria incompleta () Preparatoria completa () Licenciatura incompleta () Licenciatura completa () Maestría () Doctorado ()

Ocupación: _____ Trabaja fuera del hogar Si () No ()

Religión: Católica () Cristiana () Mormón () Evangelista () Judío () Creyente (), Ateo (), Testigo de Jehová ()

Nivel socioeconómico: bajo () medio () alto ()

De Hijos 1() 2() 3() 4() 5() mas (especifique) _____

Enfermedades maternas: Diabetes Mellitus () Hipertensión Arterial () Dislipidemia () Obesidad () Hipotiroidismo () VIH () Hepatitis ()

Otra especifique _____

Nivel socio-económico bajo () medio () alto ()

Habitantes en casa 1() 2() 3() 4() 5() 6() o más y especifique parentesco _____

Usted considera que recibe apoyo familiar: Sí () No ()

Lactancia Materna exclusiva por 6 meses Si () No () Si su respuesta fue no, ¿Cuál fue el motivo? _____

Ha recibido asesoría de lactancia materna Si () No ()

ANEXO 7

“ASOCIACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y ABANDONO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA ANTES DE LOS 6 MESES EN MADRES MAYORES DE 18 AÑOS DE LA UMF 15 EN EL 2021”

Dra. Anayeli Jiménez Martínez¹, Dra. Nancy García Cervantes², Dra. Isis Carolina Castro Valdes³, Dr. Julián Bello Gonzalo Iván⁴
 Médico Residente de 3er año de la especialidad de Medicina Familiar, Servicio de consulta Externa Medicina Familiar¹, Profesora Titular de la Especialidad de Medicina Familiar UMF 15²,
 Centro Médico Siglo XXI departamento de Epidemiología³, Servicio de Epidemiología Unidad de Medicina familiar no.15⁴

2. Inventario de Ansiedad Rasgo/Estado (IDARE) de Spielberg

Instrucciones: (Estado) Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque la frase que indique como **se siente en estos momentos**. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus **sentimientos ahora**.

		Casi Nunca	Algunas Veces	Frecuentemente	Casi Siempre
1	Me siento calmado	1	2	3	4
2	Me siento seguro	1	2	3	4
3	Estoy tenso	1	2	3	4
4	Estoy contrariado	1	2	3	4
5	Estoy a gusto	1	2	3	4
6	Me siento alterado	1	2	3	4
7	Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8	Me siento descansada	1	2	3	4
9	Me siento ansiosa	1	2	3	4
10	Me siento cómoda	1	2	3	4
11	Me siento con confianza de mí mismo	1	2	3	4
12	Me siento nervioso	1	2	3	4
13	Me siento agitado	1	2	3	4
14	Me siento a punto de explotar	1	2	3	4
15	Me siento reposado	1	2	3	4
16	Me siento satisfecho	1	2	3	4
17	Estoy preocupado	1	2	3	4
18	Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19	Me siento alegre	1	2	3	4
20	Me siento bien	1	2	3	4

Instrucciones: (Rasgo) Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque la frase que indique **como se siente generalmente, habitualmente**.

		Casi Nunca	Algunas Veces	Frecuentemente	Casi Siempre
21	Me siento bien	1	2	3	4
22	Me canso rápidamente	1	2	3	4
23	Siento ganas de llorar	1	2	3	4

24	Quisiera ser tan feliz	1	2	3	4
25	Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
26	Me siento descansado	1	2	3	4
27	Soy una persona “tranquila, serena y sosegada”	1	2	3	4
28	Siento que las dificultades se amontonan al punto de no poder soportarlas	1	2	3	4
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30	Soy Feliz	1	2	3	4
31	Me inclino a tomar las cosas muy a pecho	1	2	3	4
32	Me Falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
33	Me siento seguro	1	2	3	4
34	Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad	1	2	3	4
35	Me siento melancólico	1	2	3	4
36	Me siento satisfecho	1	2	3	4
37	Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente	1	2	3	4
38	Me afectan tanto los desengaños que no me los pedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39	Soy una persona estable	1	2	3	4
40	Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

INTERPRETACION: Los reactivos positivos y directos para la ansiedad en la escala de ansiedad - estado son: 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 y 18. Los negativos e invertidos son: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20.

En la escala ansiedad-rasgo, los ítems positivos y directos son: 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38 y 40. Los negativos e invertidos son: 21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39.

Para obtener la puntuación del sujeto en cada una de las escalas se utilizaron los parámetros siguientes:

RP - RN + 50= AE (ansiedad estado)

RP - RN + 35 = AR (ansiedad rasgo)

-RP: Reactivos positivos

-RN: Reactivos negativos

Nivel de ansiedad:

- Baja (menos de 30 puntos)
 - Media (30-44 puntos)
 - Alta (más de 44 puntos)

BIBLIOGRAFIA

- 1 Organización Mundial de Salud, Lactancia materna 2013. (INTERNET) (Actualizado 2013 Consultado en febrero 2021). Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/
- 2 Peña AH, Noblet RG, Silveira MG, Reyes DG, Navarro RA. Influencia de factores de riesgo sobre lactancia materna. Revista Información Científica [Internet]. 2010 [citado el 16 de mayo de 2021]; 66 (2). Disponible en: <http://www.revinfoinformatica.sld.cu/index.php/ric/article/view/480>
- 3 Cerda L. Lactancia materna y gestión del cuidado, Revista Cubana de Enfermería. 2011; 27(4) 327-336. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S08643192011000400010&lng=es&nrm=iso
- 4 Navarro Y., “Factores de riesgo que influyen en el abandono de la Lactancia Materna”. MULTIMED, Dic 2019, vol. 23, núm. 6, pp. 1278–93. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1425/1600>
- 5 Castillo B., Rams-Veranes A, Castillo-Belén A, Lactancia materna e inmunidad. Impacto social, MEDISAN 2009; 13(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v13n4/san13109.pdf>
- 6 Delgado-Becerra A, Arroyo-Cabrales DLM, Díaz-García MA, Quezada-Salazar CA, Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención. Medigraphic, febrero de 2006, vol. 63, núm. 1, pp. 31–39. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v63n1/v63n1a5.pdf>
- 7 De la Torre MJL, Lactancia materna. (INTERNET), Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNPA-AEP, 2004 (REVISADO Y CONSULTADO) Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/lm.pdf>
- 8 Aguilar-Cordero MJ, Baena García L., Sánchez-López AM., Guisado-Barrilao R., Beneficios inmunológicos de la leche humana para la madre y el niño. (INTERNET) Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, Vol. 33, Nº. 2 (Marzo-Abril2016), págs.482-493 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016000200046
- 9 Aguilar-Palafox MI, Fernández-Ortega MA, Lactancia materna exclusiva, Medigraphic FacMed UNAM (INTERNET), Julio-Agosto 2007, Vol.50 No.4 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2007/un074g.pdf>
- 10 Álvarez-Sintes R, Hernández-Cabrera G, Báster-Moro JC, García-Núñez RD. Temas de medicina general integral. La Habana: ECIMED, 2008; vol. 1, 112-23.
- 11 Camargo NC, Vega MC, Camacho SA. COVID-19 y lactancia materna. GICOS: Revista del Grupo de Investigaciones en Comunidad y Salud, 2020, 5(2), 23–32. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7400129>

12 Núñez-Castellanos R, Semana de la Lactancia Materna: En el contexto de COVID-19, conferencias virtuales de UNICEF México, 01 Agosto 2020, Disponible en: <https://www.unicef.org/mexico/comunicados-prensa/semana-de-la-lactancia-materna-en-el-contexto-de-covid-19-conferencias-virtuales>

13 Cacho NT, Lawrence RM . Innate immunity and breast milk. *Frontiers in Immunology*, mayo de 2017, vol. 8, p. 584. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fimmu.2017.00584/full>

14 Unicef México. Informe Anual 2017 (INTERNET) <https://www.unicef.org.mx/Informe2017/Informe-Anual-2017.pdf>

15 Feliz-Valenzuela JA, Prevalencia y factores biosociales asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva, *Medigraphic, Pediatría de México* 2011, Vol. 13 Núm. 2 <https://www.medigraphic.com/pdfs/conapeme/pm-2011/pm112b.pdf>

16 Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., ... Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016, 387(10017), 475–490. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)01024-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01024-7/fulltext)

17 Otaola J., UNICEF México “Lactancia materna”., (Consultado 02 Agosto 2020) <https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna>

18 Arts M, Vrinda M, Taylor G, Breastfeeding, A mother`s gift, UNICEF for Every Child. 2018. Disponible en: https://www.unicef.org/media/48046/file/UNICEF_Breastfeeding_A_Mothers_Gift_for_Every_Child.pdf

19 Lutter C., Semana Mundial de la Lactancia Materna, 2012. Comprendiendo el Pasado - Planificando el Futuro Celebración del 10º aniversario de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño de la OMS/UNICEF. Organización Panamericana de la Salud 2012 (CONSULTADO NOV 2020) http://ibfan-alc.org/SMLM/SMLM2012/descargar/documento-OPS_WBTiySMLM2012.pdf

20 Unicef México. Informe Anual 2018 (INTERNET) <https://unicef.org.mx/Informe2018/Informe-Anual-2018.pdf>

21 Sánchez-Pérez A, Velázquez-Lerma R, Práctica de la lactancia materna en México. Análisis con datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), CDMX 2014, Vol.10, Núm.1 https://rde.inegi.org.mx/wp-content/uploads/2019/04/RDE_27.pdf

22 Téllez-Pérez E, Romero-Quechol GM, Conocimiento sobre lactancia materna de mujeres púerperas que acuden al primer nivel de atención, *Rev Enferm IMSS (INTERNET)* 2019; 27(4):196-205 Disponible en: <file:///C:/Users/alberto/AppData/Local/Temp/937-5101-5-PB.pdf>

23 Delgado BA, Arroyo CLM, Díaz GMA, Quezada SCA. Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, *Medigraphic*, (INTERNET)

México enero-febrero 2006 Vol. 63, <https://www.mediagraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2006/hi061e.pdf>

24 Gariia-Cabazos RJ, Estrategia Nacional de Lactancia Materna México 2014-2018 (INTERNET) consultado dic 2020. Disponible en: http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/ENLM_2014-2018.pdf

25 Keeley B, Little C, Diniz J, Zuehlke E, Estado Mundial de la Infancia 2019. Niños, alimentos y nutrición: crecer bien en un mundo en transformación Nueva York. UNICEF 2019. (Consultado 2020 Agosto) Disponible en: <https://www.unicef.org/media/62486/file/Estado-mundial-de-la-infancia-2019.pdf>

26 Broche RC, Sánchez-Sarría OL, Rodríguez D. Pérez-Ulloa LE, Factores socioculturales y psicológicos vinculados a la lactancia materna exclusiva, Rev Cubana Med Gen Integr Ciudad de La Habana abr-jun. 2011/ 27/ 2. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000200013

27 Cosío-Martínez TG, Hernández-Cordero S. Lactancia materna en México 2014-2016, primera edición, 1- 155pp. Disponible en: http://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/LACTANCIA_MATERNA.pdf

28 Antonio-Ferrer L. Lactancia materna: ventajas, técnica y problemas Pediatra Integral Barcelona, SEPEAP (INTERNET) 2015; (CONSULTADO AGOS 2020) XIX (4): 243-250 <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-05/lactancia-materna-ventajas-tecnica-y-problemas/>

29 Díaz-Gómez NM., ¿En qué situaciones está contraindicada la lactancia materna? Acta Pediatra España.(INTERNET) 2005; (CONSULTADO Noviembre 2020) 63: 321-327 Disponible en <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:nRJmtrxNBiEJ:www.enfermeriaaps.com/portal/download/LACTANCIA%2520MATERNA/Contraindicaciones%2520la%2520lactancia%2520materna.pdf+%&cd=11&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx>

30 Berger-Larrañaga M., Bustamante-Abuid C., Díaz-Vergara S., Tresierra-Cabrera J, Mayta-Tristán P., Trastornos de la lactancia materna y otros factores asociados a la pérdida de peso neonatal excesiva en un hospital de la Seguridad Social en Lima, noviembre de 2015, núm. 5, pp. 2062–70. Disponible en: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/9462.pdf>

31 Quintero-Fleites EJ, Posiciones correctas y un buen agarre al amamantar: clave del éxito en la lactancia materna. Medicentro (INTERNET) oct.-dic. 2014 vol.18 no.4 Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/1789/1402>

32 Guía de Práctica Clínica. Lactancia Materna Niño con enfermedad. México: Secretaría de Salud; 2013 Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-704-14-Lactancia-ninoconenfermedad/704GER.pdf>

- 33 Ferreira A, trastornos afectivos en la lactancia, Revista de ciencia (INTERNET) abril-junio 2003, 60-66pp. Disponible en: https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/54_2/trastornos_afectivos.pdf
- 34 Gorrita Pérez RR., Bárcenas-Belló Y., Gorrita- Pérez Y. Estrés y ansiedad maternos y su relación con el éxito de la lactancia materna. Revista cubana de pediatría, 2014 (internet) 86(2), 0–0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312014000200006
- 35 Joseph S., Regulation of anxiety during the postpartum period, Frontiers in Neuroendocrinology, August–September 2007, Volume 28, Issues 2–3, , Pages 115-141. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2007.05.002>
- 36 Chen DC, Nommsen-Rivers L, Dewey KG, Lönnerdal B. Stress during labor and delivery and early lactation performance. Pubmed, Aug 1998; 68(2):335-44, Disponible en: <https://ucdavis.pure.elsevier.com/en/publications/stress-during-labor-and-delivery-and-early-lactation-performance>
- 37 Mazaira S. Trastornos psiquiátricos del puerperio, VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat. (INTERNET) 2014, Vol. XXV: 347-356 https://www.researchgate.net/publication/270221197_Postpartum_psychiatric_disorders
- 38 Horsley K, et al. “The Association between Pregnancy-Specific Anxiety and Exclusive Breastfeeding Status Early in the Postpartum Period”. Journal of Human Lactation (INTERNET), November 2019, vol. 35, núm. 4, pp. 729–36. [Doi: 10.1177/0890334419838482](https://doi.org/10.1177/0890334419838482).
- 39 Javath-Hussain A., Is maternal anxiety a barrier to exclusive breastfeeding? Psychological Medicine , Cambridge University (INTERNET) April 2014, Volume 44, pp.927–936Disponible en: [Doi.org/10.1017/S0033291713001530](https://doi.org/10.1017/S0033291713001530)
- 40 Wouk K. “Postpartum Mental Health and Breastfeeding Practices: An Analysis Using the 2010–2011 Pregnancy Risk Assessment Monitoring System”. Maternal and Child Health Journal, marzo de 2017, vol.21, núm. 3, pp. 636–47. [Doi: 10.1007/s10995-016-2150-6](https://doi.org/10.1007/s10995-016-2150-6).
- 41 Riedstri J, Aubuchon-Endsley N.. “A Moderated Mediation Model of Maternal Perinatal Stress, Anxiety, Infant Perceptions and Breastfeeding”. Nutrients, diciembre de 2019, vol.11, núm. 12, p.2981. <https://www.mdpi.com/2072-6643/11/12/2981>
- 42 Ystrom E., “Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression: a longitudinal cohort study”. BMC Pregnancy and Childbirth, PubMed Central, mayo de 2012, vol.12, p36.Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3_9190/
- 43 Adedinsewo-Demilade A, “Maternal Anxiety and Breastfeeding: Findings from the MAVAN (Maternal Adversity, Vulnerability and Neurodevelopment) Study”. Journal of Human Lactation, (INTERNET) febrero de 2014, vol. 30, núm. 1, pp. 102–09. [doi:10.1177/0890334413504244](https://doi.org/10.1177/0890334413504244).

44 Gorsuch R., Lushene R., Spielberger Ch., Inventario de la ansiedad rasgo-estado (IDARE U.N.A.M. México 1970 (Consultado Noviembre 2020) Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v17n1/1657-9267-rups-17-01-00080.pdf>

45 Lauro I., FF-SIL, ¿Cómo es tú Familia? Organización Panamericana de Salud, Cuba 1999, (consultado Noviembre 2020) Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612016000200003