

**UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO**

---

---

**División Académica de Ciencias de la Salud**



**“Factores asociados al nivel de autoeficacia en mujeres lactantes de la UMF No. 47, IMSS, Tabasco”**

**Tesis para obtener el Diploma de  
Especialista en Medicina Familiar**

**Presenta:**

**CÉSAR ALBERTO XALA MÉNDEZ**

**Director:**

**DR. CS. SILVIA MARÍA GUADALUPE GARRIDO PÉREZ  
MF. GUADALUPE MONTSERRAT DOMINGUEZ VEGA**

**Villahermosa, Tabasco.**

**Enero 2023.**



**UNIVERSIDAD JUÁREZ  
AUTÓNOMA DE TABASCO**  
"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División  
Académica  
de Ciencias de  
la Salud

Jefatura  
del Área de  
Investigación



Villahermosa, Tabasco, 26 de enero de 2023

Of. No. 034/DACS/JI

**ASUNTO:** Autorización de impresión de tesis

**C. César Alberto Xala Méndez**  
Especialización en Medicina Familiar  
Presente

Comunico a Usted, que autorizo la impresión de la tesis titulada "**Factores asociados al nivel de autoeficacia en mujeres lactantes de la UMF No. 47, IMSS, Tabasco**" con índice de similitud **4%** y registro del proyecto **No. JI-PG-110**; previamente revisada y aprobada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dra. Dulce Azahar Padilla Sánchez, Dr. José Hipólito Garciliano Sánchez, Dr. Carlos Alberto Álvarez bocanegra, Dra. Guadalupe Paz Díaz y la Dra. Crystell Guadalupe guzmán Priego, Lo anterior para sustentar su trabajo recepcional de la **Especialización en Medicina Familiar**, donde fungen como Directores de Tesis: la Dra. Guadalupe Monserrat Domínguez Vega y la Dra. Silvia María Guadalupe Garrido Pérez.

Atentamente

**Dra. Mirian Carolina Martínez López**  
Directora



C.c.p.- Dra. Guadalupe Monserrat Domínguez Vega. – Director de tesis  
C.c.p.- Dra. Silvia María Guadalupe Garrido Pérez. – Director de tesis  
C.c.p.- Dra. Dulce Azahar padilla sánchez . – Sinodal  
C.c.p.- Dr. José Hipólito Garciliano Sánchez. – Sinodal  
C.c.p.- Dr. Carlos Alberto Álvarez bocanegra. – Sinodal  
C.c.p.- Dra. Guadalupe Paz Díaz. – Sinodal  
C.c.p.- Dra. Crystell Guadalupe guzmán Priego. – Sinodal  
C.c.p.- Archivo  
DC/MCML/LMC/FIOD/krds

Miembro CUMEX desde 2008  
Consortio de  
Universidades  
Mexicanas  
UNA ALIANZA DE CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR

Av. Crnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,  
Col. Tamulté de las Barrancas,  
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco  
Tel.: (993) 3581500 Ext. 6360, e-mail: investigacion.dacs@ujat.mx

www.dacs.ujat.mx

DIFUSION DACS

DIFUSION DACS OFICIAL

@DACSDIFUSION



**UNIVERSIDAD JUÁREZ  
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División  
Académica  
de Ciencias de  
la Salud

Jefatura del  
Área de Estudios  
de Posgrado



**ACTA DE REVISIÓN DE TESIS**

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 13:00 horas del día 11 del mes de enero de 2023 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

**"Factores asociados al nivel de autoeficacia en mujeres lactantes de la UMF No. 47, IMSS, Tabasco"**

Presentada por el alumno (a):

XALA	MENDEZ	CESAR ALBERTO
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)
		Con Matricula

2	0	1	E	7	0	0	2	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Diploma de:

**Especialista en Medicina Familiar**

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

**COMITÉ SINODAL**

Dr. Silvia María Guadalupe Garrido Pérez  
Dr. Guadalupe Monserrat Domínguez Vega  
Directores de Tesis

Dr. Padilla Sánchez Dulce Azahar

Dr. José Hipólito Garciliano Sánchez

Dr. Carlos Alberto Álvarez Bocanegra

Dra. Guadalupe Paz Martínez

Dra. Crystell Guadalupe Guzmán Priego

## Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa, Tabasco, el día 15 del mes de diciembre del año 2022, el que suscribe, Cesar Alberto Xala Méndez, alumno del programa de la especialidad en Medicina Familiar, con número de matrícula 201E70025, adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **“Factores asociados al nivel de autoeficacia en mujeres lactantes de la UMF No. 47, IMSS, Tabasco”**, bajo la Dirección de la MF. Guadalupe Montserrat Domínguez Vega; Dr. Cs. Silvia María Guadalupe Garrido Pérez. Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: [cxala1@hotmail.com](mailto:cxala1@hotmail.com). Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Cesar Alberto Xala Méndez

Nombre y Firma



Sello



## DEDICATORIAS

“Enseñar no es transferir conocimiento, sino crear las posibilidades para su producción o su construcción. Quien enseña aprende al enseñar y quien enseña aprende a aprender”

Paulo Freire.

Mis logros siempre serán para ustedes, Familia.

A mi esposa Gabriela, por su paciencia y comprensión durante este largo camino de la medicina, por estar en los buenos y en los malos momentos, siempre estuviste motivándome todos los días. Tu ayuda fue fundamental para culminar con éxito este proyecto.

A mis hijas, Monserrat, Valentina y Ximena, las detonantes de mi felicidad, de mi esfuerzo y de mis ganas por buscar siempre lo mejor, son el motor de mi vida que me impulsa a ser mejor persona y mejor profesional.



## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, por su amor que no tienen fin, me permite sonreír ante todos mis logros que son resultado de su ayuda, y cuando caigo y me pones a prueba, aprendo de mis errores y me doy cuenta que los pones en frente mío para que mejore como ser humano y crezca de diversas maneras.

A mis padres por darme su apoyo incondicional y sus consejos, por enseñarme que con disciplina y dedicación se pueden alcanzar las metas.

A mi alma mater, la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco y al Instituto Mexicano del Seguro Social, en especial a sus docentes que con profesionalismo y vocación fueron pilares en mi formación profesional.

A las autoridades de la Unidad Médica Familiar No. 47, IMSS, Tabasco por permitirme realizar mi investigación en su población derechohabiente.

A la doctora Silvia María Guadalupe Garrido asesora de tesis, por su paciencia y recomendaciones para la óptima presentación de esta tesis, por su exigencia académica que permitió desarrollár habilidades y conocimientos en la investigación científica.

Agradecer a todas aquellas personas que me acompañaron y apoyaron sin ningún interés a culminar esta etapa profesional.



---

---

## ÍNDICE

Dedicatorias .....	I
Agradecimientos .....	II
Índice .....	III
Índice de tablas y figuras .....	V
Abreviaturas.....	VI
Glosario de términos.....	VII
Resumen.....	VIII
Abstract.....	IX
1. Introducción.....	1
2. Marco teórico.....	3
2.1 Antecedentes de la lactancia materna.....	3
2.2 Lactancia materna en México y el IMSS.....	6
2.3 Tipos de leche materna.....	8
2.4 Beneficios para el lactante.....	9
2.5 Beneficios para la madre.....	9
2.6 Factores de abandono de lactancia materna.....	10
2.7 Edad materna.....	11
2.8 Estado civil.....	11
2.9 Nivel de escolaridad.....	11
2.10 Nivel socioeconómico.....	12
2.11 Ocupación.....	12
2.12 Tipo de parto.....	13
2.13 Paridad.....	13
2.14 Orientación sobre lactancia materna.....	13
2.15 Teoría de la autoeficacia.....	14
2.16 Experiencias de dominio.....	15
2.17 Experiencias vicarias.....	15
2.18 Persuasión social.....	15
2.19 Respuesta fisiológica, estado psicológico o emocional.....	16



---

---

2.20	Autoeficacia sobre lactancia materna.....	16
2.21	Marco referencial.....	18
3.	Planteamiento del problema.....	21
4.	Justificación.....	23
5.	Hipótesis.....	25
5.1	Hipótesis alterna.....	25
5.2	Hipótesis nula.....	25
6.	Objetivos.....	26
6.1	General:.....	26
6.2	Específicos:.....	26
7.	Material y métodos.....	27
7.1	Tipo de investigación.....	27
7.2	Universo.....	27
7.3	Criterios de inclusión y exclusión.....	27
7.4	Variables.....	28
7.5	Operacionalización de variables (ver en anexo).....	28
7.6	Método e instrumento de recolección de datos.....	29
7.7	Confiabilidad.....	29
7.8	Análisis de datos.....	30
7.9	Consideraciones Éticas.....	30
7.10	Recursos, financiamiento y factibilidad.....	31
7.11	Cronograma de actividades (ver en anexos).....	31
8.	Resultados.....	32
9.	Discusión.....	51
10.	Conclusiones.....	54
11.	Recomendaciones.....	55
12.	Referencias bibliograficas.....	56
Anexos	.....	63



## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Características de la edad.....	32
Tabla 2. Distribución por grupo de edad. ....	32
Tabla 3. Distribución por estado civil.....	33
Tabla 4. Distribución por escolaridad. ....	33
Tabla 5. Distribución por ocupación.....	33
Tabla 6. Distribución por nivel socioeconómico. ....	34
Tabla 7. Distribución por tipo de parto. ....	34
Tabla 8. Distribución por número de hijos.....	35
Tabla 9. Distribución por orientación recibida. ....	35
Tabla 10. Nivel de autoeficacia de lactancia materna.....	35
Tabla 11. Escala de autoeficacia de lactancia materna en su forma corta. ....	36
Tabla 12. Edad según el nivel de autoeficacia de lactancia materna.....	38
Tabla 13. Edad por autoeficacia de la lactancia materna.....	39
Tabla 14. Estado civil según el nivel de autoeficacia de lactancia materna. ....	40
Tabla 15. Estado civil por autoeficacia de la lactancia materna.....	41
Tabla 16. Escolaridad según el nivel de autoeficacia de lactancia materna. ....	41
Tabla 17. Nivel de escolaridad por autoeficacia de la lactancia materna.....	42
Tabla 18. Ocupación según el nivel de autoeficacia de lactancia materna. ....	43
Tabla 19. Ocupación por autoeficacia de la lactancia materna.....	44
Tabla 20. Nivel socioeconómico según el nivel de autoeficacia de lactancia materna.....	44
Tabla 21. Nivel socioeconómico por autoeficacia de la lactancia materna. ....	45
Tabla 22. Tipo de parto según el nivel de autoeficacia de lactancia materna. ....	46
Tabla 23. Tipo de parto por autoeficacia de la lactancia materna.....	47
Tabla 24. Número de hijos según el nivel de autoeficacia de lactancia materna..	47
Tabla 25. Paridad por autoeficacia de la lactancia materna.....	48
Tabla 26. Orientación según el nivel de autoeficacia de lactancia materna.....	49
Tabla 27. Orientación por autoeficacia de la lactancia materna.....	50



## ABREVIATURAS

A.C.	Antes de Cristo
AE	Autoeficacia
APROLAM	Asociación Pro Lactancia Materna
BSEF	Escala de autoeficacia de la lactancia materna
BSES-SF	Escala de autoeficacia de la lactancia materna en su forma corta
Dr. Cs.	Doctor en Ciencias de la Salud
EPDS	Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo
G	Gramos
GAP	Grupo Asesor en Proteínas
IHAM	Iniciativa Hospital Amigo del Niño
IIFAS	Escala Infantil de Alimentación y Actitud de Iowa
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
Kcal	Kilocalorías
L	Litro
LM	Lactancia materna
LME	Lactancia materna exclusiva
ML	Mililitros
MSPSS	Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido
NO	Número
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
UMF	Unidad de Medicina Familiar
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
WHA	Asamblea Mundial de la Salud



## GLOSARIO DE TÉRMINOS

Autoeficacia	Es la creencia en la capacidad de uno para tener éxito en situaciones específicas o al realizar una tarea.
Calostro	Líquido segregado por las glándulas mamarias durante los primeros días, posteriores al parto, el cual contiene inmunoglobulinas, agua, proteínas, grasas y carbohidratos.
Lactancia materna	La alimentación del recién nacido o lactante con leche del seno materno.
Lactancia materna exclusiva	Aquella que se lleva a cabo durante los primeros seis meses, posteriormente la introducción de otros alimentos adecuados para la edad, y el mantenimiento hasta los 2 años o más.
Lactante	Es una etapa del crecimiento y desarrollo de la vida del ser humano que abarca desde los 28 días de vida hasta los 24 meses.
Sucedáneos de leche materna	Alimento sustitutivo parcial o total de la leche materna, la cual es comercializada.



## RESUMEN

**Introducción.** La lactancia materna es un comportamiento aprendido, debe iniciarse al nacer, ser exclusiva los primeros 6 meses y mantenerse 2 años o más. El abandono precoz es un fenómeno complejo influenciado por múltiples factores. La autoeficacia de lactancia materna es la confianza y capacidad de una madre para amamantar, un predictor y factor modificable que puede ser útil para aumentar el éxito de iniciar y mantener la lactancia. **Objetivo.** Determinar los factores asociados al nivel de autoeficacia en las mujeres lactantes de la UMF No. 47, IMSS, Tabasco. **Material y método.** Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico, en 197 mujeres lactantes, que cumplieron los criterios de inclusión, durante el primer semestre del 2022. Se aplicó la escala autoeficacia de lactancia materna versión corta, con alfa de Cronbach de 0.92 y un cuestionario sociodemográfico y obstétrico diseñado por el investigador. El análisis incluyó estadística descriptiva, así como estadística inferencial donde se utilizó la prueba Chi cuadrada de Pearson. Se obtuvo la magnitud de la asociación, con los riesgos de prevalencia (tablas de 2x2), y valor de  $p \leq 0.05$  con prueba exacta de Fisher's. Los datos fueron procesados en el programa estadístico SPSS 24 y STATA 6. **Resultados.** Edad mínima 17 y máxima 40, predominó el grupo de 21-25 años con 31.5% ( $X^2=109.944^a$ ,  $gl=8$ ,  $p=.000$ , RP 7.87, prueba exacta de Fisher's  $p=0.0000$ ), unión libre con 46.2% ( $X^2=71.736^a$ ,  $gl=6$ ,  $p=.000$ , RP 6.51, prueba exacta de Fisher's  $p=0.0000$ ), preparatoria con 41.1% ( $X^2=18.252^a$ ,  $gl=6$ ,  $p=.006$ , RP 1.51, prueba exacta de Fisher's  $p=0.0480$ ), nivel socioeconómico medio con 52.8% ( $X^2=38.784^a$ ,  $gl=4$ ,  $p=.000$ , RP 3.42, prueba exacta de Fisher's  $p=0.0000$ ), con 2 hijos el 35% ( $X^2=44.647^a$ ,  $gl=6$ ,  $p=.000$ , RP 4.65, prueba exacta de Fisher's  $p=0.0000$ ) y si recibió orientación con 94.9% ( $X^2=5.175^a$ ,  $gl=2$ ,  $p=.075$ , RP .910, prueba exacta de Fisher's  $p=0.0381$ ). **Conclusión.** Los factores como la edad, estado civil, escolaridad, nivel socioeconómico, paridad y la orientación recibida, se asociaron al nivel de autoeficacia de lactancia materna, mientras que la ocupación y el tipo de parto no se encontró asociación. **Palabras Claves.** Lactancia materna exclusiva, autoeficacia, factores.



## ABSTRACT

**Introduction.** Breastfeeding is a learned behavior, it must start at birth, be exclusive for the first 6 months and be maintained for 2 years or more. Early abandonment is a complex phenomenon influenced by multiple factors. Breastfeeding self-efficacy is a mother's confidence and ability to breastfeed, a predictor and modifiable factor that may be useful in increasing the success of initiating and maintaining breastfeeding. **Objective.** Determine the factors associated with the level of self-efficacy in lactating women from UMF No. 47, IMSS, Tabasco. **Material and method.** An observational, cross-sectional and analytical study was carried out in 197 lactating women, who met the inclusion criteria, during the first semester of 2022. The short version of the breastfeeding self-efficacy scale was applied, with Cronbach's alpha of 0.92 and a sociodemographic questionnaire and obstetric designed by the investigator. The analysis included descriptive statistics, as well as inferential statistics where Pearson's Chi-square test was used. The magnitude of the association was obtained, with the prevalence risks (2x2 tables), and value of  $p \leq 0.05$  with Fisher's exact test. The data were processed in the statistical program SPSS 24 and STATA 6. **Results.** Minimum age 17 and maximum 40, the group of 21-25 years predominated with 31.5% ( $X^2=109.944a$ ,  $gl=8$ ,  $p=.000$ , RP 7.87, Fisher's exact test  $p=0.0000$ ), free union with 46.2 % ( $X^2=71.736a$ ,  $gl=6$ ,  $p=.000$ , RP 6.51, Fisher's exact test  $p=0.0000$ ), high school with 41.1% ( $X^2=18.252a$ ,  $gl=6$ ,  $p=.006$ , RP 1.51 , Fisher's exact test  $p=0.0480$ ), mean socioeconomic level with 52.8% ( $X^2=38.784a$ ,  $gl=4$ ,  $p=.000$ , RP 3.42, Fisher's exact test  $p=0.0000$ ), with 2 children on 35 % ( $X^2=44.647a$ ,  $gl=6$ ,  $p=.000$ , RP 4.65, Fisher's exact test  $p=0.0000$ ) and if they received guidance with 94.9% ( $X^2=5.175a$ ,  $gl=2$ ,  $p=.075$ , PR .910, Fisher's exact test  $p=0.0381$ ). **Conclusion.** Factors such as age, marital status, education, socioeconomic level, parity and the guidance received were associated with the level of self-efficacy in breastfeeding, while occupation and type of delivery were not found to be associated. **Keywords.** Exclusive breastfeeding, self-efficacy, factors.



## 1. INTRODUCCIÓN

La OMS define lactancia materna exclusiva aquella durante los primeros seis meses, con la introducción de alimentos seguros para la edad, y una duración de la lactancia hasta los 2 años o más. <sup>(1)</sup>

A nivel mundial un 40% de los lactantes de 0 a 6 meses se alimentan exclusivamente con leche materna, por lo que la OMS hace énfasis en que, si todos los niños de 0 a 23 meses fueran amamantados de manera apropiada, cada año se salvaría la vida a más de 820 000 niños menores de 5 años. <sup>(2)</sup>

Según la OMS, las causas principales de disminución de la lactancia materna son por la falta de información y de confianza en sí mismas que tienen las mujeres que amamantan. Dentro de los factores de abandono se encuentra la ocupación, es decir, las mujeres que estudian o trabajan se enfrentan a dificultades que les impide continuar con la lactancia materna. Otros factores sociodemográficos que destacan son la edad materna, el nivel de escolaridad, su estado civil, el nivel socioeconómico, el número de hijos, tipo de vía obstétrica de nacimiento y las orientaciones impartidas por el equipo de salud sobre LME. <sup>(3)</sup>

Un factor modificable es la autoeficacia de la lactancia materna, definida como la confianza de las madres sobre su capacidad para amamantar. Para valorar la autoeficacia la Dra. Cindy Lee Denis, de la Universidad de Toronto, en el 2003, creó la breastfeeding self-efficacy scale-short form (BSES-SF), una escala esencial que mide el nivel de autoeficacia en la mujer lactante y de gran utilidad para los profesionales de la salud, ya que permite detectar aquellas madres en riesgo de abandonar la lactancia materna. <sup>(4), (5)</sup>

Por lo que el objetivo de este estudio fue determinar los factores asociados al nivel de autoeficacia en las mujeres lactantes de la UMF No. 47, IMSS, Tabasco. Este estudio, se encuentra dividido en doce capítulos: el primero corresponde a la introducción, el segundo al marco teórico del estudio de investigación, el tercer



capítulo contiene el planteamiento del problema, el capítulo cuarto la justificación de la investigación, capítulo cinco la hipótesis del estudio, capítulo seis los objetivos generales y específicos, en el capítulo siete se describe el material y la metodología de la presente investigación, capítulo ocho los resultados, capítulo nueve la discusión, capítulo decimo la conclusión de la investigación, capítulo onceavo recomendaciones y capítulo doceavo la bibliografía.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.



## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes de la lactancia materna.

En la edad prehistórica las mujeres amamantaban durante 3 o 4 años y estos niños no padecieron raquitismo. En el Código Hammurabi (1800 a.C.) contiene regulaciones sobre las nodrizas que amamantaban a los hijos de otra mujer por dinero y esta duraba mínimo 2 años hasta un máximo de 4 años. En Egipto, el Papiro de Ebers (1500 a.C.) se describen sobre los cuidados de los bebés, del amamantamiento e incluso de las posturas para dar el pecho. Se consideraba un honor la lactancia y las nodrizas eran elegidas por el faraón. El abandono de los niños estaba castigado. El Talmud estableció que la lactancia solo era exclusivamente por las madres, y durante 3 años. Hay referencias en Babilonia, de que la lactancia era durante los primeros tres años (igual que en Egipto e India). En Roma se promovía la práctica de la lactancia, pero se creía que causaba envejecimiento temprano, desgaste y agrandamiento de los senos. También se le atribuyen las primeras leyes de protección al infantil, donde exigían que debían velar por su buena nutrición y salud.<sup>(6)</sup>

En Grecia, Sorano de Éfeso, padre de la puericultura, mencionaba que el destete debía ser a los dos o tres años y que, unido a la dentición, se consideraba un episodio relevante e importante en la vida del infante.<sup>(7)</sup>

En la Edad Media, se creía que la mejor lactancia la proporcionaba la madre, si no podía, el amamantamiento era por la nodriza. En este tiempo se inició el uso de los biberones. En el Renacimiento surge la concepción del vínculo afectivo madre-hijo a través de la lactancia materna, por lo que desaparece la figura de la nodriza debido a dos grandes hechos históricos: el descubrimiento de América y la importación y exportación de enfermedades venéreas. A mediados del siglo XIX investigadores médicos comenzaron a buscar sustitutos de la leche materna para reemplazar a las nodrizas. Durante este tiempo aparecieron los primeros derechos de los trabajadores y se regula por vez primera el derecho al permiso para la



lactancia. En este siglo, la mayoría de las mujeres perdieron el hábito de amamantar, debido a:

- Pseudo profesionalización de la lactancia.
- Emancipación femenil posterior a la revolución industrial.
- El baby boom después de la segunda guerra mundial.
- Comercialización de leche de origen animal.
- Incorporación de las mujeres al mundo laboral.
- Asistencia hospitalaria del parto, protocolos y horarios estrictos, chupones y formulas artificiales para todos o la errónea creencia del profesional sobre la seguridad del biberón más que la lactancia materna.

El GAP (Grupo Asesor en Proteínas) publicó informes de advertencia sobre la preocupación de la desnutrición infantil causada por el destete y llamando a la industria a cambiar sus prácticas de publicitarias de alimentación del bebe.

Al mismo tiempo, hubo un resurgimiento del interés científico por la lactancia materna y comenzaron a surgir las ventajas de la alimentación de los lactantes. Esto impulsó a las instituciones nacionales e internacionales a iniciar diversas iniciativas, encabezadas por la OMS. <sup>(8)</sup>

En 1974, la 27a WHA (Asamblea Mundial de la Salud) observó una disminución generalizada de la lactancia materna en varias regiones del mundo, debido a factores socioculturales y de otro tipo, incluida la promoción de las fórmulas infantiles. <sup>(9)</sup>

En 1981, se aprobó el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna, un conjunto de reglas diseñadas para proteger la lactancia materna de prácticas comerciales no éticas. <sup>(10)</sup>

En 1990, en Florencia (Italia), se llevó a cabo, la declaración de Innocenti, fue realizada y aceptada por los participantes en la reunión conjunta de planificadores de política de "La lactancia en el decenio 1990: una iniciativa a nivel mundial".



Promulgando como un proceso único la lactancia materna:

- Provee una alimentación adecuada al lactante, contribuyendo a su crecimiento y desarrollo.
- Disminuye las enfermedades infecciosas, así como, la morbilidad y mortalidad del infante.
- Beneficia la salud de la mujer al disminuir el riesgo por cáncer de seno y de ovario, y aumenta el periodo de tiempo entre embarazos.
- Cuenta con beneficios económicos y sociales.
- Proporciona a las mujeres, emoción de satisfacción cuando es exitosa la lactancia.

Como objetivo mundial para garantizar una salud y nutrición de la madre e infante óptima, todas las mujeres deben poder amamantar exclusiva, y todos los niños deben ser amamantados exclusivamente desde el nacimiento hasta las 4-6 meses de edad. <sup>(11)</sup>

En 1991, la OMS y el UNICEF, lanzan la Iniciativa, hospital amigo del niño (IHAN), con el objetivo de proteger, promover y apoyar la lactancia materna en los lugares donde se otorgan servicios de maternidad, garantizando el seguimiento de los “Diez pasos hacia una feliz lactancia natural”, apegándose al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna de 1981. <sup>(12)</sup>

En 2005, se revisaron los avances de la declaración de Innocenti y se agregaron desafíos relacionados al inicio temprano del amamantamiento, lo que inspiró a una actualización de las estrategias del IHAN, teniendo en cuenta las realidades actuales y en utilización de los “diez pasos para una lactancia exitosa”. <sup>(13)</sup>

En 2012, la OMS se comprometió a ayudar a los países, en la implementación de un plan integral sobre nutrición de la madre, el lactante y el infante. El plan tiene 6 objetivos, uno de los cuales es aumentar al 50%, la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida para el 2025. <sup>(14)</sup>



En 2017, se publicó una directriz de la OMS “Proteger, promover y apoyar la lactancia materna en los establecimientos que brindan servicios de maternidad y recién nacidos”, basada en un examen cuidadoso de la evidencia para cada uno de los Diez Pasos. En 2018, se publicó una guía de implementación actualizada para los países que implementan la IHAN. Se enfatizan las estrategias para ampliar la cobertura y garantizar la sostenibilidad a largo plazo. Las pautas se enfocan a diez pasos para integrar más el programa en el sistema de la salud, garantizando que en todos los lugares lo implementen. <sup>(15)</sup>

## **2.2 Lactancia materna en México y el IMSS.**

A partir de la iniciativa elaborada por la OMS y UNICEF a favor de la lactancia materna, en México, conocida como Hospital del niño y de la madre, comenzaron acciones en el marco legal nacional. El artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece el derecho a la salud. El derecho a la protección de la salud se encuentra definido en la Ley General de Salud, el cual es disfrutado por todas las personas mientras residan en México. El Artículo 61º, establece que la atención materna infantil es primordial, incluyendo atención de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio, al igual que, la atención del infante y el seguimiento del crecimiento y desarrollo. En el Artículo 64º, señala que el sistema de salud promoverá la leche materna e incentivará a que sea alimento exclusivo hasta los dos años del lactante.

En 1992, el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) puso en marcha el programa de lactancia materna. En 1993, fue certificado el primer hospital amigo del niño y la madre. De 1993 a 1997 se acreditaron un total de 188 hospitales de maternidad. En 2002, el programa PrevenIMSS incluye la lactancia materna como parte de la vigilancia nutricional. En el 2008, comienza a reanudarse la lactancia materna y se fortalecen los criterios con la Asociación ProLactancia Materna (APROLAM). En 2011, se realiza y se distribuyen los lineamientos técnicos médicos y se realiza la promoción de la lactancia materna con trípticos en las



Unidades de Medicina Familiar para fortalecimiento del registro de eventos sobre la lactancia materna. <sup>(16)</sup>

A nivel nacional el inicio temprano de lactancia materna es del 54.4% de niños y niñas que son colocados al seno materno durante la primera hora después del parto. En el sur del país, es menos frecuente con el 34.7%; en hospitales privados es del 38.3% y la vía obstétrica por cesárea el 37.9%. En México el 31% de niños y niñas menores de seis meses reciben lactancia materna exclusiva, la prevalencia es mucho menor, entre niños y niñas nacidos de madres adolescentes, por cesárea, nacidos en hospitales privados. La prevalencia de lactancia materna exclusiva nacidos por cesárea es del 21.9%, considerablemente más baja que en aquellas que tuvieron parto vaginal con un 35.6%. El periodo de mayor reducción de lactancia materna exclusiva es entre los dos y cuatro meses de vida, periodo en el cual muchas mujeres se reintegran a sus vidas laborales. <sup>(17)</sup>

Por entidad federativa, Tlaxcala y Yucatán con 95.2% y Puebla con 95%, cuentan con altos porcentajes de lactancia materna; en comparación con Aguascalientes con 87.2%, Coahuila de Zaragoza el 86.2% y Durango con 86% tienen los más bajos. Tabasco se ubica en el lugar número once de los estados con más bajo porcentaje con un 90.3%, por debajo de Chiapas, Veracruz, Quintana Roo, Yucatán, Oaxaca y Campeche. <sup>(18)</sup>

### **Lactancia materna.**

La OMS define lactancia materna exclusiva aquella con duración a seis meses, con la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más.

Para iniciar y mantenerla exclusivamente durante 6 meses, la OMS y el UNICEF recomiendan:

- Iniciar durante la primera de nacimiento.
- Únicamente recibir leche materna, sin ningún otro tipo de alimento, ni agua.
- A libre demanda.



- Sin utilización de biberones o chupetes. <sup>(19)</sup>

Existen otros dos tipos de lactancia que son la predominante y la complementaria.

Lactancia predominante: alimentación con leche materna o de una mujer, al mismo tiempo, otros líquidos, infusiones y/o vitaminas.

Lactancia complementaria: aquella con leche materna, en conjunto con sólidos, semisólidos y leche artificial, según, la OMS continuar la lactancia hasta los 2 años como mínimo y con complementación de otros alimentos. <sup>(20)</sup>

### **2.3 Tipos de leche materna.**

Los distintos tipos de leche materna son: el calostro, de transición y la madura.

Calostro: es la primera leche, contiene  $\beta$ -carotenos y posee una coloración amarillenta, producida entre el día 1 y 4, posterior al parto. Los lactantes toman de 2 a 10 ml, contribuyendo de 580 a 700 kcal/L. El calostro en 100 ml, contiene 2 g de grasa, proteína y 4 g de lactosa, suficientes para las necesidades nutrimentales durante los primeros días del lactante, por las concentraciones de lactoferrina, IgA, linfocitos T, B y NK y macrófagos. El calostro tiene la función de protectora al recién nacido, por lo que es considerada como la primera vacuna del recién nacido.

Leche de transición: entre el cuarto y el décimo día postparto. Aumenta las concentraciones de lactosa, grasas y vitaminas hidrosolubles por el aumento de colesterol y fosfolípidos en la leche. Disminuye los niveles proteicos, de inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles por aumento del volumen de producción. Hacia el día número quince, el volumen puede alcanzar los 660 ml/día; la coloración se vuelve blanca por el caseinato de calcio y la emulsificación de las grasas.

Leche madura: entre 15-20 días después del nacimiento y perdurará hasta el momento del destete. Contiene aproximadamente 70 kcals/100 ml y el volumen



promedio es de 700 ml/día los primeros seis meses y disminuye a 500 ml/día en el segundo semestre. <sup>(21)</sup>

#### **2.4 Beneficios para el lactante.**

- Mayor digestión.
- Reduce el riesgo de infecciones porque la leche contiene agentes inmunológicos.
- Disminuye la prevalencia de alergias.
- Reduce el riesgo de enfermedades adultas (obesidad, hipertensión arterial, arterioesclerosis).
- Ayuda en el desarrollo neurológico, visual y cognitivo.
- Juega un papel protector en diabetes mellitus, muerte súbita del lactante, enterocolitis necrotizante, enfermedad inflamatoria intestinal y linfoma.
- Contribuye a un buen desarrollo de la mandíbula.
- Fortalece el vínculo afectivo madre/hijo. <sup>(22)</sup>

#### **2.5 Beneficios para la madre.**

- El vínculo estrecho y la interdependencia entre la madre lactante y el niño le otorgan un sentido de autoestima y de un equilibrio emocional que contribuye a su pleno desarrollo como mujer.
- Inmediatamente después del nacimiento, se estimula el útero para que se contraiga por succión, y la oxitocina producida, no solo se utiliza para expulsar la leche, sino que también actúa sobre el útero para evitar sangrado y reducir a su tamaño normal.
- La lactancia materna de manera apropiada contribuye a la disminución de peso progresiva y gradualmente. La hormona prolactina da a las mujeres que amamanta una apariencia más bella, vital y armónica.
- Recuperación mamaria, la estimulación y vaciado frecuentes de las mamas, previene la congestión y disminuye la grasa acumulada durante la lactancia, ayudando a mantener la flexibilidad y firmeza de su estructura.



- Cumple un papel importante en la prevención del cáncer de mama y ovario, disminuyendo el riesgo. <sup>(23)</sup>

## **2.6 Factores de abandono de lactancia materna.**

El abandono de la lactancia materna exclusiva es definido como la decisión de la madre de no amamantar exclusivamente a su recién nacido durante los primeros seis meses. Las mujeres deciden no amamantar a su recién nacido por diversas razones; los diversos estudios han demostrado que estas limitaciones son tan variadas e individuales como cada mujer, y están a su vez influenciadas por las experiencias y percepciones que va adquiriendo a lo largo de su vida. La lactancia materna no es un comportamiento instintivo, sino que se aprende y es influenciado por diversos factores socioeconómicos y culturales, que influyen en la aceptación y expectativas de las prácticas de la lactancia materna. Un factor condicionante es el nivel socioeconómico y las condiciones laborales de una mujer trabajadora, actualmente muchas mujeres son las que se integran a ser económicamente activas fuera de su hogar, muchas de ellas no tienen la oportunidad de seguir amamantando en el trabajo. <sup>(24)</sup>

Según la OMS, la razón principal de la disminución de la lactancia materna, es la falta de información y confianza en sí mismas. Las mujeres estudiantes o trabajadoras enfrentan obstáculos que les impiden continuar amamantando. Inclusive, el estrés y las publicidades indiscriminadas de fórmulas lácteas infantiles, han obligado a que las madres cambien a otros tipos de alimentos, lo que lleva al abandono prematuro de la lactancia materna. También hay varios factores de riesgo asociados, que incluyen la sociodemografía de las madres y los antecedentes perinatales del niño. Entre los factores de riesgo sociodemográficos de la madre destacan la edad, escolaridad, ocupación y estado civil. Entre los factores de riesgo materno están la paridad, el tipo de parto, orientaciones previas sobre LME, momento en que recibió la información, principales fuentes de información. <sup>(25)</sup>



## **2.7 Edad materna.**

La edad materna es un factor influyente, ya que las madres jóvenes son más propensas a abandonar la lactancia materna antes de los seis meses; entre menor edad determina un menor nivel de educación, menor poder adquisitivo, no cuentan con el apoyo familiar y/o de pareja, tienen más ansiedad e inseguridad; por otro parte, una mayor edad puede estar relacionada a una adecuada madurez física y emocional, cuentan mejor preparación mental, tienen amplia experiencia previa y por consiguiente LME exitosa. <sup>(26)</sup>

## **2.8 Estado civil.**

En cuanto al papel del esposo, juega un papel importante de apoyo emocional, constituyendo un estímulo positivo, dando seguridad y fuerza de voluntad para continuar con el amamantamiento. El apoyo con el que cuentan en el hogar, se han demostrado mejores índices de lactancia, que en aquellas solteras o divorciadas. Al asumir tareas que, teóricamente corresponden a la mujer, se le permite concentrarse más en el cuidado del bebe y del amamantamiento. Otros factores relevantes para el amamantamiento exitoso es que la madre se encuentre emocionalmente feliz y sin estrés, ya que las preocupaciones y tristezas están relacionadas en la disminución o eliminación de las secreciones mamarias. Los padres, por otra parte, rara vez asistirán a las visitas de control prenatal, lo que significa que tengan poca información sobre la lactancia materna. Una mayor participación de los padres en la consejería prenatal, promoverá la lactancia materna como la forma más óptima de alimentar al bebe, por lo que los padres estarán más dispuestos a ayudar y alentar a la pareja para amamantar. <sup>(27)</sup>

## **2.9 Nivel de escolaridad.**

El nivel educativo de la madre determinará la capacidad de adquirir paulatinamente nuevos conocimientos integradores, que le aseguran un mejor desenvolvimiento, nuevas habilidades conductuales a lo largo de su existencia, tanto en el ámbito individual como colectivo, convirtiéndose así en un factor muy



importante. Mejorando la comprensión y entendimiento de la información relacionada con la lactancia materna exclusiva. Por lo que, el nivel de escolaridad es un factor que influye en el amamantamiento, a menor nivel de educación, mayor rechazo de amamantar; porque es más difícil de comprender los beneficios que la lactancia es en la salud del bebe y de la madre, también se encuentran obstáculos a la hora de capacitarlas. <sup>(28), (29)</sup>

## **2.10 Nivel socioeconómico.**

El nivel socioeconómico más bajo en los países en desarrollo se asoció a ingresos de control prenatales más tardío, por lo que tienen menos educación sobre la lactancia, y por lo consiguiente deciden fuera de tiempo el apego a la LME durante la primera hora de nacimiento, revirtiendo a los seis meses después, ya que los ingresos económicos, no permiten la adquisición de alimentos complementarios diferentes a la lactancia materna; las mujeres socioeconómicamente mejores eligen la LME, porque cuentan con mejor nivel educativo y por ende, mayor conocimiento de los beneficios de la lactancia materna, mientras que en los países en desarrollo, eligen las fórmulas infantiles, ya que poseen una economía optima, para optar por este tipo de alimentación, y con ello tienen más “libertad”, por lo tanto, es un factor que influye por las condiciones de vida y desarrollo de la sociedad. <sup>(30)</sup>

## **2.11 Ocupación.**

En la actualidad, miles de mujeres en México, se enfrentan a diversas barreras que reducen en gran medida sus posibilidades de amamantar exitosamente, un ejemplo, es el regreso al trabajo, motivo principal, por lo que las madres abandonan la lactancia materna. Se ha demostrado, que la promoción de la lactancia materna en el trabajo aumenta la eficiencia y productividad, y a su vez, disminuye que se ausenten a su área laboral, ya que, las mujeres que amamantan son las que menos faltan al trabajo, esto es, por que sus bebes son menos propensos a enfermarse. Otro aspecto relevante, son las políticas públicas,



disponen de un determinado tiempo para amamantar, sin embargo, muchas desconocen este derecho, lo que hace que aumente la ansiedad de regresar mucho antes de lo reglamentario al trabajo por miedo a perderlos, de igual forma afecta la falta de guarderías, todo esto conlleva al aumento de uso de fórmulas lácteas para complementar la LM. <sup>(31), (32)</sup>

### **2.12 Tipo de parto.**

El tipo de parto quirúrgico, es un factor que influye desfavorablemente para iniciar la lactancia materna. En el parto quirúrgico, al aplicar anestesia general, solo se podrá tener contacto piel a piel, pero no podrá iniciar la lactancia materna, hasta que sea capaz de responder, por lo particular 4 horas después del evento quirúrgico. Cuando la madre recibe anestesia raquídea o epidural, el recién nacido puede colocarse en su pecho, tener contacto piel a piel, y principalmente comenzar el amamantamiento en la primera hora, de manera similar al parto vía vaginal.

### **2.13 Paridad.**

Con respecto a la paridad, las mujeres primíparas, tienen mayor riesgo del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva, debido a que son más inseguras en el proceder de la mama con relación a la atención del lactante. Se ha observado que, en las mujeres con experiencia previa, es un factor de protección de lactancia materna exclusiva, y en las mujeres primíparas, se observa 6 veces más probabilidad de fracasar en la LME. <sup>(33)</sup>

### **2.14 Orientación sobre lactancia materna.**

Otro factor a considerar, son las relaciones con los grupos de apoyo para la intervención en los problemas del amamantamiento, a menudo, las madres experimentan dificultades durante la lactancia, la falta de conocimiento o las ideas erradas pueden producir frustraciones, que al no ser atendidos adecuadamente y/o informados de forma correcta causan efectos negativos en el



amamantamiento, disminuyendo la duración. La intervención de los profesionales de salud en hospitales y primer nivel, es una medida de la autoeficacia materna de las posibilidades de tener éxito en iniciar y continuar la lactancia materna. Este es un factor importante para aumentar la percepción de apoyo, y poder permitir que las madres y familiares, desarrollen habilidades suficientes para prevenir y disminuir los problemas más comunes del amamantamiento, los cuales pueden ocurrir en los primeros 10 días posterior al parto, momento donde la intervención integral es ideal. <sup>(34), (35)</sup>

### **2.15 Teoría de la autoeficacia.**

El constructo de la autoeficacia (AE), fue introducido en 1977 por Albert Bandura, como eje central de la denominada Teoría Cognitiva Social. La teoría postula que diversos procesos psicológicos son relacionados directamente con la creación o refuerzo de las expectativas. Esta teoría resalta el papel de los fenómenos autorreferenciales, como un medio por el cual las personas pueden actuar sobre su entorno, y por lo tanto influir en su transformación. Según, Bandura (1995), tanto la conducta y la motivación están determinados por los pensamientos, que a su vez están determinadas por dos tipos de expectativas: las de eficacia y las de resultado. El primero está relacionado con la seguridad de poder realizar con éxito una acción específica y así producir el resultado esperado. Las expectativas de resultado se refieren a la creencia de que, participar en un determinado comportamiento producirá los resultados deseados.

Bandura determino que el nivel de AE puede aumentar o disminuir la motivación. Las personas con alta AE, desarrollan tareas difíciles e incluso establecer metas más altas. La conceptualización de la autoeficacia es muy importante en la práctica profesional porque predice si los pacientes serán capaces de cambiar su comportamiento para enfrentar diferentes situaciones especialmente su persistencia en el tiempo. <sup>(36)</sup>



La autoeficacia se modificará a partir de distintas fuentes, las cuales pueden ser procesos cognitivos (imaginación de metas, predicción de las dificultades), motivacionales (anticipando consecuencias, planificando objetivos), afectivos (control de pensamientos negativos, afrontamiento de estresores y de selección de procesos). Estos factores ejercen un considerable impacto en el desarrollo humano y su adaptación. Distintos procesos contribuyen a la formación de la autoeficacia, entre estos destacan principalmente cuatro fuentes.

### **2.16 Experiencias de dominio.**

Son el resultado de completar tareas. El éxito construye una fuerte creencia en la autoeficacia, mientras que el fracaso la debilita, especialmente si el fracaso ocurre antes de que la eficacia esté firmemente establecida. Desarrollar el sentido de eficacia a través de las experiencias de aprendizaje, no se trata de adoptar hábitos preparados. Requiere aprender instrumentos cognitivos, conductuales y de auto regulación para crear e implementar cursos de acción apropiados, necesarios para manejar circunstancias cambiantes de la vida.

### **2.17 Experiencias vicarias.**

Presentado por modelos sociales; observar a individuos similares que alcanzan el éxito, después de esfuerzos perseverantes incrementa la confianza del observador en que él también tiene las habilidades necesarias para dominar actividades similares. El efecto del modelado en las creencias de autoeficacia, está altamente influenciada por la similitud percibida con otros modelos. Si las personas perciben al modelo muy distintas de sí mismas, sus creencias de autoeficacia no se verán afectadas en gran medida por el comportamiento del modelo a seguir y sus consecuencias.

### **2.18 Persuasión social.**

Constituye el fortalecimiento de las creencias de los individuos relacionadas con la capacidad para alcanzar el éxito. En medida en que los impulsos persuasivos en



autoeficacia persuasiva dirigen a las personas a esmerarse para lograr el éxito, las creencias de autoeficacia promueven el desarrollo de habilidades y la eficacia personal. Las personas que desarrollan creencias de eficacia satisfactorias no se limitan a transferir consideraciones positivas, sino que, además de incrementar la confianza del individuo en sus capacidades, favoreciendo el éxito y evitando colocarse tempranamente en situaciones de fracaso, asimismo, motivan a los individuos a valorar sus éxitos.

### **2.19 Respuesta fisiológica, estado psicológico o emocional.**

Es la forma en que las personas también tienden a responder a estos al juzgar sus capacidades; interpretan sus reacciones de estrés y tensión como señales de vulnerabilidad ante una ejecución pobre. El ánimo influye en los juicios que las personas realizan a su autoeficacia. El ánimo positivo promueve la percepción de la autoeficacia, en tanto que, un estado de ánimo negativo la disminuye. <sup>(37)</sup>

Albert Bandura, postula que es un proceso cognoscitivo que interviene en el comportamiento y lo regula, por lo tanto, para que una persona logre dar su máximo rendimiento es una circunstancia específica, no es suficiente el tener los conocimientos, destrezas y habilidades requeridas para esa circunstancia o actividad determinada, sino que es importante que crea en sus propias capacidades, interviniendo de manera positiva las auto percepciones de eficacia en su motivación y conducta. Cuanto más fuerte es la percepción de la autoeficacia, más alto es el desafío de las metas propuestas, y mayor es su compromiso para realizarlas. Así, las expectativas débiles llevan fácilmente al desánimo y abandono de las tareas, mientras que las fuertes inducen a perseverar, sin importar los contratiempos que se lleguen a presentar. <sup>(38)</sup>

### **2.20 Autoeficacia sobre lactancia materna.**

La Dra. Cindy-Lee Dennis, de la Universidad de Toronto, propuso una teoría de la autoeficacia en la lactancia materna, basada en los estudios del psicólogo Albert Bandura, en donde, hace relevancia la confianza de la madre en su capacidad



para amamantar y al mismo tiempo predice, si una madre elige amamantar o no, cuánto empeño dedicará, si tendrá auto motivación o frustración en el amamantamiento, y cómo reaccionará emocionalmente ante las dificultades. Se encuentra influenciada de 4 fuentes principales de información para la madre:

- 1) Logros durante el proceso de la lactancia materna previa (por ejemplo: amamantamiento de hijos mayores).
- 2) Experiencias indirectas (observación de otras mujeres lactando).
- 3) Persuasión verbal (ánimo de terceras personas, como familiares, amigos, entre otros).
- 4) Respuestas fisiológicas (estrés, fatiga y ansiedad).

A partir de esta teoría, la Dra. Dennis elaboró, en 1999, la escala de la autoeficacia para la lactancia materna (BSES por sus siglas en inglés) con el fin de medir el nivel de seguridad de las madres para tener éxito en ella. <sup>(39)</sup>

Esta escala es un instrumento auto administrado de 33 ítems, donde los ítems están precedidos por la frase "Siempre puedo" y se puntúan en una escala Likert de cinco puntos que va de uno (nada seguro) a cinco (siempre seguro). Como tal, las puntuaciones totales pueden oscilar entre 33 y 165, y las puntuaciones más altas reflejan mayores niveles de autoeficacia en la lactancia.

En 2003, Dennis, redujo la BSES de 33 a 14 ítems y la renombró BSES-forma abreviada (BSES-SF). La confiabilidad y validez de este instrumento fue satisfactoria en EE. UU., Canadá, Brasil, Reino Unido, España, Italia, Suecia, Polonia, Croacia, Portugal, Turquía, China, Japón, Malasia y Hong Kong. <sup>(40)</sup>

La versión española de la breastfeeding self-efficacy scale, es una escala de 14 preguntas, presentadas de forma positiva y precedida de la frase «yo siempre puedo». Se evalúa con escala tipo Likert de uno a cinco puntos, donde uno indica «nada segura» y cinco indica «muy segura». Una mayor puntuación indica niveles de autoeficacia alta de la lactancia materna. La versión española de la BSES-SF,



tiene una fiabilidad de Coeficiente Alfa de Cronbach, de 0,92. La escala es útil, permitiendo identificar a madres con adversidades en la lactancia. <sup>(41)</sup>

### **2.21 Marco referencial.**

Amal Abdelaziz Ahmed y colaboradores, en el 2020 en Egipto, realizó un estudio de diseño descriptivo-transversal, con el objetivo de examinar la autoeficacia de la lactancia materna e identificar los factores que la afectan durante el período posparto. En una muestra de 360 mujeres posparto que se atendieron en cuatro centros de salud materno-infantil en la ciudad de Assuit. Aplicaron 2 encuestas una en base a datos sociodemográficos, datos obstétricos y experiencias previas y la segunda la escala de autoeficacia de la lactancia materna en su forma corta (BSES-SF). Sus resultados fueron autoeficacia moderada y diferencia significativas de las variables de ocupación, educación, estado económico, gravidez, experiencias de lactancia materna, tipo de lactancia materna, número de días posparto, problemas mamarios, apoyo social y seguimiento de visitas prenatales. Concluyendo que existen numerosos factores no modificables y modificables que pueden afectar la autoeficacia de la lactancia materna. <sup>(42)</sup>

Gécica Gracieli Wust de Moraes y colaboradores, en el 2021 en Brasil, realizó un estudio observacional, longitudinal y prospectivo cuyo objetivo fue verificar la asociación de la autoeficacia de las madres lactantes para la lactancia materna en el posparto inmediato y seis meses después del nacimiento y las variables obstétricas y sociodemográficas con la duración de la lactancia materna exclusiva. Participaron 158 madres lactantes desde el período posparto inmediato hasta el sexto mes posparto en un municipio del sur de Brasil, recopilando los datos con cuestionarios de variables sociodemográficas, obstétrico y la escala de autoeficacia de lactancia materna en su forma corta. Sus resultados fueron altas puntuaciones de autoeficacia de lactancia materna tanto en el período posparto (87,34%) y en el sexto mes de vida de los bebés (77,34%). La lactancia materna exclusiva fue influenciada negativamente por los factores sociodemográficos de ingresos familiares, estado civil y retorno al trabajo. Concluyendo que los altos



niveles de autoeficacia favorecen la lactancia materna exclusiva; sin embargo, este factor por sí solo no es decisivo para la lactancia materna exclusiva. Es necesario identificar la autoeficacia prenatal, junto con los datos sobre el trabajo y el estado civil de las madres. <sup>(43)</sup>

Li Thi Hai Ngo y colaboradores, en el año 2019 en Vietnam, realizó un estudio transversal con el objetivo de explorar los factores relacionados con la autoeficacia de la lactancia materna y sus predictores entre las mujeres vietnamitas posparto. Participaron 164 mujeres posparto del hospital Tu Du en Vietnam durante el periodo de agosto a septiembre del 2017. Utilizaron la escala de autoeficacia de la lactancia materna (BSEF), la escala multidimensional de apoyo social percibido (MSPSS) y la escala de depresión posnatal de Edimburgo (EPDS) para explorar los factores que afectan la autoeficacia de la lactancia materna. Sus resultados fueron que la autoeficacia de lactancia materna se relacionó con la edad de las madres, la ocupación de la madre, la experiencia previa en lactancia materna, el modo de parto, el contacto piel con piel con el bebé y el alcance de la lactancia materna en el hospital. También se correlacionó positivamente con el apoyo social y fue significativamente menor en las mujeres con más depresión posparto. Concluyendo que las estrategias para fomentar la autoeficacia de la lactancia materna deben centrarse en disminuir la incidencia de la depresión posparto y promover el apoyo social a la lactancia materna. <sup>(44)</sup>

Farzaneh Poorshaban y colaboradores, en el 2017 en Irán, realizó un estudio transversal descriptivo-analítico con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados con la autoeficacia de la lactancia materna de las madres dentro de las 6 semanas posteriores al parto. Con una muestra de 767 madres que se presentaron en el Centro de Salud e Investigación Familiar en Rasht, recopilando información con los cuestionarios demográficos y Dennis breastfeeding self-efficacy scale (BSEF) en dos fases la primera al tercer día y la segunda fase a la sexta semana. Sus resultados fueron que la autoeficacia de la lactancia materna en la sexta semana después del parto aumentó en comparación con la puntuación



en el tercer día después del parto y las madres que amamantaron exclusivamente a sus bebés tenían una puntuación media de autoeficacia más alta que las que no lo hicieron. Las variables del nivel educativo, el dolor, tener una experiencia exitosa de lactancia materna y la lactancia materna exclusiva tenían relaciones estadísticamente significativas con la autoeficacia de la lactancia materna. Concluyendo que la autoeficacia de la lactancia materna influyó en el estado y el tipo de lactancia materna. <sup>(45)</sup>

Carolina María de Sá Guimarães y colaboradores, en el año 2017 en Brasil, realizaron un estudio observacional, transversal y descriptivo, con el objetivo de determinar la asociación entre la autoeficacia de la lactancia materna y los factores sociodemográficos y obstétricos de las adolescentes. El cual se llevó a cabo en el alojamiento conjunto de un hospital público de maternidad en la ciudad de Ribeirao Preto, Sao Paulo. Con una muestra de 94 mujeres púerperas adolescentes. Los datos se recolectaron de enero a julio del 2014, utilizaron dos instrumentos, el primero incluyó datos de identificación, características sociodemográficas y obstétricas de las participantes. El segundo consistió en el BSES - versión brasileña, utilizado para evaluar la autoeficacia de las participantes en la capacidad de amamantar. Sus resultados fueron que los mayores niveles de autoeficacia se asociaron con las siguientes variables: ser apoyado por la madre o la suegra después del parto, la lactancia materna en la primera hora de vida y la lactancia materna exclusiva durante la recolección de datos. Ninguna de las variables obstétricas previas (número de embarazos, parto, aborto y niños vivos) mostró una asociación estadísticamente significativa con la autoeficacia en la lactancia materna. Concluyendo que el apoyo de la madre o de la suegra, la lactancia materna en la primera hora de vida y la práctica de la lactancia materna exclusiva durante el período de ingreso al alojamiento, influyen en los niveles de autoeficacia de la lactancia entre las púerperas adolescentes. <sup>(46)</sup>



### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El abandono de la lactancia materna exclusiva es un problema de salud pública a nivel mundial; la alimentación exclusiva de leche materna disminuye 14 veces la mortalidad, que aquellos que no la reciben. Sin embargo, actualmente solo el 41% reciben lactancia materna exclusiva. <sup>(47)</sup>

En la región de las Américas el 54% de los niños inician la lactancia dentro de la primera hora de vida, es decir, 5 de cada 10 no toman leche materna durante la primera hora; el 38% son amamantados de forma exclusiva hasta los seis meses y solo el 32% continúa amamantando hasta los 24 meses. <sup>(48)</sup>

En México, según (ENSANUT, 2018) solo el 28.6% reciben lactancia materna de manera exclusiva, el 42.9% de los menores de un año son alimentados con fórmulas infantiles y el 30% de entre 6 y 11 meses no son alimentados adecuadamente con alimentos para su edad. De acuerdo, a la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2018), a nivel nacional, la duración media del amamantamiento son 9.7 meses; en el estado de Tabasco la duración de amamantar es de 10.4 meses. <sup>(49), (50)</sup>

En el 2015, el Instituto Mexicano del Seguro Social, reporta una prevalencia del 70 al 80% de mujeres derechohabientes que abandonan la lactancia materna exclusiva. <sup>(51)</sup>

La prevalencia de lactancia materna no aumenta, a pesar de los beneficios relacionados como: 30% menos de riesgo de diarrea por rotavirus, reducción del 64% en incidencias de infecciones gastrointestinales no específicas. Las infecciones respiratorias se reducen un 72% con lactancia materna exclusiva durante al menos 4 meses, un 50% menos de riesgo de desarrollar otitis; y si se prolonga hasta seis meses, el riesgo se reduce un 63%. También se asocia con una reducción del 58% al 77% en el riesgo de desarrollar enterocolitis necrotizante. <sup>(52)</sup>



Las mujeres que amamantan tienen un riesgo 32% menor de padecer diabetes tipo 2, 26% menor de cáncer de mama y 37% menor de cáncer de ovarios, comparada con aquellas mujeres que no dan lactancia materna. En México, los costos estimados relacionados a la salud del infante debido a los malos hábitos de la lactancia materna oscilan entre \$745.5 millones y \$2,4 mil millones al año, y del 11 al 38% son representadas por el costo de fórmulas infantiles. <sup>(53), (54)</sup>

Múltiples estudios evidencian que el abandono de la lactancia materna son por factores sociodemográficos y obstétricos; sucede con mucha más frecuencia en madres con inestabilidad conyugal, la falta de apoyo económico y emocional de su conyugue, mujeres solteras que trabajan y son la base económica en su vivienda, el aumento de madres en etapa adolescente, que tienen dificultad en su falta de preparación psicosocial y anatomofisiológica, el número de hijos y la vía de resolución obstétrica, siendo la cesárea un factor predisponente al abandono de la lactancia. <sup>(55)</sup>

Un factor potencialmente modificable es la autoeficacia, relacionada a las creencias y comportamientos sobre el amamantamiento, es un indicador importante de la percepción de poder proporcionar lactancia materna, predice si llevaran a cabo o no de manera exitosa la lactancia. <sup>(56)</sup>

En base a estas consideraciones, el objetivo de este estudio fue determinar los factores asociados al nivel de autoeficacia en las mujeres lactantes de la UMF No. 47, IMSS, Tabasco. Por lo que nuestra pregunta de investigación fue la siguiente:

¿Cuáles son los factores que están asociados al nivel de autoeficacia de las mujeres lactantes de la UMF No. 47, IMSS, Tabasco?



## 4. JUSTIFICACIÓN

La lactancia materna es la alimentación óptima de los bebés, proporciona los nutrientes necesarios y equilibrados, protege ante la morbilidad y mortalidad a enfermedades infecciosas; la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (OPS / OMS) recomiendan comenzar la lactancia materna dentro de los primeros 60 minutos de haber nacido, así como de forma exclusiva hasta los 6 meses y, de manera agregada, hasta los 2 años. Sin embargo, a nivel mundial solo el 40% de los lactantes de 0 a 6 meses se alimentan exclusivamente con leche materna. <sup>(57)</sup>

En México, los investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), a partir de encuestas Nacionales de Salud y Nutrición (ENSANUT 2018) atribuyen bajos niveles de lactancia materna exclusiva y su empeoramiento en los últimos años, particularmente en los sectores más vulnerables, reportando una prevalencia de lactancia materna exclusiva del 28.8%, siendo entre las más bajas en Latinoamérica. <sup>(58)</sup>

Estas bajas prevalencias son preocupante ya que existen estudios científicos que documentan los beneficios de la leche materna, entre los que destacan la reducción del riesgo de muerte súbita, el desarrollo de enfermedades como diabetes tipo 1, obesidad, asma, leucemia, infecciones respiratorias agudas, otitis media, gastroenteritis en el lactante y en las mujeres que lactan favorece el vínculo afectivo madre e hijo, experimentan menos riesgo de desarrollar cáncer de mama y de ovario, menor depresión posparto y diabetes. <sup>(59)</sup>

Sin embargo, se observa un incremento progresivo de abandono de lactancia materna causada por factores sociodemográficos como la edad materna, grado de escolaridad, ocupación materna; y factores obstétricos como la paridad, vía obstétrica del nacimiento y las orientaciones sobre la lactancia, aunado a esto la intención de lactar y la poca confianza de la madre en su capacidad de amantar denominada autoeficacia de la lactancia materna. <sup>(60)</sup>



Dada a esta problemática, el presente estudio tuvo gran relevancia el determinar los factores asociados al nivel de autoeficacia en la mujer lactante de la UMF No. 47 del IMSS, Tabasco, siendo de gran importancia, ya que la lactancia materna es un comportamiento aprendido y el nivel de autoeficacia un factor modificable de fácil acceso para los profesionales de la salud, que puede influir positivamente en disminuir el abandono temprano de la lactancia materna exclusiva.

El estudio fue factible ya que contamos con la autorización y apoyo de las autoridades pertinentes, lo que nos llevó a establecer una investigación sin limitantes.

Esta investigación beneficia a las mujeres lactantes de la UMF No. 47 del IMSS, Tabasco, al poder detectar aquellas que estén en riesgo de iniciar o abandonar precozmente la lactancia, así como también a los lactantes por los beneficios de la leche materna y para el sistema de salud contribuiría a crear estrategias específicas en grupos de ayuda, generando un mayor impacto.



## 5. HIPÓTESIS

### 5.1 Hipótesis alterna.

Los factores sociodemográficos (edad, estado civil, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico) y obstétricos (tipo de parto, paridad y orientación recibida) están asociados al nivel de autoeficacia de las mujeres lactantes de la UMF No. 47, IMSS, Tabasco.

### 5.2 Hipótesis nula.

Los factores sociodemográficos (edad, estado civil, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico) y obstétricos (tipo de parto, paridad y orientación recibida) no están asociados al nivel de autoeficacia de las mujeres lactantes de la UMF No. 47, IMSS, Tabasco.



## 6. OBJETIVOS

### 6.1 General:

Determinar los factores asociados al nivel de autoeficacia en las mujeres lactantes de la UMF No. 47, IMSS, Tabasco.

### 6.2 Específicos:

1. Describir los factores sociodemográficos de las mujeres lactantes de la UMF No. 47, IMSS, Tabasco.
2. Describir los factores obstétricos de las mujeres lactantes en estudio.
3. Identificar el nivel de autoeficacia de las mujeres lactantes en estudio.



## 7. MATERIAL Y MÉTODOS

### 7.1 Tipo de investigación.

Es un estudio de tipo observacional, transversal y analítico.

### 7.2 Universo.

El universo estuvo constituido por 403 mujeres en periodo de lactancia, de las cuales se calculó una muestra mediante la fórmula de población finita con un margen del 5% de error máximo y un 95% de nivel de confianza. Por lo tanto, la población mínima a encuestar fue de 197 mujeres en periodo de lactancia, que fueron captadas en la consulta de control postnatal de la UMF No. 47 del IMSS, Tabasco, en el primer semestre del 2022.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Dónde:

N = 403 (Total de la población)

Z $\alpha$  = 1.96 al cuadrado (seguridad del 95%)

p = proporción esperada (5% = 0.05)

q = 1 – p (1 – 0.05 = 0.95)

d = precisión (5%)

### 7.3 Criterios de inclusión y exclusión.

#### 7.3.1 Inclusión.

- Madres con lactantes menores de 2 años derechohabientes a la UMF No. 47, IMSS, Tabasco.



- Madres con lactantes menores de 2 años derechohabientes a la UMF No. 47, IMSS, Tabasco, que aceptaron participar en el estudio.

### **7.3.2 Exclusión.**

- Madres con lactantes menores de 2 años con alguna enfermedad que contraíndique la lactancia materna.

## **7.4 Variables.**

### **7.4.1 Variable dependiente:**

- Nivel de autoeficacia de la lactancia materna.

### **7.4.2 Variable independiente:**

- Factores sociodemográficos:
  - Edad.
  - Estado civil.
  - Escolaridad.
  - Ocupación.
  - Nivel socioeconómico.
- Factores obstétricos:
  - Tipo de parto.
  - Paridad.
  - Orientación sobre lactancia materna.

## **7.5 Operacionalización de variables (ver en anexo).**



## **7.6 Método e instrumento de recolección de datos.**

Para la recolección de datos se utilizó dos encuestas, la primera un cuestionario de aspectos sociodemográficos y obstétricos, la segunda, la escala de autoeficacia de lactancia materna en su forma corta, traducida y validada por Llopis, con un alfa de Cronbach de 0.92, siendo una adaptación de la escala original creada por la doctora Canadiense Cindy-Lee Dennis.

La encuesta número 1, lleva por título “cuestionario sociodemográfico y obstétrico”, elaborado por el investigador el cual consta de aspectos sociodemográficos y obstétricos de la entrevistada. La encuesta número 2, con el título “escala de la autoeficacia de la lactancia materna-formato cortó”. La cual consta de 14 ítems precedidos de la frase “siempre puedo”. Cada pregunta será evaluada de acuerdo a la escala Likert con la siguiente puntuación: “Muy insegura” (1 punto), “Insegura” (2 puntos), “Poco segura” (3 puntos), “Segura” (4 puntos) y “Muy segura” (5 puntos), al completar la escala se obtendrá una puntuación entre 14 y 70 puntos, los cuales determinaran el nivel de autoeficacia de la lactancia materna, siendo una autoeficacia: baja de 14 a 32 puntos, media de 33 a 51 puntos y alta de 52 a 70 puntos.

Posterior a la autorización del estudio por el comité de ética e investigación y la directora de la Unidad de Medicina Familiar No. 47 del IMSS, Tabasco, se acudió a la sala de espera de la consulta externa, donde se captaron las derechohabientes que cumplieron con los criterios de inclusión, se explicó la identidad y procedencia educativa del investigador, así como el objetivo del estudio. De acuerdo a la colaboración de la derechohabiente y bajo autorización en un consentimiento informado, previa capacitación de un residente de primer año, se aplicaron las encuestas.

## **7.7 Confiabilidad.**

Se sometió a prueba la escala de autoeficacia de lactancia materna en su versión corta, para determinar su confiabilidad con la frase “siempre puedo” y otra sin la



frase “siempre puedo”. Se realizó en las instalaciones de la UMF No. 47 del IMSS, Tabasco, encuestando a 10 mujeres lactantes que presentaron características similares a la muestra en estudio, las cuales fueron seleccionadas a través del muestreo no probabilístico por conveniencia, y quienes no fueron consideradas dentro de la muestra definitiva.

Para la confiabilidad de la escala se utilizó el software Excel 2016, la escala con la frase precedida de “siempre puedo” obtuvo un coeficiente de Alfa de Cronbach de 0.99 y la escala sin la frase “siempre puedo” un 0.98, lo que indicó que tiene un grado excelente de confiabilidad, validando el uso en la recolección de datos del presente estudio de investigación.

### **7.8 Análisis de datos.**

La información obtenida a través del instrumento de este estudio, se vació en una base de datos. Para el análisis univariado se efectuó a través de estadística descriptiva, mediante frecuencias y porcentajes. Para el análisis bivariado, se usó la prueba de Chi cuadrada de Pearson para la comparación de frecuencias, considerando los grados de libertad  $gl$ , el valor de significancia  $p \leq$  de 0.05.

Se obtuvo la razón de prevalencia, para estimar la magnitud de la asociación entre la variable dependiente y los factores estudiados utilizando las tablas epidemiológicas (2x2), el valor de significancia  $p \leq$  de 0.05 mediante la prueba exacta de Fisher's. Se utilizó el software estadístico SPSS “statistical product and service solutions” versión 24.0 para Windows, así como el software estadístico STATA 6.0.

### **7.9 Consideraciones Éticas.**

El estudio se elaboró conforme al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en el artículo 96 y de acuerdo a la declaración de Helsinki, así como a las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica. Por lo que el estudio se realizó previa aprobación del Comité Local de Investigación Científica. Para la participación en el



estudio, los pacientes firmaron una carta de consentimiento informado, en la que se detalló el título y el objetivo del estudio, el papel del participante en la investigación, los beneficios que obtiene de su participación y los riesgos a los que se somete al participar, además de garantizar la libertad de retirarse de la investigación aun cuando haya firmado el documento señalado. La información recolectada se manejó de forma no nominal, garantizando la preservación del anonimato de los participantes.

El presente trabajo de investigación, se realizó con recursos propios del investigador, sin recibir financiamiento parcial o total, ni apoyos materiales de parte de instituciones u organismos públicos y/o privados, por lo que no presento conflicto de intereses financieros, institucionales ni personales.

#### 7.10 Recursos, financiamiento y factibilidad.

<b>Recursos humanos</b>	Médico residente de Medicina Familiar Medico asesor metodológico Medico asesor clínico
<b>Recursos materiales</b>	Equipo de cómputo Impresora Paquete de hojas blanca tamaño carta Lapiceros Tabla agarra papel Engrapadora y grapas
<b>Recursos financieros</b>	Recursos propios del investigador

#### 7.11 Cronograma de actividades (ver en anexos).



## 8. RESULTADOS

A continuación, se presentan los principales resultados obtenidos de las encuestas realizadas de una muestra de 197 mujeres lactantes correspondientes a la UMF No. 47, IMSS, Tabasco.

Análisis descriptivo de las características sociodemográficas de la población en estudio.

En la tabla 1 y 2. Las características de la edad, se observó que predominó el grupo de 21 a 25 años con 31.5% (62), la edad mínima fue 17 años y la máxima 40 años, con una media de  $\bar{X}=25.84$  y una desviación estándar de  $S\pm 5.565$ .

**Tabla 1. Características de la edad.**

Variable	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad	197	17	40	25.84	5.565

Fuente: cuestionario sociodemográfico y obstétrico. N=197

**Tabla 2. Distribución por grupo de edad.**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
<20 años	47	23.9
21 - 25 años	62	31.5
26 - 30 años	40	20.3
31 - 35 años	41	20.8
36 - 40 años	7	3.6
Total	197	100.0

Fuente: cuestionario sociodemográfico y obstétrico. N=197

En la tabla 3. De acuerdo al estado civil, se observó predominio en unión libre con 46.2% (91) y con menor frecuencia las divorciadas con un 5.6% (11).



**Tabla 3. Distribución por estado civil.**

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	36	18.3
Casada	59	29.9
Unión libre	91	46.2
Divorciada	11	5.6
Total	197	100.0

Fuente: cuestionario sociodemográfico y obstétrico. N=197

En la tabla 4. La escolaridad de mayor predominio es del nivel preparatoria con 41.1% (81) y en menor frecuencia de nivel primaria con un 9.6% (19).

**Tabla 4. Distribución por escolaridad.**

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	19	9.6
Secundaria	53	26.9
Preparatoria	81	41.1
Universidad	44	22.3
Total	197	100.0

Fuente: cuestionario sociodemográfico y obstétrico. N=197

En la tabla 5. Se observó la ocupación, en donde predominó labores del hogar con 42.1% (83) y en menor frecuencia las estudiantes y comerciantes, ambas con 7.1% (14) respectivamente.

**Tabla 5. Distribución por ocupación.**

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Labores del hogar	83	42.1
Estudiante	14	7.1
Empleada	67	34.0
Comerciante	14	7.1



Profesionista	19	9.6
Total	197	100.0

Fuente: cuestionario sociodemográfico y obstétrico. N=197

En cuanto al nivel socioeconómico, en la tabla 6, se observó predominio del nivel medio con 52.8% (104) y en menor frecuencia el nivel alto con el 19.8% (39).

**Tabla 6. Distribución por nivel socioeconómico.**

Nivel socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	54	27.4
Medio	104	52.8
Alto	39	19.8
Total	197	100.0

Fuente: cuestionario sociodemográfico y obstétrico. N=197

Análisis descriptivo de las características obstétricas de la población en estudio.

De acuerdo al tipo de parto de las encuestadas, en la tabla 7, se observó que predominó el de tipo vaginal con 51.8% (102).

**Tabla 7. Distribución por tipo de parto.**

Tipo de parto	Frecuencia	Porcentaje
Vaginal	102	51.8
Quirúrgico	95	48.2
Total	197	100.0

Fuente: cuestionario sociodemográfico y obstétrico. N=197

En relación a los números de hijos de las encuestadas, en la tabla 8, se observó predominio de las que tienen 2 hijos con el 35% (69) y con menor frecuencia las que tienen 4 hijos o más con un 8.1% (16).



**Tabla 8. Distribución por número de hijos.**

Números de hijos	Frecuencia	Porcentaje
1 hijo	51	25.9
2 hijos	69	35.0
3 hijos	61	31.0
4 hijos o más	16	8.1
Total	197	100.0

Fuente: cuestionario sociodemográfico y obstétrico. N=197

En la tabla 9, distribución por orientación recibida sobre la lactancia materna, se identificó que el 94.9% (187) si recibieron orientación.

**Tabla 9. Distribución por orientación recibida.**

Orientación recibida	Frecuencia	Porcentaje
Si	187	94.9
No	10	5.1
Total	197	100.0

Fuente: cuestionario sociodemográfico y obstétrico. N=197

En la tabla 10, de acuerdo al nivel de autoeficacia de la lactancia materna, se observó mayor predominio, en el nivel alto con 45.2% (89) y con menor frecuencia el nivel bajo con el 21.3% (42).

**Tabla 10. Nivel de autoeficacia de lactancia materna.**

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	42	21.3
Medio	66	33.5
Alto	89	45.2
Total	197	100.0

Fuente: escala de la autoeficacia de la lactancia materna-formato cortó. N=197



En cuanto, a la tabla 11, se observó las frecuencias y porcentajes de las respuestas por cada una de las preguntas de la escala de autoeficacia de lactancia materna en su forma corta, dando como resultado que las tres primeras que obtuvieron mayor número de respuesta “muy insegura”, fueron la pregunta 4- ¿puedo acabar de amamantar a mi bebé con un pecho antes de cambiar al otro?, con el 20.3% (40), la pregunta 13- ¿Mi pecho es suficiente para alimentar a mi bebé?, con un 15.2% (30) y la pregunta 10- ¿Me siento cómoda cuando doy el pecho en presencia de otros miembros de mi familia?, con el 13.7% (27).

Las tres primeras preguntas que obtuvieron mayor número de respuesta “Muy segura”, fueron la pregunta 14- ¿Soy capaz de alimentar a mi bebé cada vez que me lo pide?, con el 34% (67), la pregunta 5- ¿Cuándo alguien me pregunta si mi bebé ha terminado de mamar, sé responder si lo ha hecho o no?, con un 32% (63) y la pregunta 9- ¿Sigo manteniendo las ganas de amamantar a mi bebé?, con 31% (61).

**Tabla 11. Escala de autoeficacia de lactancia materna en su forma corta.**

Escala de autoeficacia de lactancia materna		Muy insegura	Insegura	Poco segura	Segura	Muy segura	Total
Pregunta 1	<i>f</i>	17	27	62	57	34	197
	%	8.6	13.7	31.5	28.9	17.3	100
Pregunta 2	<i>f</i>	14	19	34	71	59	197
	%	7.1	9.6	17.3	36.0	29.9	100
Pregunta 3	<i>f</i>	24	48	68	37	20	197
	%	12.2	24.4	34.5	18.8	10.2	100
Pregunta 4	<i>f</i>	40	34	52	51	20	197
	%	20.3	17.3	26.4	25.9	10.2	100
Pregunta 5	<i>f</i>	6	23	38	67	63	197



	%	3.0	11.7	19.3	34	32	100
Pregunta 6	f	15	30	61	63	28	197
	%	7.6	15.2	31.0	32	14.2	100
Pregunta 7	f	5	36	53	78	25	197
	%	2.5	18.3	26.9	39.6	12.7	100
Pregunta 8	f	8	33	58	62	36	197
	%	4.1	16.8	29.4	31.5	18.3	100
Pregunta 9	f	11	30	40	55	61	197
	%	5.6	15.2	20.3	27.9	31	100
Pregunta 10	f	27	50	33	72	15	197
	%	13.7	25.4	16.8	36.5	7.6	100
Pregunta 11	f	4	39	60	54	40	197
	%	2.0	19.8	30.5	27.4	20.3	100
Pregunta 12	f	13	54	39	67	24	197
	%	6.6	27.4	19.8	34	12.2	100
Pregunta 13	f	30	38	35	35	59	197
	%	15.2	19.3	17.8	17.8	29.9	100
Pregunta 14	f	24	21	50	35	67	197
	%	12.2	10.7	25.4	17.8	34	100

Fuente: escala de la autoeficacia de la lactancia materna-formato corto. N=197

En la tabla 12. El nivel de autoeficacia de lactancia materna, según la edad, se observó en el grupo < 20 años, que presentaron con mayor predominio autoeficacia baja con un 76.2% (32), comparadas con los otros grupos de edad



que obtuvieron menores frecuencias, con una Chi cuadrada de Pearson,  $\chi^2=109.944^a$ , 8 grados de libertad y un valor de  $p=.000$ , estadísticamente significativo.

Con lo anterior, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, ya que la edad < 20 años, representó, comparado con los otros grupos de edad, la mayor frecuencia de nivel bajo de autoeficacia en las mujeres lactantes de la UMF No. 47, IMSS, Tabasco.

**Tabla 12. Edad según el nivel de autoeficacia de lactancia materna.**

Edad		Nivel de autoeficacia de lactancia materna			Total	$\chi^2$	gl	p
		Bajo	Medio	Alto				
<20 años	Recuento	32	12	3	47	109.944 <sup>a</sup>	8	.000
	% dentro de nivel de AE de LM	76.2%	18.2%	3.4%	23.9%			
21 - 25 años	Recuento	6	32	24	62			
	% dentro de nivel de AE de LM	14.3%	48.5%	27%	31.5%			
26 - 30 años	Recuento	3	15	22	40			
	% dentro de nivel de AE de LM	7.1%	22.7%	24.7%	20.3%			
31 - 35 años	Recuento	1	7	33	41			
	% dentro de nivel de AE de LM	2.4%	10.6%	37.1%	20.8%			
36 - 40 años	Recuento	0	0	7	7			
	% dentro de nivel de AE de LM	0%	0%	7.9%	3.6%			
Total	Recuento	42	66	89	197			
	% dentro de nivel de AE de LM	100%	100%	100%	100%			

Fuente: escala de la autoeficacia de la lactancia materna-formato cortó y cuestionario sociodemográfico y obstétrico. N=197



### Estimación de riesgo de prevalencia.

En la tabla 13. Se observó que, las mujeres lactantes menores de 20 años tienen una probabilidad de 7.87 de tener autoeficacia baja, que las mujeres mayores de 20 años, con un intervalo de confianza del 95% IC95%: 5.010178 - 12.37169, un valor de  $p=0.0000$ , estadísticamente significativo, por lo que la edad es un factor que se encuentra asociado a niveles bajos de autoeficacia de lactancia materna.

**Tabla 13. Edad por autoeficacia de la lactancia materna.**

	Exposición	No exposición	Total	Riesgo de prevalencia	IC 95%	Prueba exacta de Fisher's
<b>Casos</b>	32	15	47	7.873016	5.010178 - 12.37169	$p=0.0000$
<b>No casos</b>	10	140	150			
<b>total</b>	42	155	197			

Fuente: escala de la autoeficacia de la lactancia materna-formato cortó y cuestionario sociodemográfico y obstétrico. N=197

En la tabla 14. El nivel de autoeficacia de lactancia materna, según el estado civil, se identificó a las solteras, que presentaron mayor frecuencia autoeficacia baja con un 54.8% (23), en comparación con los otros estados civiles que obtuvieron menores frecuencia, con una Chi cuadrada de Pearson,  $\chi^2=71.736^a$ , 6 grados de libertad y un valor de  $p=.000$ , estadísticamente significativo.

Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, ya que el estado civil soltero, representó, comparada con los otros estados, la mayor frecuencia de nivel bajo de autoeficacia en las mujeres lactantes de la UMF No. 47, IMSS, Tabasco.



**Tabla 14. Estado civil según el nivel de autoeficacia de lactancia materna.**

Estado civil		Nivel de autoeficacia de lactancia materna			Total	X <sup>2</sup>	gl	p
		Bajo	Medio	Alto				
Soltera	Recuento	23	9	4	36	71.736 <sup>a</sup>	6	.000
	% dentro de nivel de AE de LM	54.8%	13.6%	4.5%	18.3%			
Casada	Recuento	5	17	37	59			
	% dentro de nivel de AE de LM	11.9%	25.8%	41.6%	29.9%			
Unión libre	Recuento	7	38	46	91			
	% dentro de nivel de AE de LM	16.7%	57.6%	51.7%	46.2%			
Divorciada	Recuento	7	2	2	11			
	% dentro de nivel de AE de LM	16.7%	3%	2.2%	5.6%			
Total	Recuento	42	66	89	197			
	% dentro de nivel de AE de LM	100%	100%	100%	100%			

Fuente: escala de la autoeficacia de la lactancia materna-formato cortó y cuestionario sociodemográfico y obstétrico. N=197

#### Estimación de riesgo de prevalencia.

En la tabla 15. Se observó que, las mujeres lactantes que no tienen una pareja tienen una probabilidad del 6.51 de tener autoeficacia baja, que las mujeres que cuentan con una pareja, con un intervalo de confianza del 95% IC95%: 4.14639 - 10.22915, un valor de p=0.0000, estadísticamente significativo, por lo que el factor de estado civil está asociado a niveles bajos de autoeficacia de lactancia materna.



**Tabla 15. Estado civil por autoeficacia de la lactancia materna.**

	Exposición	No exposición	total	Riesgo de prevalencia	IC 95%	Prueba exacta de Fisher's
<b>Casos</b>	30	17	47	6.512605	4.14639 - 10.22915	p=0.0000
<b>No casos</b>	12	138	158			
<b>total</b>	42	155	197			

Fuente: escala de la autoeficacia de la lactancia materna-formato cortó y cuestionario sociodemográfico y obstétrico. N=197

De acuerdo, en la tabla 16, el nivel de autoeficacia de lactancia materna, según la escolaridad, se observó a los de nivel preparatoria, que obtuvieron mayor frecuencia de autoeficacia baja con 38.1% (16), comparada con los otros niveles escolares que obtuvieron menores frecuencias, con una Chi cuadrada de Pearson,  $\chi^2=18.252^a$ , 6 grados de libertad y un valor de  $p=.006$ , estadísticamente significativa.

Por lo anterior, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, ya que el nivel de preparatoria, representó, comparado con los otros niveles escolares, la mayor frecuencia de nivel bajo de autoeficacia en las mujeres lactantes de la UMF No. 47, IMSS, Tabasco.

**Tabla 16. Escolaridad según el nivel de autoeficacia de lactancia materna.**

Escolaridad		Nivel de autoeficacia de lactancia materna			Total	$\chi^2$	gl	p
		Bajo	Medio	Alto				
Primaria	Recuento	9	7	3	19	18.252 <sup>a</sup>	6	.006
	% dentro de nivel de AE de LM	21.4%	10.6%	3.4%	9.6%			
Secundaria	Recuento	12	19	22	53			
	% dentro de nivel de AE de LM	28.6%	28.8%	24.7%	26.9%			



Preparatoria	Recuento	16	30	35	81
	% dentro de nivel de AE de LM	38.1%	45.5%	39.3%	41.1%
Universidad	Recuento	5	10	29	44
	% dentro de nivel de AE de LM	11.9%	15.2%	32.6%	22.3%
Total	Recuento	42	66	89	197
	% dentro de nivel de AE de LM	100%	100%	100%	100%

Fuente: escala de la autoeficacia de la lactancia materna-formato cortó y cuestionario sociodemográfico y obstétrico. N=197

### Estimación de riesgo de prevalencia.

En la tabla 17. Se observó que, las mujeres lactantes con nivel de escolaridad básica, tienen una probabilidad de 1.51 de tener autoeficacia baja, que las mujeres lactantes que tienen un nivel medio superior, con un intervalo de confianza del 95% IC95%: 1.015688 - 2.273541, con un valor de  $p=0.0480$ , estadísticamente significativo, por lo que, el nivel de escolaridad es un factor que se asocia a niveles bajos de autoeficacia de lactancia materna.

**Tabla 17. Nivel de escolaridad por autoeficacia de la lactancia materna.**

	Exposición	No exposición	total	Riesgo de prevalencia	IC 95%	Prueba exacta de Fisher's
<b>Casos</b>	21	51	72	1.519608	1.015688 - 2.273541	p=0.0480
<b>No casos</b>	21	104	125			
<b>total</b>	42	155	197			

Fuente: escala de la autoeficacia de la lactancia materna-formato cortó y cuestionario sociodemográfico y obstétrico. N=197

En la tabla 18. El nivel de autoeficacia de lactancia materna, según la ocupación, se identificó que las empleadas, presentaron mayor frecuencia de autoeficacia baja con un 42.9% (18), comparado con las otras ocupaciones que obtuvieron



menores frecuencias, con una Chi cuadrada de Pearson,  $\chi^2=14.269^a$ , 8 grados de libertad y un valor de  $p=.075$ , no estadísticamente significativa.

Con lo anterior, se rechaza la hipótesis alterna y aceptamos la hipótesis nula, ya que la ocupación de empleada, representó, comparado con las otras ocupaciones, la mayor frecuencia de nivel bajo de autoeficacia en las mujeres lactantes de la UMF No. 47, IMSS, Tabasco.

**Tabla 18. Ocupación según el nivel de autoeficacia de lactancia materna.**

Ocupación		Nivel de autoeficacia de lactancia materna			Total	$\chi^2$	gl	p
		Bajo	Medio	Alto				
Labores del hogar	Recuento	11	31	41	83	14.269 <sup>a</sup>	8	.075
	% dentro de nivel de AE de LM	26.2%	47%	46.1%	42.1%			
Estudiante	Recuento	7	4	3	14			
	% dentro de nivel de AE de LM	16.7%	6.1%	3.4%	7.1%			
Empleada	Recuento	18	20	29	67			
	% dentro de nivel de AE de LM	42.9%	30.3%	32.6%	34%			
Comerciante	Recuento	4	3	7	14			
	% dentro de nivel de AE de LM	9.5%	4.5%	7.9%	7.1%			
Profesionista	Recuento	2	8	9	19			
	% dentro de nivel de AE de LM	4.8%	12.1%	10.1%	9.6%			
Total	Recuento	42	66	89	197			
	% dentro de nivel de AE de LM	100%	100%	100%	100%			

Fuente: escala de la autoeficacia de la lactancia materna-formato cortó y cuestionario sociodemográfico y obstétrico. N=197

#### Estimación de riesgo de prevalencia.

En la tabla 19. Se observó, que las mujeres lactantes que trabajan tienen una probabilidad de 1.16 de tener autoeficacia baja que las mujeres que no trabajan, con un intervalo de confianza del 95% IC95%: .8441259 - 1.608988, un valor de



$p=0.3875$ , no estadísticamente significativo, por lo que la ocupación no está asociado a niveles bajos de autoeficacia de lactancia materna debido al azar.

**Tabla 19. Ocupación por autoeficacia de la lactancia materna.**

	Exposición	No exposición	total	Riesgo de prevalencia	IC 95%	Prueba exacta de Fisher's
<b>Casos</b>	24	76	100	1.165414	.8441259 - 1.608988	$p=0.3875$
<b>No casos</b>	18	79	97			
<b>Total</b>	42	155	197			

Fuente: escala de la autoeficacia de la lactancia materna-formato cortó y cuestionario sociodemográfico y obstétrico. N=197

En la tabla 20. El nivel de autoeficacia de lactancia materna, según el nivel socioeconómico, se observó al nivel socioeconómico bajo, que presentaron con mayor predominio autoeficacia baja con el 61.9% (26) comparado con los otros niveles socioeconómicos que obtuvieron menores frecuencias, con una Chi cuadrada de Pearson,  $\chi^2=38.784^a$ , 4 grados de libertad y un valor de  $p=.000$ , estadísticamente significativa.

Por lo anterior, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, ya que el nivel socioeconómico bajo, representó, la mayor frecuencia de nivel bajo de autoeficacia en las mujeres lactantes de la UMF No. 47, IMSS, Tabasco, comparado con los otros niveles socioeconómicos.

**Tabla 20. Nivel socioeconómico según el nivel de autoeficacia de lactancia materna.**

Nivel socioeconómico		Nivel de autoeficacia de lactancia materna			Total	$\chi^2$	gl	p
		Bajo	Medio	Alto				
Bajo	Recuento	26	19	9	54	38.784 <sup>a</sup>	4	.000
	% dentro de nivel de AE de LM	61.9%	28.8%	10.1%	27.4%			



Medio	Recuento	12	33	59	104
	% dentro de nivel de AE de LM	28.6%	50%	66.3%	52.8%
Alto	Recuento	4	14	21	39
	% dentro de nivel de AE de LM	9.5%	21.2%	23.6%	19.8%
Total	Recuento	42	66	89	197
	% dentro de nivel de AE de LM	100%	100%	100%	100%

Fuente: escala de la autoeficacia de la lactancia materna-formato cortó y cuestionario sociodemográfico y obstétrico. N=197

### Estimación de riesgo de prevalencia.

En la tabla 21. Se observó que las pacientes con nivel socioeconómico bajo tienen una probabilidad de 3.4 mayor, de tener autoeficacia baja que las del nivel medio-alto, con un intervalo de confianza de 95% IC95%: 2.232872 - 5.259345, y un valor de  $p=0.0000$ , estadísticamente significativo, por lo que el nivel socioeconómico se encuentra asociado a niveles bajos de autoeficacia.

**Tabla 21. Nivel socioeconómico por autoeficacia de la lactancia materna.**

	Exposición	No exposición	total	Riesgo de prevalencia	IC 95%	Prueba exacta de Fisher's
<b>Casos</b>	26	28	54	3.426871	2.232872 - 5.259345	p=0.0000
<b>No casos</b>	16	127	143			
<b>total</b>	42	155	197			

Fuente: escala de la autoeficacia de la lactancia materna-formato cortó y cuestionario sociodemográfico y obstétrico. N=197

En la tabla 22. El nivel de autoeficacia de lactancia materna, según el tipo de parto, se identificó que el tipo de parto quirúrgico, presentaron una mayor frecuencia de autoeficacia baja con el 54.8% (23), con una Chi cuadrada de



Pearson,  $\chi^2=.926^a$ , 2 grados de libertad y un valor de  $p=.629$ , no estadísticamente significativa.

Con lo anterior, se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula, ya que el tipo de parto quirúrgico, representó, la mayor frecuencia de nivel bajo de autoeficacia en las mujeres lactantes de la UMF No. 47, IMSS, Tabasco.

**Tabla 22. Tipo de parto según el nivel de autoeficacia de lactancia materna.**

Tipo de parto		Nivel de autoeficacia de lactancia materna			Total	$\chi^2$	gl	p
		Bajo	Medio	Alto				
Vaginal	Recuento	19	35	48	102	.926 <sup>a</sup>	2	.629
	% dentro de nivel de AE de LM	45.2%	53%	53.9%	51.8%			
Quirúrgico	Recuento	23	31	41	95			
	% dentro de nivel de AE de LM	54.8%	47%	46.1%	48.2%			
Total	Recuento	42	66	89	197			
	% dentro de nivel de AE de LM	100%	100%	100%	100%			

Fuente: escala de la autoeficacia de la lactancia materna-formato cortó y cuestionario sociodemográfico y obstétrico. N=197

#### **Estimación de riesgo de prevalencia.**

En la tabla 23. Se observó que, las mujeres que tienen un tipo de parto quirúrgico aumenta la probabilidad 1.29 de tener autoeficacia baja en la lactancia, que las mujeres que tienen un tipo de parto vaginal, con un intervalo de confianza del 95% IC95%: .7583213 - 2.227657, un valor de  $p=0.3860$ , no estadísticamente significativa, por lo que es un factor que no se asocia al nivel de autoeficacia de lactancia materna debido al azar.



**Tabla 23. Tipo de parto por autoeficacia de la lactancia materna.**

	Exposición	No exposición	total	Riesgo de prevalencia	IC 95%	Prueba exacta de Fisher's
<b>Casos</b>	23	19	42	1.299723	.7583213 - 2.227657	p=0.3860
<b>No casos</b>	72	83	155			
<b>Total</b>	95	102	197			

Fuente: escala de la autoeficacia de la lactancia materna-formato cortó y cuestionario sociodemográfico y obstétrico. N=197

En la tabla 24. El nivel de autoeficacia de lactancia materna, según el número de hijos, se observó en el grupo de las que tienen un hijo, que presentaron con mayor predominio autoeficacia baja con un 61.9% (26), comparada con los otros grupos que obtuvieron menores frecuencias, con una Chi cuadrada de Pearson,  $\chi^2=44.647^a$ , 6 grados de libertad y un valor de  $p=.000$ , significativamente estadística.

Por lo anterior, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, ya que el grupo de las que tienen un hijo, representó, comparada con los otros grupos de números de hijos, la mayor frecuencia de nivel bajo de autoeficacia en las mujeres lactantes de la UMF No. 47, IMSS, Tabasco.

**Tabla 24. Número de hijos según el nivel de autoeficacia de lactancia materna.**

Número de hijos		Nivel de autoeficacia de lactancia materna			Total	$\chi^2$	gl	p
		Bajo	Medio	Alto				
1 hijo	Recuento	26	16	9	51	44.647 <sup>a</sup>	6	.000
	% dentro de Nivel de AE de LM	61.9%	24.2%	10.1%	25.9%			
2 hijos	Recuento	8	28	33	69			
	% dentro de Nivel de AE de LM	19.0%	42.4%	37.1%	35%			



3 hijos	Recuento	7	19	35	61
	% dentro de Nivel de AE de LM	16.7%	28.8%	39.3%	31%
4 hijos o más	Recuento	1	3	12	16
	% dentro de Nivel de AE de LM	2.4%	4.5%	13.5%	8.1%
Total	Recuento	42	66	89	197
	% dentro de Nivel de AE de LM	100%	100%	100%	100%

Fuente: escala de la autoeficacia de la lactancia materna-formato cortó y cuestionario sociodemográfico y obstétrico. N=197

### Estimación de riesgo de prevalencia.

En la tabla 25. Se identificó que, las mujeres que tienen un hijo tienen una probabilidad de 4.65 de tener autoeficacia baja, que las mujeres lactantes que tienen 2 hijos o más, con un intervalo de confianza del 95% IC95%: 2.813615 - 7.691435, un valor de  $p=0.0000$ , estadísticamente significativo, por lo que la paridad se encuentra asociada a niveles bajos de autoeficacia de lactancia materna.

**Tabla 25. Paridad por autoeficacia de la lactancia materna.**

	Exposición	No exposición	total	Riesgo de prevalencia	IC 95%	Prueba exacta de Fisher's
<b>Casos</b>	26	16	42	4.651961	2.813615 - 7.691435	p=0.0000
<b>No casos</b>	25	130	155			
<b>total</b>	51	146	197			

Fuente: escala de la autoeficacia de la lactancia materna-formato cortó y cuestionario sociodemográfico y obstétrico. N=197

En la tabla 26. El nivel de autoeficacia de lactancia materna, según la orientación recibida sobre lactancia materna, se observó que el grupo de las que, si recibieron orientación sobre la lactancia materna, presentaron una mayor frecuencia de



autoeficacia baja con el  $\chi^2=88.1\%$  (37), comparado con el otro grupo que obtuvieron menor frecuencia, con una Chi cuadrada de Pearson, 5.175<sup>a</sup>, 2 grados de libertad y un valor de  $p=.075$ , no estadísticamente significativa.

Por lo anterior, se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula, ya que el grupo de las que, si recibieron la orientación sobre lactancia materna, representó, comparado con el otro grupo, la mayor frecuencia de nivel de autoeficacia baja en las mujeres lactantes de la UMF No. 47, IMSS, Tabasco.

**Tabla 26. Orientación según el nivel de autoeficacia de lactancia materna.**

Orientación recibida sobre lactancia materna		Nivel de autoeficacia de lactancia materna			Total	$\chi^2$	GI	P
		Bajo	Medio	Alto				
Si	Recuento	37	64	86	187	5.175 <sup>a</sup>	2	.075
	% dentro de Nivel de AE de LM	88.1%	97%	96.6%	94.9%			
No	Recuento	5	2	3	10			
	% dentro de Nivel de AE de LM	11.9%	3%	3.4%	5.1%			
Total	Recuento	42	66	89	197			
	% dentro de Nivel de AE de LM	100%	100%	100%	100%			

Fuente: escala de la autoeficacia de la lactancia materna-formato cortó y cuestionario sociodemográfico y obstétrico. N=197

### Estimación de riesgo de prevalencia.

En la tabla 27. Se identificó, que las mujeres lactantes que recibieron orientación sobre la lactancia, presentan una probabilidad menor de .9103175 de tener autoeficacia baja, con un intervalo de confianza de 95% IC95%: .8392931 - .9873522, con un valor de  $p=0.0381$ , estadísticamente significativamente, por lo que se considera un factor protector para la autoeficacia de la lactancia materna.



**Tabla 27. Orientación por autoeficacia de la lactancia materna.**

	<b>Exposición</b>	<b>No exposición</b>	<b>total</b>	<b>Riesgo de prevalencia</b>	<b>IC 95%</b>	<b>Prueba exacta de Fisher's</b>
<b>Casos</b>	37	150	187	.9103175	.8392931 - .9873522	p=0.0381
<b>No casos</b>	5	5	10			
<b>Total</b>	42	155	197			

Fuente: escala de la autoeficacia de la lactancia materna-formato cortó y cuestionario sociodemográfico y obstétrico. N=197



## 9. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio permitieron identificar los factores que se encuentran asociados a un nivel de autoeficacia baja en las mujeres lactantes de la UMF No. 47, IMSS, Tabasco.

La muestra de estudio fue 197 mujeres lactantes derechohabientes a la UMF No. 47, IMSS, Tabasco. De acuerdo, al nivel de autoeficacia de lactancia predominó la autoeficacia alta, resultado semejante al encontrado en el estudio realizado por Gécica Gracieli Wust de Moraes y colaboradores, en Brasil, en el 2021.

En cuanto a la variable edad, se encontró que está asociada al nivel de autoeficacia, observándose que entre mayor es la edad de la mujer lactante más alto es la autoeficacia de la lactancia materna, esto puede deberse a que, entre más edad, hay mayor madurez y experiencia para llevar a cabo este proceso, al contrario, entre menor edad, existe una menor preparación psicológica y fisiológica, por lo que son más propensas al abandono de la lactancia materna. Este resultado concuerda con Li Thi Hai Ngo y colaboradores, que exploraron los factores que afectan la autoeficacia de la lactancia materna en mujeres posparto en un estudio transversal en el hospital Tu Du en Vietnam, en 2019, observando que existía relación significativa entre el nivel de autoeficacia y la edad, difiriendo a los resultados de Amal Abdelaziz Ahmed y colaboradores, en Egipto, en el 2020, donde no se encontró relación significativa.

Con respecto al estado civil, se halló que está asociada al nivel de autoeficacia de lactancia materna, ya que, las mujeres que se encuentran con pareja tienen mayor seguridad, se sienten apoyadas, su estado anímico y emocional son adecuados, por lo que el nivel de autoeficacia son altos a comparación de las solteras o las divorciadas, que tuvieron un nivel de autoeficacia bajo, estos resultados son similares al estudio realizado por Gécica Gracieli Wust de Moraes y colaboradores, en Brasil, en el 2021, donde verificaron la asociación de la autoeficacia de las madres lactantes para la lactancia materna en el posparto



inmediato y seis meses después del nacimiento, un estudio observacional, longitudinal y prospectivo, donde se observó que el apoyo familiar, específicamente por un la presencia de un compañero, es un factor protector para amamantar. También los resultados fueron similares al estudio de Amal Abdelaziz Ahmed y colaboradores.

De acuerdo al nivel de escolaridad, se encontró asociación con el nivel de autoeficacia de lactancia materna, se observó, que las de nivel preparatoria presentaron tanto niveles altos y medios, así como autoeficacia baja de lactancia materna, sin embargo, se observa que, entre más nivel de escolaridad, va en aumento la autoeficacia. Este resultado es semejante al estudio de Amal Abdelaziz Ahmed y colaboradores, también es similar al estudio de Farzaneh Poorshaban y colaboradores, pero difiere a los estudios de Gécica Gracieli Wust de Moraes y colaboradores, al igual que el estudio de Carolina María de Sá Guimarães y colaboradores, donde no encontraron una asociación significativamente estadística en esta variable.

Se observó que las mujeres lactantes con empleo tuvieron una autoeficacia baja y las mujeres sin empleo como las que realizan labores del hogar presentaron una autoeficacia alta, no se encontró asociación entre la ocupación y el nivel de autoeficacia de lactancia materna, este resultado difiere con el estudio realizado por Gécica Gracieli Wust de Moraes y colaboradores; también difiere al estudio realizado por Farzaneh Poorshaban y colaboradores, un estudio transversal descriptivo-analítico en el Centro de Salud e Investigación Familiar en Rasht, Irán, en el 2017, donde si encontraron diferencia significativa entre la ocupación y la autoeficacia de lactancia materna.

Con relación al nivel socioeconómico, se halló que se encuentra asociada al nivel de autoeficacia de la lactancia materna, se observó, que entre mayor es la economía familiar mayor va ser el nivel de autoeficacia, esto puede deberse a que aquellas mujeres que tienen el apoyo económico de su pareja o familiares, no tienen la preocupación de salir a laborar para obtener ingreso económico, por lo



que tienen más confianza y seguridad de amamantar. Este resultado es semejante al estudio realizado por Gécica Gracieli Wust de Moraes y colaboradores.

Referente al tipo de parto, se observó que las mujeres con tipo de parto vaginal presentaron un nivel de autoeficacia alta y las que tuvieron por vía quirúrgica una autoeficacia baja, no se encontró asociación con el nivel de autoeficacia de lactancia materna, estos resultados son semejantes al estudio realizado por Gécica Gracieli Wust de Moraes y colaboradores y al estudio de Carolina María de Sá Guimarães y colaboradores, en el año 2017, en Brasil. Estos datos contrastan con el estudio descriptivo-transversal de Amal Abdelaziz Ahmed y colaboradores, donde examinaron la autoeficacia de la lactancia materna e identificaron los factores que la afectan durante el período posparto, en cuatro centros de salud materno-infantil en la ciudad de Assuit, Egipto, en el 2020. También difirieron a los estudios de Farzaneh Poorshaban y colaboradores, al igual que el estudio de Li Thi Hai Ngo y colaboradores, donde si obtuvieron una asociación con el nivel autoeficacia de lactancia materna.

En cuanto al número de hijos actuales, se encontró que está asociada al nivel de autoeficacia de lactancia, es decir, que las mujeres con más de un hijo tienen mayor experiencia, por lo que aumenta su confianza de amamantar, al contrario de las madres primerizas, no cuentan con la experiencia, por lo que hay mayor riesgo de abandonar la lactancia materna. Este resultado concuerda con el estudio de Farzaneh Poorshaban y colaboradores y al estudio de Amal Abdelaziz Ahmed y colaboradores. Pero difieren al estudio de Carolina María de Sá Guimarães y colaboradores, donde no encontraron una asociación significativa entre la autoeficacia y el número de hijos.

De acuerdo a la orientación sobre lactancia materna, la mayoría si recibió orientación y se halló que está asociado al nivel de autoeficacia de lactancia materna, no se encontró relación a algún estudio realizado.



## 10. CONCLUSIONES

Se identificó que los factores sociodemográficos que se encuentran asociados al nivel de autoeficacia de lactancia materna son, la edad, el estado civil, el nivel de escolaridad, el nivel socioeconómico, y dentro de los factores obstétricos asociados se encuentra el número de hijos y la orientación recibida, por lo que son más frecuentes que se obtengan niveles de autoeficacia baja de lactancia materna, mientras que los factores como la ocupación y el tipo de parto no se encontró asociación con el nivel de autoeficacia de lactancia materna.

Las características sociodemográficas de las mujeres lactantes de la UMF No. 47, IMSS, Tabasco, predominó el grupo etario de 21-25 años, el estado civil, casi la mitad se encontraban en unión libre, el grado de escolaridad que mayor prevaleció fueron de preparatoria, en cuanto a su ocupación predominó las labores del hogar y poco más de la mitad tuvieron un nivel socioeconómico medio.

En cuanto a las características obstétricas predominó el tipo de parto vaginal, con 2 hijos y la mayoría si recibieron orientación sobre la lactancia materna.

De acuerdo al nivel de autoeficacia de lactancia materna obtenido, se observó mayor predominio en el nivel alto.



## 11. RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación:

- Aplicar la escala de la autoeficacia de la lactancia materna en su forma corta, en los consultorios de medicina familiar, con el objetivo de detectar aquellas mujeres lactantes con autoeficacia baja y poder establecer un programa o intervención educativa en ellas.
- Implementar talleres de intervención educativa que ayuden a mejorar la autoeficacia percibida sobre la lactancia materna.



## 12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS. Lactancia materna. [Internet]. [consultado 22 Enero 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/breastfeeding>.
2. OMS. Alimentación del lactante y del niño pequeño. [Internet]. 2021 [consultado 22 Enero 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>.
3. Gamboa Dormond D, Lizano Flores KM. Factores sociales, culturales y biológicos que influyen en las mujeres para no amamantar a sus hijos en América Latina. 2020. [Tesis doctoral].
4. Muñoz Cruz , Rodríguez Mármol M. Autoeficacia de la lactancia materna en mujeres primíparas de Madrid. EnfermCuidHumaniz. 2017 Julio; 6(1).
5. Melo Dodt R, Silva Joventino E, Souza Aquino P, Almeida PC, Barbosa Ximenes L. An experimental study of an educational intervention to promote maternal self-efficacy in breastfeeding. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2015 Julio-Agosto; 23(4).
6. Sosa Barba dIP, Rodríguez López , Partida Márquez AL. Evolución de la lactancia materna a lo largo de la historia. Desde el inicio de la humanidad hasta la actualidad. Revista Electrónica de Portales Medicos.com. 2018 Febrero; 13(3).
7. Poblano Contreras dJ. Grado de conocimiento de lactancia materna en madres puérperas del HGZ 1, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Tapachula, Chiapas. 2018. [Tesis doctoral].
8. Sosa Barba dIP. Op. Cit. P 155..
9. OMS. OMS | Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. [Internet]. [consultado 24 Enero 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241541601/es/index.html>
10. Vázquez Chibás I, Vázquez Chibás DE, Chibás Guyat D. Ciencias Básicas



- Biomédicas Cibamanz. [Internet]. 2020 [consultado 25 Enero 2022]. Disponible en:  
<http://www.cibamanz2020.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2020/paper/viewFile/308/183>
11. OMS/UNICEF. OMS/UNICEF, 1990, Declaración de Innocenti: Sobre la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna. [Internet]. [consultado 25 Enero 2022]. Disponible en: <https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2017/12/DECLARACION DE INNOCENTI.pdf>.
  12. PAHO. La Iniciativa hospital amigo del niño en América Latina y el Caribe: Estado actual, retos y oportunidades. [Internet]. 2016 [consultado 25 Enero 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/18829>.
  13. Munilla Chaparro SF. Profesionales de enfermería en el éxito de la lactancia materna en Chile. 2020. [Tesis doctoral].
  14. OMS. Alimentación del lactante y del niño pequeño. [Internet]. 2021 [consultado 06 Febrero 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>.
  15. OMS. Promoting baby-friendly hospitals. [Internet]. [consultado 10 Febrero 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/activities/promoting-baby-friendly-hospitals>.
  16. Díaz Rentería MG, Díaz Díaz AA. Tasa de prevalencia de lactancia materna exclusiva al egreso hospitalario posterior al nacimiento. Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa. 2015;(2).
  17. UNICEF / INSP. Prácticas de lactancia materna en México. [Internet]. 2017 [consultado 11 Febrero 2022]. Disponible en: <https://www.unicef.org/mexico/media/2866/file/Pr%C3%A1cticas%20de%20lactancia%20materna%20en%20M%C3%A9xico.pdf>.
  18. Sánchez Pérez A, Velázquez Lerma R, Díaz Vargas P, Molina Nava MdCD. Práctica de la lactancia materna en México. Análisis con datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014. Realidad, datos y



- espacio revista internacional de estadística y geografía. 2019 Enero-Abril; 10(1).
19. OMS. Lactancia materna. Op. Cit.
  20. Instituto Mexicano del Seguro Social. Lactancia materna: Madre con enfermedad tratada con medicamentos. Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica. 2013.
  21. Osorio Álvarez X, Ortega Ibarra IH, Ortega Ibarra E, Martínez Landa RJ. Lactancia materna: Beneficios, tipos de leche y composición. Entorno UDLAP. 2020 Enero-Abril; 10.
  22. Barbaran Sandoval RI. Conocimiento sobre lactancia materna en mujeres en edad fértil del asentamiento humano Santa Clara 2020. 2021. [Tesis doctoral].
  23. Carhuas Córdova JR. Factores asociados al abandono de la lactancia materna en un Centro de Salud de Lima Metropolitana 2015. 2016. [Tesis doctoral].
  24. Pezo Caballero CU, Moore Arévalo WP. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en madres atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto. 2019. [Tesis doctoral].
  25. Gamboa Dormond MD. Op. Cit. P 164.
  26. Valenzuela Galleguillos S, Vásquez Pinto E, Gálvez Ortega P. Factores que influyen en la disminución de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida: revisión temática y contexto en Chile. Rev Int Salud Materno Fetal – Yo Obstetra. 2016.
  27. Becerra Bulla , Rocha Calderón , Fonseca Silva DM, Bermúdez Gordillo LA. El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. Revista de la Facultad de Medicina. 2015 Abril-Junio; 63(2): p. 217-227.
  28. Quispe Ramos YS, Vega Gonzales B. Características sociodemográficas y la satisfacción con las prácticas pre profesionales de los estudiantes del último ciclo de enfermería de la universidad Norbert Wiener. 2019. [Tesis doctoral].
  29. Gamboa Dormond MD. Op. Cit. P 163.



30. Valenzuela Galleguillos S. Op. Cit. P 17.
31. UNICEF. Lactancia y trabajo. [Internet]. [consultado 27 Febrero 2022].  
Disponibile en: <https://www.unicef.org/mexico/lactancia-y-trabajo>.
32. Valenzuela Galleguillos S. Op. Cit. P 17.
33. Rondán Espíritu PY. Factores de riesgo asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en niños de 6 meses que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud Conde de la Vega Baja Lima- 2015. 2015. [Tesis doctoral].
34. Tirano Bernate DC, Pinzón Espitia OL, González Rodríguez JL. Factores de riesgo y barreras de implementación de la lactancia materna: revisión de literatura. Revista Española de Nutrición Humana y Dietética. 2018; 22(4): p. 263–271.
35. Boal Herranz GA, Barrios Miras E. Análisis de los factores sociales y sanitarios que influyen en el inicio y consolidación de la lactancia materna en Atención Primaria. Revista de la asociación Española de matronas. 2020 Diciembre; 8(3): p. 15-31.
36. Pereyra Girardi C, Ronchieri Pardo CDV, Rivas A, Trueba DA, Mur J, Páez Vargas N. Autoeficacia: una revisión aplicada a diversas áreas de la psicología. Ajayu. 2018 Agosto; 16(2): p. 299-325.
37. Juárez Castelán A. Diseño y validación de un instrumento para medir la autoeficacia para lactar de mujeres embarazadas de la Ciudad de México. 2018. [Tesis doctoral].
38. Laguna López AP. Autoeficacia para lactar y su asociación al destete precoz de la lactancia materna exclusiva en mujeres de la Unidad de Medicina Familiar No.1 Delegación Aguascalientes. 2021. [Tesis doctoral].
39. Basadre Quiroz C, Bello Vélez H, Benavides Barrantes JI, Bravo Taxa M, Carranza Gajardo E. Lactancia materna exitosa en puérperas de menos de 48 horas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora. Horizonte Médico. 2013; 13(2): p. 28-39.



40. Payam A, Omani Samani R, Sepidarkish M, Almasi Hashiani A, Hosseini M, Maroufizadeh S. The Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF): a validation study in Iranian mothers. *BMC Research Notes*. 2019 Septiembre; 12(1): p. 622.
41. Marco Alegría TD, Martínez Martínez D, Muñoz Gómez MJ, Sayas Ortiz I, Oliver-Roig A, Richart Martínez M. Valores de referencia españoles para la versión reducida de la Escala de Autoeficacia para la Lactancia Materna BSES-SF. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2014 Mayo-Agosto; 37(2): p. 203-211.
42. Ahmed A, Hassan AK, Mohamed SH, Hamad MAE. Self-efficacy of Postpartum Mothers toward Breastfeeding and the Affecting Factors. *American Journal of Nursing Research*. 2020; 8(3): p. 352-360.
43. Moraes GGWd, Christoffel M, Toso BRGdO, Viera C. Association between duration of exclusive breastfeeding and nursing mothers' self-efficacy for breastfeeding. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*. 2021 Mayo; 55.
44. Ngo LTH, Chou HF, Gau ML, Lju CY. Breastfeeding self-efficacy and related factors in postpartum Vietnamese women. *Midwifery*. 2019; 70: p. 84-91.
45. Poorshaban F, Pakseresht S, Bostani Khalesi Z, Nejad Leili EK. Factors Associated with Breastfeeding Self-Efficacy of Mothers Within 6 Weeks of Delivery. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*. 2017; 27(1): p. 27-34.
46. Guimarães CMdS, Conde G, Gomes-Sponholz FA, Oriá MOB, Monteiro JCdS. Fatores relacionados à autoeficácia na amamentação no pós-parto imediato entre puérperas adolescentes. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2017 Enero; 30(1): p. 109-115.
47. UNICEF. La OMS y UNICEF advierten de que los países no están acabando con la comercialización nociva de los sucedáneos de la leche materna. [Internet]. 2020 [consultado 27 Febrero 2022]. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/oms-unicef-advierten-paises-no-estan-acabando-comercializacion-sucedaneos-leche-materna>.



48. OPS/OMS. Semana Mundial de la Lactancia Materna 2018: Pilar de la vida. [Internet]. 2018 [consultado 27 Febrero 2022]. Disponible en: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14507:world-breastfeeding-week-20187&Itemid=41531&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14507:world-breastfeeding-week-20187&Itemid=41531&lang=es).
49. UNICEF. Promoción de sucedáneos de la leche materna en México: Ocho de cada diez madres y padres de familia expuestos a publicidad agresiva. [Internet]. 2022 [consultado 04 Marzo 2022]. Disponible en: <https://www.unicef.org/mexico/comunicados-prensa/promoci%C3%B3n-de-suced%C3%A1neos-de-la-leche-materna-en-m%C3%A9xico-ocho-de-cada-diez-madres-y>.
50. Procuraduría Federal del Consumidor. Leche materna hoy, salud y bienestar en el futuro. [Internet].; 2020 [consultado 04 Marzo 2022]. Disponible en: <https://www.gob.mx/profeco/documentos/leche-materna-hoy-salud-y-bienestar-en-el-futuro>.
51. Díaz Rentería MG. Op. Cit. P 6.
52. Brahm P, Valdés V. Benefits of breastfeeding and risks associated with not breastfeeding. Revista chilena de pediatría. 2017; 88(1): p. 07-14.
53. OPS/OMS. Lactancia materna y alimentación complementaria. [Internet]. [consultado 04 Marzo 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria>.
54. Colchero MA, Contreras-Loya , Lopez-Gatell H, González de Cosío T. The costs of inadequate breastfeeding of infants in Mexico. The American Journal of Clinical Nutrition. 2015 Marzo; 101(3): p. 579–586.
55. Jácome Sayay JC. Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en el área de salud 2, enero - agosto 2012. 2016. [Tesis doctoral].
56. Gómez Acuña JG. Op. Cit. P 8..
57. OPS/OMS. Leche materna desde la primera hora de vida. [Internet]. 2018 [consultado 04 Marzo 2022]. Disponible en:



[https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14530:3-in-5-babies-not-breastfed-in-the-first-hour-of-life&Itemid=135&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14530:3-in-5-babies-not-breastfed-in-the-first-hour-of-life&Itemid=135&lang=es).

58. Dinorah González L. Situación actual de la lactancia materna en México. [Internet]. 2020 [consultado 04 Marzo 2022]. Disponible en: [https://www.insp.mx/resources/images/stories/2020/docs/situacion %20actual de la lactancia materna en-mexico.pdf](https://www.insp.mx/resources/images/stories/2020/docs/situacion_%20actual_de_la_lactancia_materna_en-mexico.pdf).
59. Instituto Nacional de Salud Pública. Lactancia materna: una práctica que nos beneficia a todos. [Internet]. 2021 [consultado 04 Marzo 2022]. Disponible en: <https://www.insp.mx/avisos/4182-lactancia-materna.html>.
60. Gómez Acuña JG. Autoeficacia sobre lactancia materna en madres primigestas que acuden al centro de salud Potracancho – Huánuco 2016. 2017. [Tesis doctoral].



## ANEXOS

### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Variable dependiente	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dato Codificación	Fuente	Análisis estadístico
<b>Nivel de autoeficacia de la lactancia materna.</b>	Escala Cuantitativa Transformada a: Cualitativa Ordinal.	Es la confianza de las madres sobre su capacidad para amamantar a su bebé.	Autoeficacia percibida mediante la escala de autoeficacia de lactancia materna versión corta.	<ul style="list-style-type: none"><li>Alta (52 a 70 puntos)</li><li>Media (33 a 51 puntos)</li><li>Baja (14 a 32 puntos)</li></ul>	Cuestionario	Estadística descriptiva

Variable independiente sociodemográfica	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dato codificación	Fuente	Análisis estadístico
<b>Edad</b>	Cuantitativa Numérica	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Número de años cumplidos al momento de la entrevista.	Años cumplidos	Cuestionario	Estadística descriptiva
<b>Estado civil</b>	Cualitativa Nominal	Es la condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales	Condición actual de la mujer en cuanto a la convivencia o no de una actual pareja.	1.-Soltera 2.-Casada 3.-Unión libre 4.-Divorciada 5.-Viuda	Cuestionario	Estadística descriptiva



		con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.				
<b>Escolaridad</b>	Cualitativa Ordinal	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Grado académico hasta el cual ha cursado al momento de la entrevista.	1.- Primaria 2.- Secundaria 3.- Preparatoria 4.- Universidad 5.- Posgrado	Cuestionario	Estadística descriptiva
<b>Ocupación</b>	Cualitativa Nominal	Es la clase o tipo de trabajo desarrollado, con especificación del puesto de trabajo desempeñado.	Ocupación actual de la entrevistada.	1.- Labores del hogar 2.- Estudiante 3.- Empleada 4.- Comerciante 5.- Profesionalista	Cuestionario	Estadística descriptiva
<b>Nivel socioeconómico</b>	Cualitativa Ordinal	Medida total económico y sociológico combinado de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en	Se determinará de acuerdo al instrumento diseñado por el Dr. Ricardo Quibrera Infante et al. 1994.  • Bajo (0-2 salarios mínimos	a) De 2500 a 5500 a la quincena b) De 5500 a 10500 a la quincena c) Más de 10500 a la	Cuestionario	Estadística descriptiva



		relación a otras personas, basado en sus ingresos, educación y empleo.	al día) • Medio (2-4 salarios mínimos al día) • Alto (>4 salarios mínimos).	quincena		
--	--	--	---	----------	--	--

<b>Variables independientes obstétricas</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Dato codificación</b>	<b>Fuente</b>	<b>Análisis estadístico</b>
<b>Tipo de parto</b>	Cualitativa Nominal	Forma por la cual termina el periodo de gestación de una mujer.	Vía obstétrica por la que se dio el nacimiento	a) Vaginal b) Cesárea	Cuestionario	Estadística descriptiva
<b>Paridad</b>	Cualitativa Ordinal	Número total de embarazos que ha tenido una mujer, incluyendo abortos.	Cantidad de hijos consanguíneos, referidos al momento de la entrevista.	a) 1 hijo b) 2 hijos c) 3 hijos d) 4 o más hijos	Cuestionario	Estadística descriptiva
<b>Orientación sobre lactancia materna</b>	Cualitativa Nominal	Proceso por el cual un consejero profesional orienta sobre la lactancia materna.	Información recibida acerca de la lactancia materna.	1.-Si 2.-No	Cuestionario	Estadística descriptiva



### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

Factores asociados al nivel de autoeficacia en mujeres lactantes de la UMF No. 47, IMSS, Tabasco.

Actividad	Año: 2022											
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Selección del tema y título del protocolo	X											
Establecer objetivo general y específicos	X											
Búsqueda y recolección de información	X											
Elaboración de marco teórico	X	X										
Planteamiento del problema, justificación e hipótesis		X	X									
Material y métodos			X									
Aprobación y correcciones del protocolo de investigación				X								
Registro del protocolo de investigación en el SIRELCIS					X							
Recolección de datos						X						
Análisis de la información							X	X				
Resultados y discusión									X	X		
Tesis terminada											X	



## CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO Y OBSTÉTRICO.

Folio: \_\_\_\_\_

Buenos días, como parte de la investigación “Factores asociados al nivel de autoeficacia en mujeres lactantes de la UMF No. 47, IMSS, Tabasco”, realizado por el residente de Medicina Familiar Cesar Alberto Xala Méndez y con el objetivo de “Determinar los factores asociados al nivel de autoeficacia en las mujeres lactantes de la UMF No. 47, IMSS, Tabasco”.

Se presenta el siguiente cuestionario, para lo cual solicito su colaboración a través de respuestas sinceras a las preguntas que se le presentan, expresándole que los datos son de carácter anónimo y confidencial.

**Instrucciones:** A continuación, deberá marcar con una (X) la respuesta más sincera posible.

<b>Edad:</b>					
<b>Estado civil:</b>	Soltera	Casada	Unión libre	Divorciada	Viuda
<b>Escolaridad:</b>	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Universidad	Posgrado
<b>Ocupación:</b>	Labores del hogar	Estudiante	Empleada	Comerciante	Profesionista
<b>Ingreso familiar:</b>	De 2,500 a 5,500 a la quincena		De 5,500 a 10,500 a la quincena		Más de 10,500 a la quincena
<b>Número de hijos, contando el actual:</b>	1 hijo	2 hijos	3 hijos	4 hijos o más	
<b>Tipo de parto:</b>	Vaginal			Quirúrgico	
<b>Recibió orientación sobre lactancia</b>	Si			No	

¡Muchas gracias, por su valiosa colaboración!



## ESCALA DE LA AUTOEFICACIA DE LA LACTANCIA MATERNA-FORMATO CORTÓ.

Folio: \_\_\_\_\_

Buenos días, como parte de la investigación “Factores asociados al nivel de autoeficacia en mujeres lactantes de la UMF No. 47, IMSS, Tabasco”, realizado por el residente de Medicina Familiar Cesar Alberto Xala Méndez y con el objetivo de “Determinar los factores asociados al nivel de autoeficacia en las mujeres lactantes de la UMF No. 47, IMSS, Tabasco”.

Para lo cual solicito su colaboración a través de respuestas sinceras a las preguntas que a continuación se le presentan, expresándole que los datos obtenidos son de carácter anónimo y confidencial.

**Instrucciones:** Lea cuidadosamente las preguntas y elija la respuesta que mejor describa cuan segura se siente para amamantar, marcando su respuesta con una (X) en el recuadro correspondiente.

PREGUNTAS	Muy insegura	Insegura	Poco segura	Segura	Muy segura
1-¿Puedo amamantar a mi bebé sin utilizar leche artificial o en polvo como complemento?					
2-¿Estoy segura de que mi bebé se agarra bien al pecho durante la toma?					
3-¿Puedo dar de mamar, incluso cuando el bebé está llorando?					
4-¿Puedo acabar de amamantar a mi bebé con un pecho antes de cambiar al otro?					
5-¿Cuándo alguien me pregunta si mi bebé ha terminado de mamar, sé responder si lo ha hecho o no?					



<b>PREGUNTAS</b>	<b>Muy insegura</b>	<b>Insegura</b>	<b>Poco segura</b>	<b>Segura</b>	<b>Muy segura</b>
6-¿Sé que mi bebé está tomando suficiente leche?					
7-¿Estoy enfrentando bien el amamantamiento, igual como otros retos de mi vida?					
8-¿Puedo manejar la situación de la lactancia de forma satisfactoria para mí?					
9-¿Sigo manteniendo las ganas de amamantar a mi bebé?					
10-¿Me siento cómoda cuando doy el pecho en presencia de otros miembros de mi familia?					
11-¿Dar el pecho es una experiencia satisfactoria para mí?					
12-¿Me siento segura de poder enfrentar el hecho de que lactar consume mi tiempo?					
13-¿Mi pecho es suficiente para alimentar a mi bebé?					
14-¿Soy capaz de alimentar a mi bebé cada vez que me lo pide?					

¡Muchas gracias, por su valiosa colaboración!

<b>Total</b>	
--------------	--

<b>Calificación</b>	
<b>Alto</b>	52 – 70 puntos
<b>Medio</b>	33 – 51 puntos
<b>Bajo</b>	14 – 32 puntos



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**Carta de consentimiento informado para participación en  
protocolos de investigación (adultos)**

Nombre del estudio:	“Factores asociados al nivel de autoeficacia en mujeres lactantes de la UMF No. 47, IMSS, Tabasco.”
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Villahermosa, Tabasco. A 30 de Abril del 2022.
Número de registro institucional:	R-2022-2701-012
Justificación y objetivo del estudio:	<p><b>Justificación:</b> el abandono temprano de la lactancia es un problema de salud mundial y un fenómeno complejo influenciado por factores sociodemográficos (edad materna, ocupación, estado civil, escolaridad, nivel socioeconómico) y obstétricos (tipo de parto, paridad y orientación sobre la lactancia materna.</p> <p>La Organización Mundial de la Salud recomienda lactancia materna exclusivamente en los primeros seis meses, e introducir alimentos apropiados para la edad, y el mantenimiento de la lactancia hasta los 2 años o más, por los múltiples beneficios para él bebe, la madre y la sociedad.</p> <p><b>Objetivo:</b> Determinar los factores asociados al nivel de autoeficacia en las mujeres lactantes de la UMF No. 47, IMSS, Tabasco.</p>
Procedimientos:	<p>El personal capacitado aplicará la escala de autoeficacia de la lactancia materna versión corta para conocer el nivel de autoeficacia.</p> <p>Se aplicará una encuesta diseñada por el investigador para identificar los factores asociados al nivel de autoeficacia en las mujeres lactantes de la UMF No. 47, IMSS, Tabasco.</p>
Posibles riesgos y molestias:	Investigación sin riesgo, de acuerdo al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, en el título segundo “de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”, capítulo 1 “disposiciones comunes”, artículo 17 en el punto I.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Llevar a cabo una lactancia materna optima que



	beneficie al lactante con un mejor crecimiento, desarrollo y buen sistema inmunológico; en las madres previene el cáncer de mama, evita la hemorragia uterina, reduce peso; un beneficio social importante es la reducción económica.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Mediante la determinación de los factores de abandono de la lactancia materna, se podrán organizar grupos de ayuda para aumentar el éxito de esta práctica.
Participación o retiro:	La participación es voluntaria y podrá retirarse cuando considere necesario.
Privacidad y confidencialidad:	La información obtenida es completamente privada y confidencial.
<b>Declaración de consentimiento:</b>	
Después de haber leído y habiéndose me explicado todas mis dudas acerca de este estudio:	
<input type="checkbox"/>	No acepto participar en el estudio.
<input type="checkbox"/>	Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.
<b>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:</b>	
Investigadora o Investigador Responsable:	MF Guadalupe Montserrat Domínguez Vega, Tel: 9932861806, correo: <a href="mailto:Guadalupe.dominquezv@imss.gob.mx">Guadalupe.dominquezv@imss.gob.mx</a>
Colaboradores:	Dr. Cs. Silvia María Guadalupe Garrido Pérez, Tel: 9931659694, correo: <a href="mailto:silvia.garrido@imss.gob.mx">silvia.garrido@imss.gob.mx</a> R3MF, Cesar Alberto Xala Méndez, Tel: 9931098267, correo: <a href="mailto:cxala1@hotmail.com">cxala1@hotmail.com</a>
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética en investigación del Hospital General de Zona no. 2. Calle Francisco Trujillo Gurría s/n, Colonia Pueblo Nuevo, Cárdenas, Tabasco. CP 86500. Correo electrónico: <a href="mailto:cei.27.001.20170221@gmail.com">cei.27.001.20170221@gmail.com</a>	
_____ Nombre y firma del participante	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Testigo 1	_____ Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.	
<b>Clave: 2810-009-013</b>	