

**UNIVERSIDAD MAYOR, REAL Y PONTIFICIA DE  
SAN FRANCISCO DE CHUQUISACA.**

**CENTRO DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**



**AUTOEFICACIA PARA LA PRACTICA DE LA  
LACTANCIA**

**MATERNA EXCLUSIVA EN MUJERES PUERPERAS  
ATENDIDAS EN EL “HOSPITAL REGIONAL SAN JUAN DE  
DIOS DE LA CIUDAD DE TARIJA” DE AGOSTO A  
SEPTIEMBRE 2022**

**TRABAJO EN OPCION AL GRADO DE MAGISTER  
EN ENFERMERIA GINECO OBSTETRICIA**

**ROSARIO AYLLON**

**TARIJA, DICIEMBRE DE 2022**

**UNIVERSIDAD MAYOR, REAL Y PONTIFICIA DE  
SAN FRANCISCO DE CHUQUISACA.**

**CENTRO DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**



**AUTOEFICACIA PARA LA PRACTICA DE LA  
LACTANCIA**

**MATERNA EXCLUSIVA EN MUJERES PUERPERAS  
ATENDIDAS EN EL “HOSPITAL REGIONAL SAN JUAN DE  
DIOS DE LA CIUDAD DE TARIJA” DE AGOSTO A  
SEPTIEMBRE 2022**

**TRABAJO EN OPCION AL GRADO DE MAGISTER  
EN ENFERMERIA GINECO OBSTETRICIA**

**ROSARIO AYLLON**

**TUTOR: FRANSISCO RAFAEL GUZMAN FACUNDO**

**TARIJA, DICIEMBRE DE 2022**

## CESION DE DERECHOS

Al presentar este trabajo como requisito previo para la obtención del Título de Magister en Gineco-Obstetricia de la Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca, autorizo al Centro de Estudios de Posgrado e Investigación o a la biblioteca de la Universidad, para que se haga de este trabajo un documento disponible para su lectura, según normas de la Universidad.

También cedo a la universidad Mayor Real y Pontificia de San Francisco Javier de Chuquisaca, los derechos de publicación de este trabajo o parte de él, manteniendo mis derechos de autor hasta un periodo de 30 meses posterior a su aprobación.



Lic. Rosario Ayllon

Sucre 1 de junio de 2023

## **DEDICATORIA**

A mis dos hijas Luciana y  
Valentina que son mi razón de  
vivir

## **AGRADECIMIENTOS**

Señor gracias por darme la oportunidad de aplicar mis conocimientos en beneficio de la comunidad.

A mi querida familia, a mi esposo, mis hijas, mi madre, mis hermanos que me brindaron su apoyo especial para realizar esta realidad.

Mi agradecimiento a mi tutor Dr. Francisco Rafael guzmán facundo por sus apoyo incondicional su enseñanza, su consejo durante la elaboración de tesis,

## **RESUMEN**

El presente estudio de la autoeficacia para la práctica de lactancia materna exclusiva en mujeres puérperas del Hospital San Juan de Dios Tarija.

De acuerdo a lo planteado el presente estudio es de tipo Cuantitativo Descriptivo de Corte Transversal y Prospectivo. Se utilizó la guía de entrevistas con 24 preguntas abiertas, previamente revisada por expertos en el tema, que se aplicó a 100 mujeres embarazadas que fueron atendidas en el Hospital Regional San Juan de Dios entre los meses de Agosto y Septiembre de 2022.

De acuerdo al análisis realizado de los datos recolectados del estudio se encontró, que las mujeres de 21 a 27 de la ciudad de Tarija, que se atendieron en el Hospital San Juan de Dios Tarija., considera la autoeficacia hacia la lactancia materna exclusiva, los factores más significativos asociados a la autoeficacia son la edad, estado civil y el nivel educativo. No hubo diferencias significativas entre los puntos de sociodemográficos, como la lactancia previa, número de embarazos.

# ÍNDICE DE CONTENIDO

1 INTRODUCCIÓN .....	1
1.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.2. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA .....	6
1.2.1. FORMULACION DEL PROBLEMA .....	7
1.3. HIPÓTESIS.....	7
1.4. OBJETIVO.....	8
1.4.1. OBJETIVO GENERAL .....	8
1.4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	8
CAPITULO II .....	9
2. MARCO TEÓRICO.....	9
2.1. BASES TEÓRICAS.....	9
2.1.1. Definición de lactancia materna.....	10
2.1.2. Clasificación de la lactancia materna.....	10
2.1.3. Importancia de la Lactancia Materna .....	11
2.1.4. Beneficios de la lactancia.....	11

2.1.5. Situación de la lactancia materna en Bolivia .....	12
2.1.6. Marco Legal	13
2.2. CONTEXTO .....	16
CAPITULO III .....	22
3. METODOLOGÍA .....	22
3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	22
3.1.1. Tipo de investigación.....	22
3.1.2. Diseño del estudio .....	22
3.2. POBLACION.....	22
3.3. MUESTREO.....	23
3.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	23
3.4.1. Criterios de inclusión.....	23
3.4.2. Criterios de exclusión .....	24
3.5. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.....	24
3.5.1. Características de la variable de estudio.....	25
3.6. ASPECTOS ÉTICA.....	27

3.7. PRUEBAS BIOESTADÍSTICAS .....	28
CAPITULO IV .....	29
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	29
4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS .....	29
4.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	37
CAPITULO V .....	39
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	39
5.1. CONCLUSIONES .....	39
5.2. RECOMENDACIONES .....	40

## ÍNDICE TABLA

Tabla 1 Variable de estudio.....	24
Tabla 2 Consistencia interna de los instrumentos de medición.....	25
Tabla 3 Características personales de las mujeres del estudio.....	29
Tabla 4 Paridad y experiencia previa de lactancia en mujeres embarazadas .....	30
Tabla 5 Descripción de la percepción de autoeficacia para lactar en mujeres embarazadas de Tarija.....	31
Tabla 6 Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para las variables continuas.....	34
Tabla 7 Coeficiente de Correlación de Spearman para las variables de edad, autoeficacia e intención para lactar exclusivamente.....	34
Tabla 8. Modelo de Regresión Logística para las variables conocimientos y actitudes sobre la práctica de la autoeficacia.....	35

## ÍNDICE GRÁFICO

Figura 1. Efecto de la autoeficacia para lactar sobre las intenciones de lactar exclusivamente.....	36
---	----

## LISTA DE ANEXOS

Anexo A Encuesta ..	47
Anexo B Encuesta ..	78
Anexo C Variables ..	79
Anexo D Base de datos ..	80
Anexo E Escolaridad ..	81
Anexo F Paridad ..	82
Anexo G Ocupación ..	83
Anexo H Estado civil ..	84
Anexo I Experiencia previa de lacta ..	85
Anexo J Autoeficiencia para lactar ..	86

## **CAPITULO I**

### **1 INTRODUCCIÓN**

#### **1.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN.**

En la actualidad la lactancia materna exclusiva (LME) durante los 6 meses primeros de vida se considera un objetivo de salud pública mundial que está relacionada con la reducción de la morbilidad y mortalidad infantil en especial en países en vías de desarrollo. Igualmente, la lactancia materna exclusiva juega un rol especial fundamental como factor protector de trastornos a corto y a largo plazo, protegiendo al lactante de infecciones, del síndrome metabólico y de enfermedades crónicas del adulto entre otras cosas.

De acuerdo con las pautas de alimentación para lactantes de 2004 UNICEF, la lactancia materna debe promoverse como la alimentación estándar de oro. Debe iniciarse tan pronto como sea posible después del nacimiento, preferiblemente dentro de 1 hora. La lactancia exclusiva debe seguirse en los primeros 6 meses de vida. La alimentación complementaria adecuada y apropiada debe administrarse después de completar los 6 meses además de la lactancia materna.

Además de conocer sobre el tiempo que abarcan los períodos de lactancia materna y lactancia exclusiva, las madres pueden comprender los beneficios en ellas respecto a la protección contra el cáncer de mama, el cáncer de ovario y la diabetes tipo II, y los beneficios en el infante, que son tasas más bajas de infecciones y oclusión

intestinal, puntuaciones altas del coeficiente de inteligencia, tasas más bajas de obesidad y logros económicos más altos en la edad adulta.

La lactancia materna constituye un proceso vital y natural del ser humano con la finalidad de obtener los nutrientes y elementos inmunológicos necesarios para el desarrollo y crecimiento saludable del recién nacido. La adecuada información que se brinde a la madre, sobre todo durante su control prenatal, como parte de su preparación para la maternidad, juega un papel muy importante en la comprensión de la importancia de dicho proceso tanto para ella como para su bebé. Es por ello que se considera importante medir el conocimiento, sobre la lactancia materna sobre todo en una población vulnerable como son las gestantes para conocer el nivel de conocimiento de la lactancia materna.

Datos recientes de la Organización Mundial de la Salud OMS 2017 indican que la lactancia natural es una forma sin parangón de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sanos de los lactantes; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres. El examen de los datos científicos ha revelado que, a nivel poblacional la lactancia materna exclusiva durante los seis meses es la forma óptima de alimentación para los lactantes. Posteriormente deben empezar a recibir alimentos complementarios, pero sin abandonar la lactancia materna hasta los dos años o más. Para que las madres puedan iniciar y mantener la lactancia materna exclusiva durante los 6 meses, la OMS y el UNICEF recomiendan:

Que la lactancia materna se inicie en la primera hora de vida, incluyendo a los prematuros, esta aporta a los bebés los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludable. Por tal razón la Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda el calostro (la leche amarillenta y espesa que se produce al final del embarazo) como el alimento perfecto para el recién nacido y el lactante solo reciba leche materna, sin ningún otro alimento ni bebida ni siquiera agua; que la lactancia se haga a demanda, es decir, con la frecuencia que quiera el niño, tanto de día como de noche; que no se utilicen biberones, tetina ni chupetes. La leche materna es la primera comida natural para los lactantes. Aporta toda la energía y los nutrientes que el niño necesita en sus primeros meses de vida sigue cubriendo la mitad o más de las necesidades nutricionales del niño durante el segundo semestre de vida, y hasta un tercio durante el segundo año. Sin embargo, la lactancia materna solo beneficia en la actualidad a apenas 40,0% de los niños menores de seis meses.

La leche materna contribuye a la salud y al bienestar de las madres. Ayuda a espaciar los embarazos, reduce el riesgo de cáncer de ovario y mama, aumenta los recursos familiares y nacionales, es una forma de alimentación segura y carece de riesgos para el medio ambiente.

Es importante mencionar que la literatura documentada que entre los factores que se relacionan que la lactancia materna como factor de sobrepeso y obesidad en escolares. A pesar de ello, los datos estadísticos muestran que los progresos registrados son desiguales y que corren mayor riesgo de morir aquellos que nacen de una madre

sin educación básica, en zonas rurales o en condiciones de pobreza. El desfase relativo en la mortalidad infantil entre África subsahariana y Asia meridional, por un lado, y los países de ingresos altos, por otro, apenas ha variado en un cuarto de siglo. Los niños nacidos en África subsahariana tienen 12 veces más probabilidades de morir antes de cumplir 5 años que los que nacen en países de ingresos altos: la misma situación que había en 1990. En comparación con los más ricos, de forma general, los más pobres tienen 1,9 veces más probabilidades de morir antes de los 5 años.

India, Nigeria, República Democrática del Congo, Etiopía y China concentran más de la mitad de la cantidad total de muertes infantiles del mundo.

En Ecuador también existe problemática donde la mortalidad en niños menores de 5 años, en 2010 disminuyó en un 56 % desde 1994; sin embargo, todavía más de 4 300 infantes mueren cada año por causas prevenibles, como son las infecciones respiratorias, la diarrea y la desnutrición, esta última con una incidencia mayor en las zonas rurales de la sierra ecuatoriana, de hecho, en 2012, 24 % de los menores de 2 años padecían de desnutrición crónica.

En Bolivia en el departamento de Cochabamba los resultados demostraron que el 98,5% de los menores de 2 años lactaron; 85,6% de los niños menores de seis meses cumplen con la lactancia materna exclusiva y solo el 14,74% de los niños mayores de 6 meses no cumplieron con el tiempo mínimo de lactancia materna exclusiva. Los factores asociados a una inadecuada práctica de lactancia materna detectados fueron: la escolaridad y el vivir en la región metropolitana o en el trópico de Cochabamba.

No obstante estudios recientes no han reportado que la leche materna es el único alimento que proporciona todos los nutrientes necesarios para el óptimo crecimiento y desarrollo de los infantes en sus primeros meses de vida, debido a su contenido de células, factores inmunológicos, factores anti infecciosos y hormonas, que favorecen su salud, los protegen de un gran número de enfermedades comunes y estimulan su desarrollo físico, cognitivo y psicosocial. Por ello se considera un nutriente irremplazable por otros alimentos y que, además, presenta la imposibilidad de reproducir sus componentes químicos de forma industrial. La OMS y la UNICEF lanzaron en 1992 la iniciativa de hospitales amigo de los niños con el fin de fortalecer las prácticas de las maternidades en apoyo de la lactancia materna. La base de la iniciativa son los 10 pasos hacia una feliz lactancia natural, que se describen en la declaración conjunta de la OMS- UNICEF.

El continuar con esta situación puede favorecer una estrategia para la alimentación del lactante pequeño, donde describa las intervenciones esenciales para favorecer, fomentar proteger y apoyar la lactancia materna exclusiva destinado a formar profesionales sanitarios para que puedan prestar un apoyo especializado a las madres lactantes y ayudarles a superar los problemas que puedan presentarse. Por tal razón es importante abordar este aspecto, dado que en futuro puede ser la base de intervenciones en enfermería para prevención de desnutrición.

Sin embargo, se debe reconocer que esta práctica, con sus beneficios aludidos, no siempre se realiza de la manera, la cantidad o tiempo adecuados, lo que trae

aparejado diversos trastornos, entre ellos, estados nutricionales insatisfactorios para el lactante.

## **1.2. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

Si bien es cierto, que en temas de salud se ha avanzado a nivel global, aún queda mucho por hacer para salvar las vidas de millones de niños que mueren antes de alcanzar los cinco años de edad. Aproximadamente nueve millones de niños menores de cinco años mueren cada año, lo que significa que muere un niño en el mundo cada cuatro segundos. Sin embargo, a pesar de la alarmante cifra, se dice, que la situación no ha empeorado, al contrario, ha mejorado. En el año 2010, murieron casi 9 millones de niños menos que los fallecidos en 1960, es decir, se registró una disminución de la mortalidad infantil en 35 %.

Se ha demostrado que la deficiente información que poseen las madres sobre la lactancia materna es una causa del abandono de esta práctica; igualmente hay madres que suspenden la lactancia materna por falta de asesoramiento hospitalaria, ya que, debido a esto, se incrementa el uso de sustitutos de la leche materna.

Por todo lo anterior expuesto, el propósito del presente estudio será la autoeficacia para la práctica de lactancia materna exclusiva en mujeres en el Hospital Regional San Juan de Dios

### **1.2.1. FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la autoeficacia de la lactancia materna según percepción en las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional San de Dios de la ciudad de Tarija en los meses de agosto septiembre 2022?

### **1.3. HIPÓTESIS**

En el presente estudio se presenta la distribución de la edad, las variables de intenciones para lactar y autoeficacia para lactar, cabe mencionar que esta última variable fue convertida en índices en base a las 15 preguntas de la escala de autoeficacia para lactar, tomado valores de 0 a 100, donde a mayor puntuación mayor es la autoeficacia para lactar. Al utilizar la prueba estadística de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, se encontró que la variable de intenciones no mostró distribución normal ( $p < .05$ ) y la variable de autoeficacia y edad mostraron distribución normal ( $p > .05$ ). En base a estos resultados se decidió estadísticas no paramétricas.

Con los resultados arriba mencionado se acepta la hipótesis de investigación, e indica que existe una relación y efecto de la autoeficacia para lactar y la intención de lactar exclusivamente por seis meses en mujeres puérperas en estudio del Hospital Regional San Juan de Dios de Tarija.

## **1.4. OBJETIVO**

### ***1.4.1. OBJETIVO GENERAL***

Analizar la autoeficacia percibida de la lactancia materna exclusiva en mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional San Juan de Dios de la ciudad de Tarija entre agosto a septiembre 2022.

### ***1.4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS***

1. Establecer las características sociodemográficas de la población de estudio.
2. Identificar la autoeficacia percibida de la lactancia materna exclusiva de las mujeres puérperas en estudio.
3. Establecer el nivel de autoeficacia percibida en la práctica de la lactancia materna exclusiva en las mujeres puérperas en estudio

## CAPITULO II

### 2. MARCO TEÓRICO

#### 2.1. BASES TEÓRICAS.

En forma genérica, la lactancia materna se refiere a la alimentación del recién nacido y lactante a través del pecho materno.

##### 2.1.1 Definición de Puerperio Fisiológico

Puede definirse como el periodo de tiempo que va desde el momento en que el útero expulsa la placenta hasta un límite variable, generalmente 6 semanas, en que vuelve a la normalidad el organismo femenino. Se caracteriza por una serie de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hacen regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas (involución uterina). Tras un parto, siempre quedan señales indelebles que indican que lo hubo, aun después de muchos años, sobre todo si el parto fue intervenido.

La involución, especialmente del aparato genital, y el establecimiento de la lactancia materna son los hechos más característicos del puerperio, condicionado en general esta última que no se recupere el ciclo menstrual hasta el cabo de unos meses, incluso años, si la lactancia es a demanda y prolongada.

Este periodo de tiempo se divide clásicamente en:

- **Puerperio inmediato:** las primeras 24 horas.

**Puerperio precoz o propiamente dicho:** desde el 2al 7-10 días (primera semana) post parto, y es cuando ocurre la máxima involución

### ***2.1.2. Definición de lactancia materna.***

Se define como "La alimentación del niño menor de 2 años con la leche de la madre". La OMS y UNICEF señalan que "es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños" (Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia, 2013).

### ***2.1.3. Clasificación de la lactancia materna.***

#### ***2.1.3.1. Lactancia materna inmediata “inicio temprano de la lactancia materna”***

Consiste en proporcionar leche materna al lactante durante la primera hora de vida, con el fin de que reciba el calostro (primera leche), la cual es rica en nutrientes y factores de protección (OMS, 2015).

#### ***2.1.3.2. Lactancia materna exclusiva***

Esta consiste en dar al bebé únicamente leche materna, sin necesidad de incluir otros líquidos e incluso agua durante los primeros 6 meses de vida, con excepción de soluciones rehidratantes o medicamentos en gotas o jarabes (OMS, 2015).

### ***2.1.3.3. Lactancia materna continúa***

Es la lactancia que se mantiene hasta los dos años de vida del lactante, como fuente importante de energía y nutrientes esenciales para el crecimiento (OMS, 2015).

### ***2.1.4. Importancia de la Lactancia Materna***

La leche materna contribuye a la salud y al bienestar de las madres. Ayuda a espaciar los embarazos, reduce el riesgo de cáncer de ovario y mama, aumenta los recursos familiares y nacionales, es una forma de alimentación segura y disminuya el riesgo de desnutrición.

### ***2.1.5. Beneficios de la lactancia Materna***

La Academia Americana de Pediatría recomienda la Lactancia Materna exclusiva durante un mínimo de 4 meses debido a que esta etapa es esencial en el desarrollo físico y cognitivo. Una adecuada nutrición durante los primeros años de vida puede determinar la estatura adulta final (Kliegman y col., 2013), programar en el niño un ambiente microbiológico intestinal saludable de por vida que le ayudará a luchar contra las enfermedades, digerir mejor el alimento y regular su sistema inmunológico.

Los componentes de la leche materna en los primeros días de vida pueden influir en la forma que determinados genes se expresan, contrarrestando la predisposición genética a la obesidad o a otras enfermedades crónicas (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2016).

La Lactancia Materna previene o reduce la frecuencia de infecciones como gastroenteritis, enterocolitis necrosante, cólera, botulismo infantil e infecciones respiratorias entre otras. (Rodríguez, 2012). También algunos autores sugieren que la exposición a alérgenos alimentarios a través de la lactancia induce tolerancia al lactante previniendo sensibilizaciones alimentarias (Parigi y col., 2015).

Por otro lado la Lactancia Materna es también beneficiosa para las madres debido a que reduce el riesgo de cáncer de mama y de ovario, diabetes tipo 2 y depresión posparto (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2016; OMS, 2017).

#### ***2.1.6. Situación de la lactancia materna en Bolivia***

El Ministerio de Salud y Deportes de nuestro país en el marco de las políticas nacionales establece la lactancia materna como prioridad dentro de la atención integral de la mujer y la niñez con la aplicación de la Ley 3460, que tiene como objetivo contribuir al bienestar físico, mental y social de la madre y su hijo (a), mediante la promoción, apoyo, fomento y protección de la lactancia natural y la regulación de la comercialización de sucedáneos de la leche materna y otros productos relacionados (Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia, 2007).

Datos aportados el año 2012 por el Programa de Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) reveló que en Bolivia el 61% de los recién nacidos empezaban a mamar dentro la primera hora de vida; los lactantes entre 0 a 3 meses de

edad recibían Lactancia Materna Exclusiva en el 61,8%; y lactantes entre 4 a 5 meses en un 37,5% (Universidad Mayor de san Andrés, 2013). Sin embargo el año 2017 el Instituto Nacional de Estadística (INE) y la Liga de Leche Materna registraron que el 70% de madres bolivianas practican la Lactancia Materna, siendo uno de los indicadores más elevados en Sudamérica (Instituto Nacional de Estadística INE, 2017).

Otro factor que favoreció la Lactancia Materna en nuestro país fue el incremento en la cobertura del parto institucional de un 53% a 68% entre los años 2003 y 2008, disminuyendo el porcentaje de neonatos que iniciaban su alimentación con infusiones, agua o leche en biberón (Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia, 2007).

### ***2.1.7. Marco Legal***

La lactancia Materna en Bolivia. Se considera como un derecho natural del menor y un deber fundamental de los progenitores y de la sociedad.

#### ***2.1.7.1. Constitución política del estado***

Art. 8° declara que es deber fundamental de la persona el asistir, alimentar y educar a sus hijos menores de edad.

Art. 199° señala que el Estado protegerá la salud física, mental y moral de la infancia. La lactancia natural no es mencionada en forma explícita por la Constitución.

### ***2.1.7.2. Ley general del trabajo***

Art. 62°, dispone que las empresas que ocupan a más de 50 trabajadores deben mantener salas cunas, así también lo determinan los Art. 56° y 57° de su Decreto Reglamentario que además agrega que estas salas deben ser anexas e independientes al local del trabajo, donde las mujeres pueden amamantar a sus hijos menores de un año y dejarlos mientras ellas permanezcan en sus labores.

La Ley de 6 de diciembre de 1949, que modifica el Art. 61° de la Ley General del Trabajo dispone que, durante la lactancia, las mujeres tendrán pequeños períodos de descanso, no inferiores en total a una hora, más conocida como “la hora de lactancia”.

### ***2.1.7.3. Ley nro.3460 de fomento a la lactancia materna***

El 15 de agosto de 2006, el Congreso Nacional aprobó la Ley de Protección a la Lactancia Materna en Bolivia, después de más de diez años de su presentación en el Parlamento Nacional. Ahora, Bolivia forma parte del conjunto de países que disponen de una legislación conforme con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna promulgado hace 25 años.

### ***2.1.7.4. Seguridad social***

La unidad de subsidio de lactancia se otorga a los menores de un año debidamente afiliados por sus progenitores titulares del derecho. Este subsidio, que

consiste principalmente en productos lácteos, al igual que el subsidio prenatal a las mujeres embarazadas.

Los subsidios prenatal y de lactancia representan el valor de un salario mínimo nacional por mes, por duración de 17 meses (del quinto mes de embarazo hasta el año del bebe), además de un salario mínimo en efectivo a las madres titulares por el nacimiento del bebe. En caso de trabajadores que ganan el sueldo mínimo, este subsidio significaría un aumento salarial del 100%, lo que induce a los empleadores a buscar medios para su incumplimiento.

#### ***2.1.7.5. Código de salud***

Art. 15° de este cuerpo legal dispone que la autoridad de Salud establecerá programas de atención materno infantil a los cuales deben regirse las instituciones públicas y privadas; en el caso de la lactancia, se ha elaborado el Proyecto de Fomento a la Lactancia Materna, de la Dirección Nacional de salud y Nutrición de la mujer y el Niño.

#### ***2.1.7.6. Código del menor***

Art. 18°, se refiere a la lactancia materna y la describe como un deber de las instituciones públicas y privadas, y por ende de los empleadores en general, de proporcionar las condiciones adecuadas para hacer efectiva la misma. Al igual que otras disposiciones legales, este artículo es poco conocido y a un menos cumplido.

Sin embargo en Bolivia, considerando a las mujeres que amamantan en el trabajo y en lugares de estudio, las mismas tienen el respaldo legal para poder cumplir con este derecho tanto de la niña o niño como de la madre.

Puesto que todas las Instituciones Públicas y Privadas así como las formadoras de Recursos Humanos (Universidades, Escuelas de Salud Públicas, Organizaciones sociales y autoridades locales en salud), tienen la responsabilidad de dar cumplimiento a estas legislaciones, en el marco de la Política de Salud Familiar Comunitario Intercultural (SAFCI), para así lograr que en un futuro próximo se pueda contar con una población con alto desarrollo físico, psíquico de salud y nutrición.

## **2.2. CONTEXTO**

En Brasil, (Rodrigues, Padoin, Paula, Souza, Almeida y Ximenes 2015), realizaron el estudio de investigación titulado “Influencia de las condiciones sociodemográficas y comportamentales en la autoeficacia en amamantar: estudio transversal”; con el objetivo de analizar los factores de riesgos sociodemográficos y comportamentales de puérperas en la autoeficacia en amamantar; el estudio fue de tipo descriptivo simple de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 322 puérperas internadas en el alojamiento conjunto de un hospital universitario, utilizando la Escala de Autoeficacia en Amamantamiento (BSES-SF) en la recolección de los datos. Los resultados que encontraron fueron que el 81,1% de las puérperas tuvieron autoeficacia alta, mientras que el 18,9 presentaron autoeficacia media; al relacionar la autoeficacia con las variables sociodemográficas encontraron que hubo asociación

estadísticamente significativa de la autoeficacia con el número de personas que viven en la vivienda ( $p=0,014$ ), tienen dos o más hijos ( $p=0,009$ ), amamantan exclusivamente durante seis meses ( $p=0,002$ ) y han tenido experiencia previa positiva de amamantamiento

( $p=0,001$ ), asimismo; señalan que factores como ser primigestas, no haber amamantado anteriormente o haberlo hecho por un período menor cinco meses, y una experiencia anterior negativa en relación al amamantamiento aumentan las probabilidades de presentar autoeficacia reducida; concluyendo que es necesario que los profesionales de la salud consideren la autoeficacia en su contexto profesional; pues influyen significativamente en la capacidad de amamantamiento.

Este antecedente permitió realizar el abordaje teórico de la variable autoeficacia en la lactancia materna considerada en el presente estudio de investigación.

En México, (Martínez 2013), realizó el estudio titulado “Factores asociados a la prevalencia de otorgar lactancia materna”, con el objetivo de determinar los factores asociados a la prevalencia otorgar lactancia materna exclusiva en mujeres etapa puerperal. El estudio fue de tipo descriptivo, observacional, transversal, analítico; la muestra estuvo conformada por 110 puérperas; utilizando una encuesta de intención de otorgar lactancia materna en la recolección de los datos.

Los resultados que encontró fueron que el 100% de las mujeres manifestaron tener intención de proporcionar lactancia materna, de los cuales un 65.5% de las

mujeres tienen intención de otorgar lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses, también se observó que las mujeres con experiencia en lactancia materna tienen mayor intención de proporcionar lactancia a su hijo actual por un periodo más prolongado que el otorgado al primer hijo; asimismo encontró que el 65% de las encuestadas tuvo una alta autoeficacia; el 32% presentó autoeficacia media y un 3% presentó baja autoeficacia en la lactancia materna.

En Lima, (Rojas 2014), “Prácticas hospitalarias y características biosociales para el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres que asisten al Centro de Salud Juan Pérez Carranza”; con el objetivo de determinar la influencia de las prácticas hospitalarias y características biosociales en el abandono de la lactancia materna exclusiva en las madres. El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 299 madres, utilizando un cuestionario en la recolección de los datos. Los resultados que encontró fueron que los principales factores para el abandono de la lactancia materna recaía principalmente en razones de carácter biológico (69%), como la leche materna limitada y las grietas en los pezones, el segundo factor recae en razones de carácter social (27%), el trabajo; y el factor influencia de las malas prácticas hospitalarias (4%) fue el que menos influencia ejerce para el abandono de la lactancia materna exclusiva. Además resultó significativa la influencia de la ausencia de apoyo de la pareja ( $p=0,001$ ), ausencia del apoyo de la familia ( $p=0,001$ ), bajo nivel de estudio ( $p=0,001$ ), ser primíparas ( $p=0,001$ ), y adolescentes ( $p=0,001$ ) en el abandono de la lactancia materna exclusiva; concluyendo

que mucha de las prácticas hospitalarias y de las características biosociales influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva.

Este antecedente permitió el abordaje teórico de los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva como variable considerada en la presente investigación.

En Lima; (Basadre, Bello, Benavides, Bravo y Carranza 2013) realizaron el estudio titulado “Lactancia materna exitosa en puérperas de menos de 48 horas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora”; con el objetivo de determinar la autoeficacia de las puérperas en amamantar a sus hijos menores de 48 horas y construir el perfil sociodemográfico y obstétrico de las madres en estudio. El estudio fue de tipo descriptivo simple de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 100 madres puérperas del hospital en estudio, utilizando la escala de autoeficacia para la lactancia materna en la recolección de los datos. Los resultados que encontraron fueron que el 72% de madres encuestadas mostraron un elevado nivel de autoeficacia para la lactancia materna; el 26% presentó un nivel medio y un 2% presentó un nivel bajo de autoeficacia. Asimismo encontraron asociación significativa entre la edad, estado civil, paridad, control prenatal y el puntaje de autoeficacia para la lactancia materna; concluyendo que los niveles alcanzados respecto a la autoeficacia para la lactancia materna fueron altos; y que factores como ser menor de 20 años, soltera, primípara y tener pocos controles prenatales, aumentan el riesgo para que la lactancia materna no sea exitosa. Este antecedente de investigación presentó similitud con el presente

estudio, en consecuencia, permitió la delimitación teórica y la identificación de las dimensiones de la autoeficacia sobre la lactancia materna.

(Cabañas Benitez Gisela Guzmán Mendoza Edith 2016) Resultados: Existe una diferencia significativa después de aplicar una intervención en forma de taller teórico-práctico ( $t = -6.667$ ,  $gl = 58$ ,  $p = .000$ ). Estos resultados fueron respaldados con el análisis descriptivo: la Autoeficacia para la Lactancia Materna Exclusiva aumento de la medición test a la medición re-test, en el grupo control vs. grupo experimental ( $X = 76.37$  a  $X = 78.75$  vs.  $X = 94.82$ ).

En Bolivia (AGUILAR, 2005) Resultados: De acuerdo a lo planteado el presente estudio es de tipo Cuantitativo Descriptivo de Corte Transversal y Relacional, permitiendo de esta forma enriquecer su contenido. Se utilizaron encuestas de Tipo Cuestionario aplicadas a 298 madres que tenían hijos menores a 2 años y que fueron atendidas en el Hospital San Pedro Claver, entre los meses de septiembre y noviembre de 2005, utilizándose el muestreo aleatorio sistemático.

En el análisis de los datos recolectados, se encontró una mayor parte de madres bastante jóvenes, con menos de 4 hijos que cursaron la secundaria y de bajos recursos económicos. La población tiene un desconocimiento de los beneficios y ventajas que ofrece la lactancia materna tanto al niño como a la madre, también una escasa colaboración por parte del personal de salud que limita el tiempo a la orientación que debe recibir tanto la madre como la familia de la misma, desde la etapa gestante inclusive.

Se observan las razones por las cuales las madres optaron por la lactancia artificial, existen varias situaciones como ser trabajo o estudios hasta enfermedad, sin embargo las mujeres más jóvenes son las que dejan de lactar tempranamente, por recomendaciones del médico que recomienda el uso de la lactancia artificial.

La importancia de la información, educación y concientización de la población de la lactancia materna exclusiva es de vital importancia, debe ser dirigida a los progenitores, para lo cual se debe involucrar al personal de salud.

En Bolivia (Gutiérrez, 2007) Resultados: Este estudio generó información sobre la situación de la lactancia materna exclusiva e identificar los factores sociales y culturales que se relacionan con su duración en madres con niños menores de seis meses.

Seguida en importancia la edad y la ocupación de la madre con un valor de correlación de 0.33 y 0.31 respectivamente.

Se considera que la información que recibió la madre tiene correlación intermedia de 0.52 siendo esta la más elevada del estudio.

Este estudio, nos permitió la identificación de las dimensiones de la autoeficacia sobre la lactancia materna.

## CAPITULO III

### 3. METODOLOGÍA

#### 3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

##### 3.1.1. *Tipo de investigación*

Estudio Descriptiva, Transversal y Correlacional

##### 3.1.2. *Diseño del estudio*

Descriptivo: se identifica la situación de la autoeficacia y práctica de la lactancia materna exclusiva.

Transversal: se realizó en un tiempo determinado, en el periodo agosto a septiembre 2022 mujeres en el Hospital Regional San Juan de Dios.

Correlacional: por que se realiza la prueba estadística, que se busca relaciones de causa y efecto.

#### 3.2. POBLACION

Mujeres del Hospital regional San Juan de Dios Tarija, con las siguientes edades:

- 18 <= 21 años
- 21 <= 27 años

- 27 <= 33 años
- 33 <= 39 años
- 39 <= 42 años

### **3.3. MUESTREO.**

No probabilístico por conveniencia, conformado por 98 mujeres puérperas

### **3.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### ***3.4.1. Criterios de inclusión***

1. Madres que viven en la ciudad de Tarija.
2. Madres de los recién nacidos hasta los 2 años de edad
3. Mujeres puérperas que son atendidas en el Hospital Regional San Juan de Dios de la ciudad de Tarija, con las siguientes edades:

- 18 <= 21 años
- 21 <= 27 años
- 27 <= 33 años
- 33 <= 39 años
- 39 <= 42 años

### 3.4.2. *Criterios de exclusión*

1. Madres con niños mayores de 3 años.
2. Madres que no aceptan participar del estudio de investigación
3. Mujeres Puérperas que, aunque hayan aceptado participar en el estudio y no llenen completo el formulario.

### 3.5. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Los cuestionarios utilizados han sido preparados para las características de las madres puérperas, instrumento validado en las investigaciones de los autores de los cuales se ha procedido, con 24 preguntas cerrados.

#### **Confiabilidad de los instrumentos de medición**

Se analizará con el coeficiente Alfa de Cronbach ya que es un modelo de consistencia interna, basado en el promedio de las correlaciones entre los ítems. Entre las ventajas de esta medida se encuentra la posibilidad de evaluar cuánto mejoraría (o empeoraría) la fiabilidad de la prueba si se excluyera un determinado ítem.

#### **Tabla 1**

#### **Consistencia interna de los instrumentos de medición**

---

<b>Instrumento</b>	<b>Reactivos</b>	<b>Alpha</b>	<b>de</b>
		<b>Cronbach</b>	

---

---

Escala de autoeficacia para lactar en mujeres puérperas	15	.93
---	----	-----

---

Nota:  $n=210$ .

La confiabilidad del instrumento de medición utilizado se realizó a través del Coeficiente Alpha de Cronbach. La tabla 1 muestra que la Escala de autoeficacia para lactar en mujeres puérperas obtuvo una adecuada confiabilidad con un Coeficiente de Alpha de Cronbach de .93 (Burns & Grove, 2019).

### 3.5.1. Características de la variable de estudio

**Tabla 2**

**Variable de estudio**

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	UNIDADES DE MEDICION
<b>Edad</b>	Intervalo cuantitativa	18-42 años
<b>Embarazo</b>	Numérica Cuantitativa	3-9 meses
<b>Escolaridad</b>	Ordinal Cualitativa	1. Primaria 2. Secundaria 3. Licenciatura 4. posgrado
<b>Estado civil</b>	Nominal Cualitativa	1. Soltera 2. Casada / Unión libre 3. Otros

---

---

<b>Ocupación</b>		1. Ama de casa Estudiante 2.Trabajadora manual / Obrera 3.Comerciante 4.Desempleada
<b>Paridad</b>	Numérica Cuantitativa	Primer embarazo Segundo embarazo Tercer embarazo Cuarto o más embarazos
<b>Experiencia previa de lactar</b>	Nominal Cualitativa	lactancia materna exclusiva Mixta (lactancia y formula) Sólo Formula
<b>Autoeficacia</b>	Cuantitativa	1= Nada segura 2= Algo segura 3= moderadamente segura 4= Completamente segura
<b>Autoeficacia</b>	Cuantitativa	1= Nada Segura 10= Completamente segura

---

---

<b>Autoeficacia</b>	Cuantitativa	1= Nada probable 10= Muy probable
---------------------	--------------	--------------------------------------

---

Fuente: Elaboración propia

### **3.6. ASPECTOS ÉTICA**

El estudio se llevó a cabo de acuerdo a las disposiciones de la Código Internacional de Ética de 1947 de Nuremberg, Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, pauta 1, pauta 19 y de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, en el Título Segundo, Capítulo I (Secretaría de Salud), correspondiente a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Durante la investigación predominó el criterio del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar de las participantes establecido en el Capítulo I, Artículo 13, al igual que en el reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación Mexicana, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Este trabajo de investigación considera los principios éticos básicos de enfermería:

- **Principio de beneficencia:** Este trabajo de investigación basado en practicar el bien, en donde se expresa los beneficios que otorgan los resultados obtenidos respecto a las madres puérperas de 18 a 42 años, la encuesta se

ejecutara con cuidado y protegiendo la identificación de cada participante puérperas.

- **Principio de no maleficencia:** Consiste en evitar daños psicológicos, físicos y sociales en las participantes; en la investigación no existe ningún tipo de daño. Ya que tendrá información es confidencial.
- **Principio de justicia:** Se aplica este principio ya que implica mantener la equidad, trato digno, justo y respetuoso y si hacer algún tipo de discriminación a las participantes del estudio.
- **Principio de autonomía:** Este principio consiste en la capacidad que va tener la madre para decidir si participara o no participara en la encuesta mediante un consentimiento informado en él se explica acerca de la confidencialidad de los datos a utilizar estrictamente para la investigación, se le informara que es anónimo, confidente con fines de estudio

### **3.7. PRUEBAS BIOESTADÍSTICAS**

Se utilizó el software SPSS Versión 17. Se ocuparon medida de tendencia central, variabilidad o dispersión y de posición para variables cuantitativas, además de análisis de fiabilidad basado en el coeficiente del alfa de Cronbach.

## CAPITULO IV

### 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se muestran los resultados del estudio, en primer lugar, se muestra la consistencia interna del instrumento utilizado, posteriormente la estadística descriptiva de los datos personales de la muestra y las variables del estudio y finalmente los resultados inferenciales para dar respuesta a los objetivos del estudio.

##### **Características personales de la muestra**

En este apartado se muestran algunas características personales de la muestra, respecto a la edad se mostró un promedio de 27.83 años (DE= 6.1), con un promedio de 8.5 (DE=0.77) meses de embarazo.

**Tabla 3**

##### **Características personales de las mujeres del estudio**

<b>Características</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Escolaridad</b>		
Primaria	12	12.2
Secundaria	75	76.5
Superior Universitario	11	11.2
<b>Estado civil</b>		
Soltera	25	25.5

Casada/Unión libre	71	72.4
Otros	2	2.0

### Ocupación

Ama de casa	21	21.4
Estudiante	26	26.5
Trabajadora manual	6	6.1
Comerciante	35	35.7
Desempleada	10	10.2

Nota:  $f$ = frecuencia, %= porcentaje,  $n$ = 98

En la tabla 2 se muestran las características personales de las mujeres del estudio, 76.5% tienen una escolaridad de secundaria, 12.2% de primaria y 11.2% superior universitario, respecto al estado civil 72.4% son casadas y 25.5% son solteras, de acuerdo con la ocupación la mayoría es comerciante (35.7%) seguido de estudiante (26.5%) y ama de casa (21.4%).

### Tabla 4

#### *Paridad y experiencia previa de lactancia en mujeres embarazadas*

Características	f	%
Paridad		
Primer embarazo	26	26.5
Segundo embarazo	34	34.7
Tercer embarazo	25	25.5

Cuarto o más embarazo	13	13.3
Experiencia previa de lactar		
Lactancia exclusiva	23	23.5
Mixta (lactancia y formula)	46	46.9
Solo Formula	3	3.1

Nota:  $f$ = frecuencia, %= porcentaje,  $n$ = 98

En la tabla 3 se muestran la paridad y la experiencia previa de lactancia de las mujeres del estudio, 26.5% indicó ser su primer embarazo, respecto a la experiencia previa de lactancia materna 29.6% no cuentan con experiencia previa, 23% expresan que han tenido lactancia exclusiva y 46.9% mixta (lactancia y formula).

### Tabla 5

#### Descripción de la percepción de autoeficacia para lactar en mujeres embarazadas de Tarija.

Creo que puedo amamantar a mi hijo, aunque:	Nada segura	Algo segura	Moderada mente segura	Completamente segura
	%	%	%	%
....esté en una fiesta	17.3	24.5	41.8	16.3
....se me escurra la leche	12.2	36.7	40.8	10.2
....me produzca dolor en los senos	11.2	37.8	40.8	10.2

....no quiera hacerlo	10.2	22.4	42.9	24.5
....esté enferma	10.2	27.6	40.8	21.4
....tenga grietas en los pezones	10.2	39.8	39.8	10.2
....trabaje	8.2	26.5	48	17.3
.....personas significativas (pareja, padres e hijos) están en desacuerdo	7.1	25.5	42.9	24.5
....me sienta triste o desanimada	7.1	21.4	50	21.4
....tenga cosas que hacer	6.1	30.6	41.8	21.4
....esté cansada	6.1	18.4	55.1	20.4
....atraviere por problemas personales	6.1	23.5	52	18.4
....no perciba los beneficios de amamantar	4.1	26.5	50	19.4
....las personas en la calle estén en desacuerdo	2	20.4	55.1	22.4
....esté en público	1	13.3	54.1	31.6

---

Nota: %= porcentaje, n= 98

En la tabla 5 se muestra la descripción de los indicadores de la percepción de autoeficacia para lactar en mujeres embarazadas de Tarija. Los resultados destacan en

la mayoría de los indicadores que están moderadamente seguras. Sin embargo, los indicadores donde se sienten nada seguras de dar lactancia es cuando estén en fiestas (17.3%), cuando se escurra la leche (12.2%), cuando produzca dolor (11.2%), cuando este enferma (10.2%) y cuando tenga grietas en los pezones (10.2%). Por otro lado, cuando se sienten completamente seguras de dar lactancia materna es aunque están en público (31.6%), aunque no quieran hacerlo (24.5%) aunque personas significativas están en desacuerdo (24.5%) y aunque la personas de la calle están en desacuerdo (22.4%).

### **Estadística inferencial**

En este apartado se presentan los resultados de la estadística inferencial para dar respuesta a la hipótesis del estudio. En la tabla 6 se presenta la distribución de la edad, y las variables de intenciones para lactar y autoeficacia para lactar, cabe mencionar que esta última variable fue convertida en índices en base a las 15 preguntas de la escala de autoeficacia para lactar, tomado valores de 0 a 100, donde a mayor puntuación mayor es la autoeficacia para lactar. Al utilizar la prueba estadística de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, se encontró que la variable de intenciones no mostró distribución normal ( $p < .05$ ) y la variables de autoeficacia y edad mostraron distribución normal ( $p > .05$ ). En base a estos resultados se decidió estadísticas no paramétricas.

**Tabla 6****Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para las variables continuas**

Variable	$\bar{X}$	Mdn	DE	Min	Max	D <sup>a</sup>	p
Edad	27.89	27.00	6.17	18.00	42.00	0.837	0.485
Intenciones	7.81	8.00	1.74	1.00	10.00	2.030	0.001
Autoeficacia	59.02	57.77	20.16	6.67	100.00	0.920	0.366

Nota:  $\bar{X}$  = media, Mdn = mediana, DE = desviación estándar, D = Kolmogorov Smirnov, p = significancia, n = 89

Para dar respuesta a la hipótesis del estudio que indica: Existe una relación de la autoeficacia para lactar y la intención de lactar exclusivamente por seis meses en mujeres embarazadas de Tarija, los resultados se presentan en la tabla 8.

**Tabla 7****Coefficiente de Correlación de Spearman para las variables de edad, autoeficacia e intención para lactar exclusivamente.**

Variable	1	2	3
Edad	r 1		
	p		
Autoeficacia para lactar	r .228*	1	
	p .024*		

Intención para lactar	r	.092	.603**	1
	p	.370	.001**	

Nota: r= Coeficiente correlación de Spearman, p= valor de p, \*p<.05; \*\*p>.001

En la tabla 7 se muestra el coeficiente de correlación de Spearman para las variables de edad, autoeficacia e intención para lactar, los resultados mostraron que la edad mostró una relación positiva y significativa con la autoeficacia para lactar, es decir que a mayor edad mayor es la autoeficacia percibida para lactar, también se observó relación positiva y significativa de la autoeficacia percibida para lactar con la intención para lactar exclusivamente de su próximo hijo, es decir que a mayor autoeficacia mayor son las intenciones de lactar.

Finalmente se aplicó un modelo de Regresión logística para verificar el efecto predictivo de la autoeficacia con la intención de lactar, los resultados se muestran en la **Tabla 8.**

**Modelo de Regresión Logística para las variables conocimientos y actitudes sobre la práctica de la autoeficacia**

Variable	B	E	Wald	l	Valor p	OR	IC 95% para OR	
							LI	LS
Autoeficacia	.086	.024	12.84	1	.001	1.090	1.04	1.14
Constante	-1.92	1.04	3.38					
Modelo 1	$\chi^2= 19.98, gl = 1, R^2 = 38.2\%, p<.001$							

Nota:  $\beta$  = beta, EE= Error estándar, gl= Grados de libertad, OR=Razón de probabilidad, p= Probabilidad, IC=Intervalo de confianza, LI=Límite inferior, LS=Límite superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación,  $n = 181$

En la tabla 8 se muestra un Modelo de Regresión Logística para las variable de autoeficacia para lactar sobre la intención de lactar exclusivamente en su próximo hijo. El modelo muestra un efecto significativo ( $\chi^2 = 19.98$ ,  $p < .001$ ) con una varianza explicada de 38.2% donde se observa un efecto significativo de la autoeficacia sobre las intenciones de lactar ( $\beta = .086$ ,  $p < .001$ ). Con los resultados anteriores se acepta la hipótesis de investigación, que indica existe una relación y efecto de la autoeficacia para lactar con la intención de lactar exclusivamente en su próximo hijo, este resultado se muestra gráficamente en la figura 1.

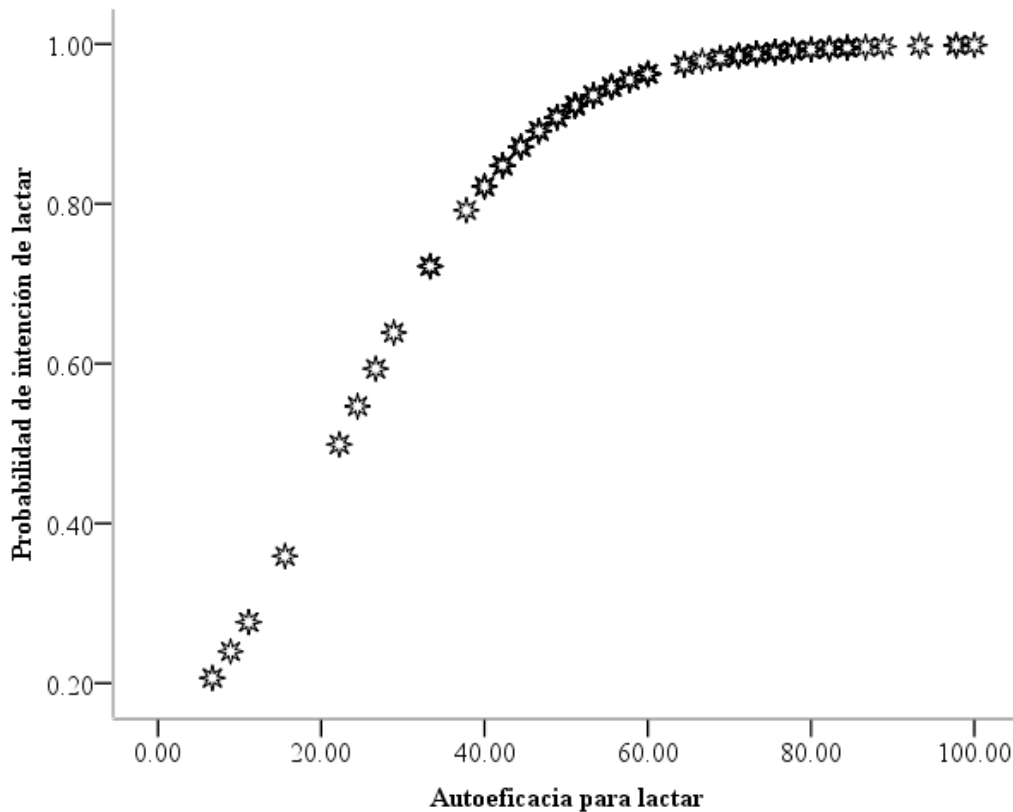


Figura 1. *Efecto de la autoeficacia para lactar sobre las intenciones de lactar exclusivamente.*

## **4.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

Se logró responder a cabalidad a cada uno de los objetivos específicos planteados en este estudio, se obtuvo que las mujeres puérperas en estudio tienen una edad promedio de 27 años (27 - 33). las características personales de las mujeres en estudio, 76.5% tienen una escolaridad de secundaria, 12.2% de primaria y 11.2% estudio superior universitario, respecto al estado civil 72.4% son casadas y 25.5% son solteras, de acuerdo a su ocupación la mayoría son comerciantes (35.7%), estudiantes (26.5%) y ama de casa (21.4%).

En la tabla 7 se muestra un Modelo de Regresión Logística para las variables de autoeficacia para lactar sobre la intención de lactar exclusivamente en su próximo hijo. El modelo muestra un efecto significativo ( $\chi^2 = 19.98$ ,  $p < .001$ ) con una varianza explicada de 38.2% donde se observa un efecto significativo de la autoeficacia sobre las intenciones de lactar ( $\beta = .086$ ,  $p < .001$ ), indica que existe una relación y efecto de la autoeficacia para lactar con la intención de lactar exclusivamente en su próximo hijo, este resultado se muestra gráficamente en la figura 1.

Así mismo, Jaqueline (2019) obtuvo una asociación entre la autoeficacia y la lactancia materna exclusiva identificando un OR crudo de 1,95(IC 95% = 1,07-3.54). De la misma forma Melisa (2014) encontró una asociación entre la autoeficacia y la

lactancia materna exclusiva con un OR= 1.8(IC 95 %= 1.05-132) sin embargo ellos no ajustaron el efecto confusor.

## **CAPITULO V**

### **5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1. CONCLUSIONES**

De acuerdo a los resultados obtenidos del estudio prueba en primer lugar la consistencia interna del instrumento utilizado, posteriormente la estadística descriptiva de los datos personales de la muestra, las variables y finalmente los resultados inferenciales para dar respuesta a los objetivos del estudio.

La confiabilidad del instrumento de medición utilizado se realizó a través del coeficiente Alpha de Cronbach, donde muestra que la Escala de autoeficacia para lactar en las mujeres obtuvo una adecuada confiabilidad con un Coeficiente de Alpha de Cronbach de .93(Burns & Grove, 2019)

La autoeficacia para la práctica de la lactancia materna en mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional San Juan de Dios de Tarija, dan como resultados que están moderadamente seguras de amamantar con leche materna a sus hijos de menores de meses. Sin embargo, los indicadores donde se sienten nada seguras de dar lactancia materna es cuando estén en fiestas (17.3%), cuando se escurra la leche (12.2%), cuando produzca dolor (11.2%), cuando este enferma (10.2%) y cuando tenga grietas en los pezones (10.2%). Por otro lado, cuando se sienten completamente seguras de dar lactancia materna es: aunque están en público (31.6%), aunque no quieran hacerlo (24.5%) aunque personas significativas están en desacuerdo

(24.5%) y aunque las personas de la calle están en descuerdo (22.4%).

El análisis realizado de los datos recogidos del estudio mediante el coeficiente de correlación de Spearman para las variables de edad, autoeficacia e intención para lactar, mostro una relación positiva y significativa, es decir que a mayor edad es la autoeficacia percibida por las mujeres puérperas para lactar exclusivamente en su próximo hijo.

## **5.2. RECOMENDACIONES**

A los profesionales de enfermería continuar con las cesiones educativas de la lactancia materna exclusiva en el servicio de puerperio, donde se instruya a la madre tanto a nivel teórico como practico acerca de la lactancia materna exclusiva y de esta manera generar un conocimiento más significativo que produzca las conductas deseadas en favor de la salud infantil y materna.

Realizar intervenciones educativas, dirigidas por las profesionales de enfermería de la salud pública durante el control prenatal a las gestantes, donde se pueda brindar una información con contenido sencillo de fácil comprensión y que la madre pueda obtener un mejor conocimiento sobre los conceptos relacionado a la lactancia materna exclusiva esencial para la toma decisiones de la madre sobre esta práctica.

Concientizar a las madres puérperas sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva tanto en el beneficio de los niños, como de ellas madres y de la

misma sociedad, y tener en cuenta que esta práctica favorecerá principalmente en el crecimiento y desarrollo de su niño, y prevenir diarrea, resfríos, etc.

A todos los profesionales del sector salud de los diferentes niveles de atención: del primer, segundo y tercer nivel, especialmente a las profesionales de enfermería dar la información necesaria, así como las estrategias, técnicas y prácticas para desarrollar una lactancia materna exclusiva más adecuada para sus niños.

Finalmente concientizar a los pediatras para incentivar la lactancia materna exclusiva en el alojamiento conjunto y no así al uso de los sucedáneos de esta.

## BIBLIOGRAFÍA

Barboza Morales B.M(2021) conocimiento y práctica de la lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses que acuden al centro de salud condorillo, chincha-2021

UNICEF Naciones Unidas para la infancia

<https://www.cursosgis.com/diferencias-entre-los-metodos-y-las-funciones-en> (2015)

Lima Basadre, Bello, Benavides, Bravo y Carranza (2013) “Lactancia materna exitosa en puérperas de menos de 48 horas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora”

Lima Rojas R.J. (2014), “Prácticas hospitalarias y características biosociales para el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres que asisten al Centro de Salud Juan Pérez Carranza”

Cabañas Benitez Gisela Guzmán Mendoza Edith (2016) Intervención para Aumentar la Autoeficacia para la Lactancia Materna Exclusiva: Ensayo Clínico

Aleatorio <https://hdl.handle.net/20.500.12371/13974>

En México Martínez (2013) “Factores asociados a la prevalencia de otorgar lactancia materna”

En Brasil, Rodrigues, Padoin, Paula, Souza, Almeida y Ximenes (2015)  
“Influencia de las condiciones sociodemográficas y comportamentales en la  
autoeficacia en amamantar: estudio transversal”

Kliegman R., Schor N., Geme J., Behrman R. (2013). Nelson Tratado de  
Pediatria. 19º Edición. Elsevier. Barcelona [ Links ]

Rodriguez R. B. (2012). Manual de Neonatología Bonito. Editorial:  
McGRAW HILL. 2o Edición. [ Links ]

Parigi, S. M., Eldh M., Larssen P., Gabrielsson S., Villablanca E. J. (2015).

Breast Milk Solid Food Shaping Intestinal Immunity. Front Immunol 6: 415.  
[ Links ]

Ministerio de Salud y Deportes. (2013) Estado Plurinacional de Bolivia.  
Norma técnica de la iniciativa Hospitales amigos de la madre y la niñez. Documentos  
técnicos normativos. 2o edición. [ Links ]

Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría. (2004).  
Lactancia materna, guía para profesionales. Disponible en:  
[https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores\\_en\\_salud/lactancia/CNLM\\_guia\\_de\\_la  
ctancia\\_materna\\_AEP.pdf](https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_la_ctancia_materna_AEP.pdf) [ Links ]

OMS. (2015). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente.  
Ginebra: Disponible

en: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/es/). [ Links ]

Última Reforma DOF (2014). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud.

OMS y UNICEF (2004). Lactancia materna exclusiva: el estándar de oro.

OMS. (2015b). Inicio temprano de la lactancia materna. Retrieved from [http://www.who.int/elena/titles/early\\_breastfeeding/es/](http://www.who.int/elena/titles/early_breastfeeding/es/)

OMS. (2015c). Lactancia materna exclusiva. Retrieved from [http://www.who.int/elena/titles/exclusive\\_breastfeeding/es/](http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/es/)

<[www.unicef.org/programme/breastfeeding/bow.htm](http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/bow.htm)> y [www.waba.org.my/forum2/goldenbow.html](http://www.waba.org.my/forum2/goldenbow.html).

González de Cosío et al. (2013). Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. Salud Pública de México.

González Mariño (2012). La Lactancia y la madre. Revista de los estudiantes de medicina de la Universidad de Santander, Recuperado de:

<http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/2862>

MSP. (2012). Iniciativa Mundial sobre tendencias en lactancia materna.

Niño M., Silva G., A. E. (2012). Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. Revista Chilena de Pediatría. [bupasalud](http://bupasalud.cl) ¿conoces el puerperio fisiológico

o cuarentena? Bupa Bolivia [https://www.bupasalud.com.bo/momm y- care cuarentena/summary](https://www.bupasalud.com.bo/momm-y-care-cuarentena/summary)

FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA. (1986)

Conocimientos, Actitudes y Prácticas frente a la Lactancia Materna. Bolivia.

Roberto Kriskovich, Consultor Promoción de la Salud OPS / OMS

<http://www.ops.org.bo>

UNICEF, Ministerio de Desarrollo Humano Subsector de asuntos de Género y Generacionales. Mujer, Empleo y Lactancia Natural en Bolivia; Situación de la mujer con empleo en relación a la maternidad y la lactancia con tres contextos urbanos de Bolivia. La Paz, Bolivia 1995.

OMS y UNICEF. Dar de mamar. El tema; “Semana mundial de la lactancia materna”. Bolivia Agosto 2005.

OMS y UNICEF. Práctica y promoción de la lactancia natural en hospitales “amigos del niño” Argentina.

El Nuevo Día. Lactancia “Dar de lactar al bebe no evita el embarazo” La Paz, Bolivia 14 de Marzo de 2005.

Organización Mundial de la Salud (OMS). La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. 2010. Disponible en:

[http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789275330944\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789275330944_spa.pdf). Accesado en Junio 2011.

Hernández S,R. Metodología de la Investigación. 6th.ed.México: Mc Graw Hill; 2014.

González Mariño (2012). La Lactancia y la madre. Revista de los estudiantes de medicina de la Universidad de Santander, 25(1). Recuperado de:

<http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/2862>

Melo et al. (2015). Estudio experimental de una intervención educativa para promover la autoeficacia materna en el amamantamiento. Revista Latinoamericana de Enfermagem. 23(4). Recuperado de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/es\\_0104-1169-rlae-23-04-00725.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/es_0104-1169-rlae-23-04-00725.pdf)

Peripolli et al. (2013). Autoeficácia em Amamentação de Puérperas em Alojamento Conjunto: Contribuições para o Cuidado de Enfermagem. Recuperado de

[http://coral.ufsm.br/ppgenf/Dissertacao\\_ANDRESSA%20PERIPOLLI%20RODRIGUES.pdf](http://coral.ufsm.br/ppgenf/Dissertacao_ANDRESSA%20PERIPOLLI%20RODRIGUES.pdf)

## ANEXO

### *Anexo A Encuesta*

#### **Consentimiento informado**

Actualmente se está realizando un estudio para conocer que tan capaces se sienten las mujeres embarazadas o que hayan tenido un hijo en amamantar por seis meses a su hijo.

Tu participación en el estudio consistiría en:

1. Responder una serie de preguntas sobre datos personales y sobre qué tan segura te sientes en amamantar a tu hijo en diferentes situaciones de tu vida.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, si tú no quieres hacerlo, puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en un momento del estudio ya no quieres continuar, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema, y será tu decisión continuar o no en el estudio.

Toda la información que nos proporcionen y/o mediciones que se realicen nos ayudarán a estudiar y contribuir en el desarrollo de estrategias de promoción sobre la lactancia materna en mujeres de Bolivia.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas y/o resultados de mediciones, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (X) en el cuadrito de abajo que dice "Si quiero participar" y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna (X), ni escribas tu nombre.

Si quiero participar

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

\_\_\_\_\_  
Fecha: a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## Anexo B Encuesta

"47 DE 999"

### Escala de Autoeficacia para lactar

#### Instrucciones:

A continuación te pedimos leas las siguientes situaciones y elige que tan segura te sientes (a) nada segura, b) algo segura, c) moderadamente segura o d) completamente segura) en amamantar ante cada una de la situaciones que se te presentan.



Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque:	Nada segura	Algo segura	Moderadamente segura	Completamente segura
1. ....esté en público				
2. ....atraviere por problemas personales				
3. ....las personas en la calle estén en desacuerdo				
4. ....personas significativas (pareja, padres e hijos) están en desacuerdo				
5. ....trabaje				
6. ....esté cansada				
7. ....esté enferma				
8. ....no quiera hacerlo				
9. ....me sienta triste o desanimada				
10. ....tenga cosas que hacer				
11. ....esté en una fiesta				
12. ....no perciba los beneficios de amamantar				
13. ....tenga grietas en los pezones				
14. ....me produzca dolor en los senos				
15. ....se me escurra la leche				

¿Qué tan segura estas en amamantar exclusivamente por seis meses con tu próximo hijo? Marca la opción más cercana a tu realidad.

Nada Segura					Completamente segura					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

¿Tienes intención en amamantar exclusivamente por seis meses con tu próximo hijo? Marca la opción más cercana a tu realidad.

Nada probable					Muy probable					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Gracias por participar

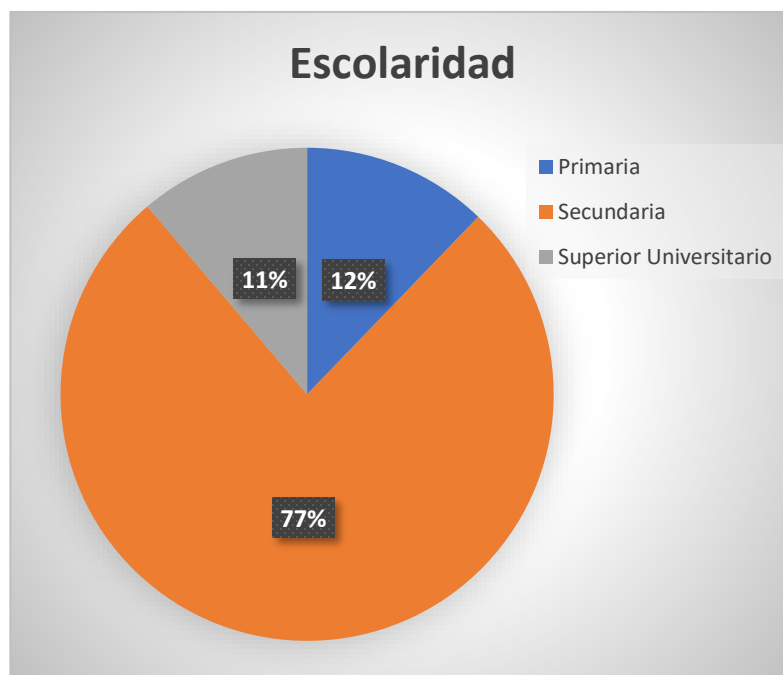
## Anexo C Variables

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida
1	FOLIO	Numérico	8	0		Ninguna	Ninguna	5	Derecha	Escala
2	DS1	Numérico	8	0	Cual es tu edad...	Ninguna	Ninguna	3	Derecha	Escala
3	DS2	Numérico	8	0	Cuantos meses...	Ninguna	Ninguna	4	Derecha	Escala
4	DS3	Numérico	8	0	Escolaridad	{1, Primaria ...	Ninguna	4	Derecha	Escala
5	DS4	Numérico	8	0	Estado civil	{1, Soltera}...	Ninguna	4	Derecha	Escala
6	DS5	Numérico	8	0	Ocupacion	{1, Ama de ...	Ninguna	4	Derecha	Escala
7	DS6	Numérico	8	0	Paridad	{1, Primer E...	Ninguna	4	Derecha	Escala
8	DS7	Numérico	8	0	Experiencia pre...	{1, Lactanci...	Ninguna	3	Derecha	Escala
9	AUTO1	Numérico	8	0	Aunque este en...	{1, Nada se...	Ninguna	3	Derecha	Ordinal
10	AUTO2	Numérico	8	0	Aunque atravie...	{1, Nada se...	Ninguna	3	Derecha	Ordinal
11	AUTO3	Numérico	8	0	Aunque las per...	{1, Nada se...	Ninguna	3	Derecha	Ordinal
12	AUTO4	Numérico	8	0	Aunque person...	{1, Nada se...	Ninguna	3	Derecha	Ordinal
13	AUTO5	Numérico	8	0	Aunque trabaje	{1, Nada se...	Ninguna	3	Derecha	Ordinal
14	AUTO6	Numérico	8	0	Aunque este ca...	{1, Nada se...	Ninguna	3	Derecha	Ordinal
15	AUTO7	Numérico	8	0	Aunque enferma	{1, Nada se...	Ninguna	3	Derecha	Ordinal
16	AUTO8	Numérico	8	0	Aunque no quie...	{1, Nada se...	Ninguna	3	Derecha	Ordinal
17	AUTO9	Numérico	8	0	Aunque me sie...	{1, Nada se...	Ninguna	3	Derecha	Ordinal
18	AUTO10	Numérico	8	0	Aunque tenga c...	{1, Nada se...	Ninguna	3	Derecha	Ordinal
19	AUTO11	Numérico	8	0	Aunque este en...	{1, Nada se...	Ninguna	3	Derecha	Ordinal
20	AUTO12	Numérico	8	0	Aunque no reci...	{1, Nada se...	Ninguna	3	Derecha	Ordinal
21	AUTO13	Numérico	8	0	Aunque tenga g...	{1, Nada se...	Ninguna	3	Derecha	Ordinal
22	AUTO14	Numérico	8	0	Aunque me pro...	{1, Nada se...	Ninguna	3	Derecha	Ordinal
23	AUTO15	Numérico	8	0	Aunque se me ...	{1, Nada se...	Ninguna	3	Derecha	Ordinal
24	INTENSION1	Numérico	8	1	Que tan segura...	{1,0, Nada s...	Ninguna	3	Derecha	Escala
25	INTENSION2	Numérico	8	1	Tienes intencion ...	{1,0, Nada p...	Ninguna	3	Derecha	Escala
26	EDAD	Numérico	5	0	Cual es tu edad...	{1, 15<=x<2...	Ninguna	6	Derecha	Ordinal

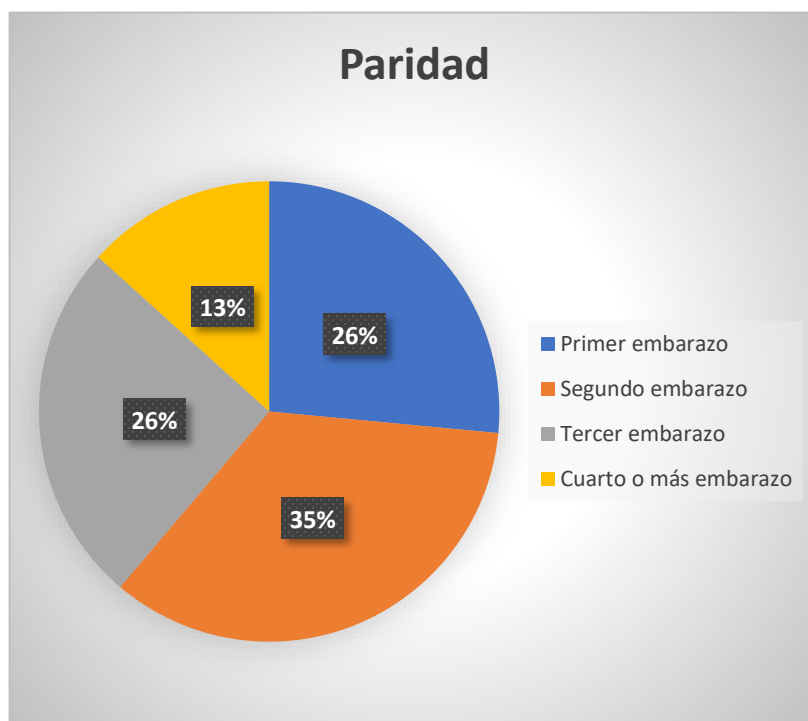




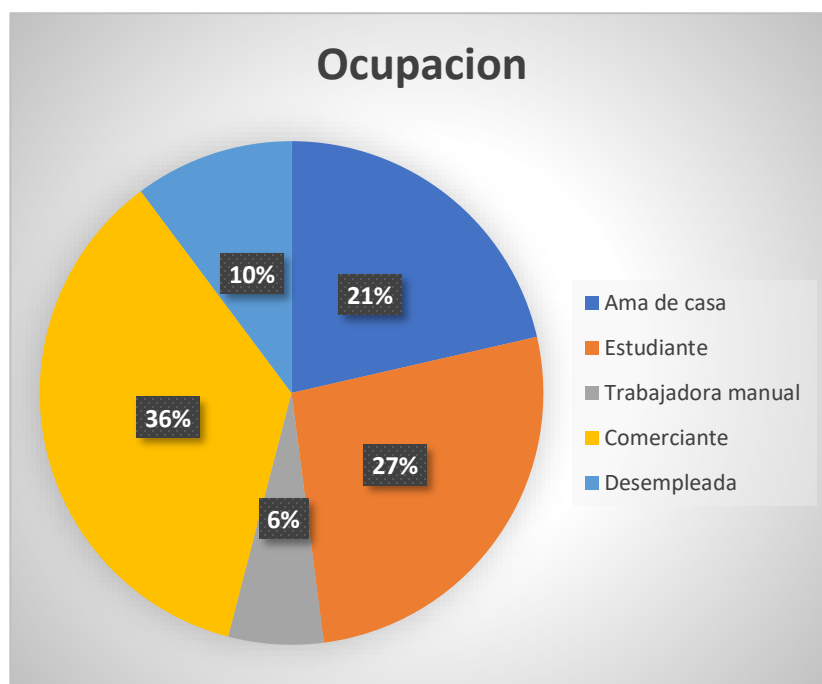
*Anexo E Escolaridad*



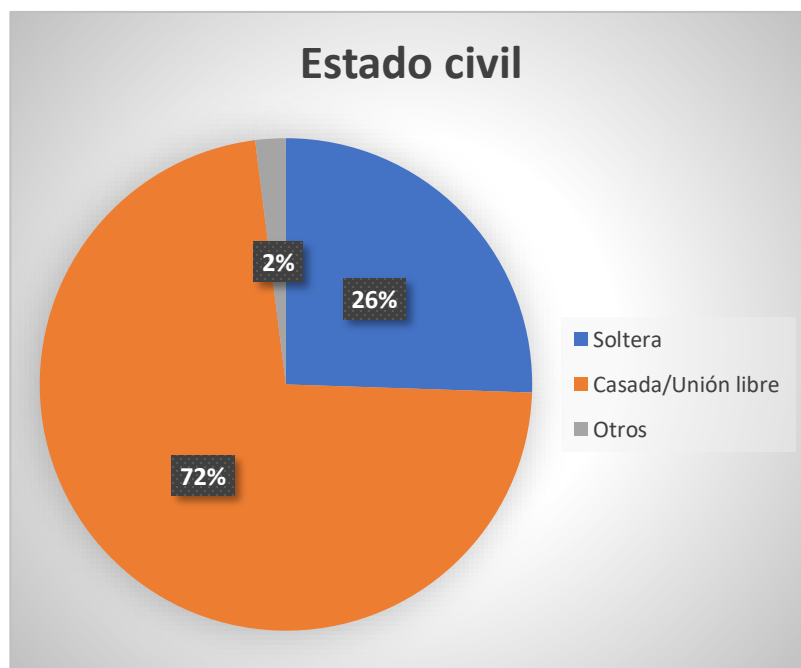
*Anexo F Paridad*



## Anexo G Ocupación



*Anexo H Estado civil*



*Anexo I Experiencia previa de lactar*



## Anexo J Autoeficiencia para lactar

