

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**“AUTOEFICACIA PERCIBIDA Y PRÁCTICA DE LACTANCIA
MATERNA EN MADRES DE MENORES DE 2 AÑOS
USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD LA LIBERTAD
HUANCAYO 2018”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CRECIMIENTO,
DESARROLLO DEL NIÑO Y ESTIMULACIÓN DE LA PRIMERA
INFANCIA**

**ELIZABETH MIRIAM JESÚS POMA
JUANY MADELAINE YUNCACCALLO HUAMANI**

**Callao, 2018
PERÚ**

**AUTOEFICACIA PERCIBIDA Y PRÁCTICA DE
LACTANCIA MATERNA EN MADRES DE MENORES DE
2 AÑOS USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD LA
LIBERTAD - HUANCAYO 2018**



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

XLV CICLO TALLER DE TESIS PARA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

ACTA N° 154-2018

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Siendo las 11:30-12:00 horas del sábado 24 de noviembre del año dos mil dieciocho, en el Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud, se reúne el Jurado Evaluador del XLV Ciclo Taller de Tesis para la obtención de Título de Segunda Especialidad Profesional; conformado por los siguientes docentes:


Dra. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO	PRESIDENTA
Mg. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPÉN	SECRETARIA
Mg. CONSTANTINO MIGUEL NIEVES BARRETO	VOCAL

Con la finalidad de evaluar la sustentación de la Tesis, titulada "AUTOEFICACIA PERCIBIDA Y PRÁCTICA DE LACTANCIA MATERNA EN MADRES DE MENORES DE 2 AÑOS USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD LA LIBERTAD, HUANCAYO 2018", presentado por: Don(ña) JESÚS POMA ELIZABETH MIRIAM y YUNCACCALLO HUAMANI JUANY MADELAINE.

Con el quórum establecido según el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional del Callao, aprobado por Resolución de Consejo Universitario N° 309-2017-CU de fecha 24 de octubre de 2017; luego de la sustentación, los miembros del Jurado Examinador formularon las respectivas preguntas, las mismas que fueron absueltas.

En consecuencia, el Jurado Evaluador acordó **APROBAR** con la escala de calificación cualitativa *MUY BUENO*....., y calificación cuantitativa *Diecisiete (17)* de la Tesis para optar el **Título de Segunda Especialidad Profesional en ENFERMERÍA EN CRECIMIENTO, DESARROLLO DEL NIÑO Y ESTIMULACION DE LA PRIMERA INFANCIA**, de conformidad con el Art. 27° del Reglamento de Grados y Títulos, dándose por terminado el acto de sustentación, siendo las 11:30-12:00 horas del mismo día.

Callao, 24 de noviembre de 2018


.....
Dra. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO
Presidenta de Jurado Evaluador


.....
Mg. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPÉN
Secretaria de Jurado Evaluador


.....
Mg. CONSTANTINO MIGUEL NIEVES BARRETO
Vocal de Jurado Evaluador

DEDICATORIA

*A nuestra familia, por su permanente apoyo y
paciencia para darnos siempre lo mejor.*

*A nuestros hijos, quienes constituyen el motivo
para seguir adelante.*

AGRADECIMIENTOS

Al personal del centro de Salud “La Libertad” por su apertura y apoyo en la ejecución de este estudio.

Asimismo, a los docentes de la Universidad Nacional Del Callao, por su profesionalismo, sus orientaciones, su paciencia y su motivación que han sido fundamentales en nuestra formación profesional. Ellos han inculcado en nosotras un sentido de seriedad, responsabilidad y rigor académico sin las cuales no podríamos tener una formación profesional completa.

ÍNDICE

RESUMEN	05
ABSTRACT	06
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción de la realidad problemática	07
1.2 Formulación del Problema	12
1.2.1 Problema General	12
1.2.2 Problemas Específicos	12
1.3 Objetivos	13
1.3.1 Objetivo General	13
1.3.2 Objetivos Específicos	13
1.4 Limitantes de la investigación	14
1.4.1 Limitante teórico	14
1.4.2 Limitante temporal	14
1.4.3 Limitante espacial	14
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	15
2.1 Antecedentes	15
2.1.1 Antecedentes Internacionales	15
2.1.2 Antecedentes Nacionales	17
2.2 Marco	21
2.2.1 Teórico	21
2.2.2 Conceptual	25
2.3 Definición de términos básicos	37
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	39
3.1 Hipótesis	39
3.2 Operacionalización de variables	41
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	43
4.1 Tipo y diseño de la de Investigación	43
4.1.1 Tipo de la Investigación	43
4.1.2 Diseño de la Investigación	43
4.2 Población y muestra	44
4.2.1 Población	44
4.2.2 Muestra	44

4.2.3	Criterios de Inclusión	44
4.2.4	Criterios de Exclusión	44
4.3	Técnicas e Instrumentos para recolección de la información	46
4.4	Análisis y procesamiento de datos	48
CAPÍTULO V: RESULTADOS		50
5.1	Resultados Descriptivos	50
5.2	Resultados Inferenciales	60
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN DE RESULTADOS		62
6.1	Contrastación de la hipótesis	62
6.2	Contrastación de los resultados con estudios similares	64
6.3	Responsabilidad ética	71
CONCLUSIONES		73
RECOMENDACIONES		74
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		75
ANEXOS		81
Anexo 1: Instrumentos validados		82
Anexo 2: Consentimiento informado		86
Anexo 3: Base de datos		87

ÍNDICE DE TABLAS DE CONTENIDO

TABLA N° 5.1.1. Autoeficacia percibida según práctica de lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del Centro de Salud La Libertad Huancayo – 2018.	50
TABLA N° 5.1.2. Autoeficacia percibida dimensión logro de desempeño según práctica de lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del Centro de Salud La Libertad Huancayo – 2018.	52
TABLA N° 5.1.3. Autoeficacia percibida dimensión experiencias sustitutas según práctica de lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del Centro de Salud La Libertad Huancayo – 2018.	54
TABLA N° 5.1.4. Autoeficacia percibida dimensión persuasión verbal según práctica de lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del Centro de Salud La Libertad Huancayo – 2018. – 2018.	56
TABLA N° 5.1.5. Autoeficacia percibida dimensión estados fisiológicos según práctica de lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del Centro de Salud La Libertad Huancayo – 2018.	58

ÍNDICE DE FIGURAS DE CONTENIDO

GRÁFICO N° 5.1.1. Autoeficacia percibida según práctica de lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del Centro de Salud La Libertad Huancayo – 2018.	51
GRÁFICO N° 5.1.2. Autoeficacia percibida dimensión logro de desempeño según práctica de lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del Centro de Salud La Libertad Huancayo – 2018.	53
GRÁFICO N°5.1.3. Autoeficacia percibida dimensión experiencias sustitutas según práctica de lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del Centro de Salud La Libertad Huancayo – 2018.	55
GRÁFICO N° 5.1.4. Autoeficacia percibida dimensión persuasión verbal según práctica de lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del Centro de Salud La Libertad Huancayo – 2018. – 2018.	59
GRÁFICO N° 5.1.5. Autoeficacia percibida dimensión estados fisiológicos según práctica de lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del Centro de Salud La Libertad Huancayo – 2018.	47

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue determinar la relación entre la autoeficacia percibida y práctica de lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del centro de salud “La Libertad” de Huancayo en el 2018, metodología; se realizó un estudio descriptivo transversal de tipo correlacional, de una población de 202 madres de niños de 0 a 24 meses cumplidos, se eligió una muestra 104 madres a partir del método del muestreo aleatorio, aplicando la “Escala de autoeficacia percibida para la práctica de la lactancia materna” y el “Cuestionario de práctica de lactancia materna”; entre los resultados se destaca En relación con la autoeficacia percibida de las madres sobre prácticas de lactancia materna se obtiene que el 71,2% de madres poseen regular autoeficacia percibida y el 67,3% tienen práctica de lactancia materna poco adecuada. En relación con la autoeficacia percibida en la dimensión logro de desempeño por las madres sobre prácticas de lactancia materna se obtiene que el 51,0% de madres poseen regular autoeficacia percibida y el 42,3% tienen práctica de lactancia materna poco adecuada.

Conclusiones: En relación con la autoeficacia percibida en la dimensión experiencias sustitutas de las madres sobre prácticas de lactancia materna se obtiene que el 52,9% de madres poseen regular autoeficacia percibida y el 42,3% tienen práctica de lactancia materna poco adecuada.

Palabras clave: Autoeficacia percibida, Lactancia materna y autoeficacia.

ABSTRACT

The objective of the research was to determine the relationship between perceived self-efficacy and breastfeeding practice in mothers under 2 years of age who used the "La Libertad" health center in Huancayo in 2018, methodology; a cross-sectional descriptive study of a population of 202 mothers of children from 0 to 24 months of age was carried out; a sample of 104 mothers was chosen from the random sampling method, applying the "Scale of perceived self-efficacy for the practice of breastfeeding "and the" Breastfeeding Practice Questionnaire "; Among the results it stands out In relation to the perceived self-efficacy of mothers on breastfeeding practices, 71.2% of mothers have regular perceived self-efficacy and 67.3% have inadequate breastfeeding practice. In relation to perceived self-efficacy in the performance achievement dimension by mothers on breastfeeding practices, 51.0% of mothers have regular perceived self-efficacy and 42.3% have inadequate breastfeeding practice. Conclusions: In relation to perceived self-efficacy in the dimension of substitute experiences of mothers on breastfeeding practices, 52.9% of mothers have regular perceived self-efficacy and 42.3% have inadequate breastfeeding practice.

Key words: Perceived self-efficacy, breastfeeding and self-efficacy.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.

En nuestro país alrededor de dos terceras partes de niños emplean la lactancia materna exclusiva en los 6 primeros meses de vida; entre las madres que abandonan a la lactancia materna un importante factor es el bajo sentido de autoeficacia, aquellas madres que no se consideran capaces de llevar de forma óptima la lactancia tienden a abandonarla a pesar de existir otros elementos favorable a la lactancia; sin embargo, otras madres con múltiples dificultades para la lactancia la mantienen porque poseen la férrea creencia en su capacidad de alcanzar una lactancia materna exitosa como expresión de su maternidad (1).

La autoeficacia percibida es el juicio personal que realiza la madre sobre su capacidad personal para organizarse y llevar la lactancia materna de forma óptima para su niño, mientras que las prácticas de lactancia son las acciones para iniciar y mantener la lactancia de forma efectiva; si son las adecuadas, garantizan la favorable nutrición del niño (2).

La percepción de autoeficacia para la lactancia que tenga la madre influye en los resultados de la lactancia, ya que le proporciona motivación y confianza para perseverar en esta actividad superando las dificultades; el proceso de lactancia materna exige múltiples adaptaciones de la madre, la que debe de postergar otras actividades y afrontar algunas molestias físicas; también el grado de importancia

que le atribuya la madre a la leche materna para su hijo influirá en su realización (3).

En madres primerizas el efecto de la autoeficacia puede ser diferente a las madres multíparas cuyas creencias de eficacia pueden estar determinadas por experiencias previas, las madres con experiencia previa en lactancia materna ya poseen una autoeficacia de la lactancia materna más alta. El discernimiento de las madres sobre su capacidad para dar el pecho está influenciada por sus vivencias previas, las experiencias de aprendizaje, su estado de salud, su condición afectiva y la persuasión verbal en el que haya incidido el personal de salud, la percepción de autoeficacia es un factor modificable que puede predecir la duración y la exclusividad de la lactancia (4).

Existen factores que no favorecen la lactancia materna como la baja escolaridad de los padres o la ocupación laboral de las madres, también están los problemas derivados de la inadecuada lactancia, como la producción de grietas, el dolor y la creencia que el bebé no ha quedado satisfecho, estas y otras dificultades pueden ser superadas con un elevado sentido de autoeficacia; también existen factores que favorecen la lactancia, como es el deseo de la madre de amamantar y el apoyo de personas cercanas a ella (5).

En el 2014, Wu D, Hu J, McCoy T, Efird J, en un estudio realizado en hospitales de Wuhan, Hubei, China, demuestran una intervención educativa de autoeficacia de la lactancia materna tiene un impacto significativo en la duración de la lactancia materna y la exclusividad

entre las madres primíparas, asimismo el discernimiento de las madres sobre su capacidad para dar el pecho está influenciada por las vivencias previas de la madre, las experiencias de aprendizaje que tuvo, su estado de salud, su condición afectiva y la persuasión verbal en el que haya incidido el personal de salud. La autoeficacia para la lactancia materna es un factor modificable que puede predecir la duración y la exclusividad de la lactancia (6).

En el 2017 Abbass-Dick J, Stern S, en un estudio realizado en madres de un hospital de Toronto, Canadá, encuentran que un incremento de la autoeficacia tanto de la madre como del padre para poder llevar de forma efectiva la lactancia materna impacta de forma positiva sobre la duración y la calidad de la lactancia materna, la autoeficacia son aquellos pensamientos tanto del padre como de la madre referidos a su capacidad para organizar y ejecutar la lactancia materna superando diversos obstáculos, la expectativa de resultado y el juicio sobre las consecuencias probables que pueden producir la lactancia son determinantes para su continuación (7).

En el 2015, Henshaw E, Fried R, y Siskind E, en un estudio realizado en el estado de Dakota del Norte EEUU, determina que un predictor de amamantamiento potencialmente modificable es la autoeficacia de la lactancia materna, que se define como la confianza en la capacidad de la madre de realizar efectivamente una tarea específica, ésta influye en los resultados de la lactancia proporcionando motivación y confianza para perseverar a través de desafíos comunes, como dificultades tempranas, preocupaciones de

suministro y regreso al trabajo; en las madres primerizas el efecto de la autoeficacia es diferente de las madres cuyas creencias de eficacia pueden estar determinadas por experiencias anteriores (3).

En el 2016 Washburn S, en una investigación realizada en Denver EEUU, encuentra que mejorar el sentido de autoeficacia en las madres mejora la prevalencia de la lactancia ya que las creencias de las personas sobre sus capacidades ejercen gran influencia sobre sus actos; sin embargo, las enfermeras pueden carecer de conocimiento, tener comportamientos y actitudes no solidarias y ofrecer consejos inconsistentes con respecto a la autoeficacia y la lactancia materna (8).

A nivel nacional, Gómez J, encuentra un nivel de autoeficacia medio para la lactancia materna en madres; asimismo es común observar que las madres se muestren temerosas e inseguras al momento de lactar a sus niños, además existe la creencia generalizada que la leche materna es insuficiente para el niño. Gran parte de las madres por considerar que no podrán llevar una lactancia eficaz por las actividades que realiza, recurre a alimentar a su niño con fórmulas lácteas u otros alimentos (9).

En el centro de salud “La Libertad” se observa que gran parte de las madres incumple con la lactancia materna exclusiva, por el tipo de actividad laboral que realizan, casi siempre dejan a sus niños al cuidado de un familiar y la forma más cómoda que encuentran para alimentar al niño es darle algún alimento líquido con un biberón; pocas madres creen que podrán llevar una lactancia materna exclusiva de forma eficiente.

Por todo lo mostrado anteriormente, realizamos este estudio con el propósito de determinar la relación entre la autoeficacia percibida y la

práctica de lactancia materna en menores de 2 años de madres usuarias del centro de salud “La Libertad”, Huancayo – 2018.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la relación entre la autoeficacia percibida y la práctica de lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del centro de salud “La Libertad” de Huancayo en el 2018?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuál es la relación entre la autoeficacia percibida en la dimensión logro de desempeño con la práctica de la lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del centro de salud “La Libertad” de Huancayo en el 2018?
- ¿Cuál es la relación entre la autoeficacia percibida en la dimensión experiencias sustitutas con la práctica de la lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del centro de salud “La Libertad” de Huancayo en el 2018?
- ¿Cuál es la relación entre la autoeficacia percibida en la dimensión persuasión verbal con la práctica de la lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del centro de salud “La Libertad” de Huancayo en el 2018?
- ¿Cuál es la relación entre la autoeficacia percibida en la

dimensión estados fisiológicos con la práctica de la lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del centro de salud “La Libertad” de Huancayo en el 2018?

1.3. OBJETIVOS.

1.3.1. OBJETIVO GENERAL.

Determinar la relación entre la autoeficacia percibida y la práctica de lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del centro de salud “La Libertad” de Huancayo.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Establecer la relación entre la autoeficacia percibida en la dimensión logro de desempeño con la práctica de la lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del centro de salud “La Libertad” de Huancayo en el 2018.
- Relacionar la autoeficacia percibida en la dimensión experiencias sustitutas con la práctica de la lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del centro de salud “La Libertad” de Huancayo en el 2018.
- Relacionar la autoeficacia percibida en la dimensión persuasión verbal con la práctica de la lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del centro de salud “La Libertad” de Huancayo en el 2018.
- Relacionar la autoeficacia percibida en la dimensión estados

fisiológicos con la práctica de la lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del centro de salud “La Libertad” de Huancayo en el 2018.

1.4. LIMITANTES DE LA INVESTIGACIÓN.

1.4.1. LIMITANTE TEÓRICO.

Son muy escasas las investigaciones realizadas en referencia a la autoeficacia para la lactancia materna a nivel de Latinoamérica y en el ámbito nacional, esto genera escasa evidencia y datos sobre este problema a nivel nacional y regional.

1.4.2. LIMITANTE TEMPORAL.

Por ser un estudio transversal, en donde se recopilaron los datos en un espacio de tiempo corto.

1.4.3. LIMITANTE ESPACIAL.

El estudio se limitará a los beneficiarios de un centro de salud del distrito/provincia de Huancayo de la región Junín; por lo que; los resultados no podrían ser generalizados ni extrapolados para poblaciones mayores.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.

Vincent A, en el 2015 “Efecto de la autoeficacia de la lactancia materna en la iniciación, exclusividad y duración de la lactancia” en madres de un hospital de Washington, EEUU; con el objetivo de examinar los efectos de un programa de autoeficacia en la lactancia materna en madres usuarias del hospital, para lo cual realizaron un estudio cuasiexperimental considerando 30 madres como grupo experimental y 30 como grupo control, en el grupo experimental se aplicó un programa educativo que promovía el sentido de autoeficacia; a ambos grupos antes y después de la intervención se aplicó “La Forma Breve de la Escala de Autoeficacia de la Lactancia (BSES-SF)”, los hallazgos clave indicaron que los participantes en la clase de lactancia demostraron un aumento estadísticamente significativo en la confianza en la lactancia después de la intervención ($t = 9.55, p = 0.00$); también se destaca que las enfermeras están en condiciones de mejorar la lactancia materna mediante la aplicación de intervenciones educativas que mejoren la autoeficacia de las madres para la lactancia materna (10).

Hernandez I, en el 2014 “Comportamiento de aculturación, autoeficacia y lactancia materna en una muestra de mujeres hispanas” en madres lactantes migrantes del Sur de La Florida,

EEUU, con el objetivo de examinar la asociación de la aculturación y autoeficacia en el comportamiento de la lactancia materna de una muestra de mujeres hispanas, para lo cual realizó un estudio descriptivo transversal, sobre un población de 1200 madres escogió una muestra de 224, en quienes aplicó la encuesta de “exploración de los roles de la autoeficacia y el apoyo social” así como “El test de las medidas de aculturación y el comportamiento de la lactancia materna”; se encontró que los resultados de la lactancia materna y la autoeficacia parental tienen una correlación positiva significativa, con una mayor autoeficacia de las madres se incrementa la intensidad de la lactancia materna. Asimismo, se determina que la educación sobre la lactancia para las madres debe incluir a padres y familiares para aumentar el apoyo y disipar los mitos culturales, además se debe explorar el valor que se otorga a la lactancia materna exclusiva y la identificación de las barreras específicas (11)

Otsuka K, Wakutani K, Taguri M, en el 2014 “Eficacia de una intervención de autoeficacia en lactancia materna: ¿las prácticas hospitalarias hacen la diferencia?” en hospitales de Tokio, con el objetivo de evaluar el efecto de una intervención sobre la autoeficacia de la lactancia materna y la lactancia materna exclusiva, y además evaluó la diferencia en su efecto por tipo de rutina hospitalaria, para lo cual se realizó un estudio de intervención reclutándose a 781 mujeres embarazadas de 2 hospitales certificados para niños y 2 hospitales no amigables para niños en Japón, se realizó una intervención de autoeficacia al grupo experimental y una intervención cotidiana al grupo control; entre los resultados, se encuentra que la intervención

mejoró la autoeficacia de la lactancia materna ($p = 0,037$) y la tasa de lactancia materna exclusiva (OR: 2,32; IC del 95%: 1,01 a 5,33), se destaca que la expectativa de la madre influye en la puesta en marcha, la dirección de la lactancia, con la persistencia y los esfuerzos necesarios se alcanza el éxito de la lactancia materna; se concluye en que se debe de implementar las intervenciones de autoeficacia de la lactancia materna para optimizarse las prácticas de alimentación infantil del hospital. (12)

Rowe S, en el 2015 “Autoeficacia de la lactancia materna en una muestra de mujeres, bebés y niños participantes”, en un programa especial de nutrición suplementaria para mujeres, infantes y niños (WIC) de Carolina del Norte, EEUU; con el objetivo de determinar el puntaje de autoeficacia de la lactancia materna y evaluar si existía una relación entre las puntuaciones de autoeficacia de la lactancia materna y el inicio y la duración de la lactancia materna en una muestra de mujeres inscritas en un programa de WIC, el estudio fue descriptivo simple de corte transversal; consideraron una muestra de 525 madres de donde seleccionaron a 103, a los que se les administró “La Escala Breve de Autoeficacia de la Lactancia Materna (BSES-SF)”, los hallazgos indicaron que las mujeres inscritas en WIC tuvieron sensaciones moderadas de autoeficacia de la lactancia materna a las seis semanas después del parto, los resultados respaldan una relación positiva entre las puntuaciones más altas de autoeficacia de la lactancia materna y la mayor duración de la

lactancia; asimismo se destaca que la autoeficacia requiere integrar subcompetencias cognitivas, sociales y conductuales encaminadas a alcanzar el propósito de una buena lactancia materna, esto se consiguen después de un esfuerzo perseverante en el que se ensayan estrategias y actividades alternativas; las madres inseguras pueden abandonar rápidamente la lactancia materna si con los esfuerzos iniciales que ha puesto en marcha no obtienen los resultados esperados (13)

Davis R, en el 2013 “La educación prenatal en lactancia materna impacto en la lactancia materna exclusiva en el hospital: un examen de la autoeficacia, la experiencia anterior y la intención como factores contribuyentes”, en el hospital de mujeres Chapel Hill de Carolina del Norte, EEUU, con el objetivo de examinar si la educación prenatal sobre la lactancia materna, posiblemente mediada por la autoeficacia de la lactancia materna, está asociada con la lactancia materna exclusiva durante la estadía en el hospital; para lo cual realizó un estudio pre experimental en una población de 76 madres usuarias del hospital las que participaron de un programa educativo que reforzaba la autoeficacia; antes y después de la intervención les aplico la “Escala de autoeficacia con la lactancia materna” entre los resultados se remarca que: un elevado nivel de autoeficacia predice una lactancia materna exclusiva; también se encuentra que: la intencionalidad, que la madre tenga como propósito alimentar adecuadamente a su niño e integrar esto a sus planes de acción

favorece la lactancia materna; la premeditación, pues sus planes de lactancia se anticipan a posibles eventos futuros; autorreacción, ante el curso que va tomando la lactancia se van haciendo determinados ajustes y la capacidad metacognitiva en donde la madre pueda examinar su funcionamiento personal en la lactancia y encontrarle un sentido positivo (14)

Germano R, De Sá Guimarães C, Azevedo F, en el 2017 “Autoeficacia de la lactancia materna y duración de la lactancia materna exclusiva entre madres adolescentes” en madres de usuarias de hospitales de São Paulo, Brasil; con el objetivo de verificar la asociación entre la autoeficacia de la lactancia materna de las madres adolescentes y la duración de la lactancia materna exclusiva, para lo cual llevaron a cabo un estudio longitudinal y prospectivo; después de ubicar una muestra de 520 madres, eligieron una muestra de 150, a las que les aplicaron la versión brasileña de la “Escala de autoeficacia de la lactancia materna” que se administró a través del contacto telefónico a los 30, 60 y 180 días posparto para evaluar la alimentación infantil, el 56.90% presentó un alto nivel de autoeficacia de la lactancia materna, la prevalencia de la lactancia materna exclusiva fue del 62% a los 30 días, 52.59% a los 60 días y 16% a los 180 días, las madres con alto sentido de autoeficacia son las que persistían en la lactancia materna postparto; hubo una asociación significativa entre la confianza y la duración de la lactancia materna exclusiva, se concluye que la confianza es un factor predictivo de la

prevalencia de la lactancia materna exclusiva entre las madres, existe una necesidad evidente de utilizar esta estrategia para mejorar la prevalencia de la lactancia materna (47).

Castro Huamaní R, Ordoñez Torres LL.(2015) “Actitud frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al centro de salud de San Cristóbal, Huancavelica – 2014. Las actitudes son la reacción evaluativa favorable o desfavorable hacia algo o alguien, que se manifiesta en nuestras creencias, sentimientos o conductas proyectadas. El objetivo: fue Determinar la actitud frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al centro de salud de salud de San Cristóbal-Huancavelica, 2014. Material y Método: El estudio fue de tipo básica o pura; nivel descriptivo, método: descriptivo, estadístico, bibliográfico, inductivo y deductivo; el diseño de investigación no experimental, transversal y descriptivo. La población estuvo conformada por 30 madres adolescentes con lactantes menores de 6 meses que acuden al centro de salud San Cristóbal, la muestra fue censal; para la recolección de datos se utilizó la técnica psicométrica y su instrumento de medición fue la escala tipo Likert. Resultados: En la actitud en general se encontró que el 56.7% (17) de madres adolescentes muestran una actitud medianamente favorable, 23.3% (7), desfavorable y 20% (6) , favorable; en la dimensión cognitiva el 53,3%(16) presentan una actitud medianamente favorable, 26,7%(8), favorable y 20,0%(6), desfavorable; en la dimensión afectiva se

encontró que el 63,3%(19) de madres adolescentes presentan una actitud medianamente favorable, 20,0%(6), desfavorable y 16,7%(5), favorable; y en la dimensión conductual el 46,7%(14) de madres adolescentes presentan una actitud medianamente favorable, 30,0%(9), favorable y 23,3%(7), desfavorable. Conclusiones: La mayoría de las madres tiene actitud medianamente favorable frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva; ello implica que la mayoría tiene una disposición a favor de esta práctica; lo cual favorece el desarrollo y crecimiento del niño, logrando con ello disminuir la desnutrición infantil, para que el futuro sea un niño fuerte y sano.

2.2. MARCO

2.2.1. TEÓRICO.

Autoeficacia.

La autoeficacia es un concepto que introdujo Albert Bandura, un psicólogo ucraniano-canadiense que nació en 1925. En 1986, elaboró la Teoría del Aprendizaje Social, referente a la regulación de la motivación y la acción humana, que implica tres tipos de expectativas: las expectativas de situación-resultado, las expectativas de acción-resultado y la autoeficacia percibida.

La autoeficacia, o las creencias en tus habilidades para tratar con las diferentes situaciones que se presentan, juega un rol importante no solamente en la manera de sentirte respecto a

un objetivo o tarea, sino que será determinante para conseguir o no las metas en tu vida. El concepto de autoeficacia es un aspecto central en la psicología, ya que enfatiza el rol del aprendizaje observacional, la experiencia social, y el impacto en el desarrollo personal de una persona.

En la teoría de Albert Bandura, se defiende que la autoeficacia es un constructo principal para realizar una conducta, ya que la relación entre el conocimiento y la acción estarán significativamente mediados por el pensamiento de autoeficacia. Las creencias de autoeficacia, es decir, los pensamientos que tiene una persona sobre su capacidad y autorregulación para poner en marcha dichas conducta serán decisivas.

De esta manera, las personas estarán más motivadas si perciben que sus acciones pueden ser eficaces, esto es si hay la convicción de que tienen habilidades personales que les permitan regular sus acciones. Bandura considera que influye a nivel cognitivo, afectivo y motivacional. Así, una alta autoeficacia percibida se relaciona con pensamientos y aspiraciones positivas acerca de realizar la conducta con éxito, menor estrés, ansiedad y percepción de amenaza, junto con una adecuada planificación del curso de acción y anticipación de buenos resultados.

El papel de la Autoeficacia.

Todo el mundo puede identificar los objetivos que quieren lograr o los aspectos de su vida que les gustaría cambiar. Sin embargo, no todos piensan que llevar estos planes a la acción es algo fácil. Las investigaciones han demostrado que la autoeficacia de cada individuo juega en un papel importante a la hora de afrontar una meta, tarea o desafío.

Los individuos con una autoeficacia alta están muy interesados en las tareas en las que participan, ven los problemas como desafíos estimulantes, experimentan un compromiso elevado hacia sus intereses y actividades, y se recuperan rápido de sus fracasos. Por el contrario, los individuos con una autoeficacia baja o débil: evitan tareas u objetivos desafiantes, piensan que las metas difíciles están fuera de su alcance, e interpretan los fracasos como algo personal.

Desarrollo de la Autoeficacia.

Las creencias de autoeficacia se desarrollan en edades tempranas de la infancia mientras se viven diferentes experiencias o situaciones. No obstante, el desarrollo de la autoeficacia no termina en la infancia o la adolescencia, sino que continúa su evolución a lo largo de la vida mientras la gente adquiere nuevas habilidades, conocimiento, o vive nuevas experiencias.

Las creencias de autoeficacia se forman a partir de la información aportada por un total de cuatro fuentes:

1. Los logros de ejecución.

Las experiencias pasadas constituyen la fuente de información de autoeficacia más importante, ya que se basan en la comprobación del dominio real. Repetir el éxito en determinadas tareas aumenta las evaluaciones positivas de autoeficacia mientras que los fracasos repetidos las disminuyen, especialmente cuando los fracasos no pueden a circunstancias externas.

2. Experiencia vicaria u observación.

El modelado es importante ya que al ver (o imaginar) a otras personas ejecutar exitosamente ciertas actividades, una persona puede llegar a creer que el mismo posee las capacidades suficientes para desempeñarse con igual éxito. Esta fuente de autoeficacia adquiere particular relevancia en los casos en los cuales los individuos no tienen un gran conocimiento de sus propias capacidades o tienen poca experiencia en la tarea a realizar.

3. Persuasión verbal.

La persuasión verbal es otra importante fuente de autoeficacia, especialmente en aquellas personas que ya disponen de un nivel elevado de autoeficacia y necesitan solamente de un poco más de confianza para realizar un esfuerzo extra y lograr el éxito.

4. Estado fisiológico del individuo.

Los múltiples indicadores de activación autonómica, así como los dolores y la fatiga pueden ser interpretados por el individuo como signos de su propia ineptitud. En general las personas tienden a interpretar los estados elevados de ansiedad como signos de vulnerabilidad y como indicadores de un bajo rendimiento. El humor o los estados emocionales también van a tener impacto en cómo uno va a interpretar las experiencias. (17)

2.2.2. CONCEPTUAL.

2.2.1.1 AUTOEFICACIA PARA LA LACTANCIA MATERNA

Desde el estudio de Dennis y Faux, el tema de la autoeficacia de la lactancia materna ha proporcionado una perspectiva significativa para comprender la complejidad de la lactancia materna exitosa. La confianza en la lactancia también es un constructo que ha aparecido comúnmente en la literatura tanto cualitativa como cuantitativa. Los términos "confianza en la lactancia" y "autoeficacia en la lactancia" parecen haber sido intercambiables en la literatura en un momento, sin embargo, ahora parece que la construcción de "confianza en la lactancia materna" es el antecedente de la "autoeficacia de la lactancia materna", que tiene una base teórica sólida (18)

2.2.1.2 CONFIANZA EN LA LACTANCIA MATERNA

Las expectativas de las mujeres sobre la lactancia materna se basan en su exposición previa a las actitudes, la información y las normas sociales relacionadas con la lactancia materna. Esto guía el desarrollo de la confianza cuando comienza la lactancia materna, pero solo cuando la experiencia de amamantar progresa según lo esperado. (19)

El estudio cualitativo de Grassley establece que el desarrollo de la confianza se interrumpe cuando se experimentan desafíos al establecimiento de la lactancia materna. El autor, identifica factores como el comportamiento infantil y la tecnología compleja de la lactancia como factores que contribuyen a la interrupción del desarrollo de la confianza en la lactancia materna. Además, las mujeres que participaron en dicho estudio experimentaron muchas opiniones de los demás y se sintieron abrumadas. Se sabe que los desafíos de la lactancia materna que se interpretan como negativos pueden hacer que las mujeres que necesitan atención hospitalaria durante la crianza temprana reciban apoyo psicológico. Por lo tanto, se puede concluir que las expectativas realistas producen una mayor confianza en la lactancia materna (20)

Papinczak y Turner midieron la confianza en la lactancia materna en un estudio longitudinal australiano, con 159 participantes. La medición de la confianza se obtuvo con

un solo artículo de autoemisión de tres puntos "bajo", "medio", "alto". La primera medición fue antes de que las mujeres dejaran el hospital, y las mujeres autocalificaron su confianza en la lactancia materna para amamantar durante hasta nueve meses (21)

Las mujeres que intentaron acceder a la Asociación de Madres de Enfermería (actualmente Asociación Australiana de Lactancia Materna) tenían significativamente más probabilidades de amamantar a los seis meses, lo que demuestra que la intención y la confianza preexistentes son vitales para lograr una duración prolongada de la lactancia (22)

El valor de esa investigación está limitado por la exclusión de los participantes que estaban "angustiados" después del parto, pero también porque incluía a madres de bebés prematuros, un factor potencialmente contundente. Sin embargo, esta literatura es importante por su contribución a la comprensión de la intención preexistente y la confianza en la lactancia materna. La intención de amamantar y la confianza están relacionadas con la motivación, las expectativas de resultados y los rasgos positivos de personalidad, todos componentes vitales de la autoeficacia (23, 24)

2.2.1.3 EXPERIENCIAS DE DOMINIO ACTIVO

De acuerdo con, Según Binns C, Scott J. Breastfeeding, la experiencia de dominio activo requiere un procesamiento cognitivo activo cada vez que se emprende la tarea y

facetas como la percepción, la memoria, el afrontamiento, la motivación y el aprendizaje contribuyen a ese procesamiento cognitivo. Muchos factores demográficos no modificables que dan forma a la experiencia de vida de la madre informan las facetas del procesamiento cognitivo, que incluyen: la edad materna; nivel de educación formal; paridad; y el nivel de ingresos del hogar (25)

La expectativa de resultado del individuo también es fundamental para el procesamiento cognitivo. La expectativa de resultados de que la lactancia materna asegure un bebé sano, bien alimentado y establecido se ve desafiada por el fenómeno de la falta de suministro de leche percibida, que ahora se discutirá. El suministro insuficiente de leche percibido (PIMS) es un fenómeno común en la literatura. (26)

Es un excelente ejemplo de un posible fracaso de la experiencia de dominio activo en acción, un ciclo negativo de pensamientos y evaluación en torno a la experiencia de amamantamiento de la mujer. Curiosamente, hubo una gran diferencia entre la tasa de suministro insuficiente de leche percibida en Australia en el 23% y el 73% en Japón. (27)

El mecanismo cognitivo por el cual juzgan que es insuficiente incluye la expectativa de resultado de que el bebé debe establecerse y aumentar de peso, algunas

mujeres perciben que tienen un suministro insuficiente de leche, lo que puede llevar a que las mujeres recurran a suplementos o que retiren al bebé de la leche materna y lo conviertan en alimentación artificial.

2.2.1.4 MODELADO VICARIO

La segunda fuente clave de autoeficacia es la experiencia vicaria. La experiencia indirecta se obtiene a través del modelado por parte de los compañeros. La estructura del apoyo de la lactancia materna para obtener mejores resultados de la lactancia materna ha sido un tema de interés en la literatura. (28)

Algunas investigaciones sugieren que el apoyo entre pares basado en el grupo, en ciertos países, conduce a una mejor aceptación de ese apoyo que el apoyo uno a uno. En Gran Bretaña se observó en particular que las mujeres preferían el apoyo grupal, una combinación de apoyo profesional habitual y apoyo entre iguales es más efectiva que la atención habitual sola. (29)

Se ha descubierto que factores como la edad y la paridad son importantes para predecir los resultados de la lactancia materna. Un estudio de apoyo de consejería entre pares muestra que la duración de la lactancia materna se asoció significativamente con el aumento de la edad materna y la experiencia personal de amamantamiento. (30)

Aunque estos factores se considerarían una experiencia de dominio en activo, está claro que para las mujeres que

son jóvenes Sin experiencia personal de amamantamiento, el apoyo mutuo como experiencia vicaria a través del modelado es una valiosa fuente de autoeficacia. Las diferencias en la utilidad del apoyo entre iguales y lo que las mujeres preferirían se confirman en otro estudio cualitativo de apoyo profesional y de pares. (31)

2.2.1.5 PERSUASIÓN SOCIAL Y VERBAL

La tercera fuente de autoeficacia de la lactancia materna es la persuasión social y verbal. La educación sobre la lactancia materna, el apoyo de la pareja, los padres, amigos y compañeros son todas fuentes potencialmente modificables de persuasión social y verbal que informan la autoeficacia de la lactancia materna.

Se ha establecido en la literatura que la percepción de las mujeres sobre el asesoramiento / educación sobre la lactancia materna puede ser positiva o negativa. La investigación de Graffy y Taylor identificó que el tipo de asistencia que reciben las mujeres cuando experimentan dificultades con la lactancia es crucial. (31)

Este gran ensayo controlado aleatorizado tuvo un componente cualitativo y 654 participantes, incluidas solo las madres que informaron haber dado el pecho con éxito por primera vez. Por lo tanto, se incluyeron tanto las primíparas como aquellas multíparas que no habían amamantado con éxito antes. Los temas emergentes de las prácticas útiles incluyeron una ayuda práctica

consistente de buena calidad con el posicionamiento y el enganche al seno, y consejos sobre cómo tratar los pezones adoloridos y la hinchazón. Sin embargo, los participantes encontraron varias cosas que no fueron útiles durante su experiencia de amamantar, incluida la sensación de presión para amamantar y hacer que se sintieran culpables por la alimentación con biberón.

Los resultados de Graffy y Taylor (25) muestran que la persuasión de los médicos para continuar amamantando frente a los desafíos podría ser vista por algunas mujeres como estímulo (positivo), o por otros como coerción (negativa), correlacionando con los hallazgos mencionados anteriormente por Grassley. (20)

Los hallazgos de Graffy y Taylor muestran una de las principales fuentes de autoeficacia en acción: la persuasión verbal y social y las posibles consecuencias negativas de la coerción poco realista para amamantar. La literatura proporciona amplia evidencia de la contribución del apoyo profesional a las mujeres que amamantan, y la percepción de las mujeres sobre esto se ha planteado como un problema. El apoyo profesional es una forma de persuasión social y verbal porque contribuye a la percepción del individuo de que la lactancia materna es la norma cultural. En un metaanálisis de 20 estudios experimentales o cuasiexperimentales de 10 países con un total de 23 712 participantes, se observó que el

resultado de la duración de la lactancia materna aumentaba con la prestación de servicios de apoyo a la lactancia materna. (31)

La educación sobre la lactancia materna es un factor modificable de la autoeficacia de la lactancia materna, ya que se ha demostrado en estudios que los niveles pueden aumentarse con intervenciones.

La utilidad de la educación y el apoyo a la lactancia materna durante la primera semana de lactancia debe considerarse una prioridad de la investigación. Varios investigadores han cuestionado si el apoyo profesional es la forma más efectiva de ayudar a las mujeres que amamantan, sin embargo, a veces las limitaciones de las rutinas hospitalarias firmemente establecidas pueden afectar la percepción de las mujeres sobre la calidad de esta educación.

También se incluye en la literatura evidencia del apoyo de la lactancia proporcionada por parejas, padres, hermanos y otros miembros de la familia, que pueden identificarse claramente como fuentes de persuasión social y verbal para la autoeficacia. Si bien el apoyo de los abuelos y la familia es importante, la literatura muestra que es el padre del niño el que tiene mayor influencia en las decisiones de alimentación de las madres. Por lo tanto, se puede concluir que el apoyo ofrecido por el padre del niño es un excelente ejemplo de persuasión social en acción.

2.2.1.6 EXPERIENCIAS SOMÁTICAS

Las experiencias somáticas como la fatiga, el estrés y el dolor constituyen la cuarta fuente principal de información sobre la autoeficacia. La experiencia subjetiva del dolor es un desafío materno que puede conducir a la decisión de utilizar técnicas de alimentación alternativas. Es ampliamente aceptado en la literatura que el dolor en el período posparto afecta significativamente a las madres primerizas y puede persistir durante semanas, el dolor del pezón, junto con el dolor perineal, el dolor de la cesárea y el dolor por contracción uterina (placenta), con frecuencia ocurren en el período posparto.

2.2.2. CONCEPTUAL.

LOS BEBÉS NACIERON PARA SER AMAMANTADOS, lo que significa que la lactancia materna es la norma biológica para las madres y los bebés, durante el primer año de vida, los bebés alimentados con leche no humana tienen una mayor incidencia de: enfermedades respiratorias, que incluyen neumonía y bronquitis; diarrea y otras enfermedades digestivas; infecciones del oído (hasta cuatro veces más); infecciones del tracto urinario; meningitis; síndrome de muerte infantil súbita. Los bebés privados de los anticuerpos vivos de la leche materna se enferman con mayor frecuencia, tienen enfermedades más graves y son hospitalizados con mayor frecuencia y durante más tiempo; la

lactancia materna exclusiva durante seis meses podría prevenir el 13 por ciento de las muertes infantiles, o salvar a 1.3 millones de niños anualmente (30).

LACTANCIA Y ENFERMEDAD, los adultos que fueron alimentados con leche de fórmula tienen una mayor incidencia de: alergia, asma, diabetes, leucemia, enfermedad celíaca, cánceres, obesidad. La lista de problemas de salud asociados con la fórmula sigue creciendo. De hecho, cuanto más aprendemos, más claro es que para que el sistema inmunológico de un bebé se active completamente después del nacimiento, se necesitan los anticuerpos vivos de la leche materna durante al menos los primeros doce meses de vida. Más que comida la leche es buena comida para su bebé, por supuesto, pero es mucho más. Al nacer, el cuerpo del bebé espera recibir los componentes vivos únicos que se encuentran en la leche materna. Si el bebé recibe leches no humanas, le faltarán muchos ingredientes esenciales para el funcionamiento normal del cuerpo (31).

LACTANCIA Y FUNCIÓN INMUNE NORMAL, el papel de la leche temprana, conocida como calostro, que se encuentra en los senos durante el embarazo y después del nacimiento es la primera inmunización del bebé debido a los muchos factores inmunitarios que contiene, estos son especialmente importantes para el bebé durante las primeras semanas fuera de la protección de su matriz, cuando es más vulnerable a las infecciones y enfermedades. Los humanos recibimos suficiente protección contra enfermedades e infecciones antes de nacer para sobrevivir sin el calostro, como muchos de los que no recibimos el calostro

como lo atestiguan los bebés. Pero, aunque podamos vivir sin ella, la calidad de vida sufre. Un recién nacido que no recibe el calostro de su madre es un recién nacido en riesgo. Los factores inmunes, tanto en su calostro como en su leche madura (macrófagos, leucocitos, IgA secretora, y más) se unen a los microbios e impiden que entren en los delicados tejidos de su bebé. Destruyen a los microorganismos y bloquean la inflamación. También promueven el crecimiento normal del timo de su bebé, un órgano dedicado exclusivamente al desarrollo de la función inmunológica normal. El timo en un bebé que se alimenta con leches no humanas es de tamaño subnormal, en promedio solo la mitad del tamaño del timo de un bebé alimentado exclusivamente con leche materna (32).

LACTANCIA Y DIGESTIÓN, La leche humana también desempeña un papel único en la salud digestiva. El sistema digestivo de un recién nacido es estéril e inmaduro al nacer y necesita ayuda para crear el ambiente adecuado para la digestión y el desarrollo normal. Desde el principio, el calostro crea este ambiente normal en el sistema digestivo de su bebé al estimular el crecimiento de bacterias buenas (la flora bífida). Esta buena bacteria es responsable del olor suave de las heces de un bebé amamantado. Un ambiente intestinal normal desalienta el crecimiento de bacterias dañinas y ayuda a que el sistema inmunológico del bebé se desarrolle adecuadamente. Si se administra incluso una pequeña cantidad de fórmula u otros alimentos, esto cambia la flora intestinal de tal manera que dentro de las veinticuatro horas se parece a la de un adulto, que es más

vulnerable a las bacterias dañinas y las infecciones. Una de las funciones más importantes del calostro es sellar el intestino del recién nacido para evitar que las bacterias dañinas se adhieran y penetren. Las uniones entre las células del tracto intestinal de su bebé están mucho más abiertas al nacer que incluso varias semanas después. Mientras que estas uniones están abiertas, el bebé es vulnerable a los desencadenantes de alergias (antígenos) que pasan a través de las membranas intestinales y causan sensibilización. La introducción de proteínas extrañas demasiado pronto, como las que se encuentran en la leche de vaca y en las fórmulas a base de soya, puede provocar alergia o intolerancia a los alimentos durante el primer año (33).

INICIO DE LA LACTANCIA, inmediatamente después de que nace él bebe se le coloca en el vientre de su madre. Se acuesta boca abajo y tiene la oportunidad de acostumbrarse al mundo que la rodea, de respirar por su cuenta, de acostumbrarse a los sonidos más fuertes del mundo exterior, de adaptarse a la luz. Mientras está en el vientre de su madre, se siente reconfortada por el familiar olor de su madre y el sonido de su voz. Después de que el haya tenido un tiempo para adaptarse al mundo exterior, el nuevo bebé comienza a moverse a propósito. Empujando con sus pies, lentamente se mueve hacia arriba por el cuerpo de su madre. Él viaja por sus propios esfuerzos, lenta pero seguramente hacia el pecho de su madre. Se siente alentada por el sonido de la voz de mamá y por su olor. Cuando el bebé llega a su destino, inclinando la cabeza, abre la boca, se adhiere al pecho y comienza a succionar. Los recién nacidos poseen esta

extraordinaria capacidad para auto afiliarse (34).

INSTINTO MATERNO PARA LA LACTANCIA, el cuerpo de la madre está diseñado para responder al bebé. A medida que sostiene al bebé, la temperatura de la piel sube o baja, dependiendo de la temperatura del bebé. En otras palabras, el cuerpo ayuda a modular la temperatura corporal del bebé. Los pezones son sensibles y se ponen erectos al tacto del bebé, lo que facilita la localización de los senos para el bebé. La lactancia libera la hormona oxitocina en el torrente sanguíneo, lo que hace que desee estar cerca del bebé. Cuando los niveles de oxitocina están elevados, aparece la necesidad de acariciar, tocar y calmar al bebé. También hace que los senos liberen leche (35).

2.2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Interrupción de la lactancia:** sustitución de la alimentación con leche materna por sucedáneos de la leche materna
- **Duración de la lactancia:** "La duración es el período de lactancia, incluida la lactancia materna durante la etapa inicial de lactancia exclusiva y cualquier período de alimentación complementaria hasta el destete"
- **Iniciación de amamantamiento:** Proporcionar al bebé la primera alimentación con leche humana
- **Sustitutos de la leche materna:** Cualquier leche o sustancia utilizada para reemplazar la nutrición de la leche humana; excluye medicamentos.
- **Alimentación complementaria:** Introducción de alimentos sólidos junto con alimentos para la leche materna; generalmente alrededor

de los 6 meses de edad.

- **Suplementación:** Reemplazo de la leche humana con sustitutos de la leche materna o la adición de sustitutos de la leche materna a la dieta del bebé.

CAPITULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPÓTESIS.

3.1.1. HIPÓTESIS GENERAL.

La relación entre la autoeficacia percibida y la práctica de lactancia materna es buena en madres de menores de 2 años usuarias del centro de salud “La Libertad” de Huancayo en el 2018.

3.1.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.

- La autoeficacia percibida en la dimensión logro de desempeño con la práctica de la lactancia materna es buena en madres de menores de 2 años usuarias del centro de salud “La Libertad” de Huancayo en el 2018.
- La autoeficacia percibida en la dimensión experiencias sustitutas con la práctica de la lactancia materna es buena en madres de menores de 2 años usuarias del centro de salud “La Libertad” de Huancayo en el 2018.
- La autoeficacia percibida en la dimensión persuasión verbal con la práctica de la lactancia materna es buena en madres de menores de 2 años usuarias del centro de salud “La Libertad” de Huancayo en el 2018.
- La autoeficacia percibida en la dimensión estados fisiológicos con la práctica de la lactancia materna es buena en madres de menores de 2 años usuarias del centro de

salud “La Libertad” de Huancayo en el 2018.

3.2. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES.

- **VARIABLE 1: Autoeficacia percibida**

Es el juicio personal que realiza la madre sobre su capacidad personal para organizarse y llevar la lactancia materna de la forma más conveniente para su niño.

- **VARIABLE 2: Práctica de lactancia materna**

Son las acciones para iniciar y mantener la lactancia de forma efectiva y garantizan la favorable nutrición del niño.

- **VARIABLES DE INTERVINIENTES:**

Edad de la madre

Número de embarazo

Número de hijos vivos

Tipo de parto

Término del embarazo

3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: AUTOEFICACIA PERCIBIDA

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Autoeficacia percibida	Es el juicio personal que realiza la madre sobre su capacidad personal para organizarse y llevar la lactancia materna de la forma más conveniente para su niño	Logro de desempeño	Son las experiencias anteriores exitosas que constituyen la fuente de información de autoeficacia, se basan en experiencias de dominio real, el éxito repetido en determinadas tareas aumenta las evaluaciones positivas de autoeficacia.	Lugar cómodo para amamantar	Cualitativo ordinal	POSIBLES VALORES: Buena autoeficacia= 0 – 12 Regular autoeficacia= 13 – 24 Mala Autoeficacia= 25– 36
				Resolver los problemas de tiempo y de trabajo		
				Facilidad para amamantar		
				Amamantar, aunque tuviera alguna mortificación		
				Amamantar en cualquier adversidad		
		Experiencias sustitutas	Es la percepción de otras personas que ejecutan exitosamente ciertas actividades, la madre puede llegar a creer que ella misma posee las capacidades suficientes para desempeñarse con igual éxito.	Motivación para amamantar		
				Necesidad de seguir dando pecho		
				Amamantando a mi hijo frente a otra mujer		
				Compromiso de darle el pecho a mi hijo ante mi madre		
		Persuasión verbal	Son las expresiones verbales que aportan razones y motivación para iniciar y continuar con la lactancia materna puede provenir de familiares, amigos y profesionales de salud.	Puedo hacer lo mismo que otras si me lo propongo		
				Amamantar lo necesario y ser el ejemplo		
				Continuar amamantando apoyada de familiares		
		Estados fisiológicos	Son los dolores, la fatiga, estados elevados de ansiedad y estrés que pueden ser interpretados por la madre como signos de su propia ineptitud.	Amamantar porque reconozco las ventajas		
				Buena salud y suficiente cantidad de leche		
				Me alimento bien para producir suficiente leche		
				Permanecer tranquila al amamantar		
Continuar amamantando, aunque tenga molestias						
Amamantar así tuviera grietas en los pezones						

VARIABLE DEPENDIENTE: PRÁCTICA DE LACTANCIA MATERNA

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Práctica de lactancia materna	Son las acciones para iniciar y mantener la lactancia de forma efectiva y garantizan la favorable nutrición del niño.	Disposición	Es el empeño y compromiso de la madre para llevar de forma óptima el amamantamiento del niño.	Amamanta con leche materna	Cualitativo ordinal	POSIBLES VALORES: Inadecuada= 0 – 11 Poco adecuada= 12 – 22 Adecuada = 23 – 32
				Dispuesta a continuar amamantando		
				Ha ofrecido leche artificial		
				Uso de otro tipo de alimento		
				Decisión de dejar de Amamantar		
				Se pone cómoda para dar de lactar		
				Busca la posición correcta para amamantar		
		Dificultades	Son las circunstancias que pueden constituirse en obstáculo para la adecuada práctica de la lactancia materna.	Por su trabajo		
				Por problemas familiares		
				Por poca cantidad de leche		
				Por qué el niño no acepta la leche		
		Facilidades	Son las circunstancias que favorecen la adecuada práctica de la lactancia materna.	Por problema del pezón		
				Del esposo y su familia		
				Sentirse bien y satisfecha		
				Ahorra de tiempo y dinero		
			Salud de su niño, le motiva			

CAPITULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

4.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

La investigación realizada fue: aplicada, cuantitativa, transversal, observacional.

Aplicada, porque procuró generar conocimientos con un propósito práctico, proyecta que el conocimiento producido mejore la práctica de la lactancia materna.

Cuantitativa, porque utilizó variables bien definidas, a las que le asigna magnitudes numéricas.

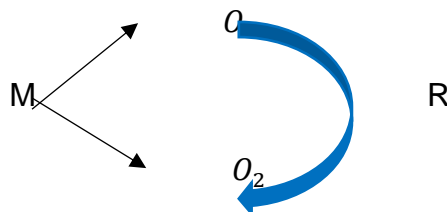
Transversal, porque se recogieron los datos en un solo momento y por única vez.

Observacional, los investigadores se limitaron a registrar los datos tal como se presentan en la realidad (36).

Nivel de la investigación, la investigación corresponde al nivel correlacional, porque se midieron dos variables y se estableció una relación estadística entre las mismas (correlación); asimismo se presume que la relación entre estas variables no es accidental, además no se manipularán las variables

4.1.2. DISEÑO.

La investigación realizada concierne a un estudio descriptivo correlacional que responde al siguiente esquema:



Dónde:

- O_1 = Conjunto de datos en referencia a la autoeficacia

percibida sobre la lactancia materna.

- O_2 = Conjunto de datos en referencia a las prácticas de la lactancia materna.
- R= Relación existente entre ambas variables.

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.

4.2.1. POBLACIÓN.

La población de referencia fueron 202 madres de niños de 0 a 24 meses cumplidos, que viven en la jurisdicción del Centro de Salud “La Libertad” en el 2018 y que cumplen con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

4.2.1.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Aquellas madres que están de acuerdo en participar con el estudio y firmaron el consentimiento informado.
2. Madres cuyos niños presentan un buen estado de salud.
3. Madres que traen de forma regular a sus niños a los controles de enfermería.
4. Madres que portan la cartilla de control.

4.2.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Madres que muestran poca colaboración con el estudio.
2. Madres con alguna alteración psicológica diagnosticada.
3. Madres con algún problema de salud física.
4. Madres que residan de forma ocasional en la jurisdicción del Centro de Salud “La Libertad”.

4.2.2. MUESTRA DEL ESTUDIO.

Para seleccionar a las madres que conformaron la muestra, se utilizó el método del muestreo aleatorio simple, de forma preliminar se calculó el tamaño muestral utilizando, la fórmula de tamaño muestral por proporciones, que responde a la siguiente expresión matemática:

$$n = \frac{(z_{\alpha/2})^2 \cdot p \cdot q}{e^2}$$

Dónde:

- $z_{\alpha/2}$: Z correspondiente al nivel de confianza elegido, que para el estudio será de 95% (1.96).
- p : Proporción de madres con adecuada autoeficacia percibida y que llevan una óptima lactancia materna (85 %, de acuerdo con Otsuka K, Wakutani K, Taguri M; 2014)
- q : Proporción de madres con adecuada autoeficacia percibida y que no llevan una óptima lactancia materna (15%)
- e : Error de estimación será de 0.05.

Reemplazados valores en la formula inicial, tenemos:

$$= \frac{(1.96)^2 \cdot 0.85 \times 0.15}{(0.05)^2}$$

$$n = \frac{3.8416 \times 0.1275}{0.0025}$$

$$n = 196$$

Por tratarse de una muestra finita:

$$n_f = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

$$n_f = \frac{196}{1 + \frac{196}{202}}$$

$$n_f = 99$$

Para prevenir posibles pérdidas de elementos de la muestra por diversos motivos, se consideró a 104 madres de niños, que viven en la jurisdicción del Centro de Salud “La Libertad” en el 2018.

4.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

4.3.1. TÉCNICAS

Para valorar la autoeficacia percibida, se utilizó como técnica la encuesta.

Para valorar las prácticas de la lactancia materna, se utilizó como técnica la encuesta.

4.3.2. INSTRUMENTOS.

a. Escala de autoeficacia percibida para la práctica de la lactancia materna (EAPLM).

Se utilizó como instrumento un cuestionario estructurado denominado “La escala de autoeficacia percibida para la práctica de la lactancia materna (EAPLM)” propuesto por Babler J, Schwarzer R, en el 1996, que obtuvo un alpha de Cronbach de 0.81 en población latina, y en población europea de 0.79 a 0.93, consta de 18 preguntas en escala tipo Likert que mide la competencia personal de las mujeres para amamantar a su hijo en forma exclusiva, la

escala se divide en cuatro subescalas que miden logros de desempeño con cinco reactivos (1, 2, 3, 4, 8), experiencias sustitutas con cinco reactivos (9,10,13,14, 15), persuasión verbal con tres reactivos (11, 12,16) y estados fisiológicos con cinco reactivos (5, 6, 7,17,18). La escala tiene tres niveles y va: 0 = Segura que si podría; 1 = No define si podría o no; 2 = Segura que no podría.

La escala tiene una puntuación de 0 hasta 110 de tal manera que a mayor puntaje mayor competencia para realizar la práctica de la lactancia materna y se interpreta del siguiente modo: de 0 – 12 = Buena autoeficacia; 13 – 24 = Regular autoeficacia; 25 – 36 = Mala autoeficacia.

Validez.

Peña M en el 2000 realiza la comprobación de la validez del instrumento, encontrando una KMO = 0,765 con un Coeficiente de Bartlett de 0.00 (32). Asimismo, Ponce V en el 2011, realizaron una adaptación a la población argentina y halló una KMO = 0,796 con un Coeficiente de Bartlett de 0.01 (33).

Confiabilidad.

Peña M en el 2000, comprobaron la confiabilidad con un alfa de Cronbach de 0.87. Así mismo Ponce V en el 2011 encontraron una confiabilidad con un alfa de Cronbach de 0.89.

b. Cuestionario de práctica de la lactancia materna.

Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un

cuestionario estructurado denominado “Cuestionario de práctica de lactancia materna”, propuesto por Peña M, de la Universidad Autónoma De Nueva León en el 2000; consta de 16 preguntas agrupadas en tres dimensiones que son: disposición (preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 15 y 16); dificultades (preguntas 6, 7, 8, 9 y 10) y Facilidades (preguntas 11, 12, 13 y 14).

Cada pregunta tiene las siguientes opciones de respuesta: 0 = Nunca; 1 = Casi nunca; 2 = De forma regular; 3 = Siempre.

Para el procesamiento se suman los valores obteniéndose un resultado que va de 0 a 64 y se interpreta del siguiente modo: 0 – 16 = mala; 17 – 47 = regular; 48 – 64 = buena.

Validez.

Peña M en el 2000 realiza la comprobación de la validez del instrumento, encontrando una KMO = 0,751 con un Coeficiente de Bartlett de 0.00.

Confiabilidad.

Peña M en el 2000, comprobaron la confiabilidad con un alfa de Cronbach de 0.88 (32).

4.4. ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE DATOS.

PROCESAMIENTO DESCRIPTIVO DE DATOS.

Con los datos obtenidos se construyó una base de datos con el programa Microsoft office Excel 2016, la cual fue transportada al programa estadístico SPSS V.24 para Windows para su análisis.

Para determinar la autoeficacia percibida, se contabilizaron los puntajes obtenidos y se construyeron tablas de frecuencia de forma

global y para cada una de las dimensiones, se calcularon estadísticos descriptivos y se buscaron variaciones para cada una de las variables de contraste.

Para establecer las prácticas de lactancia materna, se sumaron los puntajes obtenidos en cada uno de los ítems con lo que se construyeron tablas de frecuencia y gráficos de forma global y para cada una de las dimensiones, se hallaron estadísticos descriptivos y se indagaron diferencias para cada una de las variables de comparación.

PROCESAMIENTO INFERENCIAL DE DATOS

Para comprobar la asociación entre la autoeficacia percibida y la práctica de la lactancia materna, se calculó el coeficiente de correlación Rho de Spearman.

PROCEDIMIENTO A SEGUIR PARA PROBAR LAS HIPÓTESIS

- Se estableció la hipótesis nula y la alterna (H_0 , H_1).
- Se realizó los cálculos con el programa estadístico SPSS V.24.
- Se interpretó el resultado.

CAPITULO V
RESULTADOS

5.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS.

TABLA N° 5.1.1.

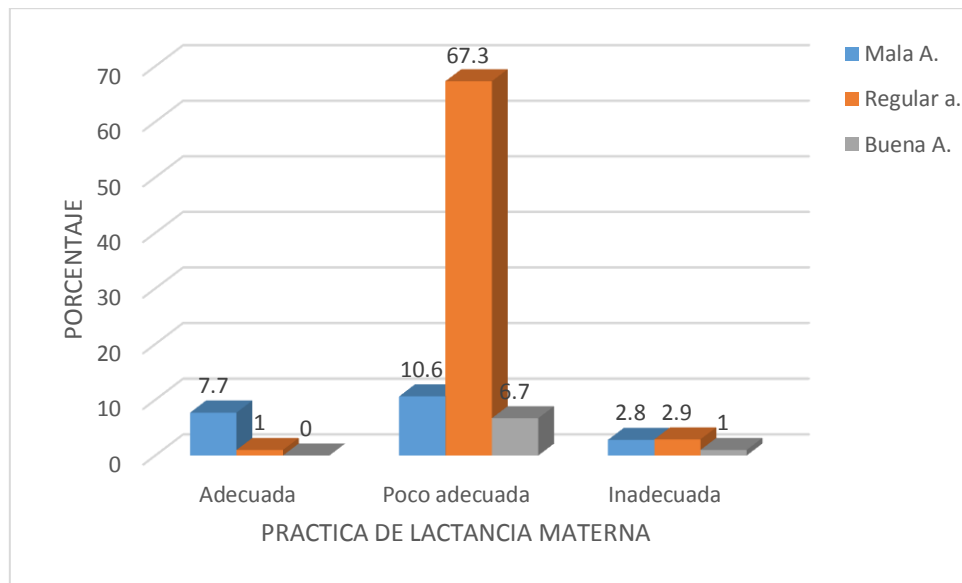
Autoeficacia percibida según práctica de lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del Centro de Salud La Libertad Huancayo – 2018.

AUTOEFICACIA PERCIBIDA	PRACTICA LACTANCIA MATERNA						Total	
	Adecuada		Poco adecuada		Inadecuada		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Mala autoeficacia	8	7,7	11	10,6	3	2,8	22	21,1
Regular autoeficacia	1	1,0	70	67,3	3	2,9	74	71,2
Buena autoeficacia	0	0,0	7	6,7	1	1,0	8	7,7
Total	9	8,7	88	84,6	7	6,7	104	100,0

Fuente: Escala de autoeficacia percibida para la práctica de la lactancia materna. Y Cuestionario de práctica de lactancia materna.

GRÁFICO N° 5.1.1.

Autoeficacia percibida según práctica de lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del Centro de Salud La Libertad Huancayo – 2018.



En la Tabla 5.1.1., Gráfico 5.1.1., se observa que el 71,2% de madres poseen regular autoeficacia percibida y el 67,3% tienen práctica de lactancia materna poco adecuada. Así mismo se observa que el 21,1% de madres poseen mala autoeficacia percibida y el 10,6% tienen práctica de lactancia materna poco adecuada.

TABLA N° 5.1.2.

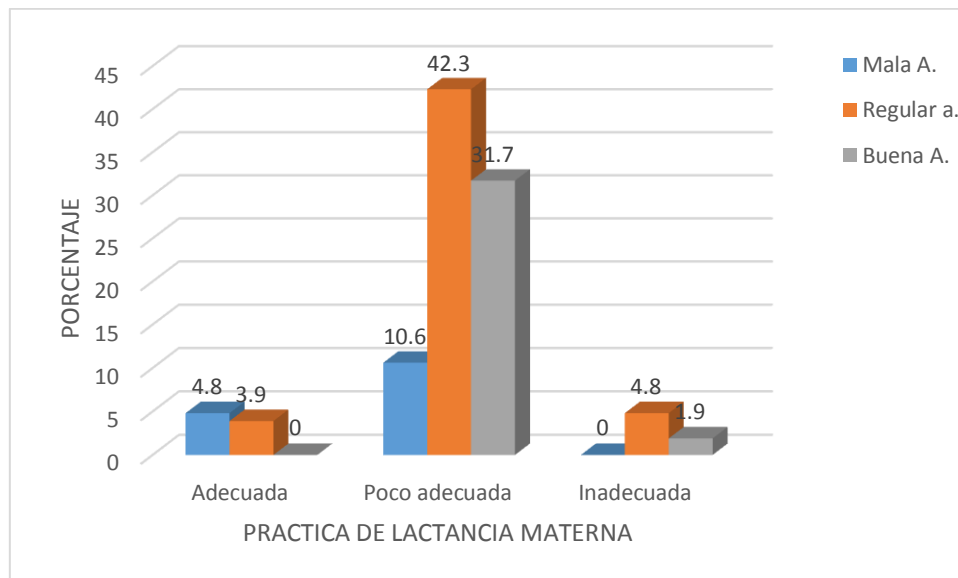
Autoeficacia percibida dimensión logro de desempeño según práctica de lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del Centro de Salud La Libertad Huancayo – 2018.

AUTOEFICACIA PERCIBIDA Logro de desempeño	PRACTICA LACTANCIA MATERNA						Total	
	Adecuada		Poco adecuada		Inadecuada			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mala autoeficacia	5	4,8	11	10,6	0	0,0	16	15,4
Regular autoeficacia	4	3,9	44	42,3	5	4,8	53	51,0
Buena autoeficacia	0	0,0	33	31,7	2	1,9	35	33,6
Total	9	8,7	88	84,6	7	6,7	104	100,0

Fuente: Escala de autoeficacia percibida para la práctica de la lactancia materna. Y Cuestionario de práctica de lactancia materna.

GRÁFICO N° 5.1.2.

Autoeficacia percibida dimensión logro de desempeño según práctica de lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del Centro de Salud La Libertad Huancayo – 2018.



En la Tabla 5.1.2., Gráfico 5.1.2., se observa que el 51,0% de madres poseen regular autoeficacia percibida en la dimensión logro de desempeño y el 42,3% tienen práctica de lactancia materna poco adecuada. Así mismo se observa que el 33,6% de madres poseen buena autoeficacia percibida y el 31,7% tienen práctica de lactancia materna poco adecuada.

TABLA N° 5.1.3.

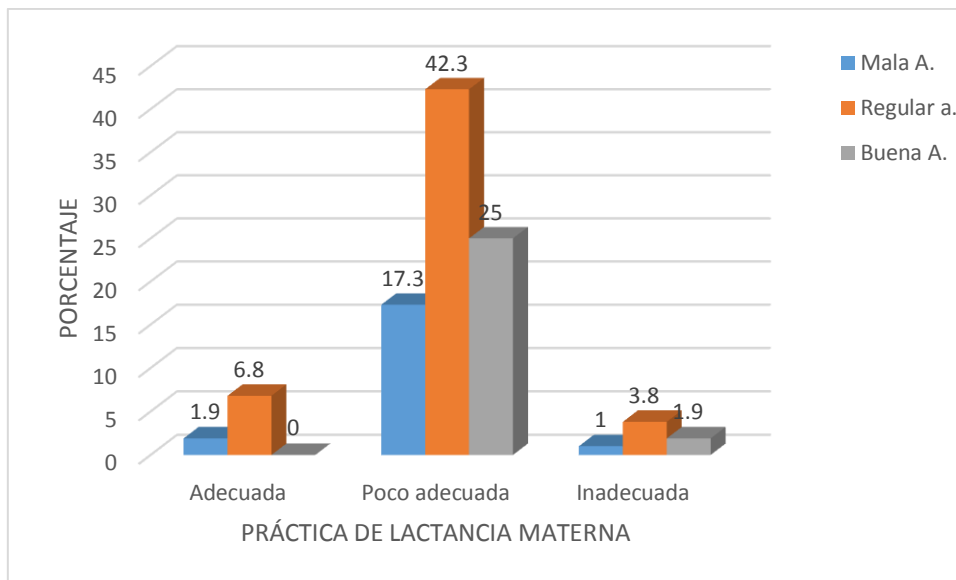
Autoeficacia percibida dimensión experiencias sustitutas según práctica de lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del Centro de Salud La Libertad Huancayo – 2018.

AUTOEFICACIA PERCIBIDA Experiencias sustitutas	PRACTICA LACTANCIA MATERNA						Total	
	Adecuada		Poco adecuada		Inadecuada			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mala autoeficacia	2	1,9	18	17.3	1	1,0	21	20.2
Regular autoeficacia	7	6,8	44	42.3	4	3.8	55	52.9
Buena autoeficacia	0	0,0	26	25.0	2	1.9	28	26.9
Total	9	8,7	88	84,6	7	6,7	104	100,0

Fuente: Escala de autoeficacia percibida para la práctica de la lactancia materna. Y Cuestionario de práctica de lactancia materna.

GRÁFICO N° 5.1.3.

Autoeficacia percibida dimensión; experiencias sustitutas según práctica de lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del Centro de Salud La Libertad Huancayo – 2018.



En la Tabla 5.1.3., Gráfico 5.1.3., se observa que el 52,9% de madres poseen regular autoeficacia percibida en la dimensión experiencias sustitutas y el 42,3% tienen práctica de lactancia materna poco adecuada. Así mismo se observa que el 26,9% de madres poseen buena autoeficacia percibida y el 25% tienen práctica de lactancia materna poco adecuada.

TABLA N° 5.1.4.

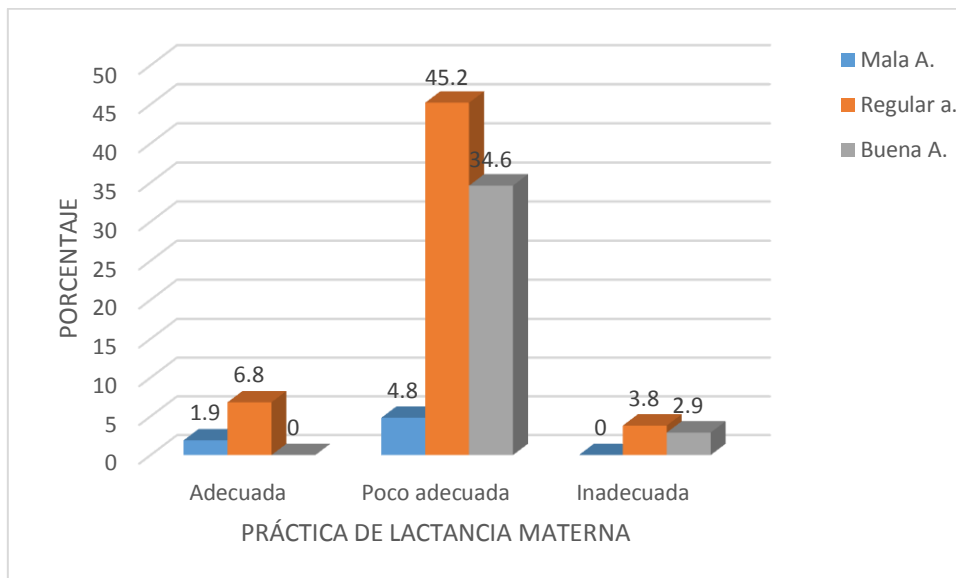
Autoeficacia percibida dimensión persuasión verbal según práctica de lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del Centro de Salud La Libertad Huancayo – 2018. – 2018.

AUTOEFICACIA PERCIBIDA Persuasión verbal	PRACTICA LACTANCIA MATERNA						Total	
	Adecuada		Poco adecuada		Inadecuada			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mala autoeficacia	2	1,9	5	4,8	0	0,0	7	6,7
Regular autoeficacia	7	6,8	47	45,2	4	3,8	58	55,8
Buena autoeficacia	0	0,0	36	34,6	3	2,9	39	37,5
Total	9	8,7	88	84,6	7	6,7	104	100,0

Fuente: Escala de autoeficacia percibida para la práctica de la lactancia materna. Y Cuestionario de práctica de lactancia materna.

GRÁFICO N° 5.1.4.

Autoeficacia percibida dimensión persuasión verbal según práctica de lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del Centro de Salud La Libertad Huancayo – 2018. – 2018.



En la Tabla 5.1.4., Gráfico 5.1.4., se observa que el 55,8% de madres poseen regular autoeficacia percibida en la dimensión persuasión verbal y el 45,2% tienen práctica de lactancia materna poco adecuada. Así mismo se observa que el 37,5% de madres poseen buena autoeficacia percibida y el 34,6% tienen práctica de lactancia materna poco adecuada.

TABLA N° 5.1.5.

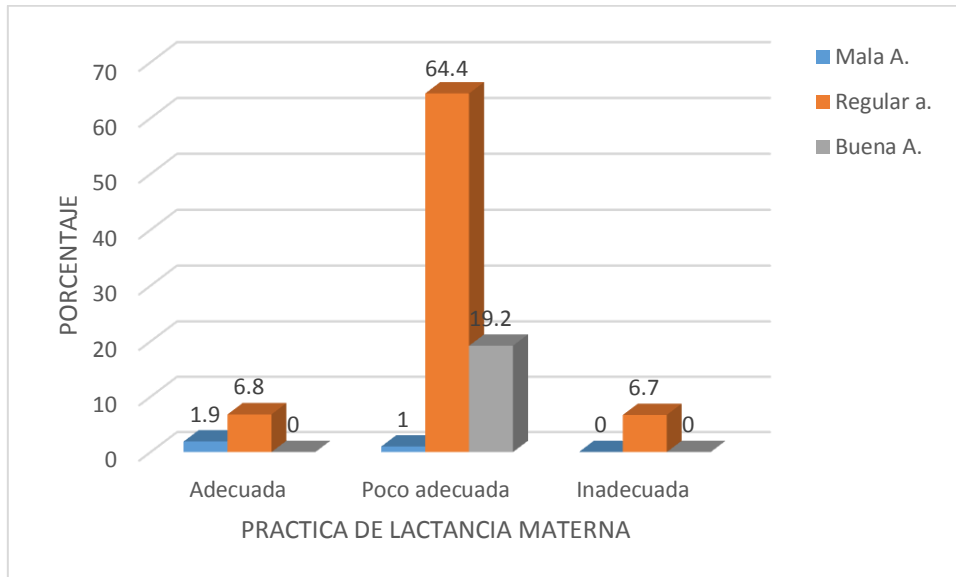
Autoeficacia percibida dimensión estados fisiológicos según práctica de lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del Centro de Salud La Libertad Huancayo – 2018.

AUTOEFICACIA PERCIBIDA Estados fisiológicos	PRACTICA LACTANCIA MATERNA						Total	
	Adecuada		Poco adecuada		Inadecuada			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mala autoeficacia	2	1,9	1	1,0	0	0,0	3	2,9
Regular autoeficacia	7	6,8	67	64,4	7	6,7	81	77,9
Buena autoeficacia	0	0,0	20	19,2	0	0,0	20	19,2
Total	9	8,7	88	84,6	7	6,7	104	100,0

Fuente: Escala de autoeficacia percibida para la práctica de la lactancia materna. Y Cuestionario de práctica de lactancia materna.

GRÁFICO N° 5.1.5.

Autoeficacia percibida dimensión estados fisiológicos según práctica de lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del Centro de Salud La Libertad Huancayo – 2018.



En la Tabla 5.1.5., Gráfico 5.1.5., se observa que el 77,9% de madres poseen regular autoeficacia percibida en la dimensión estados fisiológicos y el 64,4% tienen práctica de lactancia materna poco adecuada. Así mismo se observa que el 19,2% de madres poseen buena autoeficacia percibida y el mismo porcentaje tienen práctica de lactancia materna poco adecuada.

5.2. RESULTADOS INFERENCIALES

PRUEBA ESTADÍSTICA DE RHO SPEARMAN DE LA TABLA N° 5.1.1

Correlaciones				
			AUTOEFICACIA PERCIBIDA	PRACTICA LACTANCIA M.
Rho de Spearman	AUTOEFICACIA PERCIBIDA	Coeficiente de correlación	1,000	,279**
		Sig. (bilateral)	.	,004
		N	104	104
	PRACTICA LACTANCIA MATERNA	Coeficiente de correlación	,279**	1,000
		Sig. (bilateral)	,004	.
		N	104	104

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Ha = Se acepta
Ho = Se rechaza

Por lo tanto, la relación es significativa entre ambas variables

PRUEBA ESTADÍSTICA DE RHO SPEARMAN DE LA TABLA N° 5.1.2

Correlaciones				
			PRACTICALM	Logro de desempeño
Rho de Spearman	PRACTICALM	Coeficiente de correlación	1,000	,253**
		Sig. (bilateral)	.	,009
		N	104	104
	Logro de desempeño	Coeficiente de correlación	,253**	1,000
		Sig. (bilateral)	,009	.
		N	104	104

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Ha = Se acepta
Ho = Se rechaza

Por lo tanto, la relación es significativa entre ambas variables

PRUEBA ESTADÍSTICA DE RHO SPEARMAN DE LA TABLA N° 5.1.3

Correlaciones				
			PRACTICALM	Experiencias Sustitutas
Rho de Spearman	PRACTICALM	Coeficiente de correlación	1,000	,116
		Sig. (bilateral)	.	,241
		N	104	104
	Experiencias Sustitutas	Coeficiente de correlación	,116	1,000
		Sig. (bilateral)	,241	.
		N	104	104

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Ha = Se acepta
Ho = Se rechaza

Por lo tanto, la relación es significativa entre ambas variables

PRUEBA ESTADÍSTICA DE RHO SPEARMAN DE LA TABLA N° 5.1.4

Correlaciones				
			PRACTICALM	Persuación Verbal
Rho de Spearman	PRACTICALM	Coeficiente de correlación	1,000	,227*
		Sig. (bilateral)	.	,021
		N	104	104
	Persuación Verbal	Coeficiente de correlación	,227*	1,000
		Sig. (bilateral)	,021	.
		N	104	104

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Ha = Se acepta
Ho = Se rechaza

Por lo tanto, la relación es significativa entre ambas variables

PRUEBA ESTADÍSTICA DE RHO SPEARMAN DE LA TABLA N° 5.1.5

Correlaciones				
			PRACTICALM	Estados Fisiológicos
Rho de Spearman	PRACTICALM	Coeficiente de correlación	1,000	,117
		Sig. (bilateral)	.	,237
		N	104	104
	Estados Fisiológicos	Coeficiente de correlación	,117	1,000
		Sig. (bilateral)	,237	.
		N	104	104
* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).				

Ha = Se acepta
Ho = Se rechaza

Por lo tanto, la relación es significativa entre ambas variables

CAPITULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.

Para este trabajo de investigación se aplicó la estadística inferencial, a través de la prueba de correlación de Rho Spearman donde la hipótesis general y específicas han sido contrastadas, es decir se ha establecido que existe correlación significativa en la relación de las variables asociadas con un margen de significancia del 95%.

En relación con el estudio de la autoeficacia lactancia materna que es una conducta fisiológica que aprende y practican las madres después de dar a luz un nuevo ser es contemplada en la teoría de Albert Bandura quién defiende que la autoeficacia es un constructo principal para realizar una conducta, ya que la relación entre el conocimiento y la acción estarán significativamente mediados por el pensamiento de autoeficacia. las creencias de autoeficacia, es decir, los pensamientos que tiene una persona sobre su capacidad y autorregulación para poner en marcha dichas conducta serán decisivas.

De esta manera, las personas estarán más motivadas si perciben que sus acciones pueden ser eficaces, esto es si hay la convicción de que tienen habilidades personales que les permitan regular sus acciones. Bandura considera que influye a nivel cognitivo, afectivo y motivacional. así, una alta autoeficacia percibida se relaciona con pensamientos y aspiraciones positivas acerca de realizar la conducta

con éxito, menor estrés, ansiedad y percepción de amenaza, junto con una adecuada planificación del curso de acción y anticipación de buenos resultados. Al respecto las madres deben tener conocimientos básicos y esenciales sobre lactancia materna y sentirse motivadas a alimentar a sus niños que es una conducta normal materna.

6.2. CONTRASTACIÓN DE LOS RESULTADOS CON ESTUDIO SIMILARES.

En el estudio realizado sobre; relación entre la autoeficacia percibida y la práctica de lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del centro de salud “La Libertad” de Huancayo en el 2018, a través de la aplicación del instrumento de estudio nos permitió arribar a las conclusiones siguientes:

Tabla N° 5.1.1. En relación con la autoeficacia percibida de las madres sobre prácticas de lactancia materna se obtiene que el 71,2% de madres poseen regular autoeficacia percibida y el 67,3% tienen práctica de lactancia materna poco adecuada. La autoeficacia es un concepto que introdujo Albert Bandura, un psicólogo ucraniano-canadiense que nació en 1925. En 1986, elaboró la Teoría del Aprendizaje Social, referente a la regulación de la motivación y la acción humana, que implica tres tipos de expectativas: las expectativas de situación-resultado, las expectativas de acción-resultado y la autoeficacia percibida. Las investigaciones han demostrado que la autoeficacia de cada individuo juega en un papel importante a la hora de afrontar una meta, tarea o desafío. En este

caso la lactancia materna que en sí también representa una gran oportunidad para tener niños sanos suministrando la madre la leche materna que en sí trae muchos nutrientes y elementos inmunológicos que permitirán el crecimiento en óptimas condiciones del niño.

Según el estudio de Vincent A, en el 2015 “Efecto de la autoeficacia de la lactancia materna en la iniciación, exclusividad y duración de la lactancia” en madres de un hospital de Washington, EEUU. Los hallazgos clave indicaron que los participantes en la clase de lactancia demostraron un aumento estadísticamente significativo en la confianza en la lactancia después de la intervención ($t = 9.55$, $p = 0.00$); también se destaca que las enfermeras están en condiciones de mejorar la lactancia materna mediante la aplicación de intervenciones educativas que mejoren la autoeficacia de las madres para la lactancia materna (10).

Las expectativas de las mujeres sobre la lactancia materna se basan en su exposición previa a las actitudes, la información y las normas sociales relacionadas con la lactancia materna. Esto guía el desarrollo de la confianza cuando comienza la lactancia materna, pero solo cuando la experiencia de amamantar progresa según lo esperado. (19)

El estudio cualitativo de Grassley establece que el desarrollo de la confianza se interrumpe cuando se experimentan desafíos al establecimiento de la lactancia materna. El autor, identifica factores como el comportamiento infantil y la tecnología compleja de la

lactancia como factores que contribuyen a la interrupción del desarrollo de la confianza en la lactancia materna. Además, las mujeres que participaron en dicho estudio experimentaron muchas opiniones de los demás y se sintieron abrumadas. Se sabe que los desafíos de la lactancia materna que se interpretan como negativos pueden hacer que las mujeres que necesitan atención hospitalaria durante la crianza temprana reciban apoyo psicológico. Por lo tanto, se puede concluir que las expectativas realistas producen una mayor confianza en la lactancia materna (20).

Tabla N° 5.1.2. En relación con la autoeficacia percibida en la dimensión logro de desempeño por las madres sobre prácticas de lactancia materna se obtiene que el 51,0% de madres poseen regular autoeficacia percibida y el 42,3% tienen práctica de lactancia materna poco adecuada. Según Bandura las expectativas de las mujeres sobre la lactancia materna se basan en su exposición previa a las actitudes, la información y las normas sociales relacionadas con la lactancia materna. Esto guía el desarrollo de la confianza cuando comienza la lactancia materna, pero solo cuando la experiencia de amamantar progresa según lo esperado. (19) según Otsuka K, Wakutani K, Taguri M, en el 2014 “Eficacia de una intervención de autoeficacia en lactancia materna: ¿las prácticas hospitalarias hacen la diferencia?” en hospitales de Tokio, entre los resultados, se encuentra que la intervención mejoró la autoeficacia de la lactancia materna ($p = 0,037$) y la tasa de lactancia materna exclusiva (OR: 2,32; IC del 95%: 1,01 a

5,33), se destaca que la expectativa de la madre influye en la puesta en marcha, la dirección de la lactancia, con la persistencia y los esfuerzos necesarios se alcanza el éxito de la lactancia materna; se concluye en que se debe de implementar las intervenciones de autoeficacia de la lactancia materna para optimizarse las prácticas de alimentación infantil del hospital. (12) frente al resultado obtenido en nuestro medio podemos mencionar que existe cierta relación ya que la práctica de la lactancia materna aún se mantiene en niveles medios en la autoeficacia percibida.

Tabla N° 5.1.3. En relación con la autoeficacia percibida en la dimensión experiencias sustitutas de las madres sobre prácticas de lactancia materna se obtiene que el 52,9% de madres poseen regular autoeficacia percibida y el 42,3% tienen práctica de lactancia materna poco adecuada. Según la literatura el modelado es importante ya que al ver o imaginar a otras personas ejecutar exitosamente ciertas actividades, una persona puede llegar a creer que el mismo posee las capacidades suficientes para desempeñarse con igual éxito. Esta fuente de autoeficacia adquiere particular relevancia en los casos en los cuales los individuos no tienen un gran conocimiento de sus propias capacidades o tienen poca experiencia en la tarea a realizar.

Este resultado se relaciona indirectamente con el efectuado en esta investigación reportada por Hernández I, en el 2014 sobre; “Comportamiento de aculturación, autoeficacia y lactancia materna en una muestra de mujeres hispanas” en madres lactantes migrantes del

Sur de La Florida, EEUU, donde se encontró que la lactancia materna y la autoeficacia parental tienen una correlación positiva significativa, con una mayor autoeficacia de las madres se incrementa la intensidad de la lactancia materna. Asimismo, se determina que la educación sobre la lactancia para las madres debe incluir a padres y familiares para aumentar el apoyo y disipar los mitos culturales, además se debe explorar el valor que se otorga a la lactancia materna exclusiva y la identificación de las barreras específicas (11)

Así mismo Rowe S, en el 2015 reporta de estudio: “Autoeficacia de la lactancia materna en una muestra de mujeres, bebés y niños participantes”, en un programa especial de nutrición suplementaria para mujeres, infantes y niños (WIC) de Carolina del Norte, EEUU; los hallazgos indicaron que las mujeres inscritas en WIC tuvieron sensaciones moderadas de autoeficacia de la lactancia materna a las seis semanas después del parto, los resultados respaldan una relación positiva entre las puntuaciones más altas de autoeficacia de la lactancia materna y la mayor duración de la lactancia; asimismo se destaca que la autoeficacia requiere integrar subcompetencias cognitivas, sociales y conductuales encaminadas a alcanzar el propósito de una buena lactancia materna, esto se consiguen después de un esfuerzo perseverante en el que se ensayan estrategias y actividades alternativas; las madres inseguras pueden abandonar rápidamente la lactancia materna si con los esfuerzos iniciales que ha puesto en marcha no obtienen los resultados

esperados (13)

Tabla N° 5.1.4. En relación con la autoeficacia percibida en la dimensión persuasión verbal de las madres sobre prácticas de lactancia materna se obtiene que el 55,8% de madres poseen regular autoeficacia percibida y el 45,2% tienen práctica de lactancia materna poco adecuada. Al respecto la persuasión verbal es otra importante fuente de autoeficacia, especialmente en aquellas personas que ya disponen de un nivel elevado de autoeficacia y necesitan solamente de un poco más de confianza para realizar un esfuerzo extra y lograr el éxito. Desde el estudio de Dennis y Faux, el tema de la autoeficacia de la lactancia materna ha proporcionado una perspectiva significativa para comprender la complejidad de la lactancia materna exitosa. La confianza en la lactancia también es un constructo que ha aparecido comúnmente en la literatura tanto cualitativa como cuantitativa. Los términos "confianza en la lactancia" y "autoeficacia en la lactancia" parecen haber sido intercambiables en la literatura en un momento, sin embargo, ahora parece que la construcción de "confianza en la lactancia materna" es el antecedente de la "autoeficacia de la lactancia materna", que tiene una base teórica sólida (18)

Respecto a este resultado se cita a: Germano R, De Sá Guimarães C, Azevedo F, en el 2017 "Autoeficacia de la lactancia materna y duración de la lactancia materna exclusiva entre madres adolescentes" en madres de usuarias de hospitales de São Paulo, Brasil; reporta que hubo una asociación significativa entre la confianza

y la duración de la lactancia materna exclusiva, se concluye que la confianza es un factor predictivo de la prevalencia de la lactancia materna exclusiva entre las madres, existe una necesidad evidente de utilizar esta estrategia para mejorar la prevalencia de la lactancia materna (47) este resultado se relaciona con el resultado obtenido en nuestra investigación donde las madres tienen un porcentaje de aceptación a la lactancia materna en su eficacia percibida..

Tabla N° 5.1.5. En relación con la autoeficacia percibida en la dimensión estados fisiológicos por las madres sobre prácticas de lactancia materna se obtiene que el 77,9% de madres poseen regular autoeficacia percibida y el 64,4% tienen práctica de lactancia materna poco adecuada. Al respecto se menciona que los múltiples indicadores de activación autonómica, así como los dolores y la fatiga pueden ser interpretados por el individuo como signos de su propia ineptitud. En general las personas tienden a interpretar los estados elevados de ansiedad como signos de vulnerabilidad y como indicadores de un bajo rendimiento. El humor o los estados emocionales también van a tener impacto en cómo uno va a interpretar las experiencias. (17)

Castro Huamaní R, Ordoñez Torres LL.(2015) "Actitud frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al centro de salud de San Cristóbal, Huancavelica – 2014. En los resultados encontró que la actitud en general 56.7% (17) de madres adolescentes muestran una actitud medianamente favorable,

23,3% (7), desfavorable y 20% (6) , favorable; en la dimensión cognitiva el 53,3%(16) presentan una actitud medianamente favorable, 26,7%(8), favorable y 20,0%(6), desfavorable; en la dimensión afectiva se encontró que el 63,3%(19) de madres adolescentes presentan una actitud medianamente favorable, 20,0%(6), desfavorable y 16,7%(5), favorable; y en la dimensión conductual el 46,7%(14) de madres adolescentes presentan una actitud medianamente favorable, 30,0%(9), favorable y 23,3%(7), desfavorable. Conclusiones: La mayoría de las madres tiene actitud medianamente favorable frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva; ello implica que la mayoría tiene una disposición a favor de esta práctica; lo cual favorece el desarrollo y crecimiento del niño, logrando con ello disminuir la desnutrición infantil, para que el futuro sea un niño fuerte y sano. Debemos tener presente que la actitud se relaciona con la autoeficacia por ello se considera este antecedente.

6.3. Responsabilidad ética.

La entrevista es una investigación biomédica y social en personas, enmarcada por los aspectos éticos de autonomía, beneficencia y no maleficencia y justicia enunciados por la Declaración de Helsinki durante la 18ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial en 1964 y su enmienda del año 2000 y en consecuencia con las Pautas Internacionales para la Evaluación Ética de los estudios epidemiológicos del Consejo de Organizaciones Internacionales de ciencias médicas. A cada madre seleccionada se le tomó el

consentimiento informado y se les entregó una copia del mismo. Se les explicó verbalmente los objetivos del estudio y la importancia de su participación para proveer información sobre autoeficacia percibida y la práctica de lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del centro de salud “La Libertad” de Huancayo en el 2018.

CONCLUSIONES

1. En relación con la autoeficacia percibida de las madres sobre prácticas de lactancia materna se obtiene que el mayor porcentaje de madres poseen regular autoeficacia percibida y tienen práctica de lactancia materna poco adecuada.
2. En relación con la autoeficacia percibida en la dimensión logro de desempeño por las madres sobre prácticas de lactancia materna se obtiene que poco más de la mitad de las madres poseen regular autoeficacia percibida y tienen práctica de lactancia materna poco adecuada.
3. En relación con la autoeficacia percibida en la dimensión experiencias sustitutas de las madres sobre prácticas de lactancia materna se obtiene que cerca más de la mitad de las madres poseen regular autoeficacia percibida y el tienen práctica de lactancia materna poco adecuada.
4. En relación con la autoeficacia percibida en la dimensión persuasión verbal de las madres sobre prácticas de lactancia materna se obtiene que más de la mitad de las madres poseen regular autoeficacia percibida y tienen práctica de lactancia materna poco adecuada.
5. En relación con la autoeficacia percibida en la dimensión estados fisiológicos por las madres sobre prácticas de lactancia materna se obtiene que un mayor porcentaje de madres poseen regular autoeficacia percibida y tienen práctica de lactancia materna poco adecuada.

RECOMENDACIONES

1. Al MINSA, existe la necesidad de desarrollar programas de educación en salud que incrementen el sentido de autoeficacia percibida en las madres sobre lactancia materna.
2. Al profesional de enfermería, existe la necesidad de desarrollar talleres demostrativos para el logro del desempeño de las madres sobre prácticas de lactancia materna efectiva.
3. A la DIRESA, desarrollar programas de intervención educativa que mejoren la autoeficacia percibida en la dimensión experiencias sustitutas remarcando los logros de desempeño.
4. A la DIRESA, es conveniente desarrollar programas de intervención educativa que mejoren la autoeficacia percibida en la dimensión persuasión verbal.
5. A la DIRESA, es pertinente desarrollar programas de intervención educativa que mejoren la autoeficacia percibida en la dimensión estados fisiológicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Otsuka K, Wakutani K, Taguri M. La autoeficacia de la lactancia materna y la duración de la lactancia materna exclusiva entre madres adolescentes. *Acta Paul Enferm.* 2014; 30 (4): p. 383-389.
2. Hernández I. Aculturación, autoeficacia y comportamiento de la lactancia materna en una muestra de mujeres hispanas. [Tesis]. Florida. EE. UU.: Universidad del Sur de la Florida, Scholar Commons; 2014.
3. Henshaw E, Fried R, Siskind E. La autoeficacia de la lactancia materna, el estado de ánimo y los resultados de la lactancia materna en mujeres primíparas. *Diario de la Lactancia Humana.* 2015; 31 (3): p. 511-518.
4. Otsuka K, Wakutani K, Taguri M. La efectividad de una intervención de autoeficacia en la lactancia materna: ¿Las prácticas hospitalarias hacen la diferencia? *Matern Child Health J.* 2014; 18 (1): p. 296–306.
5. Rowe S. La autoeficacia de la lactancia materna en una muestra de participantes de WIC. Tesis de enfermería y proyectos capstone. 2015; 214 (1): p. 125-132.
6. Wu D, Hu J, McCoy T, Efird J. Los efectos de una intervención de autoeficacia en la lactancia materna en los resultados a corto plazo de la lactancia materna en madres primíparas en Wuhan, China. *Revista de Enfermería Avanzada.* 2014; 70 (8): p. 1867-1879.
7. Abbass-Dick J, Stern S. Coparenting Apoyo a la lactancia materna y la

- lactancia materna exclusiva: un ensayo controlado aleatorio. *Pediatría*. 2015; 135 (1): p. 135-147.
8. Washburn S. Impacto de la intervención educativa en la autoeficacia de la lactancia materna de las enfermeras. [Tesis]. Dakota del Norte, EE. UU.: Regis University, Medicine and Health Sciences Commons; 2016.
 9. Gomez J. “Autoeficacia sobre lactancia materna en madres primigestas que acuden al Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2016”. [Tesis]. Universidad De Huanuco, Programa académico de Enfermería; 2017.
 10. Vincent A. El efecto de la autoeficacia de la lactancia materna en el inicio, la exclusividad y la duración de la lactancia materna. [Tesis]. Washington: Universidad de Walden, Facultad de Ciencias de la Salud; 2015.
 11. Hernández I. Aculturación, autoeficacia y comportamiento de la lactancia materna en una muestra de mujeres hispanas. [Tesis]. Florida. EE. UU.: Universidad del Sur de la Florida, Scholar Commons; 2014.
 12. Otsuka K, Wakutani K, Taguri M. La efectividad de una intervención de autoeficacia en la lactancia materna: ¿Las prácticas hospitalarias hacen la diferencia? *Matern Child Health J*. 2014; 18 (1): p. 296–306.
 13. Rowe S. La autoeficacia de la lactancia materna en una muestra de participantes de WIC. Tesis de enfermería y proyectos capstone. 2015; 214 (1): p. 125-132.

14. Davis R. ¿La educación prenatal sobre la lactancia afecta la lactancia materna exclusiva en el hospital? un examen de las clases prenatales, la autoeficacia, la experiencia previa, las prácticas hospitalarias, la raza y la intención como factores contribuyentes. [Tesis]. Universidad de Carolina del Norte, Departamento de Salud Materna e Infantil; 2013.
15. Germano R, Guimaraes C, Azevedo F, "Autoeficacia de la lactancia materna y duración de la lactancia materna exclusiva entre madres adolescentes" ;2017
16. Castro Huamaní R, Ordoñez Torres LL. Actitud frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al centro de salud de San Cristóbal, Huancavelica - 2014 [Internet]. Universidad Nacional de Huancavelica; 2015 [cited 2018 Nov 20]. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ir00912a&AN=CONCYTEC.UNH.439&lang=es&site=eds-live&scope=site>
17. Bandura, A. (1982). Self- efficacy mechanism in human agency. American Psychologist 2,122-147.
18. Dennis C, Faux S. Desarrollo y pruebas psicométricas de la Escala de autoeficacia de la lactancia materna. Investigación en Enfermería y Salud. 1999; 22 (5): p. 399-411.
19. Fisher J, Feekery C, Rowe-Murray H. Naturaleza, gravedad y correlatos de trastornos psicológicos en mujeres ingresadas en una unidad privada de madres y bebés. Revista de Pediatría y Salud

- Infantil. 2002; 38 (2): p. 140-145.
20. Grassley J, Eschiti V. Apoyo a la lactancia materna de la abuela: ¿qué necesitan y desean las madres? *Nacimiento: Problemas en la atención perinatal*. 2008; 35 (4): p. 329-335.
 21. Papinczak T, Turner C. Un análisis de los factores personales y sociales que influyen en el inicio y la duración de la lactancia materna en un gran hospital de maternidad de Queensland. *Revisión de breastfeeding*. 2000; 8 (1): p. 25-33.
 22. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D. Resultados de la lactancia y la salud maternas e infantil en los países desarrollados. *Evid Rep Technol Assess (Rep. Completa)*. 2007; 153 (1): p. 181-186.
 23. Wenzel D, Souza SB. Factores asociados ao aleitamento materno nas diferentes Regiões do Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2014; 14 (3): p. 241-249.
 24. Blyth, R. J., Creedy D, Dennis C, Moyle W, Pratt J, De Vries S. La duración de la lactancia materna en una población australiana: la influencia de factores prenatales modificables. *Diario de la Lactancia Humana*. 2004; 20 (1): p. 30-38.
 25. Binns C, Scott J. Lactancia materna: razones para comenzar, razones para detenerse y problemas en el camino. *Revisión de la lactancia materna*. 2002; 10 (2): p. 13-19.
 26. Otsuka K, Dennis C, Tatsuoka H, Jimba M. La relación entre la autoeficacia de la lactancia materna y la leche insuficiente percibida

- entre las madres japonesas. *Revista de enfermería obstétrica, ginecológica y neonatal*. 2008; 37 (5): p. 540-546.
27. Battersby S. Apoyo a la lactancia materna: implicaciones para las parteras. *Partera practicante*. 2008; 11 (10): p. 32-35.
 28. Chung M, Raman G, Trikalinos T, Lau J, Ip S. Intervenciones en la atención primaria para promover la lactancia materna: una revisión de la evidencia para la Fuerza de Tareas de Servicios Preventivos de los Estados Unidos. *Anales De La Medicina Interna*. 2008; 149 (8): p. 565-582.
 29. Bolton T, Chow T, Benton P, Olson B. Características asociadas con una mayor duración de la lactancia materna: un análisis de un programa de asesoramiento entre pares. *Diario de la Lactancia Humana*. 2009; 25 (1): p. 18-27.
 30. Barona-Vilar C, Escriba-Aguir V, Ferrero-Gandia R. Un enfoque cualitativo para el apoyo social y las decisiones sobre la lactancia materna. *Partería*. 2009; 25 (2): p. 187-194.
 31. Graffy J, Taylor J. ¿Qué información, consejo y apoyo brindan las mujeres? *Problemas de nacimiento en la atención perinatal*. 2005; 32 (3): p. 179-186.
 32. Martins MO, Santana LS. Benefícios da amamentação para saúde materna. *Interfaces Ciênc Saúde Ambien*. 2013; 1(3): p. 87-97.
 33. Sikorski J, Renfrew M, Pindoria S, Wade A. El apoyo a las madres que amamantan: una revisión sistemática. *Epidemiología pediátrica y perinatal*. 2003; 17 (4): p. 407-417.

34. Wambach KA, Cohen SM. Experiencias de lactancia materna de madres adolescentes urbanas. *J Pediatr Enfermera*. 2009; 24 (4): p. 244-254.
35. Nesbitt SA, Campbell KA, Jack SM, Robinson H, Piehl K, Bogdan JC. Las percepciones de las madres adolescentes canadienses sobre las influencias en las decisiones de lactancia materna: un estudio cualitativo descriptivo. *BMC Embarazo Parto*. 2012; 12 (1): p. 140-149.

ANEXOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**ANEXO N° 01
ESCALA DE AUTOEFICACIA PERCIBIDA PARA LA PRÁCTICA
DE LA LACTANCIA MATERNA (EAPLM)
(Babler J, Schwarzer R, 1996)**

Instrucciones. Por favor lea clara y pausadamente cada una de las siguientes frases a la persona entrevistada, explicándole según la escala que tanto está de acuerdo con la frase:

0	SEGURA QUE SI PODRÍA
1	NO DEFINE SI PODRÍA O NO
2	SEGURA QUE NO PODRÍA

Encierra en un círculo el número que corresponda a la respuesta lea la frase tal y como está escrita y repítala cuantas veces sea necesario.

PROPOSICIONES	0	1	2
1. Cuando amamanto a mi hijo puedo encontrar un lugar cómodo y placentero.			
2. Puedo resolver los problemas de tiempo y de trabajo para amamantar a mi hijo.			
3. Me es fácil amamantar a mi hijo, aunque tuviera que salir al doctor, mandado o visitar parientes.			
4. Tengo confianza en que puedo amamantar bien a mi hijo, aunque tuviera alguna mortificación.			
5. Gracias a que tengo buena salud y suficiente cantidad de leche puedo amamantar a mi hijo.			
6. Me alimento bien para producir suficiente leche para mi hijo.			
7. Puedo permanecer tranquila al amamantar a mi hijo a pesar de las dificultades que se me presenten.			
8. Venga lo que venga soy capaz de amamantar a mi hijo.			
9. Puedo sentirme motivada para amamantar a mi hijo cuando escucho a una mujer de las ventajas de dar el pecho.			
10. Puedo tener la necesidad de seguir dando pecho a mi hijo cuando escucho a mis amigas de las ventajas de hacerlo.			
11. Puedo amamantar a mi hijo lo necesario cuando mi familia me pone de ejemplo ante los demás de la alimentación y salud de mi hijo.			
12. Puedo continuar amamantando a mi hijo gracias al apoyo de mi esposo y familiares.			
13. Puedo seguir amamantando a mi hijo cuando veo a una mujer dando pecho.			
14. Puedo con el compromiso de darle el pecho a mi hijo cuando escucho a mi madre decir que ella tuvo tiempo y paciencia para hacerlo con mis hermanos y conmigo.			
15. Cuando veo a mis hermanas, cuñadas, vecinas o amigas dar el pecho a sus bebés me hace pensar que puedo hacer lo mismo si me lo propongo.			
16. Puedo amamantar a mi hijo porque reconozco las ventajas que las enfermeras me han dicho sobre la alimentación al seno materno.			
17. Puedo continuar amamantando a mi hijo, aunque tenga molestias y dolor en los senos.			
18. Puedo dar pecho a mi hijo hasta los cuatro meses, sin darle ningún otro alimento, aunque tuviera grietas en los pezones.			

Gracias

Escalas:

Logro de desempeño 1, 2, 3, 4, 8

Experiencias sustitutas 9, 10, 13, 14, 15

Persuasión verbal 11, 12, 16

Estados fisiológicos 5, 6, 7, 17, 18

BAREMO:

0 – 12	Buena autoeficacia
13 – 24	Regular autoeficacia
25 - 36	Mala autoeficacia

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

ANEXO N° 02

CUESTIONARIO DE PRÁCTICA DE LACTANCIA MATERNA

(Peña M, 2000)

Instrucciones: Favor de leer cada una de las preguntas, así como las posibles opciones e indique la respuesta que sea apropiada para usted.

1. Qué edad tiene _____ años 2. ¿Es su primer bebé? SI () NO () 3. Número de embarazo _____ 4. Número de hijos vivos (Incluyendo al Recién Nacido) ____	5. ¿Cómo fue su parto? Vaginal () Cesárea () Distócico vaginal () 6. ¿Fue de término su embarazo? SI () NO () 7. ¿Cuánto tiempo amamantó a su último hijo? _____
--	---

0	Nunca
1	De forma regular
2	Siempre

CONTESTA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS EN EL ESPACIO QUE CREA CONVENIENTE:

N°	PROPOSICIONES	0	1	2
1	¿Está amamantando a su hijo con leche materna?			
2	¿Está dispuesta a continuar amamantando a su hijo con leche materna durante los siguientes meses?			
3	¿Le ha ofrecido leche artificial a su hijo antes de los 4 meses de edad?			
4	¿Le ha dado otro tipo de alimentos (frutas, verduras, cereales) a su hijo antes de los 4 meses de edad del niño?			
5	¿Ha decidido dejar de amamantar al seno materno a su hijo?			
6	¿Ha tenido dificultades para realizar la alimentación al seno materno por su trabajo?			
7	¿Ha tenido dificultades para realizar la alimentación al seno materno por problemas familiares?			
8	¿Ha tenido dificultades para realizar la alimentación al seno materno por poca cantidad de leche?			
9	¿Ha tenido dificultades para realizar la alimentación al seno materno por que el niño no acepta la leche?			
10	¿Ha tenido dificultades para realizar la alimentación al seno materno por problema del pezón?			
11	¿El apoyo del esposo y su familia, le motivan y le facilitan para continuar con la lactancia materna			
12	¿El sentirse bien y satisfecha, le motivan y le facilitan para continuar con la lactancia materna			
13	¿El ahorra de tiempo y dinero, le motivan y le facilitan para continuar con la lactancia materna			
14	¿ Mantener la salud de su niño, le motiva y le facilita para continuar con la			

	lactancia materna			
15	¿Se pone cómoda para dar de lactar a su niño?			
16	¿Busca la posición correcta para dar de lacta a su hijo?			

Gracias

BAREMOS:

00 – 11	ADECUADA
12 – 22	POCO ADECUADA
23 – 32	INADECUADA

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

ANEXO Nº 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente proyecto pretende identificar a través de este instrumento la relación entre la autoeficacia percibida y la práctica de lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del centro de salud “La Libertad” de Huancayo en el 2018.

Se garantizara la confidencialidad, eso quiere decir que siempre se guardará el anonimato de los datos. Por eso los resultados del estudio se almacenarán en archivos específicos creados especialmente para este fin y estarán protegidos con las medidas de seguridad.

Después de haber leído y comprendido el objetivo del estudio, y haber resuelto las dudas que tenía, en forma consciences y voluntaria doy mi consentimiento para participar en el estudio.

Firma participante

Firma Investigador

Lugar y fecha.....dedel 2017

MATRIZ DE CONSISTENCIA

AUTOEFICACIA PERCIBIDA Y PRÁCTICA DE LACTANCIA MATERNA EN MADRES DE MENORES DE 2 AÑOS USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD LA LIBERTAD HUANCAYO – 2018

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES E ITEMS	METODOLOGÍA
<p>Problema general: ¿Cuál es la relación entre la autoeficacia percibida y la práctica de lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del centro de salud “La Libertad” de Huancayo en el 2018?</p> <p>Problemas específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la relación entre la autoeficacia percibida en la dimensión logro de desempeño con la práctica de la lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del centro de salud “La Libertad” de Huancayo en el 2018? • ¿Cuál es la relación entre la autoeficacia percibida en la dimensión experiencias sustitutas con la práctica de la lactancia materna en madres de 	<p>Objetivo general: Determinar la relación entre la autoeficacia percibida y la práctica de lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del centro de salud “La Libertad” de Huancayo.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer la relación entre la autoeficacia percibida en la dimensión logro de desempeño con la práctica de la lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del centro de salud “La Libertad” de Huancayo en el 2018. • Relacionar la autoeficacia percibida en la dimensión experiencias sustitutas con la práctica de la lactancia materna en madres de menores de 	<p>Hipótesis general: La relación entre la autoeficacia percibida es regular y la práctica de lactancia materna es poco adecuada en madres de menores de 2 años usuarias del centro de salud “La Libertad” de Huancayo en el 2018</p> <p>Hipótesis Específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La autoeficacia percibida en la dimensión logro de desempeño es regular con la práctica de la lactancia materna es poco adecuada en madres de menores de 2 años usuarias del centro de salud “La Libertad” de Huancayo en el 2018. • La autoeficacia percibida en la dimensión experiencias sustitutas es regular y la práctica 	<p>Variable: Autoeficacia percibida</p>	<p>de</p> <ul style="list-style-type: none"> • Logro desempeño • Experiencias sustitutas • Persuasión verbal • Estados fisiológicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Lugar cómodo para amamantar • Resolver los problemas de tiempo y de trabajo • Facilidad para amamantar • Amamantar, aunque tuviera alguna mortificación • Amamantar en cualquier adversidad • Motivación para amamantar • Necesidad de seguir dando pecho • Amamantando a mi hijo frente a otra mujer • Compromiso de darle el pecho a mi hijo ante mi madre • Puedo hacer lo mismo que otras si me lo propongo • Amamantar lo necesario y ser el ejemplo • Continuar amamantando apoyada de familiares • Amamantar porque reconozco las ventajas • Buena salud y suficiente cantidad de leche • Me alimento bien para producir 	<p>Tipo de investigación. La investigación realizada fue: aplicada, cuantitativa, transversal, observacional. Aplicada, porque procuró generar conocimientos con un propósito práctico, proyecta que el conocimiento producido mejore la práctica de la lactancia materna. Cuantitativa, porque utilizó variables bien definidas, a las que le asigna magnitudes numéricas. Transversal, porque se recogieron los datos en un solo momento y por única vez. Observacional, los investigadores se limitaron a registrar los datos tal como se presentan en la realidad (36). Nivel de la investigación, la investigación corresponde al nivel correlacional, porque se midieron dos variables y se estableció una relación estadística entre las mismas (correlación); asimismo se presume que la relación entre</p>

<p>menores de 2 años usuarias del centro de salud "La Libertad" de Huancayo en el 2018?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la relación entre la autoeficacia percibida en la dimensión persuasión verbal con la práctica de la lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del centro de salud "La Libertad" de Huancayo en el 2018? • ¿Cuál es la relación entre la autoeficacia percibida en la dimensión estados fisiológicos con la práctica de la lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del centro de salud "La Libertad" de Huancayo en el 2018? 	<p>2 años usuarias del centro de salud "La Libertad" de Huancayo en el 2018.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relacionar la autoeficacia percibida en la dimensión persuasión verbal con la práctica de la lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del centro de salud "La Libertad" de Huancayo en el 2018. • Relacionar la autoeficacia percibida en la dimensión estados fisiológicos con la práctica de la lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del centro de salud "La Libertad" de Huancayo en el 2018. 	<p>de la lactancia materna es poco adecuada en madres de menores de 2 años usuarias del centro de salud "La Libertad" de Huancayo en el 2018.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La autoeficacia percibida en la dimensión persuasión es regular y la práctica de la lactancia materna es poco adecuada en madres de menores de 2 años usuarias del centro de salud "La Libertad" de Huancayo en el 2018. • La autoeficacia percibida en la dimensión estados fisiológicos es regular y la práctica de la lactancia materna es poco adecuada en madres de menores de 2 años usuarias del centro de salud "La Libertad" de Huancayo en el 2018. 	<p>Práctica de lactancia materna.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disposición • Dificultades • Facilidades 	<p>suficiente leche</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permanecer tranquila al amamantar • Continuar amamantando, aunque tenga molestias • Amamantar así tuviera grietas en los pezones • Amamanta con leche materna • Dispuesta a continuar amamantando • Ha ofrecido leche artificial • Uso de otro tipo de alimento • Decisión de dejar de Amamantar • Se pone cómoda para dar de lactar • Busca la posición correcta para amamantar • Por su trabajo • Por problemas familiares • Por poca cantidad de leche • Por qué el niño no acepta la leche • Por problema del pezón • Del esposo y su familia • Sentirse bien y satisfecha • Ahorra de tiempo y dinero • Salud de su niño, le motiva 	<p>estas variables no es accidental, además no se manipularán las variables</p> <p>DISEÑO La investigación realizada concierne a un estudio descriptivo correlacional que responde al siguiente esquema:</p> <p>POBLACIÓN Y MUESTRA Población La población de referencia fueron 202 madres de niños de 0 a 24 meses cumplidos, que viven en la jurisdicción del Centro de Salud "La Libertad" en el 2018 y que cumplen con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.</p> <p>INSTRUMENTOS.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala de autoeficacia percibida para la práctica de la lactancia materna (EAPLM). • Cuestionario de práctica de la lactancia materna. <p>TÉCNICA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encuesta.
---	--	--	---------------------------------------	--	--	---