



**Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Vicerrectoría de Posgrados e Investigación
Decanato de Posgrados en Ciencias de la Salud
Dirección Académica de Posgrados en Enfermería
Coordinación de Investigación en Enfermería**

Tesis

Autoeficacia de la Lactancia Materna en madres Primigestas y Multigestas de un Hospital General

Para obtener el grado de Enfermera Especialista en Salud Materna y
Perinatal

Presenta:

LE. Mirey Peralta Pérez

Asesor Metodológico:

ME. Francisco Adrián Morales Castillo

Asesor de Contenido:

Mtra. Itzel Hidalgo Arce

Autorización

Mtra. Florentina Salazar Mendoza

Dirección Académica de Posgrados en Enfermería

Puebla, México. Octubre, 2022.



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyła**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de textos, imágenes, gráficas, 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 de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice Temático

Contenido	Página
Resumen o Abstract	
Contenido	
Capítulo I	1
Introducción	1
1.1 Problema de Investigación	1
1.1.1 Pregunta de investigación.	5
1.2 Justificación	5
1.3 Objetivo General	8
1.3.1 Objetivos específicos.	8
Capítulo II	9
Marco de Investigación	9
2.1 Marco Referencial	9
2.1.1 Derivación teórica-empírica.	15
2.1.2 Definición de términos.	15
2.2 Revisión del Estado de Arte-Estudios Relacionados	16
Capítulo III	20
Método	20
3.1 Enfoque Metodológico	20
3.2 Diseño de la Investigación	20
3.3 Población, Muestra y Muestreo	21
3.4 Criterios de Selección de la Muestra	21
3.5 Procedimiento de Medición de Variables y Recolección de Datos	22
3.6 Instrumentos de Medición	22
3.7 Aspectos Éticos	23
3.8 Estrategia de Análisis de Datos	25

Contenido	Página
Capítulo IV	26
4.1 Resultados	26
4.1.1 Consistencia Interna de los Instrumentos	26
4.1.2 Estadística Descriptiva	26
4.1.3 Estadística Inferencial	33
4.2 Discusión	36
4.3 Conclusión	39
4.4 Recomendaciones	40
Referencias	41
Apéndices	
A. Carta de Autorización del Tema de Investigación	46
B. Carta de Asesor Principal	47
C. Carta de co-asesor	48
D. Sesión de Derechos	49
E. Oficio de Solicitud de Aplicación de Encuestas	50
F. Carta de Consentimiento Informado	51
G. Cédula de Datos Personales	52
H. Instrumentos de Recolección de Datos	53
I. Cronograma de Actividades	54

Título de Tesis: Autoeficacia de la Lactancia Materna en madres Primigestas y
Multigestas de un Hospital General

Resumen

Introducción: La lactancia materna es una de las formas más eficaces de garantizar la salud y la supervivencia de los niños. Esto se relaciona con la autoeficacia en el proceso de amamantamiento, ya que las madres con menos confianza en su habilidad para amamantar tienen más probabilidad de no iniciar o no continuar la lactancia materna exclusiva así con el hecho de amamantar en público y exponerse a críticas y a diversas formas de discriminación. **Objetivo:** Relacionar el nivel de la autoeficacia de la lactancia materna en madres primigestas y multigestas de un Hospital General. **Método:** El diseño del estudio fue cuantitativo, descriptivo, transversal, prospectivo, asociativo y comparativo (Grove, Gray y Burns, 2015), con un muestreo no probabilístico por conveniencia aplicado a 40 mujeres en periodo de lactancia del Hospital General del ISSSTE del estado de Tlaxcala. Se aplicó la Escala de Autoeficacia de Lactancia Materna-forma corta (Oliver Roing et al., 2012). mostro un alfa de Cronbach de .951. **Resultados:** La edad promedio de las mujeres puérperas fue de 30.50 años \pm 5.42, Por otro lado, en relación con la edad promedio donde inicio su menarca fue 12.65 años \pm 1.29, el promedio de cesáreas realizadas fue de 1.25 \pm .77; el parto promedio fue de .53 \pm .84; el promedio de abortos fue de .25 \pm .49. La edad gestacional promedio fue de 38.82 \pm 1.13 y el número de consultas promedio es de 8.60 \pm 2.78. No existen diferencias entre la autoeficacia de las primigestas y multigestas ($t = -1.185$, $gl = 38$, y $p = .612$); sin embargo, Si existe asociación entre la autoeficacia de la lactancia materna con la escolaridad ($X^2 = 15.408$, $p = .017$; $\bar{X} = 71.94 \pm 23.95$ vs $\bar{X} = 79.60 \pm 16.74$ respectivamente). **Conclusión:** Fortalecer la información y capacitación al personal de salud, así como implementar acciones que vayan encaminadas a la disminución de estrés de la madre mostrándole que la frecuencia y duración de la lactancia materna se puede continuar a pesar de que el tiempo en estar con su bebé es menor y continuar con la promoción de la lactancia materna de manera continua.

Palabras clave (descriptores): Autoeficacia, lactancia materna, madres, recién nacido.

Capítulo I

Introducción

1.1 Problema de Investigación

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), define a la lactancia materna (LM) como una de las formas más eficaces de garantizar la salud y la supervivencia de los niños. La leche materna es el alimento ideal para los lactantes, es segura, limpia y contiene anticuerpos que protegen de muchas enfermedades propias de la infancia. Además, suministra toda la energía y nutrientes que la persona recién nacida necesita durante los primeros meses de vida, y continúa aportando hasta la mitad o más de las necesidades nutricionales de un niño durante la segunda mitad del primer año, y hasta un tercio durante el segundo año.

La LM puede prevenir un 13% de la mortalidad infantil en el mundo, y disminuye el riesgo de muerte súbita del lactante en un 36%. Esto implica un ahorro en el uso de fórmulas lácteas y biberones, e indirecto en costos de salud asociados, muertes prematuras y años de vida ajustados por calidad, entre otros. Además, es amigable con el medio ambiente ya que no deja huella de contaminación de carbono por su producción y consumo. El uso de fórmulas lácteas, biberones y/o chupones tienen riesgos asociados de aumentar alteraciones en la cavidad oral, tales como respiración bucal, mal oclusión, alteración de la mordida y caries. La microbiota intestinal, la oxigenación y la termorregulación de los lactantes se ven afectadas negativamente también por su uso (Brahm y Valdéz, 2017).

La OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2017) recomiendan que los niños inicien la lactancia materna en la primera hora del nacimiento

y sean amamantados exclusivamente durante los primeros 6 meses de vida, lo cual significa que no se les proporcionan otros alimentos ni líquidos, ni siquiera agua. La OMS también promueve activamente la LM como la mejor fuente de alimentación para lactantes menores y mayores, y está procurando aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros 6 meses hasta al menos el 50 % de aquí al año 2025.

Un nuevo informe dado a conocer en Ginebra por la UNICEF y la OMS en colaboración con el Colectivo Mundial para la Lactancia Materna en 2017, refieren que en una estimación de 78 millones de recién nacidos (tres de cada cinco) no toman leche materna en su primera hora de vida, y esto aumenta el peligro de que mueran o contraigan una enfermedad y disminuye las posibilidades de que sigan tomando leche materna después, así como que ningún país en el mundo cumple con las normas recomendadas para la LM, siendo que en 194 naciones correspondiente al 40% , los niños menores de 6 meses reciben LME y 23 países registran índices exclusivos de LM por encima del 60% (UNICEF, 2017).

En México se tiene una de las tasas más bajas de lactancia en América Latina, sólo 14% de las mujeres amamantan de forma exclusiva durante los primeros 6 meses. En la década de los años noventa, estudios observacionales evidenciaron que el inicio de la lactancia materna era a partir de las 48 horas posteriores al nacimiento y que solo un 18% de los recién nacidos recibían LME por 3 meses y el 30% de los hospitales contaban con apoyo de la LM. En la actualidad, 1 de cada 3 bebés recibe leche materna como alimento exclusivo hasta los 6 meses. Muchos reciben alimentos o líquidos adicionales desde su primer mes de vida (Otaloa, 2021).

Actualmente se sabe que al no iniciar de forma temprana o interrumpir de forma abrupta la lactancia materna está interrelacionado a la depresión posparto y la presencia de síntomas depresivos durante el embarazo o dentro de las primeras semanas posparto dificultando así el establecimiento de la LM, y esto se relaciona con la autoeficacia, ya que aquellas madres con menos confianza en su habilidad para amamantar tienen más probabilidad de no iniciar o no continuar la lactancia materna exclusiva y deprimirse, esto aunado con el hecho de amamantar en público y exponerse a críticas y diversas formas de discriminación (González de Cosío Martínez y Hernández Cordero, 2016).

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) reporta dentro de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) del 2014, que la práctica de LM en mujeres de 15 a 49 años, el 91.4% de los hijos nacidos vivos recibieron leche materna contra 7.8% que no, del cual solo 11% lo hizo de forma exclusiva durante los primeros 6 meses, entre los motivos para no dar leche materna el 33.4% fue por no tener leche, 25.9% rechazo por parte del bebé y el 14.2% por que la madre estaba enferma; la edad promedio de las madres que dan LME es de 25 a 29 años (93.1%). El estado de la República Mexicana con menor duración de LM es: Durango (86%) (Sánchez Pérez, Velázquez Lerma, Díaz Vargas y Molina Nava, 2019).

Dentro la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) realizada por la Secretaría de Salud (SESA), el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y el INEGI en el 2018, existe un incremento sobre el indicador de lactancia materna y el inicio temprano en comparación al 2012, del 38.3% al 47.7%, siendo de manera exclusiva hasta los 6 meses, del 14.4% a 28.6%, manteniéndose como complementaria hasta los 23 meses de edad del 23.8% a 34.3%, favoreciendo a una seguridad alimentaria para los menores de 2 años de edad y la prevalencia de esta práctica es más en medio rural que

en el urbano con una comparativa de 37.4% a 25.2% como exclusiva hasta los 6 meses (INSP, 2018).

Como acota González de Cosío Martínez y Hernández Cordero (2016), describen que a pesar de los beneficios de la LM, esta se ve afectada a causa de influencias sociales, económicas y culturales y causa que la frecuencia y duración de la lactancia disminuya tras la industrialización, urbanización y factores asociados como el desconocimiento del tema por parte de la madre, aumento de publicidad de fórmulas infantiles, acceso a sucedáneos de la leche materna en servicios de salud, asesoramiento inadecuado por los proveedores de salud quienes obstruyen las acciones que promueven, protegen y apoyen la práctica de la LME y el desapego del binomio madre e hijo.

Algunos autores han reportado que la autoeficacia en la lactancia materna ha sido efectiva (Laguna López, 2021; Cruz Marquina, 2020; Bastidas Espinosa, 2018; Basilio Burgos y Morales Bustos, 2020), siendo esta en población de mujeres con edades que oscilan entre los 20 y 39 años, y por otro lado, la autoeficacia ha sido no efectiva (Dorantes Vidal, 2019; Muñoz Cruz y Rodríguez Mármol, 2016), en población de mujeres primigestas, así como de mujeres que tiene que trabajar y ser amas de casa, esto influye en la implementación de acciones encaminadas a mejorar la actitud y capacidad para llevar a cabo el proceso de la lactancia materna y esta no tenga que abandonarse antes de los 6 meses de edad, como lo menciona la OMS como alimentación exclusiva y el no uso de sucedáneos.

1.1.1 Pregunta de investigación.

¿Cuál es el nivel de autoeficacia de la lactancia materna en madres que son atendidas en Hospital General del ISSSTE de Tlaxcala?

1.2 Justificación

De acuerdo con la OMS (2018) la leche materna es fuente de energía y nutrientes para los niños de 6 a 23 meses de edad, la leche materna puede satisfacer la mitad o más de las necesidades energéticas de un niño de 6 a 12 meses, y a un tercio de las necesidades energéticas de un niño de 12 a 24 meses, también es una fuente de energía y de nutrientes durante las enfermedades, esto ayuda a la reducción de la mortalidad entre los niños malnutridos. Los adolescentes que fueron amamantados cuando eran bebés tienen menos probabilidades de tener sobrepeso u obesidad, en las madres que amamantan ayuda a reducir el riesgo de cáncer de ovarios y de mama y a espaciar los embarazos.

Además la lactancia materna es un factor protector para el recién nacido contra distintas enfermedades infectocontagiosas, del espectro atópico y cardiovasculares, así como contra la leucemia, enterocolitis necrotizante y enfermedades inflamatorias intestinales, teniendo un impacto positivo en el neurodesarrollo, mejorando el coeficiente intelectual y pudiendo tener una disminución del riesgo de otras condiciones como Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), trastorno generalizado del desarrollo que, a su vez, está asociado con el nivel educativo (Otaloa, 2021).

Dentro de la publicación realizada por la Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO, 2020), se menciona que prácticamente todas las mujeres pueden

amamantar, siempre que dispongan de buena información, apoyo de su familia y de un sistema de atención de salud. Si se empieza a amamantar al bebé en la primera hora tras su nacimiento y dándole solo LME durante los primeros 6 meses y posteriormente como complemento a su alimentación hasta los 2 años, se salvarían muchas vidas. Y el apoyo para el establecimiento de la lactancia materna en las primeras semanas podría ayudar a controlar los cambios emocionales y afectivos que sufre la madre en el postparto.

Existe una amplia evidencia científica que demuestra que una buena práctica de lactancia no sólo beneficia a los bebés sino también protege la salud de las madres, ya que a corto plazo ayuda a su recuperación física, disminuyendo el riesgo de hemorragia después del nacimiento y reduce el riesgo de depresión post- parto. A largo plazo contribuye a disminuir las probabilidades de desarrollar cáncer de ovario, cáncer de mama, diabetes tipo II, hipertensión, ataques cardíacos, anemia, osteoporosis, obesidad o sobrepeso, sobre todo si la LM dura más de 12 meses (Otaloa, 2021).

Casi todos los estudios realizados por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), indican con que los nutrientes que hay en la leche de una madre sana y bien nutrida, satisfacen todas las necesidades nutricionales del niño si consume suficiente leche. Aunque el contenido de hierro de la leche materna es bajo, es suficiente y bien absorbido lo que evita la anemia durante los primeros cuatro a seis meses de vida (Latham, 2002).

Por lo anterior, la capacitación a las madres sobre lactancia materna y los efectos que esta tiene, favorece y permite que las madres amamanten a sus hijos, los cuiden y establezcan con ellos los vínculos necesarios en la primera etapa de su vida, el cual es el momento más importante, así mismo se ha demostrado que durante la primera infancia, la leche materna es el alimento óptimo que junto con la estimulación y la atención en la

crianza pueden reforzar el desarrollo cerebral del niño y ejercer efectos positivos durante el resto de su vida (OMS, 2019).

La OMS y UNICEF en 2015 iniciaron un proceso para reevaluar y revitalizar el programa BFHI (Baby Friendly Hospital Initiative – Iniciativa Hospital Amigo del Niño) de 1998, sobre la guía de diez pasos para aumentar el apoyo a la lactancia materna, dichos pasos alientan a las madres ya sea a las que lo son por primera vez así como las que ya lo eran, a amamantar de manera libre, autónoma y exclusiva, también se informa a los trabajadores de la salud sobre la mejor manera de promover y apoyar la lactancia materna, a llevar una dieta normal y saludable para mantener su producción de leche y mantener tanto la salud de su bebé como la de ella (OMS, 2021).

Por lo tanto, esta investigación pretende demostrar los beneficios de la lactancia materna en el binomio madre-hijo, enseñar, fomentar y apoyar a la madre para una buena técnica de amamantamiento y evitar el abandono temprano de esta. Esto también servirá como herramienta que se podría aplicar en estrategias de intervención y ayuda a las madres que tienen que reingresar al mundo laboral y que pretendan no continuar amamantando, así como fomentar una actitud favorable ante la buena práctica de la LME y los beneficios que se producirá en los primeros años de vida y los subsecuentes de sus hijos (García Roldan, 2017).

1.3 Objetivo General

Comparar la autoeficacia de la lactancia materna en madres primigestas y multigestas de un Hospital General.

1.3.1 Objetivos específicos.

1. Describir las variables personales y gineco-obstetras de las madres.
2. Conocer las principales causas del abandono de lactancia materna.
3. Determinar la relación que existe entre el nivel educativo de la mujer y la lactancia materna.
4. Determinar el nivel de autoeficacia de la lactancia materna en madres.
5. Asociar la autoeficacia de la lactancia materna por escolaridad, número de gestas, número de consultas prenatales y de quien recibe información.

Capítulo II

Marco de Investigación

2.1 Marco Referencial

La presente investigación se basa en los conceptos de autoeficacia de Bandura (2001) y la lactancia materna; que a continuación se describen su relación. Bandura define la autoeficacia como la confianza de las personas en su capacidad para ejercer un cierto control sobre su propio funcionamiento y sobre lo que sucede en el entorno. Además, Bandura sostiene que la autoeficacia es la base de acción humana, las personas que creen en su capacidad para hacer cosas que podrían alterar lo que sucede en el entorno tiene más probabilidad de actuar y tener éxito que las personas con un bajo nivel de autosuficiencia. Por tanto, la autoeficacia en la lactancia materna se define como la percepción de las madres sobre su capacidad para dar el pecho, y está influenciada por la experiencia previa, el aprendizaje por observación, su estado fisiológico y afectivo y la persuasión verbal (Muñoz Cruz y Rodríguez Mármol, 2017).

Uno de los puntos importantes para tener o mantener una buena lactancia materna es saber sobre la producción y cambios que conlleva la leche materna. La producción de leche de una madre está influenciada por las exigencias del bebé, cuya succión estimula la secreción de la leche. Mientras más succiona el bebé, mayor cantidad de leche producirá la madre. La cantidad con frecuencia aumenta de alrededor de 100 a 200 ml al tercer día del nacimiento a 400-500 ml en el momento en que el bebé tiene diez días de edad. La producción puede continuar aumentando hasta 1 000 a 1 200 ml por día. Al considerar que los bebés pueden comer tanto cuanto deseen, siempre tendrán suficiente

leche. Se logra mejor si la madre está feliz, relajada, confiada y libre para estar con su bebé todo el tiempo la madre y el niño forman un mejor vínculo (Latham, 2002).

Existen cuatro tipos de leche materna con diferentes características nutricionales, que produce la glándula mamaria de todas las mujeres, estas son conocidas como: el calostro, leche de transición, leche madura y leche del destete. El calostro es un líquido espeso, de color amarillento y de sabor salado, el cual se produce durante los primeros tres a cuatro días del parto. La importancia de este líquido es que contiene gran cantidad de inmunoglobulinas las cuales protegen al recién nacido contra enfermedades, ya que el sistema inmune de éste aún se encuentra en proceso de maduración. Su poca producción ayuda al recién nacido a establecer tres funciones básicas: succión, deglución y respiración.

La leche de transición se produce entre el cuarto y el día 15 después del parto, en esta etapa se incrementa de forma brusca el volumen y producción de leche materna de hasta 500 ml al día, aumentará progresivamente el requerimiento calórico que se adecuará a las necesidades del recién nacido tanto en composición como en cantidad, esto será hasta llegar a la leche madura.

La leche madura posee una variedad de elementos que aún son desconocidos y que pueden variar entre mujeres y de las mismas madres en distinto horario, entre ambas mamas, durante el amamantamiento, aunque se ha concluido que está íntimamente relacionado con las necesidades propias del recién nacido, lo cual demuestra que la leche materna exclusiva puede proveer todos los nutrientes que el lactante necesita hasta los 6 meses de edad, sin importar si el parto fue a término o pretérmino.

La leche de destete se presenta cuando al ir introduciendo otros alimentos a la dieta del niño aumentan, el volumen de la leche materna va disminuyendo ya que el niño va a

tener menos hambre y por lo tanto el número de succiones es menor lo que ocasionara que se produzca menos leche. En esta etapa la leche posee mayor cantidad de proteínas y se conserva grasa, calcio y algunos compuestos que continúan protegiendo el sistema inmune del menor (Cordero, 2018).

El recién nacido que está tomando suficiente leche tiene un color sonrosado, su piel es tersa, está tranquilo, realiza tomas frecuentes (al menos ocho al día) y se queda relajado al terminar, moja pañales, hace varias deposiciones al día y su peso evoluciona adecuadamente. Es importante amamantar al bebé con frecuencia, para ello se debe poner atención a las primeras señales de hambre (abrir la boca, mover la cabeza hacia los lados, realiza muecas de succión o llevarse la mano a la boca) y ofrecerle el pecho sin esperar a que llore, la ansiedad dificulta el inicio de la toma y aumenta el estrés de la madre para llevar a cabo el proceso de amamantamiento.

La identificación de los criterios de buen inicio e instauración de la lactancia materna se realizan a través una valoración de la técnica de la lactancia en relación con la postura, al agarre y a los signos de transferencia eficaz de leche, de la madre y del recién nacido. Todo esto hará que la madre aumente su confianza ante el proceso de amamantamiento y sea una experiencia agradable y satisfactoria (García Roldán,2017).

La existencia de Los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural, los cuales resumen las acciones necesarias para apoyar a la lactancia materna, y dentro de estos pasos, del 3 al 10 son parte importante para mejorar la autoeficacia de la lactancia materna. Los cuales se mencionarán a continuación.

El paso número 3: Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica. Dentro del asesoramiento debe abarcar la importancia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses,

las ventajas de la lactancia materna, y el manejo básico de la lactancia. La educación prenatal para las mujeres puede incrementar la lactancia materna si aumenta su confianza y habilidades.

En el paso número 4: Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto. El contacto precoz piel con piel como la oportunidad de mamar en la primera hora (más o menos) después del parto son importantes ya que están interrelacionados. El contacto precoz, incluyendo tocar el pezón, puede tener importantes efectos sobre la conducta maternal en general y sobre el vínculo entre madre e hijo. El contacto piel con piel se debe fomentar tanto para las madres que tienen intención de dar pecho como para las que no.

El paso número 5: Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos. La lactancia no es una conducta totalmente instintiva, y es preciso aprender la técnica, por lo tanto, el personal de enfermería debe ofrecer ayuda con la lactancia materna en las seis horas siguientes al parto, y se debe enseñar a las madres a sacarse la leche, o darles información escrita sobre cómo sacarse la leche. Las que necesitan más ayuda o apoyo en este proceso son las madres primigestas. La amabilidad y el apoyo, incluso sin ayuda técnica ni mensajes promocionales, puede aumentar la confianza de la madre y tener un efecto duradero sobre la lactancia materna.

El paso número 6: No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado. Es evidente que el uso de suplementos sin indicación médica se asocia con el abandono precoz de la lactancia materna y el desapego de la madre con su bebé, por lo tanto, las madres necesitan ayuda competente con la lactancia para prevenir o superar las dificultades, de modo que no se

administren alimentos suplementarios y se continúe con el contacto estrecho con su bebé.

En el paso número 7: Facilitar el alojamiento conjunto de las madres y los niños durante las 24 horas del día. El alojamiento conjunto tiene efectos beneficiosos, tanto para la lactancia como para la relación entre madre e hijo. El efecto sobre la lactancia puede deberse en parte a que el alojamiento conjunto facilita la lactancia a demanda. La lactancia a demanda es difícil cuando el bebé está en lejos de la madre, mientras que las veces que se debe amamantar al bebé es más fácil si se encuentran en el mismo cuarto y en la misma cama (alojamiento conjunto). El efecto sobre la relación madre-hijo se mantiene estable.

El paso número 8: Fomentar la lactancia materna a demanda. Las madres de recién nacidos que den pecho no deben tener ninguna restricción en cuanto a la frecuencia o duración de las tomas, se debe realizar siempre que el recién nacido tengan hambre o cuando él quiera. Los posibles efectos perjudiciales, como el riesgo de dolor en los pezones o en la mamas, aumenta la preocupación y el estrés de la madre para iniciar o continuar con el proceso de amamantamiento, ahora se sabe que el dolor se debe sobre todo a una mala colocación del niño al pecho, sin relación con la duración de las tomas, por lo que la madre requiere apoyo para rectificar la posición de amamantamiento, esto disminuirá su temor de continuar con lactancia materna.

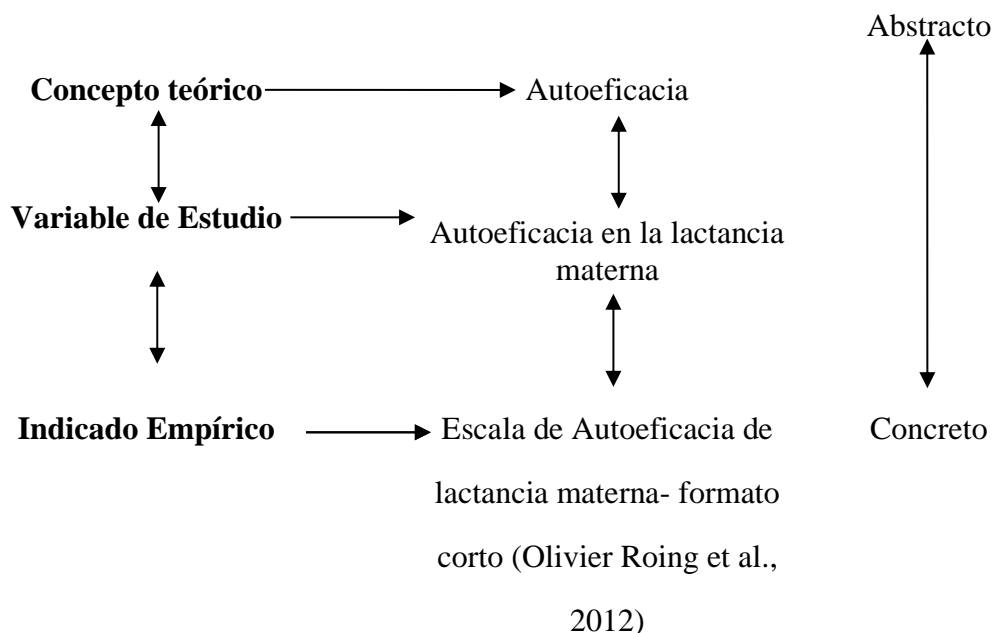
En el paso número 9: Evitar el uso de biberones y/o chupones. El uso de biberones o/y chupones suelen usarse para calmar al bebé sin darle de comer, esto puede ocasionar que los bebés disminuyan el número de veces que puedan ser amamantados al día y a la estimulación del pecho provocando que la producción de leche disminuya, lo que

puede llevar al abandono precoz de la lactancia materna, que disminuya la confianza de la madre para realizar este proceso y afecte el apego madre-hijo.

Y por último el paso número 10: Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica. Los motivos por lo que las madres introducen suplementos o abandonan precozmente la lactancia, suelen ser las dificultades con la misma, en especial la percepción de falta de leche. El apoyo debe comenzar antes de que la madre y el recién nacido sean dados de alta hospitalaria, para permitir a las madres establecer y familiarizarse con la lactancia y prevenir las dificultades con esta. Los servicios de salud que ofrecen un soporte sobre lactancia materna otorgado por el personal profesional deben de ayudar a aumentar la confianza, eficacia y a disminuir el temor o conflictos que conlleva el amamantamiento, así como contribuir al mantenimiento del binomio madre-hijo (OMS, 1998).

2.1.1 Derivación teórica-empírica-conceptual.

Relación de los elementos teóricos “concepto, variable e indicador empírico”.



Nota: Peralta-Pérez y Morales-Castillo (2021)

2.1.2 Definición de términos.

Amamantamiento: Alimentación directa al pecho materno con un adecuado afianzamiento, agarre y succión.

Autoeficacia: Mecanismo cognitivo basado en las expectativas y creencias sobre nuestra capacidad de realizar las acciones necesarias para obtener un efecto determinado.

Lactancia materna: Proceso por el que la madre alimenta a su hijo recién nacido a través de sus senos, que segregan leche inmediatamente después del parto.

Lactancia materna exclusiva: Alimentación de los niños o niñas con leche materna, como único alimento durante los primeros seis meses de vida.

Lactante: A los niños hasta los doce meses de edad.

Leche materna o leche humana: Es la secreción producida por las glándulas mamarias después del calostro y cuya función es alimentar al recién nacido.

Recién nacido: Al producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad

2.2 Revisión del Estado de Arte-Estudios Relacionados

Laguna López (2021), conoció la asociación que existe entre el nivel de autoeficacia para lactar y el destete precoz de la lactancia materna exclusiva en mujeres. El diseño fue observacional, analítico, con corte transversal y prospectivo. La muestra fueron todas las mujeres de 20 a 39 años que acudieron a consulta de control en los consultorios de la unidad medico familiar N°1 de Aguascalientes, usando la escala de autoeficacia de la lactancia materna en su forma corta con 15 ítems. Los resultados fueron que la edad promedio de mujeres encuestadas fue de 28 años, el 83.7% tienen un nivel adecuado de autoeficacia de lactar, el 28% se sienten inseguras para realizar la lactancia materna por sentirse enfermas, el 17% se sienten inseguras por atravesar con problemas personales y el 13% con inseguridad de amamantar en público. En conclusión, este estudio aporta conocimientos fundamentales para conocer las principales causas y las motivaciones que genera el abandono temprano hacia la lactancia materna exclusiva en las mujeres y con esto desarrollar estrategias más específicas que puedan abordar este problema desde otro enfoque, ya que se concluye que, a mayor nivel de autoeficacia para lactar en la mujer, mayor grado de ejecución tendrá para realizar este comportamiento.

Cruz Marquina (2020), determino la autoeficacia de la lactancia materna según la percepción en madres de 20 a 40 años, de la urbanización Mirones cercado de Lima, Perú. El diseño de estudio fue cuantitativo, descriptivo no experimental. La muestra fueron 35 madres de 29 a 40 años, usando la escala de autoeficacia sobre lactancia materna con 14 ítems con valores de 1 a 5- autoeficacia negativa y de 6 a 14-autoeficacia positiva. Los resultados con respecto a autoeficacia de la lactancia materna un 68% de las madres perciben autoeficacia positiva y el 32% poseen autoeficacia negativa. En relación con la dimensión técnica de lactancia materna el 52% de las madres presentaron autoeficacia positiva y el 48% posee autoeficacia negativa. En la dimensión de pensamiento interpersonales se observó que el 77% de madres poseen autoeficacia positiva a comparación del 23% que tienen autoeficacia negativa a la lactancia materna. En conclusión, la mayoría de las madres son capaces de llevar la lactancia materna de manera positiva.

Basilio Burgos y Morales Bustos (2020) determinaron la influencia de los factores sociodemográficos de las madres de lactantes menores en la eficacia de la lactancia materna, también establecieron el nivel de la autoeficacia de la lactancia materna. El diseño del estudio fue cuantitativo, no experimental de corte transversal de tipo descriptivo, siendo si población de estudio 249 madres de lactantes menores, usando la escala de autoeficacia de la lactancia materna versión reducida de 14 ítems con opciones de respuestas de 1 a 5, teniendo como resultado que el 34% de la población encuestada su edad oscilaba entre los 22 a 27 años y el 43.6% tienen un autoeficacia alta, 39.4% una autoeficacia media y el 17% tienen una autoeficacia baja. Concluyendo que los factores sociodemográficos de las mujeres en el centro de salud “Sagrado Corazón”, tales como la edad, el lugar de procedencia, el estado civil, el grado de instrucción y la ocupación

influyen en la eficacia de la lactancia materna, mientras que la religión no influye en la eficacia de la lactancia materna.

Dorantes Vidal (2019) identifico la autoeficacia y actitudes de las madres hacia la lactancia materna, así como la evaluación de la percepción de la autoeficacia de la lactancia materna. El diseño metodológico fue descriptivo, de corte transversal, prospectivo y unicentrico, tomando como población de estudio a 331 puérperas y con el uso de la escala de autoeficacia Prenatal Breastfeeding Self Efficiency Scale (PBSES) que conta de 20 ítems con una escala de validación de 5 y la escala de actitud Iowa Infant Feeding and Attitude Scale (IIFAS) con 17 elementos con escala de Likert de 5, obteniendo como resultado que el 88% de las puérperas presentó una actitud neutral y únicamente 10% tuvo una actitud positiva hacia la lactancia materna, mientras que el instrumento PBSES se encontró que 94.9% tuvo un percepción de autoeficacia baja y 5.1% un percepción de autoeficacia alta. Concluyendo así que dados los resultados obtenidos parece necesario implementar acciones encaminadas a cambiar la actitud de las madres para mejorar la frecuencia y duración de la lactancia materna.

Bastidas Espinosa (2018) relaciono el nivel de autoeficacia de la lactancia con factores sociodemográficos y familiares de una muestra de madres lactantes adultas con niños de 0 a 6 meses que acuden al Hospital Gineco-Obstétrico, valoro la percepción de autoeficacia sobre lactancia de una muestra de madres lactantes con niños entre 0 a 6 meses e identifico factores demográficos, educativos y sociales que interfieren en la lactancia materna. Su estudio fue descriptivo de corte transversal, teniendo como población de estudio a 180 madres, cuyas edades oscilaban entre los 20 y 43 años, haciendo uso de la escala de autoeficacia de la lactancia materna en formato corto que

consta de 14 ítems con respuestas múltiples con valor de 1 a 5, a través de esto se obtuvo que el 57% de madres tienen un alto nivel de autoeficacia para la lactancia materna, un 39% de las madres tiene total seguridad de utilizar la leche materna como alimento único sin necesidad de utilizar fórmulas lácteas en los primeros meses de vida y un 18% de las madres presentan un nivel de inseguridad de la capacidad de la madre. Se concluye que se logró evaluar al 100% de la muestra, los niveles alcanzados en la BSES-SF fueron mayoritariamente altos, se conserva el 57% (102) de madres con nivel de eficacia en lactancia materna alto, un 24% (44) con nivel de eficacia medio y 19% (34) con un nivel de eficacia bajo y se recomienda brindar información y capacitación continua a las madres, padres y/o familiares cercanos y profesionales de salud sobre fomento y promoción de la lactancia materna.

Muñoz Cruz y Rodríguez Mármol (2016) estudiaron los conocimientos de las mujeres primerizas acerca de la lactancia materna, así como valoraron la autoeficacia de ésta. El estudio fue descriptivo de corte transversal, con una población de estudio de 97 mujeres, haciendo uso del cuestionario de 14 ítems sobre la autoeficacia de la lactancia materna, Sus resultados fueron que la media de edad fue de 31.9 años, el 81.4% estaba casada, que la mayoría de los ítems en sus respuestas fue “casi nunca” y que el 75.5 de las mujeres estudiadas consideraron que la lactancia era una experiencia satisfactoria. Se concluyó que la autoeficacia de la lactancia materna en la muestra es en general deficiente, las mujeres primerizas no se sienten capacitadas para llevar a cabo las circunstancias que se les proponen.

Capítulo III

Método

En este capítulo se describe el diseño del estudio, la población, muestreo y muestra, instrumentos y procedimiento para la recolección de datos. Así mismo, se describen las consideraciones éticas y análisis de datos.

3.1 Enfoque Metodológico

Para esta investigación el enfoque metodológico será cuantitativo debido a que se pretende describir fenómenos de interés de forma estadísticamente (Gray, Grove y Sutherland, 2017).

3.2 Diseño de la Investigación

El diseño del estudio será cuantitativo de tipo descriptivo, transversal, prospectivo, asociativo y comparativo (Gray, Grove y Sutherland, 2017). Se considera descriptivo ya que sólo se pretende observar y documentar un fenómeno que ocurre de manera natural. Transversal porque los datos se recolectarán en un momento determinado. Prospectivo por que los datos necesarios para el estudio serán recolectados a propósito de la investigación (primarios), contando con un control del sesgo de medición. Asociativo por la autoeficacia de la lactancia materna y el grado académico. Comparativo por que se van a comparar la autoeficacia en la lactancia materna por grupos de primigestas y multigestas.

3.3 Población, Muestra y Muestreo

La población de estudio se conformará por mujeres lactantes, que acuden a pláticas sobre lactancia materna dentro del Hospital General. El muestreo será no probabilístico, por conveniencia. La muestra se conformó por 40 mujeres en periodo de lactancia materna, en el periodo de febrero a abril del 2022.

3.4 Criterios de Selección de la Muestra

3.4.1 Criterios de inclusión.

- Madres con recién nacidos que son atendidas en el Hospital General.
- Madres que acuden a plática de lactancia materna en el Hospital General.
- Madres de recién nacidos que acepten firmar consentimiento informado por escrito.
- Mujeres que no hayan sido atendidas en el parto en el Hospital General, pero que son derechohabientes a este.

3.4.2 Criterios de exclusión.

- Mujeres menores de 18 años.
- Mujeres con diagnóstico de cualquier enfermedad mental.
- Mujeres no derechohabientes a la institución.

3.4.3 Criterios de eliminación.

- Cuestionarios incompletos.
- Mujeres que no acepten firmar el consentimiento informado.
- Mujeres que durante la encuesta no quieran seguir participando, a pesar de haber contestado el instrumento.

3.5 Procedimiento de Medición de Variables y Recolección de Datos

Se solicitará aprobación de la investigación al Dirección Académica de Posgrados en Enfermería de UPAEP y autorización de las autoridades del Hospital General ISSSTE Tlaxcala.

Para aplicar la investigación se acudirá al área de enseñanza y coordinación de pediatría y se informará a los directivos de la institución acerca del propósito del estudio y los beneficios que aportará a la disciplina de enfermería, así como el horario y tiempo requerido para la aplicación de los instrumentos.

La recolección de datos estará a cargo de la autora de la investigación iniciando con una breve y clara explicación, a las madres de recién nacidos que acuden a la plática de lactancia materna, el propósito del estudio, así como el tiempo requerido para contestar la encuesta y obtener su autorización y consentimiento informado (Apéndice F). Se entregaron los cuestionarios a los participantes permaneciendo cerca de ellos para aclarar cualquier duda que pudiera surgir en cuanto a las preguntas; al finalizar se agradeció a los participantes su colaboración. Las encuestas se resguardaron en un sobre y solo serán consultadas por la investigadora y el asesor de la investigación.

Finalmente se agradecerá el apoyo a las autoridades de la institución con el compromiso de darles a conocer los resultados.

3.6 Instrumentos de Medición

En el presente estudio se utilizará una Cédula de Datos Personales (Apéndice G) y la Escala de Autoeficacia de la lactancia materna- formato corto (BSES- SF) (Apéndice H). La Cédula de Datos Personales está constituida por dos apartados, el primero consta de catorce preguntas dividido en 2 partes las cuales permiten conocer información personal

como sexo, edad, escolaridad, ocupación, estado civil. En el segundo apartado, aborda datos gineco-obstétricos

El Cuestionario de Autoeficacia de la lactancia materna- formato corto validada por Olivier Roing et al. (2012) y Goddard Hernández (2010) en población española y chilena. Este instrumento permite medir la evaluación de la eficacia que tiene la madre para amamantar a su bebé. Se encuentra conformada por 14 reactivos, los reactivos identifican que tanto sabe la madre sobre el proceso de amamantamiento al momento de proporcionarle la leche materna a su bebé. Los resultados oscilan entre 1 a 5, siendo 1 un resultado de baja seguridad (muy insegura) y 5 de alta seguridad (muy segura). Este instrumento cuenta con un alfa de cronbach de .92, .79 (Olivier Roing et al., 2012; Llopis-Rabout-Coudray et al.,2011; respectivamente).

3.7 Aspectos Éticos

El presente estudio se apegará a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud (SS, 1987, actualización 2015) en los artículos que a continuación se mencionan.

En el Título Segundo, Capítulo I, Artículo 13, donde se declara que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, debe prevalecer el criterio del respeto a su dignidad, la protección de sus derechos y su bienestar. Por tal motivo, se respetará la decisión de la madre a participar o no en la investigación, se ofrecerá un trato respetuoso y profesional en todo el proceso de la recolección de datos observando cualquier incomodidad por las preguntas realizadas. De acuerdo con lo anterior, se acatará lo estipulado en el Artículo 18, donde se declara que el investigador principal suspenderá temporalmente la investigación de inmediato cuando el sujeto de

investigación así lo manifieste, por lo que se tendrá previsto suspender la recolección de datos y reiniciarla cuando el participante así lo dispusiera.

De acuerdo con el Capítulo I, Artículo 14 en sus Fracciones V, VII y VIII, y al Capítulo III, Artículo 36, se contará con el consentimiento por escrito de las madres de recién nacidos a fin de ser considerado dentro del estudio. Además, se contará con el dictamen favorable de Dirección Académica de Posgrados en Enfermería de UPAEP y con la autorización del subdirector, jefe de enseñanza y coordinador de pediatría de la institución de salud. Conforme al Capítulo I, Artículo 16, se establece la protección de la privacidad del participante, para lo cual se contará con un espacio designado por la coordinación de pediatría de la institución de salud en completa libertad de contestar sin ser observado por autoridades. Así mismo, los instrumentos serán anónimos, los datos obtenidos serán confidenciales y los resultados sólo se presentarán de forma grupal.

En relación con el Capítulo I, Artículo 17, Fracción II, el presente estudio se considera de riesgo mínimo, debido a que, para la recolección de datos se utilizaran cuestionarios, sin embargo, éstos podrían producir emociones o sentimientos negativos capaces de provocar incomodidad temporal, de ser así, si el participante lo deseaba se suspenderá la recolección de datos temporalmente hasta que estuviera cómodo y decidiera reiniciar la recolección de datos.

De acuerdo con el Capítulo I, Artículo 20, está dispuesto como consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual se autoriza la participación del sujeto con pleno conocimiento de los procedimientos y libertad de elección.

3.8 Estrategia de Análisis de Datos

Los datos obtenidos serán procesados con el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) *versión* 23.0 para Windows. Se utilizará estadística descriptiva e inferencial. El análisis descriptivo se realizará a través de frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y de variabilidad. Así mismo, se utilizará estadística inferencial para dar respuesta a los objetivos planteados. La consistencia interna de los instrumentos será determinada a través del coeficiente de confiabilidad alpha de cronbach. Se calculará índices de una escala del 0 al 100, para determinar la distribución de las variables de estudio continuas y numéricas a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors. Se utilizó estadística no paramétrica como *t* de Student y Correlación de Spearman.

Capítulo IV

Resultados y Discusión

4.1 Resultados

En este capítulo se describen los resultados del estudio; en primer lugar, se describe la consistencia interna del instrumento, y en segundo la estadística descriptiva de las variables socio demográficas, gineco-obstétricas; así mismo se describe la Escala de Autoeficacia de lactancia materna- formato corto. Por último, descripción de objetivo de estudio.

4.1.1 Consistencia interna del instrumento.

La consistencia del instrumento se midió a través del alfa de Cronbach. La Escala de Autoeficacia de lactancia materna– formato abreviado (Oliver Roing et al., 2012) mostro un alfa de Cronbach de .951 considerada una consistencia interna aceptable (Polit y Beck, 2018; véase tabla 1).

Tabla 1

Consistencia Interna del Instrumento

Variable	Ítems	α
Autoeficacia de lactancia materna	14	.951

Nota: Escala de Autoeficacia de lactancia materna – formato abreviado (Oliver Roing et al. 2012), α = alfa de Cronbach, $n = 40$

4.1.2 Estadística descriptiva.

La muestra estuvo conformada por $n=40$ mujeres puérperas. Las variables personales que se anexaron la edad, escolaridad, estado civil y religión, por otro lado, las variables gineco-obstétricas fueron menarca, número de gestas, cesáreas, partos, abortos,

edad gestacional, control prenatal, número de consultas. De quien recibe información sobre lactancia y motivos para suspender la lactancia materna.

La edad promedio de las mujeres puérperas fue de 30.50 años \pm 5.42, rango de 46 a 21. Por otro lado, en relación con la edad promedio donde inicio su menarca fue 12.65 años \pm 1.29, rango de 16 a 11, el promedio de cesáreas realizadas fue de 1.25 \pm .77, con un rango de 0 a 3; el parto promedio fue de .53 \pm .84, con un rango de 0 a 3; el promedio de abortos fue de .25 \pm .49, rango de 0 a 2. La edad gestacional promedio fue de 38.82 \pm 1.13 con un rango de 41 a 36 y el número de consultas promedio es de 8.60 \pm 2.78, rango de 15 a 1 (véase tabla 2).

Tabla 2

Descripción de las variables de Tendencia Central

<i>Variable</i>	\bar{X}	\pm	<i>Mdn</i>	<i>Mo</i>	v_{min}	$v_{máx}$
Edad en años	30.50	5.42	29.00	27	21	46
Menarca	12.65	1.29	12.00	12	11	16
Número de gestas	2.03	1.14	2.00	2	1	7
Cesáreas	1.25	.77	1.00	1	0	3
Partos	.53	.84	.00	0	0	3
Abortos	.25	.49	.00	0	0	2
Edad gestacional	38.82	1.13	39	39	36	41
Número de consultas	8.60	2.78	9.00	9	1	15

Nota: Cédula de Datos de Identificación, \bar{X} = Media, *Mdn*= mediana, *Mo*= Moda, \pm = desviación estándar, v_{min} = valor mínimo y $v_{máx}$ = valor máximo, $n=40$

En otro punto, la variable escolaridad de las mujeres puérperas el 57.5% tiene licenciatura y por tanto el 67.5 % es profesionista. El 50.0 % son casadas y el 92.5% con religión católica (véase tabla 3).

Tabla 3

Descripción de las variables personales

<i>Variable</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Escolaridad		
Secundaria	1	2.5
Bachillerato	10	25.0
Licenciatura	23	57.5
Maestría	6	15.0
Ocupación		
Ama de casa	8	20.0
Profesionista	27	67.5
Trabajadora independiente	4	10.0
Otra	1	2.5
Estado civil		
Soltera	3	7.5
Casada	20	50.0
Unión libre	17	42.5
Religión		
Católica	37	92.5
Creyente	1	2.5
Otros	2	5.0

Nota: Cédula de datos de Identificación, *f*= frecuencia, *%*= porcentaje,

n=40

De acuerdo con el control prenatal el 97.5% si acudió, entonces recibió información del médico sobre lactancia materna con un 52.5%. Los motivos para suspender la lactancia materna es por trabajo con un 55.0% (véase tabla 4).

Tabla 4

Descripción de las variables personales gineco-obstetras

<i>Variable</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Control Prenatal		
Si	39	97.5
No	1	2.5
De quien recibió información		
Médico	21	52.5
Enfermera	12	30.0
Familiar	5	12.5
Nadie	2	5.0
Motivo para suspender Lactancia Materna		
Poca producción de leche	6	15.0
Enfermedad	7	17.5
Indicación médica	2	5.0
Por Trabajo	22	55.0
Deseo de no amamantar	1	2.5
Ninguna	2	5.0

Nota: Cédula de datos de Identificación, *f*= frecuencia, *%*= porcentaje,

n=40

En la tabla 5 se describe la Autoeficacia de Lactancia Materna en madres puérperas, donde el 25% determina que su hijo está recibiendo suficiente leche de mi pecho, el 50% de las madres pueden enfrentar con éxito el amamantamiento igual como enfrenta otros desafíos de su vida. El 32.5% puede darle pecho a su hijo sin necesidad de utilizar fórmulas lácteas. El 30% asegura que su hijo agarra bien el pecho mientras se alimenta. El 45% puede manejar el bienestar ante la situación del amamantamiento. El 35% puede manejar la situación de amamantamiento incluso si su hijo esta llorando. El 57.5% mantiene el deseo de amamantar. Solo el 32.5% se siente cómoda dar pecho cuando los miembros de su familia se encuentran presentes. El 60% se siente satisfecha con la experiencia de amamantar. El 52.5% puede enfrentar el hecho de que la lactancia materna le ocupa tiempo. El 40% puede terminar de amamantar a su hijo de un pecho antes de cambiar al otro pecho. El 50% puede amamantar a su hijo cada vez que lo necesita. El 45% puede cumplir con los requerimientos de amamantamiento de su hijo y el 42.5% puede reconocer cuando su hijo ha terminado de tomar pecho (véase tabla 5).

Tabla 5

Descripción Escala de Autoeficacia de Lactancia Materna- formato abreviado

<i>Variable</i>	Muy insegura		Insegura		Medianamente segura		Segura		Muy segura	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
	1. Puedo determinar que mi hijo está recibiendo suficiente leche de mi pecho.	0	0	5	12.5	5	12.5	20	50.0	10
2. Puede enfrentar con éxito el amamantamiento igual como he enfrentado otros desafíos en mi vida	1	2.5	2	5.0	5	12.5	12	30.0	20	50.0
3. Puedo darle pecho a mi hijo sin necesidad de utilizar fórmulas lácteas (relleno).	1	2.5	8	20.0	10	25.0	8	20.0	13	32.5
4. Puedo asegurar que mi hijo esta apropiadamente agarrado a mi pecho mientras se alimenta.	0	0	4	10.0	5	12.5	19	47.5	12	30.0
5. Puedo manejar a mi bienestar la situación del amamantamiento.	0	0	2	5.0	8	20.0	12	30.0	18	45.0
6. Puedo manejar la situación del amamantamiento incluso si mi hijo está llorando.	0	0	4	10.0	8	20.0	14	35.0	14	35.0
7. Puedo mantener el deseo de amamantar.	1	2.5	1	2.5	4	10.0	11	27.5	23	57.5
8. Puedo dar pecho cómodamente cuando los miembros de mi familia están presentes.	1	2.5	2	5.0	8	20.0	16	40.0	13	32.5
9. Puedo estar satisfecha con la experiencia de amamantar.	1	2.5	2	5.0	3	7.5	10	25.0	24	60.0
10. Puedo enfrentar el hecho de que lactancia materna me ocupará tiempo.	1	2.5	0	0	6	15.0	12	30.0	21	52.5
11. Puedo terminar de amamantar a mi hijo de un pecho, antes de cambiarlo al otro pecho.	1	2.5	3	7.5	9	22.5	11	27.5	16	40.0
12. Puedo amamantar a mi hijo cada vez que este lo necesite.	2	5.0	0	0	5	12.5	13	32.5	20	50.0
13. Puedo cumplir con los requerimientos de amamantamiento de mi hijo.	2	5.0	2	5.0	6	15.0	12	30.0	18	45.0
14. Puedo reconocer cuando mi hijo ha terminado de tomar pecho.	0	0	3	7.5	5	12.5	15	37.5	17	42.5

Nota: Escala de Autoeficacia de Lactancia Materna, *f*= frecuencia, *%*= porcentaje,

n=40

Además, en la tabla 6 se muestran las puntuaciones medias de la Escala de Autoeficacia en el Amamantamiento en las mujeres puérperas, donde se encontró autoeficacia efectiva en el ítem = 2. Enfrentar con éxito el amamantamiento (\bar{X} =4.20 \pm 1.01), el ítem = 9. Satisfacción con la experiencia de amamantar (\bar{X} =4.35 \pm 1.01) y en el ítem =13. Cumplimiento de los requerimientos de amamantamiento (\bar{X} =4.05 \pm 1.13); por otro lado, los ítems con autoeficacia no efectiva fueron el ítem=3. Dar pecho sin necesidad de utilizar fórmulas lácteas (\bar{X} =3.60 \pm 1.21) y el ítem= 8. Comodidad para amamantar con personas presentes (\bar{X} =3.95 \pm .98) (véase tabla 6).

Tabla 6

Descripción de las puntuaciones medias de la Escala de Autoeficacia en el Amamantamiento

<i>Preguntas</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>
1. Determinación de suficiencia de leche del recién nacido	3.88	.93
2. Enfrentar con éxito el amamantamiento	4.20	1.01
3. Dar pecho sin necesidad de utilizar fórmulas lácteas	3.60	1.21
4. Agarre del recién nacido al pecho	3.98	.92
5. Bienestar de la situación de amamantamiento	4.15	.92
6. Manejo de la situación del amamantamiento	3.95	.98
7. Mantenimiento del deseo de amamantar	4.35	.94
8. Comodidad para amamantar con personas presentes	3.95	.98
9. Satisfacción con la experiencia de amamantar	4.35	1.01
10. Enfrentar que la lactancia materna ocupa tiempo	4.30	.91
11. Terminó de amamantar de un pecho antes de cambiarlo al otro	3.95	1.08
12. Amamantamiento del recién nacido cada que lo necesita	4.23	1.02
13. Cumplimiento de los requerimientos de amamantamiento	4.05	1.13
14. Reconocimiento de término de toma de pecho	4.15	.92

Nota: Escala de Autoeficacia de Lactancia Materna, *Media*, *DE* = desviación estándar *n*=40

En la descripción del Nivel de Autoeficacia en el Amamantamiento se describe que el 5% de la madres tiene una autoeficacia baja, el 22.55 tienen una autoeficacia media y el 72.5% tienen una autoeficacia alta (véase tabla 7).

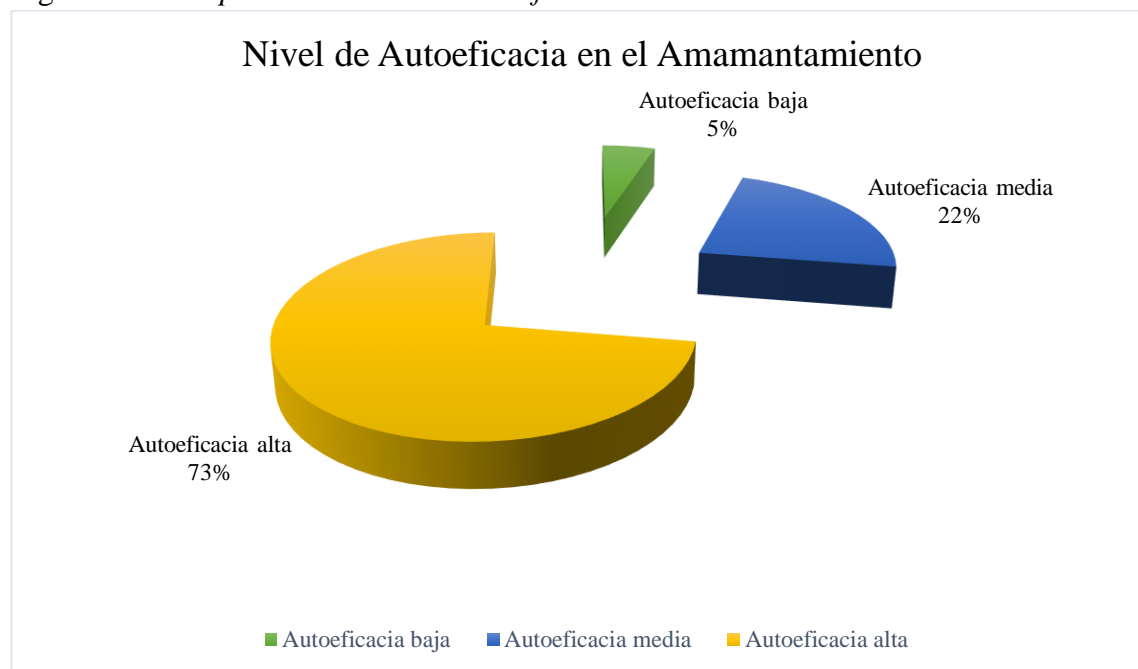
Tabla 7

Descripción del Nivel de Autoeficacia en el Amamantamiento

<i>Punto de corte</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Autoeficacia baja: 14 a 32	2	5.0
Autoeficacia media: 33 a 51	9	22.5
Autoeficacia alta: 52 a 70	29	72.5

Nota: Escala de Autoeficacia de Lactancia Materna, *f*= frecuencia, *%*= porcentaje, *n*=40

Figura 1. *Descripción del Nivel de Autoeficacia en el Amamantamiento*



4.1.3 Estadística inferencial.

Para llevar a cabo el análisis inferencial del instrumento: La Escala de Autoeficacia de lactancia materna– formato abreviado (Oliver Roing et al., 2012), se transformó a una escala de 0 a 100; una vez obtenido estos índices se les aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, a fin de conocer la forma de distribución de las variables. De acuerdo con los

resultados que muestra la Tabla 8, se decidió utilizar estadísticos paramétricos para verificar el objetivo del estudio.

Debido a que la Escala de autoeficacia en el amamantamiento ($p = .085$) cuenta con distribución normal; por tanto, se decide utilizar estadísticos paramétricos para verificar la relación de dichas variables.

Tabla 8

Estadística descriptiva de los índices de las variables de estudio y prueba de

Kolmogorov – Smirnov (K – S) - ECCOE

<i>Índice (variable)</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Mdn</i>	<i>v_{min}</i>	<i>v_{máx}</i>	<i>K-S Z cal</i>	<i>Valor de p (bilateral)</i>
<i>Autoeficacia</i>	79.91	17.61	75.89	12.50	100.00	.130	.085
<i>Edad años</i>	30.50	5.421	29.00	21	46	1.006	.264
<i>Menarca</i>	12.65	1.29	12.00	11	16	1.534	0.18
<i>Número de gestas</i>	2.03	2.78	2.00	1	7	1.636	.009
<i>Cesáreas</i>	1.25	.776	1.00	0	3	1.747	.004
<i>Partos</i>	.53	.847	.00	0	3	2.576	.001
<i>Abortos</i>	.25	.494	.00	0	2	2.965	.001
<i>Edad gestacional</i>	38.82	1.134	39.00	36	41	1.045	.225
<i>Número de consultas</i>	8.60	2.781	9.00	1	15	.903	.338

Nota: M = Media, DE= desviación estándar, Mdn = Mediana, v_{min} = valor mínimo y v_{máx} = valor máximo, n = 40

Para concluir con el objetivo general, se estableció que: Comparar la autoeficacia de la lactancia materna en madres primigestas y multigestas de un Hospital General, donde no muestran diferencias estadísticas; se aplicó la prueba *t* de Student para muestras independientes.

Para la aplicación de la prueba *t* de Student para muestras independientes, se cumplieron los siguientes postulados: a) grupos independientes, b) la distribución de las variables dependientes es normal y c) y las variancias se asumieron como iguales con el test de Levin ($p < .05$). Con este resultado se asume que las muestras son homogéneas (Hazard, 2005).

Por lo tanto, al aplicar la prueba de t de Student en muestras independientes, que contiene el test de Levene para la igualdad de las varianzas, se observó que la prueba no es significativa ($p = .612$), lo que indica que las varianzas son iguales. Así mismo, las desviaciones estándar para el G1 y G2 ($\bar{X}=71.94$, $DE= 23.95$ vs $\bar{X}=79.60$, $DE= 16.74$ respectivamente) son equivalentes o muestran igualdad de varianza.

La tabla 9 muestra la aplicación de la prueba t para muestras independientes de la prueba que contiene los dos resultados, dado que las varianzas son iguales, obteniendo una $t = -1.185$, $gl = 38$, y $p = .612$; en función a estos resultados no se asume significancia estadística. Este análisis indica que la percepción de la autoeficacia en la lactancia materna entre Primigestas y Multigestas es diferente ($\bar{X}=71.94$, $DE= 23.95$ vs $\bar{X}=79.60$, $DE= 16.74$ respectivamente).

Tabla 9

Prueba t de Student para muestras independientes

<i>Prueba de Levene para la igualdad de varianzas</i>		<i>Prueba t para la igualdad de medias</i>		
<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>Sig. (bilateral)</i>
.261	.612	-1.185	38	.244
		-1.065	20.02	.300

Nota: Escala de Autoeficacia de Lactancia Materna, F = Fisher, $Sig.$ = significancia estadística, t = Prueba t para muestras independientes, gl =grados de libertad, Nivel de significancia .05, $n=40$

Por último, para responder al objetivo específico de asociar la autoeficacia de la lactancia materna por escolaridad, número de gestas, número de consultas prenatales y de quien recibe información. Se encontró que solo existe asociación entre la autoeficacia de la lactancia materna con la escolaridad ($X^2= 15.408$, $p = .017$); porque tiene una autoeficacia alta en el bachillerato con un 20%, 37.5% de Licenciatura y el 15 % de Maestría respectivamente (véase tabla 10).

Tabla 10

Chi Cuadrada de Pearson para tipo autoeficacia y escolaridad

Variable	n=40	Autoeficacia baja		Autoeficacia media		Autoeficacia alta		X ²	p
		f	%	f	%	f	%		
Escolaridad									
Secundaria		0	0	1	2.5	0	0	15.408	.017
Bachillerato		2	5	0	0	8	20		
Licenciatura		0	0	8	20	15	37.5		
Maestría		0	0	0	0	6	15		
Número de gestas									
Uno		2	5	2	5	10	25	12.31	.138
Dos		0	0	6	15	10	25		
Tres		0	0	0	0	8	20		
Cuatro		0	0	1	2.5	0	0		
Siete		0	0	0	0	1	2.5		
Control Prenatal									
Si		2	5	9	22.5	28	70	.389	.823
No		0	0	0	0	1	2.5		
De quien recibió información									
Médico		1	2.5	5	12.5	15	37.5	3.79	.704
Enfermera		0	0	3	7.5	9	22.5		
Familiar		1	2.5	1	2.5	3	7.5		
Nadie		0	0	0	0	2	5		

Nota: X²= Chi cuadrada de Pearson, f= frecuencia, %= porcentaje, p= significancia

4.2 Discusión

Esta investigación tuvo como propósito general el comparar la autoeficacia de la lactancia materna en madres primigestas y multigestas de un Hospital General. El nivel de autoeficacia fue bueno en un 73%, con una similitud a estudios revisados en estado de arte.

Se obtuvo un alto porcentaje en autoeficacia en lactancia materna, así como conocer los motivos del abandono temprano de la lactancia materna como lo es por trabajo, enfermedad o la poca producción de leche que tiene las madres al momento de iniciar la

lactancia, lo cual concuerda con Laguna López (2021), quien refiere que, a mayor nivel de autoeficacia para lactar en la mujer, mayor grado de ejecución tendrá para realizar este comportamiento. Así mismo el conocer las principales causas y motivaciones que genera el abandono temprano hacia la lactancia materna exclusiva en las mujeres como el hecho de sentirse enfermas, tener problemas personales o el de amamantar en público, se podrían generar y desarrollar estrategias más específicas que puedan abordar este problema desde otro enfoque.

Además, estos datos son similares/iguales a los obtenidos en la investigación de Cruz Marquina (2020), se detectó que la mayoría de las madres que participaron en el estudio son capaces de llevar la lactancia materna de manera positiva., también se concluye que la autoeficacia interna que las madres expresan hacia su capacidad de amamantar a su hijo a través de conductas aprendidas mediante la observación son consideradas como eficaces para obtener resultados valiosos en el proceso de alimentación del niño y de esa manera no solo da el alimento más idóneo sino que también establece la relación cercana con el hijo lo cual constituye a futuro el vínculo madre-hijo.

Así también, Basilio Burgos y Morales Bustos (2020) en su investigación concluyeron que los factores sociodemográficos de las mujeres, tales como la edad, el lugar de procedencia, el estado civil, el grado de instrucción y la ocupación influyen en la eficacia de la lactancia materna, mientras que la religión no influye en la eficacia de la lactancia materna. Siendo sus resultados similares a los que se obtuvieron en esta investigación, teniendo solo una diferencia entre el grupo de edad que se englobó en los estudios.

Mientras que Dorantes Vidal (2019) y esta investigación se puede decir que tiene una similitud en que la mayoría de las mujeres que se atendieron en el Hospital tiene autoeficacia y actitudes moderadas hacia la lactancia materna y en base a los resultados obtenidos en ambos, parece necesario implementar acciones encaminadas a cambiar la actitud de las madres para mejorar la frecuencia y duración de la lactancia materna ya que suelen abandonarla antes de lo recomendado, demostrando que las madres que se les da una educación sobre lactancia materna tienen actitudes más favorables para continuar con esta sin problema.

Bastidas Espinosa (2018) concluye que los niveles alcanzados en la BSES-SF fueron mayoritariamente altos, similar a los resultados obtenido en esta investigación, aunque el número de participantes fue mayor en investigación comparada, se conserva el 57% de madres con nivel de eficacia en lactancia materna alto, en concordancia a 73% obtenido en esta investigación, un 24% con nivel de eficacia medio a un 22% y 19% con un nivel de eficacia bajo a un 5%, por lo cual se recomienda brindar información y capacitación continua a las madres, padres y/o familiares cercanos y profesionales de salud sobre fomento y promoción de la lactancia materna.

Por otro lado, Muñoz Cruz y Rodríguez Mármol (2016) concluyó que la autoeficacia de la lactancia materna en su muestra es en general deficiente, las mujeres primerizas no se sienten capacitadas para llevar a cabo las circunstancias que se les proponen, se puede afirmar que la población estudiada tiene déficit en la autoeficacia de la lactancia, que pueden estar influenciados por factores como el acompañamiento, la cultura o el nivel de formación de cada mujer. Siendo sus resultados diferentes a esta investigación puesto que el hecho de ser madres primerizas no tiene relación ante la

autoeficacia que tiene para amamantar ya que su preparación académica es mayor, así mismo no influye en su estado civil.

Po último, se deben de tener en cuenta algunas limitaciones metodológicas que desde luego no desvalorizan el trabajo realizado; pero, deben de hacer una reflexión del rigor metodológico. Por ejemplo, la muestra fue pequeña pero representativa, se sugiere en otros estudios aumentar la muestra. Sin embargo, en los estudios relacionados presentados utilizan muestras pequeñas, pero en otros si muestras muy grandes. Además, se sugiere un muestreo longitudinal para realizar varias mediciones en el tiempo y poder tener así diferentes perspectivas. Otro punto, sería en aplicar este estudio en otros hospitales tanto público y privados.

4.3 Conclusión

Se concluye que la autoeficacia de la lactancia materna en la muestra es de manera general alta (73%), así mismo los factores como el estado civil, número de gestas y la religión no influyen en la autoeficacia lactancia materna; sin embargo, el grado educativo si influye en la eficacia de la lactancia de las madres.

Sin embargo, la ocupación puede influir considerablemente en la suspensión de esta, esto al no tener un tiempo mayor dedicado a lactancia exclusiva después de su reintegración a la vida laboral y afectando de manera considerable a nivel motivacional y física para continuarla. En general se puede concluir que, a mayor grado de autoeficacia para lactar, mayor es el grado que la madre puede ejecutar este proceso.

Es por eso por lo que es importante fortalecer la información y capacitación dada por el personal de salud y no solo por el profesional a cargo de la madre y/o del bebé,

del como continuar la lactancia materna exclusiva mínimo hasta los 6 primeros meses de vida del bebé, el hecho de no usar otro tipo de líquidos complementarios, así como implementar acciones que vayan encaminadas a la disminución de estrés de la madre mostrándole que la frecuencia y duración de la lactancia materna se puede continuar a pesar de que el tiempo en estar con su bebé es menor. Y continuar con la promoción de la lactancia materna de manera continua.

4.4 Recomendaciones

Investigación

- Realizar estudios donde se profundice en los aspectos que muestran diferencias en la percepción de la atención a la madre y recién nacido.
- Elaboración de guías rápidas, manuales o políticas, para consultoría ante dudas sobre lactancia materna.
- Integración de comité de lactancia

Docencia

- Insertar programas de promoción de la lactancia materna
- Capacitación permanente al personal de salud para desarrollar habilidades en asesoría en lactancia materna.
- Capacitación en comunicación efectiva entre el personal de salud y la madre.

Practica

- Implementar la comunicación efectiva interpersonal enfermera (o)- madre.
- Lenguaje sencillo como forma de interrelacionar con las madres
- Pláticas sobre lactancia materna antes, durante y después del embarazo.
- Taller práctico para resolución de dudas al momento de iniciar la lactancia materna de forma individualizada.

Referencias

- Basilio Burgos, R.O y Tello Pompa, C.A. (2020). Factores sociodemográficos de madres lactantes en la autoeficacia de la lactancia materna. Recuperado de:
<https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/15941/1924.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bastidas Espinosa, M.K. (2018). Autoeficacia de la lactancia materna y factores asociados, en madres adultas que acuden al Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora- Quito en el periodo agosto 2017- junio 2018. Recuperado de
<https://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/2925/1/T-UIDE-2063.pdf>
- Brahm, P. y Valdés, V. (2017). Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Revista chilena de pediatría*, 88(1), 07-14. Recuperado de
<https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062017000100001>.
- Cordero, D. (2018). Características de la leche materna. Recuperado de
<https://www.geosalud.com/lactancia-materna/caracteristicas-leche-materna.html>
- Cruz Marquina, C.R. (2020). Autoeficacia de la lactancia materna según percepciones de madres de 20 a 40 años de la urbanización Mirones cercado de Lima Perú. Recuperado de
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/54222/Cruz_MCR-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Cruz Muñoz, R. y Mármol Rodríguez, M.. (2017). Autoeficacia de la lactancia materna en mujeres primíparas de Madrid. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 6(1), 19-24. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.22235/ech.v6i1.1366>
- Descriptores de las Ciencias de la Salud (DeCS, 2017). "Autoeficacia". Recuperado de
<http://decs.bvsalud.org/I/homepagei.htm>

- Dorantes Vidal, X. (2019). Autoeficacia y actitud en la lactancia materna en mujeres puérperas del hospital de la mujer Puebla. Recuperado de <https://repositorioinstitucional.buap.mx/bitstream/handle/20.500.12371/10246/20200729130252-4923-T.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF (2017). “Los bebés y las madres del mundo sufren los efectos de la falta de inversión en la lactancia materna”. Recuperado de <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/los-beb%C3%A9s-y-las-madres-del-mundo-sufren-los-efectos-de-la-falta-de-inversi%C3%B3n-en>
- García Roldán, A. (2017). Guía para las madres que amamantan. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco OSTEBA. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Recuperado de https://www.aeped.es/sites/default/files/gpc_560_lactancia_osteba_paciente.pdf
- Goddard Hernández, B (2010). Adaptación transcultural de la escala de Autoeficacia para el amamantamiento- formato corto, al contexto Chile. Tesis de licenciatura, Chile. Universidad Austral de Chile [internet] Recuperado de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2010/fmg578a/doc/fmg578a.pdf>
- González de Cosío Martínez, T. y Hernández Cordero, S. (2016). Lactancia Materna en México. Recuperado de https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/LACTANCIA_MATERNA.pdf
- Guía de Práctica Clínica GPC (2018) Intervenciones de enfermería para la promoción de la lactancia materna en los tres niveles de atención. Evidencias y

recomendaciones. Recuperado de <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-823-18/ER.pdf>

Instituto Nacional de Salud Pública. (2018). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. Recuperado de https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_pResentacion_resultados.pdf

Laguna López, A. P. (2021). Autoeficacia de lactar y su asociación al destete precoz de la lactancia materna exclusiva en las mujeres de la unidad de medicina familiar No. 1 delegación Aguascalientes. Recuperado de <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/11317/2123/452831.pdf>

Latham, M.C., (2002). Nutrición humana en el mundo en desarrollo, lactancia materna. Recuperado de <https://www.fao.org/3/w0073s/w0073s0b.htm#bm11x>

Llopis Rabout Coudray, M. et al (2011). Fiabilidad y validez de la versión española de una escala de autoeficacia en la lactancia materna. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/24996/1/2011_Llopis_etal_Matronas_Profesion.pdf.

Oliver-Roig, A. et al. (2012). The Spanish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748911003282>

Organización Mundial de la Salud. (1998). Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67858/WHO_CHD_98.9_spa.pdf?jsessionid=BAD868BF3431957FAEFEC96F1FC6E04A?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. OMS (2019). Capacitar a padres y madres, favorecer la lactancia materna. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/commentaries/detail/world-breastfeeding-week-2019-message>

Organización Mundial de la Salud. OMS (2021). Promoción de hospitales amigos del niño. Recuperado de <https://www.who.int/activities/promoting-baby-friendly-hospitals>

Organización Mundial de la Salud. OMS (2018). La lactancia materna en la primera hora de vida es esencial para salvar la vida de los recién nacidos. Recuperado de <https://www.who.int/es/news/item/31-07-2018-3-in-5-babies-not-breastfed-in-the-first-hour-of-life>

Otaloa, J. (2021). Lactancia materna, UNICEF México. Recuperado de <https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna>

Procuraduría Federal del Consumidor. PROFECO (2020) “Leche materna hoy, salud y bienestar en el futuro. Consultado el 28 de septiembre de 2021 en <https://www.gob.mx/profeco/documentos/leche-materna-hoy-salud-y-bienestar-en-el-futuro?state=published>

Sánchez Pérez, A., Velázquez Lerma R., Díaz Vargas P. y Molina Nava M. del C. D. (2019). Práctica de la lactancia materna en México. Análisis con datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014. Recuperado de https://rde.inegi.org.mx/wp-content/uploads/2019/04/RDE_27.pdf

Secretaría de Salud (SS, 2012) Norma Oficial Mexicana NOM.131-SSA1.2012. Productos y servicios. Fórmulas para lactantes, de continuación y para las necesidades especiales de nutrición. Alimentos y bebidas no alcohólicas para lactantes y niños de corta edad. Disposiciones y especificaciones sanitarias y

nutricionales. Etiquetado y método de prueba. México. Recuperado de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5267447&fecha=10/09/2012

Secretaria de Salud (SS, 2013). Norma Oficial Mexicana NOM-043.SSA2-2012 Servicio básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. México. Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013

Secretaria de Salud (SS, 2016). Norma Oficial Mexicana NOM-007-SS2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. México. Recuperado de <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-007-SSA2-2016%20Embarazo%2C%20parto%20y%20puerperio.pdf>

Secretaria de Salud (SS, 2018). Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-050-SSA2-2018, Para el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna. Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5521251&fecha=02/05/2018

Valera J.G., Sánchez Monge M., Callejo Mora A., Gallardo I. y Sevilla Martínez M. (2016). Lactancia Materna. Recuperado de <https://cuidateplus.marca.com/familia/bebe/diccionario/lactancia-materna.html>

Apéndice A
Carta de Autorización del Tema de Investigación

Puebla, Pue. a 11 de noviembre de 2021

ASUNTO: Aprobación de tema

A QUIEN CORRESPONDA:

P r e s e n t e.

Por medio de la presente tengo a bien comunicarle a Usted **C. Mirey Peralta Pérez**, con **ID 3494632** y número de **Matrícula 16060179** estudiante de la Especialidad en Enfermería en Salud Materna y Perinatal generación 2021-2022; se aprueba la investigación denominada:

Nombre:	Autoeficacia de la Lactancia Materna en madres Primigestas y Multigestas de un Hospital General
Instrumento:	a) Datos personales y obstétricos / b) Escala de Autoeficacia de Lactancia Materna- formato abreviado (BSES- SF) Olivier Roing et al. (2012)
Población:	Madres que son atendidas en un Hospital General del estado de Tlaxcala
Asesor metodológico:	ME. Francisco Adrián Morales Castillo

Para el logro de este objetivo se da cumplimiento a la fase de aceptación del tema y continuar con su proceso de titulación.

Atentamente



Mtra. Ilse Hidalgo Arce / I.D. 3456517
Correo: ilse.hidalgo@upaep.mx
Coordinadora de Investigación de Posgrados en Enfermería en Posgrados en Enfermería UPAEP
229 94 00 ext.7812

C.c.p. Archivo
Estudiante

Apéndice B Carta de Asesor Principal

Puebla, Pue. a 11 de noviembre de 2021

H. Comité Académico del Posgrado
Presente:

Por medio de la presente hago llegar a ustedes la postulación del C. Mirey Peralta Pérez, que en caso de ser aceptado en el

Programa académico: **Especialidad de Enfermería en: Salud Materna y Perinatal**

Desarrollará su trabajo de tesis bajo mi asesoría, supervisión y dirección; el tema de investigación propuesto es: Autoeficacia de la Lactancia Materna en madres Primigestas y Multigestas de un Hospital General

Me comprometo a dar seguimiento permanente a las actividades del estudiante derivadas de esta propuesta, y manifiesto contar con la infraestructura requerida para lograr los objetivos propuestos en el tiempo programado, en caso de que el postulante sea admitido y el comité tutorial apruebe el proyecto de tesis. También me comprometo a revisar y autorizar los seminarios de Investigación semestrales que el estudiante presentará, así como atender las recomendaciones que el comité académico emita; manifiesto que conozco el plan de estudios y acordaré con el estudiante las asignatura optativa que deberá cursar, de tal forma que fortalezca el proyecto de investigación y su formación profesional, en los tiempos más pertinentes para ello. Así como favorecer todas las acciones pertinentes para que obtenga el grado en un plazo máximo a 6 meses posteriores a la terminación de los créditos académicos.

Atentamente

ME. Francisco Adrián Morales Castillo

ID: 150337

(Maestro en Enfermería, Profesor Hora Clase de Posgrados en Enfermería UPAEP,
teléfono 2226551249)

C.c.p. Coordinación de Investigación
Archivo

Apéndice C
Carta de co-asesor

Apéndice D Sesión de Derechos

Asunto: Sesión de Derechos

Puebla, Pue., México a 11 de noviembre de 2021

Comité Académico de Investigación
Dirección Académica de Posgrados en Enfermería

El proyecto de Investigación titulado Autoeficacia de la Lactancia Materna en madres Primigestas y Multigestas de un Hospital General es una obra original, cuyos derechos de autoría se comparten con la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla (UPAEP), así como los derechos del título, contenido, base de datos y los cambios que se generen.

Los autores, abajo firmantes, declaran:

Que es un trabajo original.

Que no ha sido previamente publicado en algún medio.

Que no ha sido remitido para su publicación.

Que todos los autores han contribuido intelectualmente en su elaboración y por tanto son autores materiales del mismo.

Que todos los autores han leído y aprobado la versión final del Proyecto.

Que no han existido conflictos de intereses en la gestación y elaboración de la investigación, y si pudiera haberlos por mediar financiación u otros apoyos, los autores se comprometen a declararlos en el apartado correspondiente.

Que el manuscrito explica de manera honesta, exacta y transparente los resultados del estudio, que no se han omitido aspectos importantes del mismo, y que cualquier discrepancia del estudio ha sido explicada.

Que, en caso de ser publicado el artículo, se respetará la autoría del estudiante, asesores y la UPAEP.

A través de este documento, el estudiante, asesores y la UPAEP, asumen los derechos exclusivos para editar, publicar, reproducir, distribuir copias, preparar trabajos derivados en papel, electrónicos o multimedia e incluir la Investigación en índices nacionales e internacionales o bases de datos bibliográficas.

Nombre y firma del Estudiante (s)



Mirey Peralta Pérez

C.c.p. Coordinación de Investigación
Archivo

Apéndice E

Oficio de Solicitud de Aplicación de Encuestas

Puebla, Pue. a 09 de febrero de 2022

Dr. Martín Córdova Ortega
Subdirector Médico
Hospital General ISSSTE Tlaxcala
P R E S E N T E

Con Atón: Dr. Carlos Arturo Jiménez Barreto
Coordinador de Enseñanza de HGIT

La que suscribe **Mtra. Ilse Hidalgo Arce**, Coordinadora de Investigación de Posgrados en Enfermería de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla (U.P.A.E.P.), por medio del presente, me es grato saludarle, así mismo solicitar su valioso apoyo para el estudiante **L.E. Mirey Peralta Pérez** con **No. Id 3494632** y **Matrícula 16060179** estudiante del Posgrado en la **Especialidad en Enfermería Salud Materna y Perinatal**, pueda ingresar a la institución que usted dignamente dirige para la aplicación de instrumentos que aportarán datos importantes y con esto llevar a cabo la tesis de titulación que a continuación le detallo para su autorización.

Nombre:	Autoeficacia de la Lactancia Materna en madres Primigestas y Multigestas de un Hospital General
Objetivo:	Comparar el nivel de la autoeficacia de la lactancia materna en madres primigestas y multigestas de un Hospital General
Instrumento:	Escala de Autoeficacia de lactancia materna- formato abreviado (BSES-SF) Oliver et.al. (2012)
Periodo:	Febrero- Abril 2022
Población:	Madres que son atendidas en un Hospital General del estado de Tlaxcala.

Con la finalidad de acreditar el Posgrado de su Especialidad en Enfermería, motivo por el cual me permito solicitar a usted de la manera más atenta su autorización para la recolección de datos. Adjunto a la presente, sírvase encontrar propuestas de los instrumentos.

Agradeciendo de ante mano su invaluable apoyo a esta Universidad, en beneficio de la capacidad del profesional de Enfermería, quedo a sus distinguidas órdenes.



Mtra. Ilse Hidalgo Arce I.D. 3455517
Coordinadora de Investigación de Posgrados en Enfermería UPAEP

C.c.p. Dr. Tomás Agustín Muñoz Pérez
Coordinador de Pediatría de HGIT

Apéndice F

Carta de Consentimiento Informado



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Vicerrectoría de Posgrados e Investigación
Decanato de Posgrados en Ciencias de la Salud
Dirección de Posgrados en Enfermería

Consentimiento Informado

Fecha: _____

Título del Proyecto: Autoeficacia de la Lactancia Materna en madres Primigestas y Multigestas de un Hospital General

Investigador Responsable: L.E. Mirey Peralta Pérez

Propósito del Estudio: Comparar el nivel de la autoeficacia de la lactancia materna en madres primigestas y multigestas de un Hospital General.

Descripción: Si Usted desea participar en el estudio, se le solicitará firmar el consentimiento informado, y contestar un instrumento, los cuales se le serán aplicados dentro del área denominada “lactario” con la mayor privacidad posible y protegiendo la confidencialidad. La información obtenida será resguardada por el autor principal del estudio, evitándose la identificación del nombre, dirección u otros datos personales que pueda exponer la identidad. La participación no tendrá ninguna repercusión en la institución donde se le brinda atención médica, y tendrá la libertad de retirar el consentimiento informado y con ello, la participación en el estudio.

Riesgos e Inquietudes: No existen riesgos relacionados con la participación en el estudio. Si Usted se siente incómodo, incapacitado o simplemente no desea seguir contestando los instrumentos puede retirarse en el momento que lo desee.

Beneficios Esperados: No existe ningún beneficio personal por participar. Sin embargo, los resultados contribuirán a profundizar en el conocimiento sobre lactancia materna y acciones que el personal a cargo deberá fortalecer para continuar con la enseñanza sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva.

Costos: La participación en el estudio, no implica ningún costo.


Autorización para uso y distribución de la información: La única persona que conocerá la información recabada será el responsable del estudio, y será utilizada exclusivamente por él. Los resultados del estudio serán publicados de manera general en artículos científicos, esto significa que no se publicará información individualizada de cada participante.

Preguntas: Si tiene alguna pregunta sobre los derechos como participante en este estudio, podrá comunicarse a Posgrados en Enfermería de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla.

Consentimiento: Voluntariamente acepto brindar información y participar en el estudio. He leído la información en este formato y todas las preguntas han sido contestadas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar la participación.

Firma del Participante

Firma del Primer Testigo


 Mirey Peralta Pérez
 Nombre y firma del investigador

Apéndice G

Cédula de Datos Personales y Gineco-obstetras

Instrucciones: Llene los espacios en blanco y marque “X” dentro del paréntesis la información requerida.

I. Datos personales y sociodemográficos

1. Edad _____ años.
2. Escolaridad: 1. Primaria [] 2. Secundaria [] 3. Bachillerato []
4. Licenciatura [] 5. Maestría [] 6. Técnica []
7. Escolaridad trunca []
3. Ocupación: 1. Ama de casa [] 2. Profesionista []
3. Trabajadora independiente [] 4. Otro []
4. Estado civil: 1. Soltera [] 2. Casada [] 3. Unión Libre []
4. Separada []
5. Religión: 1. Católica [] 2. Creyente [] 3. Testigo de Jehová []
4. Ateo [] 5. Otros _____

II. Datos Gineco-obstétricos

6. Menarca: _____ años
7. Número de gestas: _____.
8. Cesáreas: _____.
9. Partos: _____.
10. Abortos: _____.
11. Edad gestacional: _____ SDG
12. Control prenatal: 1. Si [] 2. No []
13. Cuantas consultas tuvo: _____
14. De quién ha recibido información de Lactancia materna: 1. Médico []
2. Enfermera []
3.- Familiar []
4.- Amigos []
5.- De nadie []
15. Motivos para suspender la Lactancia Materna: 1. Poca producción de leche []
2. Enfermedad []
3. Indicación médica []
4.- Por trabajo []
5.- Deseo de no amamantar []
6.- Otra causa []

Apéndice H

Instrumentos de Recolección de Datos

Escala de Autoeficacia de Amamantamiento- formato abreviado

Olivier Roing et al. (2012)

Instrucciones: Para cada una de las siguientes afirmaciones, elija la respuesta que mejor describa cuán segura se siente con respecto a mejorar la lactancia de su nuevo hijo. Por favor, marque su respuesta con una X o círculo en el número que este más de cómo se siente, no hay respuesta buenas ni malas, siendo:

1	2	3	4	5
Muy insegura	Insegura	Medianamente segura	Segura	Muy segura

Ítems	Respuestas				
	1	2	3	4	5
1. Puedo determinar que mi hijo está recibiendo suficiente leche de mi pecho.	1	2	3	4	5
2. Puede enfrentar con éxito el amamantamiento igual como he enfrentado otros desafíos en mi vida.	1	2	3	4	5
3. Puedo darle pecho a mi hijo sin necesidad de utilizar fórmulas lácteas (relleno).	1	2	3	4	5
4. Puedo asegurar que mi hijo esta apropiadamente agarrado a mi pecho mientras se alimenta.	1	2	3	4	5
5. Puedo manejar a mi bienestar la situación del amamantamiento.	1	2	3	4	5
6. Puedo manejar la situación del amamantamiento incluso si mi hijo está llorando.	1	2	3	4	5
7. Puedo mantener el deseo de amamantar.	1	2	3	4	5
8. Puedo dar pecho cómodamente cuando los miembros de mi familia están presentes.	1	2	3	4	5
9. Puedo estar satisfecha con la experiencia de amamantar.	1	2	3	4	5
10. Puedo enfrentar el hecho de que lactancia materna me ocupará tiempo.	1	2	3	4	5
11. Puedo terminar de amamantar a mi hijo de un pecho, antes de cambiarlo al otro pecho.	1	2	3	4	5
12. Puedo amamantar a mi hijo cada vez que este lo necesite.	1	2	3	4	5
13. Puedo cumplir con los requerimientos de amamantamiento de mi hijo.	1	2	3	4	5
14. Puedo reconocer cuando mi hijo ha terminado de tomar pecho.	1	2	3	4	5

