



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
HOSPITAL GENERAL ZONA NO. 1 AGUASCALIENTES**

**“AUTOEFICACIA PARA LACTAR Y SU ASOCIACION AL
DESTETE PRECOZ DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA
EN MUJERES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.1
DELEGACION AGUASCALIENTES”**

TESIS

**PRESENTADA POR:
Aseret Patricia Laguna López**

**PARA OBTENER EL TITULO DE LA ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR**

ASESOR:

**Dr. Daniel Alejandro Hernández Aviña.
Aguascalientes, Ags., a febrero de 2021.**



AGUASCALIENTES, AGS., A FEBRERO DE 2021.

**CARTA DE APROBACION DE TRABAJO DE TESIS
COMITÉ DE INVESTIGACION Y ETICA EN INVESTIGACION EN SALUD 101
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.1, AGUASCALIENTES**

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD
P R E S E N T E**

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

DRA. ASERET PATRICIA LAGUNA LOPEZ

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**AUTOEFICACIA PARA LACTAR Y SU ASOCIACION AL DESTETE PRECOZ
DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MUJERES DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No.1 DELEGACIÓN AGUASCALIENTES.**

Número de Registro: **R- 2021-101-013** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

La **Dra. Aseret Patricia Laguna López** asistió a las asesorías correspondientes y realizo las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que se proceda a la impresión definitiva ante al comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquiera aclaración.

ATENTAMENTE:

DR. DANIEL ALEJANDRO HERNÁNDEZ AVIÑA.

ASESOR

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Daniel', written over the word 'ASESOR'.



AGUASCALIENTES, AGS., A FEBRERO DE 2021.

DR. JORGE PRIETO MACIAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**AUTOEFICACIA PARA LACTAR Y SU ASOCIACION AL DESTETE PRECOZ
DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MUJERES DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No.1 DELEGACIÓN AGUASCALIENTES.**

DRA. ASERET PATRICIA LAGUNA LOPEZ.

Número de Registro: **R- 2021-101-013** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No.101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

La Dra. Aseret Patricia Laguna López asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Sin otro particular, agradezco a usted su atención, enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE:

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD



DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL EXAMEN
DE GRADO - ESPECIALIDADES MÉDICAS



Fecha de dictaminación dd/mm/aa: 02/03/21

NOMBRE: Aseret Patricia Laguna López

ID 269032

ESPECIALIDAD: MEDICINA FAMILIAR

LGAC (del
posgrado):

SALUD MATERNO INFANTIL

TIPO DE TRABAJO: (X) Tesis

() Trabajo práctico

TÍTULO: 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

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado):

EVALUACIÓN DE PRACTICAS DE LACTANCIA

INDICAR SI/NO SEGÚN CORRESPONDA:

Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:

- SI El trabajo es congruente con las LGAC de la especialidad médica
SI La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
SI Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
SI Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
SI Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área
SI El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
SI Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
NO Generó transferencia del conocimiento o tecnológica
SI Cumpe con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)

El egresado cumple con lo siguiente:

- SI Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Docencia
SI Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios (créditos curriculares, optativos, actividades complementarias, estancia, etc)
SI Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial, en caso de los posgrados profesionales si tiene solo tutor podrá liberar solo el tutor
SI Cuenta con la aprobación del (la) Jefe de Enseñanza y/o Hospital
SI Coincide con el título y objetivo registrado
SI Tiene el CVU del Conacyt actualizado
NO Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado

Si X
No _____

FIRMAS

Revisó:

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:

Dr. Ricardo Ernesto Ramírez Orozco

Autorizó:

NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

Dr. Jorge Prieto Macías

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado

En cumplimiento con el Art. 305C del Reglamento General de Docencia que a la letra señala entre las funciones del Consejo Académico: ... Cuidar la eficiencia terminal del programa de posgrado y el Art. 305F las funciones del Secretario Técnico, llevar el seguimiento de los alumnos.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por brindarme la vida.

A mi familia de origen y de procreación, a ese ser pequeño e inteligente que siempre me ha acompañado desde su vida intrauterina en mi formación académica, gracias por toda tu paciencia y amor en esta parte de mi vida, aquí concluye esa “larga tarea” que no terminaba cuando me preguntabas, gracias mi hija hermosa por todo tu apoyo y amor brindado siempre.

A mi familia de origen por ser la fuerza en circunstancias de debilidad.

Al personal médico, de enseñanza y administrativo del Instituto Mexicano del Seguro Social, por todo el apoyo brindado en esta etapa de mi formación académica como residente de la especialidad de Medicina Familiar, donde no sólo me llevo este tipo de aprendizaje, sino enseñanza y crecimiento personal; con la mente abierta para continuar aprendiendo.

Gracias a mi asesor de tesis Dr. Daniel Alejandro Hernández Aviña por su atención y paciencia para llevar a cabo este trabajo de tesis. A mi coordinadora de enseñanza, Dra. Evelyn Lárraga Benavente por su apoyo durante mi formación en esta Delegación.

TESIS

TESIS

TESIS

TESIS

TESIS

DEDICATORIA

A ti Sofía... hermosa niña llena de tanto amor, bondad, inteligencia y sabiduría, como lo sabes, y siempre te lo demostraré, eres el gran amor de mi vida.

TESIS

TESIS

TESIS

TESIS

TESIS

CONTENIDO

ÍNDICE DE GRÁFICAS..... 4

RESUMEN 5

ABSTRACT..... 6

3. MARCO TEORICO 7

 3.1 ANTECEDENTES CIENTÍFICOS 7

 3.2 MODELOS Y TEORIAS DE LA INVESTIGACIÓN 13

 3.2.1 Lactancia materna exclusiva: 13

 3.2.2 Destete precoz 15

 3.2.3 Factores de riesgo para el destete precoz de la lactancia materna exclusiva: 15

 3.2.4 Teoría de la autoeficacia 16

 3.2.5 Autoeficacia de la lactancia materna..... 18

4. MARCO CONCEPTUAL 19

 4.1 Lactancia materna exclusiva: 19

 4.2 Destete precoz:..... 19

 4.3 Autoeficacia: 19

 4.4 Autoeficacia para lactar: 20

5. JUSTIFICACIÓN..... 20

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... 21

7. OBJETIVO 25

 7.1 OBJETIVO GENERAL: 25

 7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:..... 25

8. HIPÓTESIS DE TRABAJO..... 25

9. MATERIAL Y MÉTODOS 26

 9.1 Tipo y diseño del estudio. 26

 9.2 Universo de estudio..... 26

 9.3 Población de estudio 26

 9.4 Unidad de análisis 27

 9.5 Criterios de selección 27

 9.5.1 Criterios de Inclusión 27

 9.5.2 Criterios exclusión 27

9.5.3 Criterios de eliminación	27
9.6 Muestreo.....	28
9.6.1 Tamaño de la muestra	28
9.7 Definición operacional de variables.....	28
9.7.1 Variable dependiente:.....	28
9.7.2 Variable independiente:	28
9.7.3 Variables de control:	29
9.8 Descripción del instrumento	29
9.9 Técnica de recolección de datos.....	30
9.10 Plan de procesamiento y análisis de datos	30
10. Aspectos éticos	31
11. Recursos, financiamiento y factibilidad.....	32
11.1 Recursos materiales	32
11.2 Recursos humanos	32
11.3 Recursos financieros.....	32
11.4 Factibilidad	33
12. Cronograma de actividades.....	34
13. RESULTADOS	35
Descripción de variables sociodemográficas	35
Descripción de variable independiente	41
Correlación de variables.....	46
14. DISCUSIÓN	53
CONCLUSIONES	56
GLOSARIO	56
Autoeficacia:	56
Autoeficacia para lactar:	56
Destete precoz:.....	57
Lactancia materna exclusiva:	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXO A. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	61
ANEXO B. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	62
ANEXO C. CUESTIONARIO ESTRUCTURADO.....	67
ANEXO D. CARTA DE NO INCONVENIENTE.....	70

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de la edad.	35
Tabla 2. Escolaridad.	36
Tabla 3. Estado civil.....	37
Tabla 4. Ocupación.....	38
Tabla 5. Tabaquismo.	39
Tabla 6. ¿Cuántos embarazos ha tenido?.....	39
Tabla 7. A su hijo anterior, ¿le dio lactancia materna exclusiva?.....	40
Tabla 8. ¿Hasta qué mes le ofreció solo lactancia materna exclusiva de su pecho a su hijo (a)?	41
Tabla 9. Creo que puedo amamantar a mi hijo (a), aunque esté en público	41
Tabla 10. Creo que puedo amamantar a mi hijo (a), aunque atraviese por problemas personales.....	41
Tabla 11. Creo que puedo amamantar a mi hijo (a), aunque las personas en la calle estén en desacuerdo.....	42
Tabla 12. Creo que puedo amamantar a mi hijo (a), aunque trabaje	42
Tabla 13. Creo que puedo amamantar a mi hijo (a), aunque esté cansada.....	42
Tabla 14. Creo que puedo amamantar a mi hijo (a), aunque esté enferma	42
Tabla 15. Creo que puedo amamantar a mi hijo (a), aunque no quiera hacerlo	43
Tabla 16. Creo que puedo amamantar a mi hijo (a), aunque me sienta triste o desanimada.....	43
Tabla 17. Creo que puedo amamantar a mi hijo (a), aunque tenga que hacer	43
Tabla 18. Creo que puedo amamantar a mi hijo (a), aunque esté en una fiesta.....	43
Tabla 19. Creo que puedo amamantar a mi hijo (a), aunque no perciba los beneficios.....	44
Tabla 20. Creo que puedo amamantar a mi hijo (a), aunque tenga grietas en los pezones.....	44
Tabla 21. Creo que puedo amamantar a mi hijo (a), aunque me produzca dolor en los senos	44
Tabla 22. Creo que puedo amamantar a mi hijo (a), aunque se me escurra la leche.....	45
Tabla 23. Nivel de inseguridad por ítem.....	45
Tabla 24. Nivel de autoeficacia para lactar por estado civil	46
Tabla 25. Nivel de autoeficacia para lactar por escolaridad.....	46
Tabla 26. Nivel de autoeficacia para lactar por ocupación	47
Tabla 27. Nivel de autoeficacia para lactar y hábito tabáquico	47
Tabla 28. Nivel de autoeficacia para lactar entre el número de embarazos.....	47
Tabla 29. Nivel de autoeficacia para lactar y antecedente de haber ofrecido LME a su hijo (a) anterior	48

Tabla 30. Asociación entre el estado civil y la lactancia materna exclusiva..... 48

Tabla 31. Asociación entre la autoeficacia para lactar y la lactancia materna exclusiva 49

Tabla 32. Asociación entre la escolaridad y lactancia materna exclusiva 49

Tabla 33. Asociación entre la ocupación y la lactancia materna exclusiva 50

Tabla 34. Asociación entre hábito tabáquico y LME..... 50

Tabla 35. Asociación entre el número de embarazos y la lactancia materna exclusiva . 51

Tabla 36. Regresión logística de autoeficacia para lactar y LME controlando variables de confusión..... 51

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Escolaridad 36

Gráfica 2. Estado civil..... 37

Gráfica 3. Ocupación..... 38

Gráfica 4. Tabaquismo. 38

Gráfica 5. ¿Cuántos embarazos ha tenido? 39

Gráfica 6. A su hijo anterior, ¿le dio lactancia materna exclusiva? 40

Gráfica 7. Hasta qué mes ofreció LME..... 40

RESUMEN

Introducción. La prevalencia mundial de la Lactancia Materna Exclusiva en cualquier etapa antes de los 6 meses de edad es solo del 38%. La práctica de la lactancia materna en México en mujeres de 15 a 39 años de edad en Aguascalientes. Respecto a la no lactancia, entre los principales motivos que señalan las mujeres que no dieron leche materna se encuentran: nunca tuvieron leche (33.4%), rechazo por parte del (de la) infante (25.9%) y que ellas estaban enfermas (14.2%). La importancia del destete precoz se refleja en que los niños amamantados exclusivamente tienen 14 veces menos probabilidades de morir durante los primeros 6 meses que los niños amamantados no exclusivamente en países de ingresos bajos y medianos.

Objetivo. Conocer la asociación que existe entre el nivel de autoeficacia para lactar y el destete precoz de la lactancia materna exclusiva en mujeres de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 Delegación Aguascalientes.

Material y métodos: Se realizará una estudio observacional, analítico, transversal, prospectivo en mujeres de 20 a 39 años que acudan a consulta de control con su Médico Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No.1 Delegación Aguascalientes. Se les realizará la escala de autoeficacia en la lactancia materna de forma corta (BSES-SF), se calcularán frecuencias absolutas y relativas, así como estadísticos de tendencia central y de dispersión, se valorará el OR crudo y ajustado mediante una regresión logística.

Resultados: Se obtuvo que las mujeres participantes de este estudio tienen una edad promedio de 28 años, en su mayoría estudió hasta la secundaria (43.7%), 44.3% permanecen al momento del estudio casadas, y en su mayoría se dedican al hogar con un 43% y el 35.4% son fumadoras. Con respecto a los antecedentes obstétricos, la mayoría de las mujeres tienen dos hijos con un 30%, y de las cuales, el 60% le dio lactancia materna exclusiva a su último hijo, en su mayoría de 4 a 6 meses (48%). Se identificaron asociaciones crudas entre el número de embarazos previos ($OR=2.81$, $IC95\%=1.381-5.71$) y la autoeficacia ($OR= 3.26$, $IC95\%=1.22-8.72$) con respecto a la lactancia materna exclusiva. Solamente la autoeficacia para lactar mostró asociación al ajustar el modelo de regresión logística ($ORA=1.18$, $IC95\%=1.22-8.72$).

Conclusiones: Las mujeres que no se perciben autoeficaces hacia la LME tienen 18% más riesgo de no realizar LME a sus hijos, en comparación con quienes si son autoeficaces.

ABSTRACT

Introduction. The global prevalence of Exclusive Breastfeeding at any stage before 6 months of age is only 38%. The practice of breastfeeding in Mexico in women aged 15 to 39 in Aguascalientes. Regarding not breastfeeding, among the main reasons indicated by women who did not give breast milk are: they never had milk (33.4%), rejection by the infant (25.9%) and that they were sick (14.2 %). The importance of early weaning is reflected in the fact that exclusively breastfed children are 14 times less likely to die in the first 6 months than non-exclusively breastfed children in low- and middle-income countries.

Objective: To know the association that exists between the level of self-efficacy for breastfeeding and early weaning from exclusive breastfeeding in women from the Family Medicine Unit No. 1 Aguascalientes Delegation.

Material and methods: An observational, analytical, cross-sectional, prospective study will be carried out in women between 20 and 39 years of age who attend a control consultation with their Family Doctor of the Family Medicine Unit No.1 Aguascalientes Delegation. The short-form breastfeeding self-efficacy scale (BSES-SF) will be performed, absolute and relative frequencies will be calculated, as well as central tendency and dispersion statistics, the crude and adjusted OR will be assessed through a logistic regression.

Results: It was obtained that the women participating in this study have an average age of 28 years, most of them studied until high school (43.7%), 44.3% remain married at the time of the study, and most are dedicated to the home with a 43% and 35.4% are smokers. Regarding obstetric history, most women have two children with 30%, and of which, 60% exclusively breastfed their last child, mostly from 4 to 6 months (48%) . Crude associations were identified between the number of previous pregnancies (OR = 2.81, 95% CI = 1.381—5.71) and self-efficacy (OR = 3.26, 95% CI = 1.22—8.72) with respect to exclusive breastfeeding. only self-efficacy showed an association when adjusting the logistic regression model (ORA = 1.18, 95% CI = 1.22—8.72).

Conclusions: Women who do not perceive themselves to be self-effective towards EBF have an 18% higher risk of not performing EBF on their children, compared to those who are self-effective.

3. MARCO TEORICO

3.1 ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Monteiro JCS, Guimarães CMS, Melo LCO, Bonelli MCP (2020): realizaron un estudio longitudinal, prospectivo en Brasil con una muestra de 224 mujeres, cuyo objetivo fue analizar la relación entre la autoeficacia materna para el amamantamiento y las variables sociodemográficas, obstétricas y neonatales; la duración de la lactancia materna exclusiva (LME) y las variables sociodemográficas; y la autoeficacia para amamantar y la duración de la LME en intervalos de 30, 60 y 180 días posparto. Se utilizó un cuestionario sociodemográfico, el cuestionario de Breastfeeding Self-Efficacy Scale–Short Form y un cuestionario sobre amamantamiento y alimentación infantil. Resultados: el 83,9% de las mujeres presentó un alto nivel de autoeficacia para lactar, el 15,6% presentó nivel medio y el 0,4% presentó bajo nivel de autoeficacia. Las mujeres que tuvieron un parto vaginal presentaron un mayor nivel de autoeficacia que las que se sometieron a cesárea ($p=0,0376$). No se identificó asociación entre la autoeficacia para amamantar y la duración de la LME a los 30, 60 y 180 días; sin embargo, la autoeficacia se asoció con el tipo de parto y las complicaciones en el posparto. Las asociaciones entre la variable autoeficacia para el amamantamiento y la duración de la LME en los períodos de 30, 60 y 180 días después del parto no presentó un resultado estadísticamente significativo por la Prueba Exacta de Fisher ($p=0,6328$, $p=0,0798$ y $p=1,0000$, respectivamente). Conclusión: se identificó que el tipo de parto, las complicaciones en el puerperio, la religión y la asistencia en los cuidados del bebé corroboran para aumentar la confianza materna en la capacidad de amamantar. (1)

Santacruz-Salas E, Aranda-Reneo I, Segura-Fragoso A y colaboradores (2020): Realizaron un estudio de cohorte prospectivo en España con una muestra de 236 mujeres. Los objetivos fueron determinar las expectativas de las mujeres españolas sobre la lactancia materna exclusiva (LME) y el efecto de éstas y otros factores sobre la LME durante los primeros 6 meses. Las variables fueron edad materna, estado civil, ocupación, expectativas sobre la lactancia materna (LM), conocimiento sobre la LM, tipo de parto, tipo de alimentación y duración de la LM. Los datos fueron recolectados a través de tres entrevistas personales, en el hospital (antes del parto) y en dos llamadas telefónicas en el primer y sexto mes posparto, se incluía una pregunta sobre cuánto

tiempo pretendía mantener la lactancia materna exclusiva con cinco opciones de respuesta: 1 mes, 3 meses, entre 3 y 6 meses, 'mientras pueda' y 'mientras el bebé lo quiera'. Resultados: La edad promedio de las madres fue de 32,3 años (DE = 5,3); la duración media de la LME fue de 2,73 meses (DE = 2,49). Del total de la muestra, el 85.2% habían decidido ofrecer LME después del parto. El logro de las expectativas estuvo más influenciado por la decisión de continuar amamantando "mientras pueda" (OR: 5,4; IC: 2,0–14,6) y la experiencia previa (OR: 3,2; IC: 1,2–8,5). El conocimiento de la LM que es adquirido de familiares o del entorno (OR: 9,2; IC: 3,0-27,9), parto por cesárea (OR: 4,6; IC: 1,7-12,8) y edad materna de 36 a 40 años (OR: 7,5; IC: 1,8– 30,9) se asociaron con la imposibilidad de lograr la LME. Conclusiones: El logro de la LM puede depender de la confianza de la mujer en su capacidad para hacerlo y del conocimiento obtenido en el entorno social, en mujeres primíparas pueden pensar que el proceso es natural y sin dificultades, y cuando éstas surgen las madres sienten que no están preparadas para superarlas y pueden sentirse frustradas cuando los problemas no se resuelven por sí solos con el instinto maternal, perdiendo o disminuyendo su sentido de autoeficacia. Las expectativas de las mujeres con respecto a la duración deseada del mantenimiento de la LME no se cumplen debido a factores personales, malas prácticas y la influencia del entorno social. (2)

Jacqueline M y colaboradores (2019): en su estudio longitudinal de 6 meses, realizado en Singapur, con una muestra de 400 madres con sus hijos lactantes que asistieron a clínicas de atención primaria, con el objetivo de examinar los factores que afectan la LME y las razones de la interrupción temprana de la misma, en particular los factores modificables como la autoeficacia y las percepciones maternas. Las herramientas utilizadas fueron la Escala de Autoeficacia en Lactancia Materna (forma corta) y el cuestionario de Percepción de Leche Insuficiente (PIM). Resultados: 323 completaron los cuestionarios a 3 meses y 258 a los 6 meses postparto con tasas de retención del 80,1% y 64,5% respectivamente. Del 64% de las madres que tenían un objetivo de lactancia materna, el 91,3% planeaba amamantar durante al menos 6 meses según la recomendación de la Junta de Promoción de la Salud de Singapur. Las tasas de LME fueron 39,8% al inicio del estudio, 46.4% a los 3 meses y 38,2% a los 6 meses. Entre las madres multíparas, el 83,5% tenía experiencia previa en lactancia. Todas las madres habían recibido alguna educación formal y el 85,2% había completado la educación terciaria. Usando la puntuación de corte recomendada de 50 para BSES-SF según lo

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

determinado por Nanishi et al. (2015), encontraron que las puntuaciones BSES-SF superiores a 50 se asociaron con mayores probabilidades de LME (OR (IC del 95%) = 1,95 (1,07–3,54), valor de $p = 0,03$). Los puntajes de autoeficacia inicial de la LM y percepción del suministro de leche fueron significativamente más altos para las madres que continuaron con la LME hasta 6 meses en comparación con aquellas que habían dejado de amamantar exclusivamente ($p < 0,01$). Conclusiones: Los factores modificables para la autoeficacia de la lactancia materna y el suministro de leche percibido brindan la oportunidad de realizar intervenciones enfocadas en estas áreas, particularmente en colaboración con los hospitales para garantizar la continuidad del apoyo a la lactancia materna en todos los entornos a lo largo del viaje de la lactancia materna desde el periodo prenatal hasta el posnatal. (3)

Zielinska MA, Hamulka J. (2018): realizaron un estudio en Polonia utilizando el método de entrevista web asistida por computadora en el que participaron 446 madres (18-42 años) de bebés de 0 a 6 meses. Se recopiló información sobre la situación sociodemográfica y antropométrica materna, factores relacionados con el parto y los relacionados con la alimentación infantil. Los datos se analizaron mediante la prueba de Chi cuadrado, la prueba de U Mann-Whitney y los predictores de lactancia materna no exclusiva en los primeros 6 meses de vida se evaluaron mediante regresión logística multivariante. El objetivo fue identificar los factores sociodemográficos y aquellos relacionados con el parto que pueden afectar la LME de los lactantes de 0 a 6 meses de edad. Resultados: el 43% ($n = 191$) del grupo las madres que no amamantaron exclusivamente y el 57% ($n = 255$) del grupo de las madres que amamantaron exclusivamente a sus bebés durante la participación en el estudio. Después del ajuste por otros posibles factores de riesgo, el mayor riesgo de lactancia materna no exclusiva se asoció con la edad materna < 20 años (OR 6.12, $p \leq 0,01$) y un conocimiento inadecuado de la lactancia materna (OR 3.43, $\leq 0,01$), mientras que el menor riesgo se relacionó con la intención de amamantar antes del embarazo (OR 0,35, $p \leq 0,01$), muy buen conocimiento sobre la lactancia materna (OR 0,45, $p \leq 0,001$) y la edad materna de 26 a 30 años (OR 0.48, $p \leq 0,001$). En el modelo multivariado, la educación materna, la situación laboral y el parto prematuro ya no eran estadísticamente significativos. Conclusiones: La práctica de la lactancia materna se ve influenciada por una gran variedad de factores, incluidos los sociodemográficos, psicosociales, obesidad materna y el modo de parto. (4)

Kronborg y colaboradores (2018): realizaron un estudio de cohorte prospectivo de cinco años con datos de cuestionarios en línea, de una muestra de 1162 mujeres, que participaron en el ensayo "Listo para el niño" en 2006–2007 y parieron a su segundo hijo dentro de los 5 años posteriores, en el 2011, en la zona urbana de Dinamarca. El objetivo fue examinar la asociación entre la duración de la lactancia materna (LM) del primer y segundo hijo, así como investigar si se podría explicar una asociación por el efecto de la duración de la LM del primer hijo podría haber tenido sobre las intenciones y la autoeficacia de las madres para amamantar a su segundo hijo. El análisis incluyó modelos de regresión múltiple. Los resultados fueron que la duración de la lactancia materna exclusiva (LME) del primer hijo se asoció significativamente con la duración de la LME del segundo hijo ($p < 0,001$) y con la intención autoinformada y la autoeficacia en la capacidad de amamantar al segundo hijo ($p < 0,001$). El período de LME fue un poco más largo para el segundo hijo. La autoeficacia y la intención mediaron la asociación entre la duración de la LM en el primer y segundo hijo. Juntos, los dos factores explicaron el 48% de la asociación en la LME y el 27% de la asociación en cualquier tipo de lactancia entre el primer y el segundo hijo. Conclusión: La duración previa de la LM, que puede ser una expresión de una experiencia anterior de lactancia materna, está fuertemente asociada con la intención y la autoeficacia de amamantar a un futuro niño. La intención y la autoeficacia de los dos factores psicosociales explican casi la mitad de la asociación entre la duración de la LM del primer y el segundo hijo y, por lo tanto, es importante tener en cuenta al planificar y realizar el futuro apoyo de la lactancia materna.(5)

Islam J y colaboradores (2016): en un estudio transversal descriptivo con una muestra de 426 mujeres casadas, de 15 a 49 años, que tenían al menos un hijo de 6 meses o menos, en el distrito de Chandpur de Bangladesh, que tuvo como objetivo explorar la influencia de factores psicosociales, incluida la violencia de pareja íntima (VPI), en la LME. Se recopilaron datos de encuestas transversales de octubre de 2015 a enero de 2016. Se utilizaron modelos de regresión logística multivariante para investigar si las mujeres que experimentaron VPI después del parto, así como otros factores de riesgo psicosociales como la depresión posparto (PPD) tenían más probabilidades de enfrentar dificultades con la LME en comparación con las mujeres que no los habían experimentado. Resultado: el 71.0% de los bebés de 1 mes y el 47,7% de los de 3 meses fueron amamantados exclusivamente. Sin embargo, esta tasa había disminuido al 28,6%

para los bebés de 6 meses. El abuso psicológico fue el tipo más común de violencia de pareja experimentado después del parto, con un 60.8%. informado por los encuestados. Las cifras comparativas de VPI física y sexual fueron 32.2 y 15.5%, respectivamente. Además, el 35.2% de las mujeres padecían síntomas de PPD y casi un tercio de las mujeres (30%) tenían un apoyo social bajo. Las mujeres que experimentaron violencia de pareja física, sexual y psicológica, (7.3%, $p < 0.001$; 15.2%, $p < 0.001$; 25.5%, $p < 0.001$, respectivamente); abuso sexual infantil (17.7%, $p < 0.001$) y PPD (10.7% $p < 0.001$) fueron significativamente menos propensos a reportar lactancia materna exclusiva. (6)

Karall, Daniela; Ndayisaba, Jean-Pierre y colaboradores (2015): Se realizó un estudio prospectivo durante 24 meses en Austria sobre las prácticas de lactancia materna en una muestra de 555 díadas madre-hijo (entrevista personal al nacimiento y 7 entrevistas telefónicas estructuradas). Resultados: la mediana de duración de la LME fue de 5,62 (rango intercuartílico 3,12–7,77) meses. El 61,7% recibió alimentación complementaria durante los primeros días de vida. La duración de la lactancia materna en los bebés que recibieron alimentación suplementaria fue significativamente más corta (mediana 5,06 meses versus 8,21 meses, $P < 0,001$). A los 6 meses, el 9,4% de las madres estaban amamantando exclusivamente y el 39,5% parcialmente. Los factores de riesgo para el destete temprano fueron la alimentación suplementaria temprana (OR 2,87; IC del 95%: 1,65-4,98), insuficiencia de leche percibida (OR 7,35; IC del 95%: 3,59-15,07), baja autoeficacia en la lactancia (OR 3,42; IC del 95%: 1,48 a 7,94), menor edad materna (OR 3,89, IC 95% 1,45-10,46) y menor nivel de educación de la madre (OR 7,30, IC 95% 2,93-18,20). Conclusiones: No se alcanzó la duración recomendada de la lactancia materna completa de los primeros 6 meses de vida. Las variables sociodemográficas y los factores directamente relacionados con las prácticas de lactancia materna juegan un papel importante en la duración / destete de la lactancia materna en nuestra región (7).

Melissa E. Glassman y colaboradores (2014): realizaron un estudio descriptivo al norte de Manhattan, en la ciudad de Nueva York, con una muestra de 209 mujeres y lactantes, cuyo objetivo fue explorar el papel de la autoeficacia de la lactancia materna y los factores socioculturales asociados con cualquier lactancia materna exclusiva en las primeras 4 a 6 semanas posparto. Se empleó la escala corta de autoeficacia en lactancia

materna validada (BSES-SF). Resultados: la edad media de las encuestadas fue de 25,6 $\pm$ 5,8 años, y la mayoría eran latinas, nacidas en el extranjero. Utilizando la regresión lineal, se encontró que las mujeres que nacieron en el extranjero tenían niveles más altos de educación formal, habían amamantado a un hijo anteriormente durante al menos 6 meses y tenían puntuaciones más altas de autoeficacia en la lactancia materna. La puntuación media de la escala de autoeficacia de la lactancia materna para la población del estudio en su conjunto fue 50,3 (rango, 14-70). El único factor asociado con la lactancia materna exclusiva fue una puntuación más alta de autoeficacia en la lactancia materna ((OR 1.18 (IC 1.05-1.32)). Conclusiones: Es notable el hallazgo de que niveles más altos de autoeficacia de la lactancia materna se asociaron con cantidades crecientes de lactancia materna y con la exclusividad de la lactancia materna en esta población. Como único factor modificable identificado en este estudio, apoya el uso de intervenciones para mejorar la autoeficacia de la lactancia materna como un medio para aumentar la duración y la exclusividad de la lactancia materna. (8)

Oribe y colaboradores (2014): realizaron un estudio de cohorte prospectivo en una muestra de 460 madres en Guipúzcoa, España, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de la lactancia materna exclusiva (LME) en los primeros 6 meses de la cohorte Guipúzcoa y compararla con la de otros países, conocer las razones más importantes para el abandono de la LME según las madres, e identificar los factores sociodemográficos asociados a las causas de abandono referidas. Resultados: la prevalencia de la LME al alta hospitalaria fue del 84.4%, a los 4 meses del 53.7% y a los 6 meses del 15.4%. Dentro las razones que las madres dieron para el abandono de la LME se encuentran por mayor frecuencia el regreso a laborar (31.1%), seguido de percepción por la madre de hipogalactia (19.4%). Las variables asociadas con un mayor riesgo de abandono en el periodo temprano fueron que la madre no tuviera decidido antes del parto el tipo de lactancia que iba a seguir (intención de la madre), el pertenecer a una clase social baja y que la madre fuera primípara ((OR 12.87 (IC95% 5,18-32.03) $P < 0.001$), (OR 1.57 (IC95% 1,05-2,35) $P < 0.029$), (OR 1.70 (IC95% 1,09-2,64) $P < 0.018$)) respectivamente.(9)

3.2 MODELOS Y TEORIAS DE LA INVESTIGACIÓN

3.2.1 Lactancia materna exclusiva:

La lactancia materna exclusiva (LME), según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como aquella en la cual el lactante recibe solamente leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza) durante los primeros seis meses de vida, y ningún otro alimento o bebida, ni siquiera agua, excepto por sales de rehidratación oral, gotas y jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos). (10)

La OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia recomiendan el inicio inmediato de la lactancia materna en la primera hora de vida. (11)

La OMS, la UNICEF, la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) y la Asociación Española de Pediatría (AEP) recomiendan la LME hasta por 6 meses y la lactancia materna complementaria con alimentos sólidos durante por lo menos dos años o más, mientras la madre y el bebé lo deseen (11), (12).

A pesar de las recomendaciones dadas por todas estas asociaciones, muchos lactantes no reciben una alimentación óptima, por término medio, solo aproximadamente un 36% de los lactantes de 0 a 6 meses recibieron lactancia materna exclusiva durante el periodo de 2007-2014. En los países en desarrollo, la promoción de la LME es la intervención más rentable para reducir la mortalidad y morbilidad infantil por enfermedades agudas y crónicas. (6), (11)

Según el UNICEF, en el año 2015, la prevalencia mundial de la LME en cualquier etapa antes de los 6 meses de edad es solo del 38%. (6),

Dentro de las Metas Globales 2025 de los Países Miembros de la OMS, en las metas mundiales de nutrición 2025, para mejorar la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño, se encuentra el aumentar la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses hasta al menos 50%. (13)

Si bien, la lactancia materna es un acto natural, al mismo tiempo es un comportamiento aprendido. Numerosas investigaciones han demostrado que las madres y otros

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

cuidadores necesitan apoyo activo para iniciar y mantener prácticas apropiadas de lactancia materna.(14)

Beneficios de la lactancia materna:

La LME es la mejor fuente de nutrición para un bebé, las recomendaciones coinciden en que, idealmente, los niños deberían beneficiarse de ésta durante los primeros seis meses o, al menos, que el destete no debería ocurrir hasta los 4–6 meses de edad. (15) La lactancia materna tiene innumerables beneficios, tanto para el lactante, como para la madre, así como para la familia en general y esto conlleva secundariamente beneficios para la sociedad.

Beneficios en el lactante: aporta toda la energía y los nutrientes que el niño necesita en sus primeros meses de vida, y sigue cubriendo la mitad o más de las necesidades nutricionales del lactante durante el segundo semestre de vida, y hasta un tercio durante el segundo año. Fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo; reduce la mortalidad del lactante por enfermedades infecciosas como diarrea, neumonía, así como a una recuperación más rápida de éstas.

Un menor riesgo de obesidad y diabetes mellitus tipo 1, disminución de la presión arterial, así como de los niveles de colesterol; mejora del desarrollo neurológico y cognitivo, los niños amamantados exclusivamente tienen 14 veces menos probabilidades de morir durante los primeros 6 meses que los niños amamantados no exclusivamente en países de ingresos bajos y medianos.(6), (11), (14).

Beneficios en la madre: ayuda a espaciar los embarazos por el efecto hormonal que frecuentemente induce a la amenorrea, es un método anticonceptivo natural conocido como “método de amenorrea de la lactancia”; también reduce el riesgo de cáncer de ovario y mama; mientras mayor duración se ofrezca la lactancia materna puede disminuir el riesgo de depresión postparto. (11), (14), (16)

Beneficios familiares: aumenta las relaciones afectivas, con la reducción de los costos sanitarios generan beneficios económicos en la familia. (11), (14).

Beneficios sociales: carece de riesgos para el medio ambiente. (14)

A pesar de todos los beneficios antes mencionados, la práctica de la LM está disminuyendo actualmente en todo el mundo. En Francia, el estudio de Epifane informa

que, a los 3 meses, un bebé de cada tres es amamantado y sólo el 10% se beneficia de la LME. En Marruecos la LME también ha disminuido, en 1992, el 51% de los niños fueron amamantados durante los primeros 6 meses de vida, mientras que esta frecuencia fue sólo del 31% y el 27.8% en 2004 y 2011, respectivamente (15). El estudio de los beneficios de la lactancia materna, según lo mencionado por las mujeres, mostró que el 75% conoce al menos una ventaja, los mencionados con mayor frecuencia se encuentran los relacionados, en orden de prioridad, con la salud del bebé en un 65.87% y 24.42 % con la salud madre; así también, la experiencia previa aumenta la confianza de las mujeres, las señoras multíparas tenían un buen nivel de conocimiento sobre la lactancia materna y deseaban amamantar por períodos más largos. (15)

3.2.2 Destete precoz

Sustitución, en general progresiva, de la leche materna por otros alimentos en la dieta del lactante, con el fin de interrumpir la lactancia natural. A veces tiene lugar bruscamente cuando se retira del pecho al lactante antes de agotarse la secreción de leche". (17)

Se entiende por destete precoz, a la introducción de alimentos en la dieta del lactante, además de la leche materna, antes de los seis meses de edad. (18)

3.2.3 Factores de riesgo para el destete precoz de la lactancia materna exclusiva:

La lactancia materna no está completamente bajo el control de la voluntad, sino que existen varios factores maternos e infantiles que pueden alterar el inicio y la continuación de ésta.

Los factores de riesgo para el destete precoz de la lactancia materna se pueden dividir hipotéticamente, aunque están siempre entrelazados entre sí, en aquellos relacionados con la madre, de los cuales destacan la edad, el nivel educativo, actividad laboral, nivel socioeconómico, estado de salud, con sus intenciones y conocimientos sobre lo que es la lactancia materna, etcétera, los relacionados con el lactante, como lo es el estado de salud en el que se encuentra, por ejemplo si permaneció en incubadora o no, si tiene alguna enfermedad congénita que le dificulte la lactancia materna, entre otras. (15)

Los bebés de madres multíparas tuvieron mayores probabilidades de ser amamantados exclusivamente durante los primeros cinco meses en comparación con los bebés de

madres con un hijo. Los bebés de madres con sobrepeso / obesidad habían reducido las probabilidades de ser amamantados y de ser amamantados exclusivamente a los cuatro meses de edad en comparación con los bebés de madres con IMC normal según el estudio de Bjorset y Colaboradores. (19)

Diversos estudios han concluido que las características sociodemográficas influyen en la duración de LME, como las madres de menor edad, madres solteras, el menor nivel educativo y socioeconómico, primíparas, el tabaquismo, para madres trabajadoras, la falta de apoyo en el trabajo son las que llevan a cabo una lactancia materna exclusiva más reducida (5).

Otras literaturas, según Peat JK y colaboradores, en Australia (2004), es importante agrupar los factores de riesgo en no modificables y factores de riesgo modificables, dentro de los primeros incluye las características de la madre y el bebé, como la edad materna, el origen étnico, la clase social, tener pareja, el nivel educativo, la edad de gestación, la paridad, el género y, en algunas situaciones, la vía de resolución del embarazo; los cuales se pueden utilizar para identificar y clasificar a los grupos que tienen un alto riesgo de decidir introducir alimentos con fórmula; factores de riesgo modificables para la duración de la LM incluyen el apoyo paterno y familiar, el tabaquismo, la necesidad de volver al trabajo y la naturaleza del entorno laboral, las actitudes de los trabajadores de la salud y los miembros de la familia, el acceso a asesoramiento nutricional, factores psicosociales como la salud mental de la madre, incluido el estrés materno, la depresión y los mecanismos de afrontamiento, factores como el momento en que se toman las decisiones de alimentación infantil, que está influenciado por experiencias previas. Un factor que se utiliza frecuentemente para predecir la lactancia es la "intención de amamantar". Como ocurre con cualquier comportamiento, es poco probable que alguien se dedique a amamantar, en este caso, sin la intención de hacerlo.(20)

3.2.4 Teoría de la autoeficacia

Esta teoría describe las expectativas de eficacia como aquellas creencias que la persona tiene sobre sus propias capacidades en una situación específica para realizar determinadas acciones que le permitan lograr un cierto nivel de ejecución, fue descrita por primera vez por Albert Bandura con el objetivo de explicar la conducta humana y los

factores que intervienen en su motivación, es decir, en la ejecución y/o mantenimiento de la misma (21), (22).

Autoeficacia percibida: "los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado" (Bandura, 1987). (21)

Se refiere principalmente a las variables internas del individuo, englobando la percepción de habilidad "soy capaz de" y la percepción de eficacia (cumplimiento de las expectativas tras la ejecución de la acción). Distintos procesos contribuyen a la formación de la autoeficacia, entre éstos destacan principalmente cuatro:

1. La experiencia directa.
2. El aprendizaje vicario o por observación.
3. Los mensajes persuasivos.
4. La activación fisiológica desencadenada ante un acontecimiento.

Estos elementos describen cómo determinadas variables o características, tanto externas como internas al individuo, ayudan a conformar las creencias que uno mismo tiene acerca de lo que es capaz o no de realizar.(22)

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 en 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 autopercepciones de eficacia en su motivación y conducta. Mientras más fuerte es la autoeficacia percibida, más alto es el reto de las metas que la persona se formula y mayor es su compromiso para lograrlas. 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. (21)

La autoeficacia se refiere a los propios juicios que tiene un sujeto de sí mismo acerca de sus capacidades para ejecutar de manera exitosa determinadas acciones que le permitan alcanzar un cierto nivel de desempeño en el futuro; es importante destacar que

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

es una característica dinámica, que va a depender del contexto, es un determinante de la conducta en situaciones específicas, y no es un rasgo de personalidad. Un alto sentido de eficacia conlleva al incremento en logro personal, incita a un mayor interés y un disfrute profundo de las actividades que se realizan, reduciendo así el nivel de estrés que se pudiera generar, disminuyendo así la vulnerabilidad a la depresión (21).

Así, en la lactancia materna exclusiva, para que ésta se lleve a cabo de manera exitosa, no sólo es suficiente la información que se da a la madre lactante por medio de las diferentes fuentes del sector salud, sino que intervienen otros factores como en este caso, su percepción de autoeficacia, si ella se considera capaz de llevar a cabo o no de manera exitosa la lactancia materna exclusiva en base a su experiencia previa, el aprendizaje vicario en el medio en el que se ha desarrollado, los mensajes persuasivos de las personas importantes en su alrededor como lo pueden ser su pareja, su madre o su suegra, su red de apoyo, etcétera, todos estos factores son importantes para llevar a cabo o no un comportamiento como es el lactar de forma exclusiva a su hijo (a).

3.2.5 Autoeficacia de la lactancia materna

Dennis (1999) desarrolló el marco teórico de autoeficacia en la lactancia materna, basado en la teoría cognitiva social de Bandura (1977) para promover el desarrollo conceptual de la confianza en la lactancia materna y orientar las intervenciones de apoyo efectivas; para el personal de salud es un factor muy importante, ya que es un área en la cual podemos incidir de manera amplia, pues es un factor modificable. (23)

Una madre puede determinar su capacidad para amamantar a su nuevo bebé basándose en si tiene experiencia previa en lactancia, ha observado conductas satisfactorias de lactancia materna por parte de otras personas o ha recibido el estímulo de otras personas importantes para amamantar. (23)

La autoeficacia de la lactancia materna se refiere a la confianza de la madre en su capacidad para amamantar a su bebé y predice (24):

- 1.- Si una madre elige amamantar o no.
- 2.- Cuánto esfuerzo dedicará.
- 3.- Si tendrá patrones de pensamiento auto-realizados o autodestructivos.
4. Cómo responderá emocionalmente a las dificultades para amamantar.

La autoeficacia de la lactancia materna está influenciada por cuatro fuentes principales de información: (24),(25).

- (1) Logros de desempeño, como las experiencias previas de lactancia materna.
- (2) Experiencias vicarias, se refiere a la actuación de otros individuos, ya sea en vivo o por medio de ver a otras mujeres amamantar, es de gran impacto sobre todo en ausencia de experiencia previa.
- (3) Persuasión verbal, es decir, el estímulo de otras personas influyentes o importantes para la persona como amigos, familiares y consultores de lactancia.
- (4) Respuestas fisiológicas (por ejemplo, fatiga, estrés, ansiedad).

4. MARCO CONCEPTUAL

4.1 Lactancia materna exclusiva:

La lactancia materna exclusiva (LME), según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como aquella en la cual el lactante recibe solamente leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza) durante los primeros seis meses de vida, y ningún otro alimento o bebida, ni siquiera agua, excepto por sales de rehidratación oral, gotas y jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos). (10)

4.2 Destete precoz:

“Sustitución, en general progresiva, de la leche materna por otros alimentos en la dieta del lactante, con el fin de interrumpir la lactancia natural. A veces tiene lugar bruscamente cuando se retira del pecho al lactante antes de agotarse la secreción de leche”. (17)

4.3 Autoeficacia:

Definido como la confianza de un individuo en su capacidad percibida para realizar una tarea o comportamiento específico (Bandura, 1977). (23)

Mecanismo cognitivo basado en las expectativas y creencias sobre nuestra capacidad de realizar las acciones necesarias para obtener un efecto determinado. (26)

4.4 Autoeficacia para lactar:

La autoeficacia de la lactancia materna se refiere a la confianza de la madre en su capacidad para amamantar a su bebé (24)

5. JUSTIFICACIÓN

En Francia, el estudio de Epifane informa que, a los 3 meses, un bebé de cada tres es amamantado y sólo el 10% se beneficia de la LME. En Marruecos la LME también ha disminuido, en 1992, el 51% de los niños fueron amamantados durante los primeros 6 meses de vida, mientras que esta frecuencia fue sólo del 31% y el 27.8% en 2004 y 2011, respectivamente (15).

En base a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018, el indicador de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses de edad en el año 2018 incrementó respecto al año 2012, con un porcentaje total de del 28.6 y 14.4, respectivamente. Según estos resultados, la LME en menores de seis meses, predomina en el medio rural con un 37.4% respecto al medio urbano, con un 25.2%. (27)

La importancia del destete precoz se refleja en que los niños amamantados exclusivamente tienen 14 veces menos probabilidades de morir durante los primeros 6 meses que los niños amamantados no exclusivamente en países de ingresos bajos y medianos.(6), (11), (14).

Con este estudio buscamos identificar el nivel de autoeficacia para lactar en las mujeres de la unidad de medicina familiar No. 1 Delegación Aguascalientes y su asociación con el destete precoz de la lactancia materna exclusiva, ya que la lactancia materna, así como es un fenómeno fisiológico en la mujer, también es un comportamiento aprendido, y el nivel de autoeficacia en la mujer, es un factor de riesgo modificable en el cual el sector salud puede impactar de manera favorable e importante para disminuir el destete precoz de la lactancia materna y así disminuir los efectos adversos asociados a la falta de lactancia materna exclusiva.

El obtener el conocimiento de la asociación que existe entre el nivel de autoeficacia para lactar y el destete precoz de la lactancia materna exclusiva traería beneficios para las madres lactantes de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 Delegación Aguascalientes, al poder detectar y clasificar a aquellas quienes estén en riesgo de destetar precozmente, así como beneficios para la Medicina Familiar y al personal de salud de primer nivel de atención que en él labora para apoyar, posteriormente, de una manera complementaria a la información que se brinda actualmente acerca de la lactancia materna exclusiva, ya que la autoeficacia es un factor de riesgo modificable para el destete precoz en el cual podemos impactar de manera importante; la mujer lactante necesita una red de apoyo adecuado, más no todas la tienen, sin embargo, al tener un alto nivel de autoeficacia en general, se incrementa el éxito de las metas propuestas, y la ejecución de la lactancia materna exclusiva, no es la excepción.

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según el UNICEF, en el año 2015, la prevalencia mundial de la LME en cualquier etapa antes de los 6 meses de edad es solo del 38%. En los países en desarrollo, la promoción de la LME es la intervención más rentable para reducir la mortalidad y morbilidad infantil por enfermedades agudas y crónicas. (6)

Según los datos obtenidos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, sobre la práctica de la lactancia materna en México en mujeres de 15 a 39 años de edad, por entidad federativa, Aguascalientes (87.2%), Coahuila de Zaragoza (86.2%) y Durango (86%) reportan los porcentajes más bajos de lactancia materna. Respecto a la no lactancia, entre los principales motivos que señalan las mujeres que no dieron leche materna se encuentran: nunca tuvieron leche (33.4%), rechazo por parte del (de la) infante (25.9%) y que ellas estaban enfermas (14.2%) .(28)

Diversos estudios han concluido que las características sociodemográficas influyen en la duración de la lactancia materna exclusiva, como las madres de menor edad, madres solteras, el menor nivel educativo y socioeconómico, primíparas, el tabaquismo, para madres trabajadoras, la falta de apoyo en el trabajo son las que llevan a cabo una lactancia materna exclusiva más reducida (5).

En 1990, México fue uno de los países que firmó la Declaración de Innocenti sobre la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna, en la cual se reconoce a la lactancia materna como un proceso único que proporciona una nutrición ideal para los bebés, destacando los múltiples beneficios tanto para el lactante como para la mujer, mismos que aumentan conforme a una mayor exclusividad de la lactancia materna, todas las mujeres deben poder practicar la lactancia materna exclusiva y todos los lactantes deben ser alimentados exclusivamente con leche materna desde el nacimiento hasta los 4-6 meses de edad. (29)

Se deben realizar esfuerzos para aumentar la confianza de las mujeres en su capacidad para amamantar. (29)

Monteiro y colaboradores en el presente año, realizaron un estudio longitudinal, prospectivo en Brasil, con el objetivo de analizar la relación entre la autoeficacia materna para el amamantamiento y las variables sociodemográficas en donde el 83,9% de las mujeres presentó un alto nivel de autoeficacia para lactar, el 15,6% presentó nivel medio y el 0,4% presentó bajo nivel de autoeficacia. Las mujeres que tuvieron un parto vaginal presentaron un mayor nivel de autoeficacia que las que se sometieron a cesárea ($p=0,0376$). No se identificó asociación entre la autoeficacia para amamantar y la duración de la LME a los 30, 60 y 180 días; sin embargo, la autoeficacia se asoció con el tipo de parto y las complicaciones en el posparto. Santacruz-Salas y colaboradores en el 2020, en su estudio, realizado en España, demostraron que el conocimiento de la LM adquirido de familiares o del entorno (OR: 9,2; IC: 3,0-27,9), parto por cesárea (OR: 4,6; IC: 1,7-12,8) y edad materna de 36 a 40 años (OR: 7,5; IC: 1,8– 30,9) se asociaron con la imposibilidad de lograr la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses postparto. Jacqueline M y colaboradores en 2019, en su estudio realizado en Singapur, para identificar los factores que afectan la LME y las razones de la interrupción temprana de la misma, en particular los factores modificables como la autoeficacia y las percepciones maternas, del 64% de las madres que tenían un objetivo de lactancia materna, el 91,3% planeaba amamantar durante al menos 6 meses. Las tasas de LME fueron 39,8% al inicio del estudio, 46,4% a los 3 meses y 38,2% a los 6 meses. Entre las madres multíparas, el 83,5% tenía experiencia previa en lactancia. Todas las madres habían recibido alguna educación formal y el 85,2% había completado la educación terciaria. Usando la puntuación de corte recomendada de 50 para BSES-SF según lo determinado por Nanishi et al. (2015), encontraron que las puntuaciones

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

BSES-SF superiores a 50 se asociaron con mayores probabilidades de LME (OR (IC del 95%) = 1,95 (1,07–3,54), valor de $p = 0,03$). Los puntajes de autoeficacia inicial de la LM y percepción del suministro de leche fueron significativamente más altos para las madres que continuaron con la LME hasta 6 meses en comparación con aquellas que habían dejado de amamantar exclusivamente ($p < .01$).

En el estudio realizado por Zielinska MA y colaboradores, en el 2018, el 43% ($n = 191$) del grupo las madres que no amamantaron exclusivamente y el 57% ($n = 255$) del grupo de las madres que amamantaron exclusivamente a sus bebés durante la participación en el estudio, el mayor riesgo de lactancia materna no exclusiva se asoció con la edad materna < 20 años (OR 6.12, $p \leq 0.01$) y un conocimiento inadecuado de la lactancia materna (OR 3.43, ≤ 0.01), mientras que el menor riesgo se relacionó con la intención de amamantar antes del embarazo (OR 0,35, $p \leq 0,01$), muy buen conocimiento sobre la lactancia materna (OR 0,45, $p \leq 0,001$) y la edad materna de 26 a 30 años (OR 0.48, $p \leq 0.001$). Kronborg y colaboradores (2018) reportan que la duración de la lactancia materna exclusiva (LME) del primer hijo se asoció significativamente con la duración de la LME del segundo hijo ($p < 0,001$) y con la intención autoinformada y la autoeficacia en la capacidad de amamantar al segundo hijo ($p < 0,001$). El período de LME fue un poco más largo para el segundo hijo. La autoeficacia y la intención mediaron la asociación entre la duración de la LM en el primer y segundo hijo.

Karall, Daniela y colaboradores en el 2015, demuestran en su estudio realizado en Austria que los factores de riesgo para el destete temprano fueron la alimentación suplementaria temprana (OR 2,87; IC del 95%: 1,65-4,98), insuficiencia de leche percibida (OR 7,35; IC del 95%: 3,59-15,07), baja autoeficacia en la lactancia (OR 3,42; IC del 95%: 1,48 a 7,94), menor edad materna (OR 3,89, IC 95% 1,45-10,46) y menor nivel de educación de la madre (OR 7,30, IC 95% 2,93-18,20). Melissa E. Glassman y colaboradores (2014) obtuvieron en su estudio realizado en Nueva York, que la puntuación media de la escala de autoeficacia de la lactancia materna para la población del estudio en su conjunto fue 50,3 (rango, 14-70). El único factor asociado con la lactancia materna exclusiva fue una puntuación más alta de autoeficacia en la lactancia materna ((OR 1.18 (IC 1.05-1.32)); niveles más altos de autoeficacia de la lactancia materna se asociaron con cantidades crecientes de lactancia materna y con la exclusividad de la lactancia materna en su población de estudio.

En el año 2014, Oribe y colaboradores reportaron en su estudio realizado en España que la prevalencia de la LME al alta hospitalaria fue del 84.4%, a los 4 meses del 53.7% y a los 6 meses del 15.4%. Dentro las razones dadas por las madres para el abandono de la LME se encuentran por mayor frecuencia el regreso a laborar (31.1%), seguido de percepción por la madre de hipogalactia (19.4%). Las variables asociadas con un mayor riesgo de abandono en el periodo temprano fueron que la madre no tuviera decidido antes del parto el tipo de lactancia que iba a seguir (intención de la madre), el pertenecer a una clase social baja y que la madre fuera primípara ((OR 12.87 (IC95% 5,18-32.03) $P<0.001$), (OR 1.57 (IC95% 1,05-2,35) $P<0.029$), (OR 1.70 (IC95% 1,09-2,64) $P<0.018$)) respectivamente.

Podemos observar en los resultados obtenidos de los antecedentes científicos anteriormente mencionados, que existe inconsistencia en los mismos respecto al nivel de autoeficacia percibida por las madres, así como en otras variables como el grupo etario, el nivel de escolaridad, etcétera con respecto al destete precoz, por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la asociación que existe entre la autoeficacia para lactar y el destete precoz de la lactancia materna exclusiva en mujeres de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 Delegación Aguascalientes?

7. OBJETIVO

7.1 OBJETIVO GENERAL:

Conocer la asociación que existe entre el nivel de autoeficacia para lactar y el destete precoz de la lactancia materna exclusiva en mujeres de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 Delegación Aguascalientes.

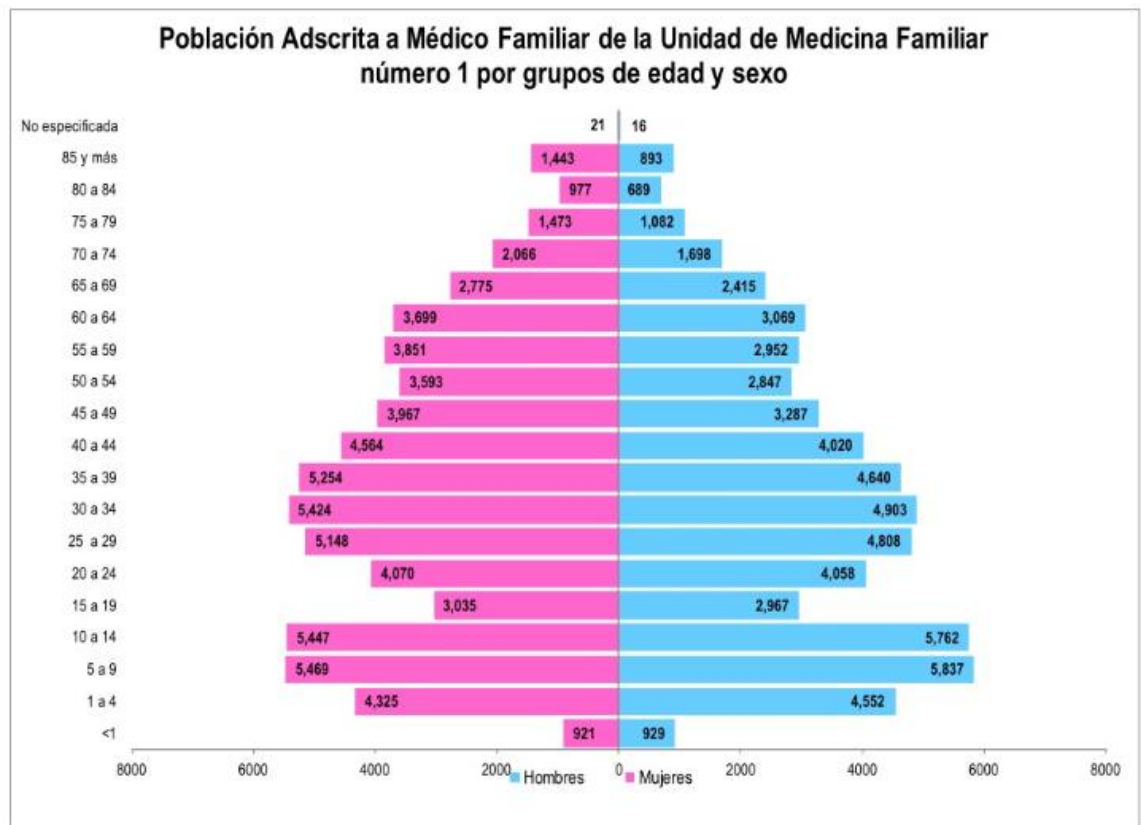
7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- a) Caracterizar las variables sociodemográficas de las pacientes mujeres de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 Delegación Aguascalientes.
- b) Identificar el nivel de autoeficacia para lactar de las pacientes mujeres de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 Delegación Aguascalientes.
- c) Medir la asociación cruda entre las variables sociodemográficas y de control con respecto a la lactancia materna exclusiva en pacientes mujeres de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 Delegación Aguascalientes.
- d) Medir la asociación cruda entre autoeficacia y la lactancia materna exclusiva en pacientes mujeres de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 Delegación Aguascalientes.
- e) Calcular la asociación ajustada entre autoeficacia y la lactancia materna exclusiva en pacientes mujeres de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 Delegación Aguascalientes, controlando el sesgo de confusión.

8. HIPÓTESIS DE TRABAJO

- H1: Existe asociación entre el nivel de autoeficacia para lactar y el destete precoz de la lactancia materna exclusiva en mujeres de la Unidad de Medicina Familiar No.1 Delegación Aguascalientes.
- H0: No existe asociación entre el nivel de autoeficacia para lactar y el destete precoz de la lactancia materna exclusiva en mujeres de la Unidad de Medicina Familiar No.1 Delegación Aguascalientes.

9. MATERIAL Y MÉTODOS



N= 1, 850 mujeres lactando de 20 a 39 años de edad.

9.1 Tipo y diseño del estudio.

Estudio observacional, analítico, transversal, prospectivo.

9.2 Universo de estudio.

Mujeres de 20 a 39 años de edad que acudieron a consulta de control con su Médico Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No.1 Delegación Aguascalientes.

9.3 Población de estudio

Tesis Tesis Tesis Tesis Tesis

Todas las mujeres de 20 a 39 años de edad que acudieron a consulta de control en los consultorios de Medicina Familiar de turno matutino y turno vespertino de la Unidad de Medicina Familiar No.1 Delegación Aguascalientes.

9.4 Unidad de análisis

Mujeres de 20 a 39 años de edad que asistieron a consulta de control con su Médico Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No.1 Delegación Aguascalientes.

9.5 Criterios de selección

9.5.1 Criterios de Inclusión

- Mujeres lactantes de 20 a 39 años de edad que acudieron a la Unidad de Medicina Familiar No. 1 Delegación Aguascalientes y que aceptaron participar en el estudio firmando de manera voluntaria la carta de consentimiento informado.

9.5.2 Criterios exclusión

- Mujeres lactantes de 20 a 39 años de edad que no desearon participar en el estudio y que no firmaron la carta de consentimiento informado.
- Mujeres lactantes mayores de 40 años de edad.
- Mujeres lactantes menores de 20 años de edad.
- Mujeres lactantes con discapacidad (mental o motora).
- Mujeres en etapa de lactancia de 20 a 39 años de edad con alguna contraindicación médica (materna o del bebé) para ofrecer lactancia materna exclusiva.

9.5.3 Criterios de eliminación

- Se descartaron los cuestionarios que no fueron contestados en por lo menos un 80% de su totalidad.

9.6 Muestreo

Se realizó un muestreo por conveniencia.

9.6.1 Tamaño de la muestra

Para el cálculo del tamaño muestral, se aplicó la fórmula correspondiente para estudios transversales con población finita, con un tamaño de muestra de 320 mujeres de 20 a 39 años de edad.

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

Donde:

N = Total de la población (1, 850)

$Z_{\alpha}^2 = 1.96^2$ (si la seguridad es del 95%)

p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)

q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)

d = precisión (en este caso deseamos un 3%).

9.7 Definición operacional de variables

9.7.1 Variable dependiente:

Destete precoz: “Sustitución, en general progresiva, de la leche materna por otros alimentos en la dieta del lactante, con el fin de interrumpir la lactancia natural. A veces tiene lugar bruscamente cuando se retira del pecho al lactante antes de agotarse la secreción de leche”. (17)

9.7.2 Variable independiente:

Autoeficacia para lactar: la autoeficacia de la lactancia materna se refiere a la confianza de la madre en su capacidad para amamantar a su bebé (24).

9.7.3 Variables de control:

Lactancia materna exclusiva: se define como aquella en la cual el lactante recibe solamente leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza) durante los primeros seis meses de vida, y ningún otro alimento o bebida, ni siquiera agua, excepto por sales de rehidratación oral, gotas y jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos). (10)

Hábito tabáquico: proceso de fumar específico del tabaco. (30)

Edad: Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.

Estado civil: Parámetro demográfico que indica el status de una persona respecto al matrimonio, divorcio, viudez, soltería, etc.

Nivel de escolaridad: Nivel educativo o educacional de un individuo.

Ocupación: Empleo, oficio que desempeña un individuo.

Regreso al trabajo: Reanudación de la rutina de trabajo normal después de un hiato o período de ausencia debido a una lesión, discapacidad, u otra razón. (31)

Número de embarazos: El número de embarazos, completos o incompletos, experimentado por una hembra. Es diferente de la paridad, que es el número de hijos a cargo.

9.8 Descripción del instrumento

Inicialmente, la escala de autoeficacia de la lactancia materna (**BSES**), por sus siglas en inglés, un **instrumento de autoinforme de 33 ítems** donde todos los ítems están precedidos por la frase "Siempre puedo" y anclados con una escala tipo Likert de 5 puntos donde 1 indica "nada seguro" y 5 indica "siempre confiado". Según lo recomendado por Bandura (1977), todos los ítems se presentan positivamente y las puntuaciones se suman para producir un rango de 33 a 165. (24).

Esta escala ha sido traducida y validada en diferentes idiomas, entre éstas, a nuestro idioma. La escala de autoeficacia en la lactancia materna forma corta (**BSES-SF**), por sus siglas en inglés, es una buena medida de la autoeficacia de la lactancia materna. (23)

El instrumento de autoeficacia para lactar está compuesto por 15 ítems con escala tipo Likert, con cuatro opciones de respuesta (32):

- a) Nada segura

- b) Algo segura
- c) Moderadamente segura
- d) Completamente segura

Con valores de 0 a 3, con un puntaje mínimo de 0 y un máximo de 48. Se empleó la frase “creo que puedo alimentar a mi hijo, aunque...” como disparadora de cada situación descrita en cada reactivo. El instrumento cuenta con un alfa de Cronbach = 0.93.

9.9 Técnica de recolección de datos

Prevía autorización del Comité Local de Investigación en Salud y del Comité Local de Ética en Investigación, se acudirá para pedir autorización a la directora de la Unidad Médica Familiar No. 1. Se captarán a las mujeres que acuden a la consulta externa a recibir atención de control de niño sano menores de 1 año y se le invitara a participar en un estudio es cual consiste en realizar una encuesta la cual se realizará en un consultorio que esté disponible para tener mayor confidencialidad con la entrevistada.

Se realizará una entrevista de manera personal con las mujeres que aceptaron de manera voluntaria contestar el cuestionario de autoeficacia para lactar, el cual consta de 15 preguntas, el tiempo aproximado para su realización es de 10 minutos.

No presenta ningún riesgo para la paciente por lo que no amerita manejar alguna situación de crisis emocional por parte de la entrevistada.

9.10 Plan de procesamiento y análisis de datos

Una vez obtenida la información, se someterá a un análisis estadístico tipo descriptivo para las características sociodemográficas, calculando media, mediana, moda, proporciones, desviación estándar, rangos y frecuencias. Para el análisis bivariado se realizará una prueba t de Student y ANOVA con F de Fisher para variables numéricas y de Chi- cuadrado para variables categóricas, así como Odds ratio crudos con intervalos de confianza al 95%. Para el análisis multivariado se realizará una regresión logística para el control de sesgo de confusión. Se usará el programa estadístico SPSS versión 20 para el procesamiento de la información y la elaboración de gráficas.

10. Aspectos éticos

El presente estudio se apeg a lo establecido en Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en su título segundo, artículo 13, se menciona en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. En el artículo 17, se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Este estudio de investigación se considera sin riesgo ya que no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, se aplicará un cuestionario. (33)

La presente investigación tomo en cuenta el código de Núremberg, el cual es regido por los principios de autonomía, confidencialidad y anonimato de las personas a participar en el estudio, a las personas que participarán en el estudio se les pedirá autorización por escrito mediante la carta de consentimiento informado donde se les informa sobre el procedimiento a realizar en la investigación, los propósitos del estudio y se les ofrecerá la oportunidad de retirarse en cualquier momento de la investigación así como la declaración de que la participación es voluntaria, sin obligarlas ni condicionarlas a participar.

La presente investigación no viola el principio de beneficencia, ya que no implicará ningún riesgo para los participantes de este estudio, se respetará el principio de justicia, extendiendo la invitación a participar a todas las personas involucradas directamente en este estudio.

11. Recursos, financiamiento y factibilidad

11.1 Recursos materiales

Se requiere de laptop, software, impresora, cartucho de tinta negra para impresora, hojas blancas tamaño carta, lápices, sacapuntas, engrapadora, grapas y carpetas tamaño carta.

Material	Costo unitario (\$)	Cantidad	Costo total (\$)
Laptop	14,000.00	1	14,000.00
Impresora	3,000.00	1	3,000.00
Cartucho de tinta negra para impresora	600.00	2	1,200.00
Paquete de hojas blancas tamaño carta	100.00	1	100.00
Lápices	5.00	30	150.00
Sacapuntas	8.00	3	24.00
Engrapadora	70.00	1	70.00
Caja con grapas	30.00	1	30.00
Carpetas tamaño carta.	5.00	30	150.00
Total			18,724.00

11.2 Recursos humanos

Investigador principal.

Médico residente de tercer año de la especialidad de Medicina Familiar (Tesista).

Encuestador.

11.3 Recursos financieros.

La papelería será proporcionada por los investigadores y no se requiere inversión financiera adicional por parte de la institución, ya que se emplearán los recursos con los que se cuenta actualmente.

11.4 Factibilidad

Este estudio se puede llevar a cabo porque se tiene el acceso a pacientes en volumen suficiente, se requiere de inversión mínima, y se tiene la capacidad técnica para llevarlo a cabo.



12. Cronograma de actividades

PERIODO 2020-2021

ACTIVIDADES	EN E	FE B	MA R	AB R	MA Y	JU N	JU L	AG O	SE P	OC T	NO V	DI C	EN E	FE B
Pregunta Inicial.														
Recopilación y Revisión Bibliográfica.														
Elaboración de Planteamiento del Problema.														
Elaboración de Marco Teórico														
Planteamiento de Objetivos.														
Planteamiento de la Justificación.														
Planteamiento de la Hipótesis														
Planteamiento y Diseño del Material y Métodos.														
Envío de Protocolo a Revisión.														
Corrección de Protocolo final														
Recolección de la información.														
Análisis de la información.														
Redacción Protocolo final														
Presentación del Protocolo final														

13.RESULTADOS

Descripción de variables sociodemográficas

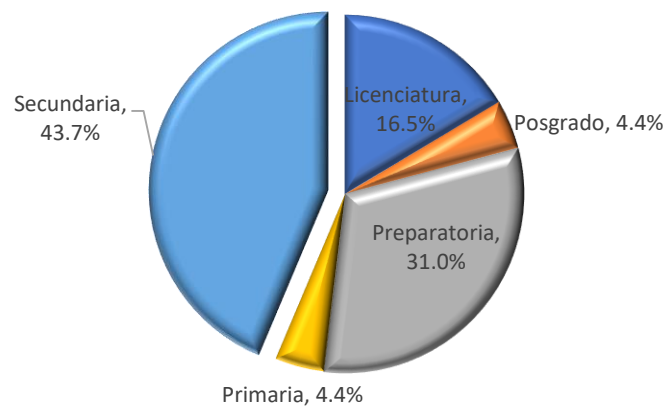
A continuación, se muestran los resultados relacionados con la caracterización sociodemográfica de las pacientes que participaron en este estudio.

La **tabla 1** muestra la distribución en torno a la edad, obteniendo que de las 158 participantes, tienen una edad promedio de 28 años, una edad mínima de 19 y una máxima de 39 años, una desviación estándar de 6.1.

Tabla 1. Distribución de la edad.

N	Promedio	Mínimo	Máximo	Desv. Estándar
158	28.8	19	39	6.1
Fuente: Encuesta aplicada				

La **tabla 2** muestra la distribución del nivel de escolaridad con el que cuentan las participantes de este estudio, concluyendo que en su mayoría estudiaron hasta la secundaria con un 43.7%; seguidas del 31% que estudió hasta la preparatoria, un 16.5 % concluyeron una carrera universitaria y solamente un 4.4% estudió la primaria así como un 4.4% de la población estudiada realizó un posgrado.



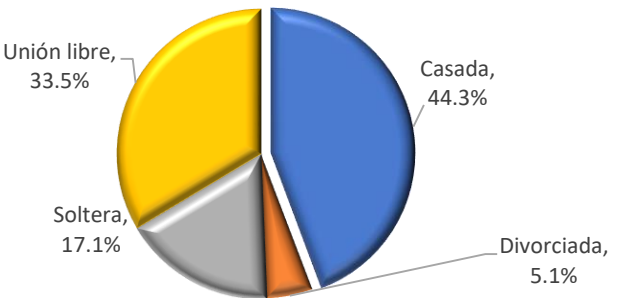
Gráfica 1. Escolaridad

	Frecuencia	Porcentaje
Licenciatura	26	16%
Posgrado	7	4%
Preparatoria	49	31%
Primaria	7	4%
Secundaria	69	44%
Total	158	100%

Fuente: Encuesta aplicada

Tabla 2. Escolaridad.

Con respecto al estado civil, la **tabla 3** describe la distribución de frecuencias y se observa que el 44% de las mujeres son casadas; seguidos del 34% que está en la unión libre, y en tercer lugar, aquellas mujeres que están solteras con un 17%, finalmente, el 5% que está divorciada.



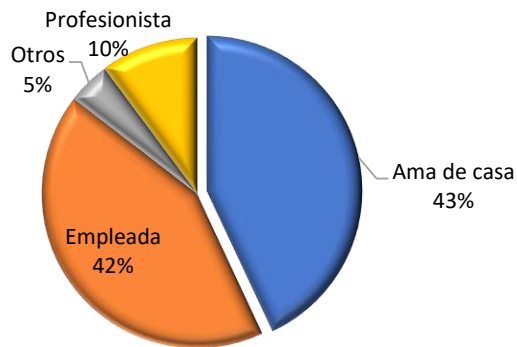
Gráfica 2. Estado civil.

Tabla 3. Estado civil.

	Frecuencia	Porcentaje
Casada	70	44%
Divorciada	8	5%
Soltera	27	17%
Unión libre	53	34%
Total	158	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada

La **tabla 4** muestra la caracterización de la ocupación de las 158 mujeres participantes, obteniendo que el 43% son amas de casa; seguidas de cerca del 42.4% que son empleadas, en tercer lugar el 10.1% que son profesionistas, 5% respondió en otros.



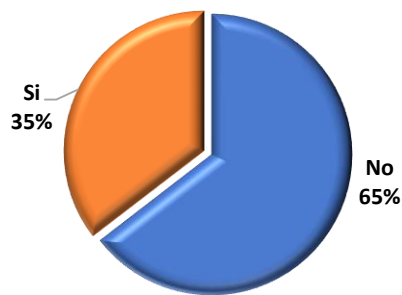
Gráfica 3. Ocupación.

Tabla 4. Ocupación.

	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	68	43.0%
Empleada	67	42.4%
Otros	7	4.4%
Profesionista	16	10.1%
Total	158	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada

En relación con el tabaquismo, se obtuvo que el 64.6% no fuma ni ha fumado durante su vida, mientras que el restante 35.4% si lo ha hecho. (**Tabla 5**)



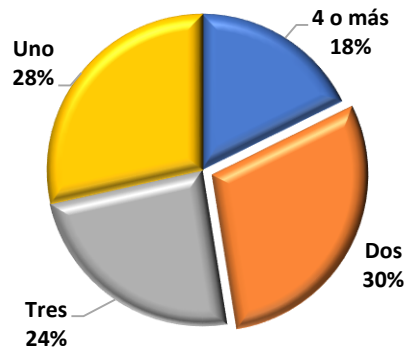
Gráfica 4. Tabaquismo.

Tabla 5. Tabaquismo.

	Frecuencia	Porcentaje
No	102	64.6%
Si	56	35.4%
Total	158	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada

La **tabla 6** describe el número de embarazos que han tenido los participantes de este estudio, en donde se obtuvo que el 29.7% de ellas ha tenido 2 embarazos; 28.5% ha tenido 1 embarazo, y en 3er lugar, el 24.1% que ha tenido tres embarazos. Solamente el 17.7% ha tenido 4 o más embarazos.



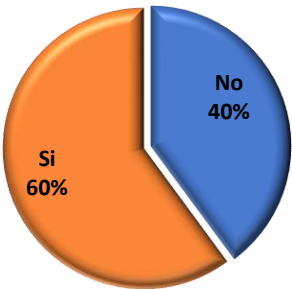
Gráfica 5. ¿Cuántos embarazos ha tenido?

Tabla 6. ¿Cuántos embarazos ha tenido?

	Frecuencia	Porcentaje
4 o más	28	17.7%
Dos	47	29.7%
Tres	38	24.1%
Uno	45	28.5%
Total	158	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada

La **tabla 7** describe los resultados entorno a la variable dependiente de este estudio que es si a su hijo anterior le dio lactancia materna exclusiva, en donde el 60.1% manifiesta haberlo hecho, mientras que el restante 39.9% no lo hizo así.



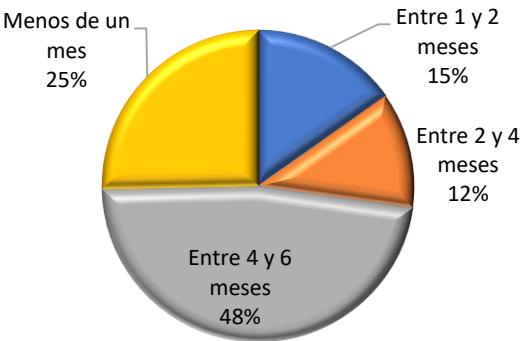
Gráfica 6. A su hijo anterior, ¿le dio lactancia materna exclusiva?

Tabla 7. A su hijo anterior, ¿le dio lactancia materna exclusiva?

	Frecuencia	Porcentaje
No	63	39.9%
Si	95	60.1%
Total	158	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada

La **tabla 8** describe los resultados con respecto al mes en que se le dejó de ofrecer la lactancia materna exclusiva a su hijo, mostrando que el 47.5% dejó de hacerlo entre los 4 y 6 meses; el 25.3% lo hizo en menos de un mes y el 15.2% lo dejó de hacer entre el primero y segundo mes; y el 12% lo dejó de hacer entre los 2 y 4 meses.



Gráfica 7. Hasta qué mes ofreció LME

Tabla 8. ¿Hasta qué mes le ofreció solo lactancia materna exclusiva de su pecho a su hijo (a)?

	Frecuencia	Porcentaje
Entre 1 y 2 meses	24	15.2%
Entre 2 y 4 meses	19	12.0%
Entre 4 y 6 meses	75	47.5%
Menos de un mes	40	25.3%
Total	158	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada

Descripción de variable independiente

A continuación, se describen los resultados de la escala de autoeficacia hacia la lactancia materna exclusiva

Tabla 9. Creo que puedo amamantar a mi hijo (a), aunque esté en público

	Frecuencia	Porcentaje
Algo segura	19	12.0%
Completamente segura	87	55.1%
Moderadamente segura	31	19.6%
Nada segura	21	13.3%
Total	158	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada

Tabla 10. Creo que puedo amamantar a mi hijo (a), aunque atravesase por problemas personales.

	Frecuencia	Porcentaje
Algo segura	28	17.7%
Completamente segura	89	56.3%
Moderadamente segura	14	8.9%
Nada segura	27	17.1%
Total	158	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada

Tabla 11. Creo que puedo amamantar a mi hijo (a), aunque las personas en la calle estén en desacuerdo.

	Frecuencia	Porcentaje
Algo segura	8	5.1%
Completamente segura	127	80.4%
Moderadamente segura	9	5.7%
Nada segura	14	8.9%
Total	158	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada

Tabla 12. Creo que puedo amamantar a mi hijo (a), aunque trabaje

	Frecuencia	Porcentaje
Algo segura	14	8.9%
Completamente segura	110	69.6%
Moderadamente segura	18	11.4%
Nada segura	16	10.1%
Total	158	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada

Tabla 13. Creo que puedo amamantar a mi hijo (a), aunque esté cansada

	Frecuencia	Porcentaje
Completamente segura	141	89.2%
Moderadamente segura	9	5.7%
Nada segura	4	2.5%
Total	158	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada

Tabla 14. Creo que puedo amamantar a mi hijo (a), aunque esté enferma

	Frecuencia	Porcentaje
Algo segura	24	15.2%
Completamente segura	71	44.9%
Moderadamente segura	19	12.0%
Nada segura	44	27.8%
Total	158	100.0%

Tabla 15. Creo que puedo amamantar a mi hijo (a), aunque no quiera hacerlo

	Frecuencia	Porcentaje
Algo segura	11	7.0%
Completamente segura	118	74.7%
Moderadamente segura	15	9.5%
Nada segura	14	8.9%
Total	158	100.0%

Tabla 16. Creo que puedo amamantar a mi hijo (a), aunque me sienta triste o desanimada.

	Frecuencia	Porcentaje
Algo segura	15	9.5%
Completamente segura	116	73.4%
Moderadamente segura	10	6.3%
Nada segura	17	10.8%
Total	158	100.0%

Tabla 17. Creo que puedo amamantar a mi hijo (a), aunque tenga quehacer

	Frecuencia	Porcentaje
Algo segura	4	2.5%
Completamente segura	142	89.9%
Moderadamente segura	10	6.3%
Nada segura	2	1.3%
Total	158	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada

Tabla 18. Creo que puedo amamantar a mi hijo (a), aunque esté en una fiesta

	Frecuencia	Porcentaje
Algo segura	2	1.3%
Completamente segura	128	81.0%
Moderadamente segura	13	8.2%

Nada segura	15	9.5%
Total	158	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada

Tabla 19. Creo que puedo amamantar a mi hijo (a), aunque no perciba los beneficios

	Frecuencia	Porcentaje
Algo segura	5	3.2%
Completamente segura	124	78.5%
Moderadamente segura	14	8.9%
Nada segura	15	9.5%
Total	158	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada

Tabla 20. Creo que puedo amamantar a mi hijo (a), aunque tenga grietas en los pezones

	Frecuencia	Porcentaje
Algo segura	5	3.2%
Completamente segura	127	80.4%
Moderadamente segura	10	6.3%
Nada segura	16	10.1%
Total	158	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada

Tabla 21. Creo que puedo amamantar a mi hijo (a), aunque me produzca dolor en los senos

	Frecuencia	Porcentaje
Algo segura	5	3.2%
Completamente segura	137	86.7%
Moderadamente segura	10	6.3%
Nada segura	6	3.8%
Total	158	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada

Tabla 22. Creo que puedo amamantar a mi hijo (a), aunque se me escurra la leche

	Frecuencia	Porcentaje
Algo segura	2	1.3%
Completamente segura	145	91.8%
Moderadamente segura	8	5.1%
Nada segura	3	1.9%
Total	158	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada

La **tabla 23** describe el nivel de inseguridad que mostraron las mujeres ante diferentes situaciones en las que se sienten capaces de amamantar a su hijo, la situación con mayor grado de inseguridad mostrado por las mujeres fue el estar enferma con un 28% de respuestas en torno sentirse inseguras; seguidos de atravesar por problemas personales con un 17% de respuestas inseguras; en tercer lugar, estar en público con un 13% y ,en cuarto lugar, el sentirse tristes o desanimadas orienta a sentirse inseguras al 11% de las mujeres. La situación con menor grado de inseguridad hacia la lactancia materna fue durante las actividades domésticas con 1%; seguidas del 2% aunque es capaz de amamantar a pesar de que se le escurre a la leche y en tercer lugar el 3% que se siente inseguras a pesar de sentirse cansadas.

Tabla 23. Nivel de inseguridad por ítem

Creo que puedo amamantar a mi hijo, aunque...	Frecuencia	Porcentaje
Esté enferma	44	28%
Atraviese por problemas personales	27	17%
Esté en público	21	13%
Me sienta triste o desanimada	17	11%
Trabaje	16	10%
Tenga grietas en los pezones	16	10%
Esté en una fiesta	15	9%
No perciba los beneficios	15	9%
Las personas en la calle estén en desacuerdo	14	9%
No quiera hacerlo	14	9%
Personas significativas (pareja, padres, hijos) estén en desacuerdo	7	4%
Me produzca dolor en los senos	6	4%
Esté cansada	4	3%
Se me escurra la leche	3	2%
Tenga que hacer	2	1%

Fuente: Encuesta aplicada

Correlación de variables

La **tabla 24** describe el nivel de autoeficacia entorno al estado civil, mostrando que aquellas mujeres que se encuentran casadas tienen un promedio más elevado que el resto, con un valor promedio de 40.5, sin embargo, se obtuvo un valor p de 0.334 para la prueba de ANOVA, por lo tanto, se infiere que la distribución de estos promedios es estadísticamente similar con un 95% de confianza.

Tabla 24. Nivel de autoeficacia para lactar por estado civil

	Promedio	Mínimo	Máximo	Desv. Estandar	F. Fisher	Valor p
Casada	40.5	33.0	45.0	4.5	1.11	0.334
Soltera	37.6	0.0	45.0	8.2		
Unión libre	37.5	0.0	45.0	7.3		
Divorciada	37.5	26.0	45.0	5.5		
Total	37.7	0.0	45.0	7.2		

Fuente: Encuesta aplicada

La **tabla 25** describe el nivel de autoeficacia con respecto a la escolaridad a partir de los estadísticos de tendencia central y de dispersión de los puntajes totales de la escala de autoeficacia, obteniendo que a pesar de que aquellas mujeres con licenciatura obtuvieron un puntaje relativamente mayor que el resto, éste no es estadísticamente significativo con un nivel de confianza de 95%.

Tabla 25. Nivel de autoeficacia para lactar por escolaridad

	Promedio	Mínimo	Máximo	Desv. Estandar	F. Fisher	Valor p
Primaria	30.1	0.0	45.0	15.4	0.649	0.891
Secundaria	39.3	30.0	45.0	4.0		
Preparatoria	37.9	0.0	45.0	7.4		
Licenciatura	37.0	14.0	45.0	6.2		
Posgrado	42.1	34.0	45.0	4.0		
Total	37.7	0.0	45.0	7.2		

Fuente: Encuesta aplicada

La **tabla 26** muestra los puntajes promedio de la escala de autoeficacia en torno a la ocupación, mostrando que las mujeres que son profesionistas y tienen otras ocupaciones tienen un promedio de autoeficacia más elevado en comparación con las amas de casa

y las empleadas, aunque una vez más, estos promedios no mostraron una diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 26. Nivel de autoeficacia para lactar por ocupación

	Promedio	Mínimo	Máximo	Desv. Estandar	F. Fisher	Valor p
Ama de casa	36.4	0.0	45.0	8.6	1.05	0.409
Empleada	37.7	14.0	45.0	6.1		
Otros	41.3	35.0	45.0	3.3		
Profesionista	41.0	34.0	45.0	3.6		
Total	37.7	0.0	45.0	7.2		

Fuente: Encuesta aplicada

La **tabla 27** muestra los promedios de la escala de autoeficacia para lactar con respecto al tabaquismo, mostrando que las mujeres que son fumadoras tienen un promedio ligeramente mayor de autoeficacia que aquellas que no lo son, aunque esta diferencia no sea estadísticamente significativa.

Tabla 27. Nivel de autoeficacia para lactar y hábito tabáquico

	Promedio	Mínimo	Máximo	Desv. Estandar	t-Student	Valor p
No	37.2	0.0	45.0	7.8	1.07	0.283
Si	38.5	14.0	45.0	5.9		
Total	37.7	0.0	45.0	7.2		

Fuente: Encuesta aplicada

La **tabla 28** muestra los puntajes promedios de autoeficacia para lactar en torno al número de embarazos que han tenido las mujeres que participaron en el estudio, lo que a mayor número de embarazos la autoeficacia es mayor, sin embargo, estos resultados no son estadísticamente significativos.

Tabla 28. Nivel de autoeficacia para lactar entre el número de embarazos

	Promedio	Mínimo	Máximo	Desv. Estandar	F. Fisher	Valor p
4 o más	39.6	28.0	45.0	5.3	1.05	0.401
Dos	36.4	0.0	45.0	8.5		
Tres	37.6	0.0	45.0	8.3		
Uno	37.8	26.0	45.0	5.4		
Total	37.7	0.0	45.0	7.2		

Fuente: Encuesta aplicada

La **tabla 29** muestra los puntajes promedios de autoeficacia entorno a quienes dieron lactancia materna exclusiva a su último bebé, mostrando que aquellas que sí lo hicieron, su promedio de autoeficacia para lactar fue de 39.1, en comparación con aquellas que no lo hicieron con un promedio de 35.5, esta diferencia es estadísticamente significativa con un nivel de confianza del 95% y un valor p de 0.003.

Tabla 29. Nivel de autoeficacia para lactar y antecedente de haber ofrecido LME a su hijo (a) anterior

	Promedio	Mínimo	Máximo	Desv. Estandar	F. Fisher	Valor p
No	35.5	0.0	45.0	9.2	3.258	0.003
Si	39.1	18.0	45.0	5.1		
Total	37.7	0.0	45.0	7.2		

Fuente: Encuesta aplicada

Asociación de variables

La **tabla 30** muestra la distribución de frecuencias entre aquellas personas cuyo estado civil implica no tener pareja y si tenerla, y aquellas mujeres que realizaron lactancia materna exclusiva en su último embarazo, obteniendo un OR = 1.58 (IC95%=0.742--3.37) que no mostró una significancia estadística.

Tabla 30. Asociación entre el estado civil y la lactancia materna exclusiva

		Lactancia materna exclusiva		Total	OR	IC95%	Valor p
		No	Si				
Estado civil	Sin pareja	17	18	35	1.58	0.742--3.37	0.16
	Con pareja	46	77	123			
Total		63	95	158			

Fuente: Encuesta aplicada

La **tabla 31** muestra las frecuencias cruzadas entre las mujeres que tienen o no autoeficacia para la lactancia materna y aquellas mujeres que realizaron lactancia materna exclusiva, obteniendo que las mujeres que no son autoeficaces para lactar tienen 2.2 veces más riesgo de destete precoz de la lactancia materna

exclusiva, en comparación con aquellas mujeres que sí son autoeficaces (OR= 3.26, IC95%=1.22—8.72), esta asociación es estadísticamente significativa.

Tabla 31. Asociación entre la autoeficacia para lactar y la lactancia materna exclusiva

		Lactancia materna exclusiva		Total	OR	IC95%	Valor p
		No	Si				
Autoeficacia	No	13	7	20	3.26	1.22--8.72	0.014
	Si	50	88	138			
Total		63	95	158			

Fuente: Encuesta aplicada

La **tabla 32** describe la asociación entre las mujeres que estudiaron hasta la secundaria y quienes realizaron lactancia materna exclusiva obteniendo un OR de 0.493 que no es estadísticamente significativo.

Tabla 32. Asociación entre la escolaridad y lactancia materna exclusiva

		Lactancia materna exclusiva		Total	OR	IC95%	Valor p
		No	Si				
Escolaridad	Hasta secundaria	9	24	33	0.493	0.212--1.147	0.07
	Más de secundaria	54	71	125			
Total		63	95	158			

Fuente: Encuesta aplicada

La **tabla 33** presenta la asociación entre aquellas mujeres que laboran fuera de casa y quienes realizaron o no lactancia materna exclusiva a su último hijo, obteniendo que no existe una asociación estadísticamente significativa entre estas variables con un OR=1.08 (IC95%=0.212—1.147).

Tabla 33. Asociación entre la ocupación y la lactancia materna exclusiva

		Lactancia materna exclusiva		Total	OR	IC95%	Valor p
		No	Si				
Ocupación	Sin	35	55	90	0.909	0.478--1.728	0.449
	Con	28	40	68			
Total		63	95	158			

Fuente: Encuesta aplicada

La siguiente tabla muestra la asociación entre el tabaquismo y la lactancia materna exclusiva, mostrando que no existe una asociación estadísticamente significativa entre estas variables con un nivel de confiabilidad del 95%. **Tabla 34**

Tabla 34. Asociación entre hábito tabáquico y LME

		Lactancia materna exclusiva		Total	OR	IC95%	Valor p
		No	Si				
Tabaquismo	Si	23	33	56	1.08	0.556—2.099	0.476
	No	40	62	102			
Total		63	95	158			

Fuente: Encuesta aplicada

La **tabla 35** describe la asociación entre el número de embarazos y quiénes realizaron lactancia materna exclusiva en su última gesta, obteniendo que aquellas mujeres con menos de tres embarazos tienen 1.8 veces más riesgo de destete precoz de la lactancia materna exclusiva o de no iniciar LME a su próximo hijo, en comparación con quienes tienen más de tres embarazos (OR=2.81, IC95%=1.381—5.71).

Tabla 35. Asociación entre el número de embarazos y la lactancia materna exclusiva

		Lactancia materna exclusiva		Total	OR	IC95%	Valor p
		No	Si				
Número de embarazos	Menos de 3	41	51	92	2.81	1.382--5.718	0.003
	3 o más	22	44	66			
Total		63	95	158			

Fuente: Encuesta aplicada

La **tabla 36** muestra el modelo de regresión logística en donde se ajustaron las variables de control con la autoeficacia para lactar para poder predecir la realización de la lactancia materna exclusiva, obteniendo que las variables como el número de embarazos y la escolaridad que presentaron niveles de significancia estadística por debajo del 0.10, perdieron la asociación al introducir el efecto de la autoeficacia con el resto de las variables concluyendo así que aquellas mujeres que no son autoeficaces para lactar tienen 18% más riesgo de no realizar lactancia materna exclusiva en comparación con aquellas que sí se perciben como autoeficaces (ORA=1.18, IC95%=1.22—8.72), esta asociación es estadísticamente significativa con un nivel de confiabilidad del 95%.

Tabla 36. Regresión logística de autoeficacia para lactar y LME controlando variables de confusión

Variables		B (OR)	E.T.	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
						Inferior	Superior
Paso 1 ^a	Estado Civil	.546	.443	.218	1.727	.724	4.115
	Escolaridad	-.614	.487	.208	.541	.208	1.406
	Ocupación	-.170	.401	.671	.843	.384	1.852
	Tabaquismo	.225	.365	.538	1.252	.612	2.562
	Núm. De embarazos	.422	.502	.401	1.525	.570	4.080
	Edad	.009	.031	.775	1.009	.949	1.073
	Autoeficacia	1.069	.520	.040	2.912	1.050	8.073
	Constante	-2.321	1.782	.193	.098		
Paso 2 ^a	Estado Civil	.556	.442	.208	1.744	.734	4.145
	Escolaridad	-.651	.469	.165	.521	.208	1.307
	Ocupación	-.174	.401	.665	.841	.383	1.845

	Tabaquismo	.233	.364	.522	1.262	.619	2.576
	Núm. De embarazos	.478	.462	.300	1.613	.653	3.988
	Autoeficacia	1.087	.516	.035	2.967	1.078	8.162
	Constante	-2.125	1.644	.196	.119		
Paso 3 ^a	Estado Civil	.473	.398	.234	1.605	.736	3.502
	Escolaridad	-.703	.453	.121	.495	.204	1.204
	Tabaquismo	.206	.358	.565	1.229	.609	2.481
	Núm. De embarazos	.462	.460	.315	1.587	.644	3.910
	Autoeficacia	1.095	.516	.034	2.990	1.087	8.220
	Constante	-2.086	1.642	.204	.124		
Paso 4 ^a	Estado Civil	.491	.397	.216	1.634	.751	3.555
	Escolaridad	-.672	.449	.135	.511	.212	1.232
	Núm. De embarazos	.474	.459	.302	1.606	.653	3.950
	Autoeficacia	1.060	.511	.038	2.888	1.060	7.868
	Constante	-1.783	1.553	.251	.168		
Paso 5 ^a	Estado Civil	.492	.395	.213	1.636	.754	3.547
	Escolaridad	-.580	.441	.188	.560	.236	1.328
	Autoeficacia	1.111	.508	.029	3.038	1.123	8.222
	Constante	-1.491	1.519	.326	.225		
Paso 6 ^a	Escolaridad	-.579	.437	.185	.560	.238	1.319
	Autoeficacia	1.090	.506	.031	2.975	1.103	8.024
	Constante	-.581	1.322	.660	.559		
Paso 7 ^a	Autoeficacia	1.184	.501	.018	3.269	1.224	8.728
	Constante	-1.803	.954	.059	.165		

Fuente: Encuesta aplicada

14. DISCUSIÓN

Se logró responder cabalmente a cada uno de los objetivos específicos planteados en este estudio, se obtuvo que las mujeres participantes de este estudio tienen una edad promedio de 28 años ($DE= 6.1$). Respecto a la escolaridad, el grado máximo de estudios alcanzado por la mujer al momento de la encuesta, en su gran mayoría (43.7%), estudió hasta la secundaria, seguidas del 31% que concluyeron la preparatoria, el 16.5% una licenciatura y el 4.4% un posgrado, al igual que un 4.4% terminaron la primaria.

El 44.3% de las mujeres permanecen al momento del estudio casadas, y en su mayoría se dedican al hogar con un 43%, así mismo, el 35.4% son fumadoras. Con respecto a los antecedentes obstétricos, la mayoría de las mujeres tienen dos hijos con un 30%, y de las cuales, el 60% le dio lactancia materna exclusiva a su último hijo, en su mayoría de 4 a 6 meses (48%).

Con respecto a la autoeficacia para la lactancia materna exclusiva versión corta, no se ha realizado algún tipo de estratificación en torno a los puntajes totales de la escala para clasificar a las participantes en distintos rangos o niveles de autoeficacia, sin embargo, tomando el promedio alcanzado del puntaje total que fue de 37.7 con respecto al máximo alcanzable de 45 nos arroja un 83.7% de cumplimiento con respecto a esta escala, lo cual se puede interpretar como un nivel de autoeficacia adecuado por encima de un valor medio de 22.5.

No obstante, las situaciones en las que las mujeres se sienten más inseguras para realizar la lactancia materna fueron en primer lugar sentirse enferma (28%); atravesar problemas personales con un 17% de inseguridad y estar en público con un 13% de inseguridad, aunque aquellas situaciones que les representan menos inseguridad fueron el realizar las actividades domésticas, realizar la lactancia materna a pesar de que se le escurre la leche, y a pesar de sentirse cansadas.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

No se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa en torno al grado de escolaridad, al estado civil, ocupación, tabaquismo y número de embarazos, ya que, aunque se alcanza a apreciar un promedio más elevado en quienes tienen un nivel de escolaridad mayor, son profesionistas, están casadas y han tenido un mayor número de embarazos, estas diferencias no alcanzaron un nivel de confiabilidad del 95%.

Estos resultados difieren de Karall (2015) (7) quien identificó que el bajo nivel de escolaridad está asociado al destete temprano.

Se obtuvo una asociación entre el número de embarazos previos y la lactancia materna exclusiva mostrando que quienes han tenido menos de tres embarazos tienen 1.8 veces más riesgo de abandono temprano de la lactancia materna exclusiva en comparación con las mujeres que han tenido tres o más embarazos, estos resultados son compatibles con los hallazgos de Santa Cruz (2020) (3) quién encontró que la experiencia previa está asociada a la lactancia materna exclusiva con aumento de 2 puntos veces más probabilidad de realizarse si se tiene esta experiencia previa. Así como en los resultados encontrados por Oribe (2020) quien encontró que las mujeres primíparas tiene el 70% más riesgo de abandono de lactancia materna exclusiva. (9)

A diferencia de Karall (7), no se encontró una asociación en torno a la edad en este estudio ya que esto se tomó de manera discreta en el modelo de regresión logística para obtener el aumento en el riesgo por unidad de tiempo, sin embargo, esto no fue estadísticamente significativo.

Con respecto a la autoeficacia se obtuvo una asociación ajustada con un ORA concluyendo que las mujeres sin autoeficacia para lactar tienen 18% más riesgo de destete precoz de la lactancia materna exclusiva en comparación con las mujeres que sí se perciben autoeficaces, estos resultados fueron compatibles con los de Karall 2015 quién encontró un OR= 3.42 (1.48--7.94) (7).

Asimismo, Jaqueline (2019) obtuvo una asociación entre la autoeficacia y la lactancia materna exclusiva identificando un OR crudo de 1.95 (IC95%=1.07--3.54) (3). De la misma forma, Melissa E (2014) encontró una asociación entre la autoeficacia y la lactancia materna exclusiva con un OR=1.18(IC95%=1.05--1.32) (8), sin embargo, ellos no ajustaron el efecto confusor de otras variables y solo reportaron asociaciones crudas.

Limitaciones

Existe una limitación importante en torno al número de participantes de este estudio ya que originalmente se estableció una muestra de 320 mujeres, pero sólo se logró acceder a 172, de las cuales 14 no quisieron participar de manera voluntaria en este estudio, esta situación se debe particularmente a las condiciones que se generaron en torno a la contingencia sanitaria por la pandemia de COVID-19 y las medidas de aislamiento que se detonaron por lo que no fue posible completar la muestra en su totalidad y con esto se afectó directamente el poder de la muestra para identificar diferencias estadísticamente significativas en torno a las variables estudiadas.

Recomendaciones

Para un abordaje futuro de este problema se recomienda medir más variables como el tipo de parto, los conocimientos hacia la LME que pueden explicar este fenómeno, así mismo, aumentar el tamaño de la muestra.

CONCLUSIONES

Este estudio aporta conocimiento fundamental para conocer las principales causas y las motivaciones que genera el abandono temprano hacia la lactancia materna exclusiva en las mujeres estudiadas en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 Aguascalientes y con esto desarrollar estrategias más específicas que puedan abordar este problema desde otro enfoque, ya que como se concluye a mayor nivel de autoeficacia para lactar en la mujer, mayor grado de ejecución tendrá para realizar este comportamiento, pues aunque la lactancia materna es un proceso natural, también es una conducta que se aprende; los seres humanos podemos actuar atendiendo únicamente a nuestros sentimientos y emociones, dejando a un lado nuestra racionalidad.

La principal causa para destete precoz referida por las mujeres en este estudio, por orden de frecuencia referida fue estar enferma (28%), atravesar por problemas personales (17%) y en tercer lugar, estar en público con 13%.

GLOSARIO

Autoeficacia:

Definido como la confianza de un individuo en su capacidad percibida para realizar una tarea o comportamiento específico (Bandura, 1977). (23)

Mecanismo cognitivo basado en las expectativas y creencias sobre nuestra capacidad de realizar las acciones necesarias para obtener un efecto determinado. (26)

Autoeficacia para lactar:

La autoeficacia de la lactancia materna se refiere a la confianza de la madre en su capacidad para amamantar a su bebé. (24)

Destete precoz:

“Sustitución, en general progresiva, de la leche materna por otros alimentos en la dieta del lactante, con el fin de interrumpir la lactancia natural. A veces tiene lugar bruscamente cuando se retira del pecho al lactante antes de agotarse la secreción de leche”. (17)

Lactancia materna exclusiva:

La lactancia materna exclusiva (LME), según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como aquella en la cual el lactante recibe solamente leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza) durante los primeros seis meses de vida, y ningún otro alimento o bebida, ni siquiera agua, excepto por sales de rehidratación oral, gotas y jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos). (10)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Monteiro JCS, Guimarães CMS, Melo LCO BM. Autoeficacia en el amamantamiento en mujeres adultas : relación con la lactancia materna exclusiva. Rev Latino-Am Enferm. 2020;28.
2. Santacruz-Salas E, Aranda-Reneo I, Segura-Fragoso A, Cobo-Cuenca AI, Laredo-Aguilera JA, Carmona-Torres JM. Mothers' expectations and factors influencing exclusive breastfeeding during the first 6 months. Vol. 17, International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020. p. 1–10.
3. Jacqueline M, Roza G De, Mew M, Fong K, Bee M, Ang L, et al. Exclusive breastfeeding , breastfeeding self-efficacy and perception of milk supply among mothers in Singapore : A longitudinal study. Midwifery.

- 2019;79:102532.
4. Zielinska MA, Hamulka J. Reasons for non-exclusive breast-feeding in the first 6 months. *Pediatr Int*. 2018;60(3):276–81.
 5. Kronborg H, Foverskov E, Væth M, Maimburg RD. The role of intention and self-efficacy on the association between breastfeeding of first and second child, a Danish cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):454.
 6. Islam J, Baird K, Mazerolle P, Broidy L. Exploring the influence of psychosocial factors on exclusive breastfeeding in Bangladesh. *Arch Womens Ment Health*. 2017;20(1):173–88.
 7. Karall D, Ndayisaba JP, Heichlinger A, Kiechl-Kohlendorfer U, Stojakovic S, Leitner H, et al. Breast-feeding duration: Early weaning-do we sufficiently consider the risk factors? *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2015;61(5):577–82.
 8. Glassman ME, Mckearney K, Saslaw M, Sirota DR. Impact of Breastfeeding Self-Efficacy and Sociocultural Factors on Early Breastfeeding in an Urban, Predominantly Dominican Community. *Breastfeed Med*. 2014;9(6):301–7.
 9. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. 2015;29(1):4–9.
 10. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendación de la OMS sobre la alimentación del lactante [Internet]. [cited 2019 Nov 10]. Available from:
https://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/es/
 11. Organización Mundial de la Salud. Alimentación del Lactante y del Niño pequeño [Internet]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
 12. Muñiz CL, Paz-Zulueta M, Río EC Del, Sota SM, De Adana MS, Pérez MM, et al. Impact of maternal smoking on the onset of breastfeeding versus formula feeding: A cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(24).
 13. Organización Mundial de la Salud. Objetivos mundiales 2025 [Internet]. Available from: <https://www.who.int/nutrition/global-target-2025/en/>

14. Organización Mundial de la Salud (OMS). Lactancia materna exclusiva [Internet]. 2019. Available from: https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
15. Jasny E, Amor H, Baali A. Mothers' knowledge and intentions of breastfeeding in Marrakech, Morocco. Arch Pediatr. 2019;26(5):285–9.
16. Pope CJ, Mazmanian D, Bédard M, Sharma V. Breastfeeding and postpartum depression: Assessing the influence of breastfeeding intention and other risk factors. J Affect Disord. 2016;200:45–50.
17. biblioteca virtual en salud. Portal Regional de la BVS [Internet]. Available from: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=es&mode=&tree_id=G07.203.650.220.500.750
18. Montero YR, María R, Uría A, Alonso BR, Isaac EC. Factores clínicos y sociodemográficos en lactantes con destete precoz. Rev Cubana Pediatr. 2020;92(4):1–16.
19. Bjorset VK, Helle C, Hillesund ER, Overby NC. Socio-economic status and maternal BMI are associated with duration of breast-feeding of Norwegian infants. Public Health Nutr. 2018;21(8):1465–73.
20. Peat JK, Allen J, Nguyen N, Hayen A, Oddy WH, Mhrshahi S. Motherhood meets epidemiology: measuring risk factors for breast-feeding cessation. Public Health Nutr. 2004;7(8):1033–7.
21. Busot IM. Self-Efficacy Theory (A . Bandura). 1997;4(1):53–63.
22. Ballester AC, Asensio AB. LA PREDICCIÓN DE LA CONDUCTA A TRAVÉS DE LOS CONSTRUCTOS QUE INTEGRAN LA TEORÍA DE ACCIÓN PLANEADA. Rev Electrónica Motiv y Emoción. 2013;4(7):1–9.
23. Dennis C. Autoeficacia de la lactancia materna [Internet]. p. 734–44. Available from: <http://www.cindyleedennis.ca/research/1-breastfeeding/breastfeeding-self-efficacy/>
24. Dennis C-L. Autoeficacia de la lactancia materna [Internet]. Available from: <http://www.cindyleedennis.ca/research/1-breastfeeding/breastfeeding-self-efficacy/>
25. Dennis C. Theoretical Underpinnings of Breastfeeding Confidence: A Self-

- Efficacy Framework. J Hum Lact. 1999;15(3):195–201.
26. biblioteca virtual en salud. Portal Regional de la BVS [Internet]. Available from: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=es&mode=&tree_id=F01.752.747.792.700
 27. Secretaría de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Ensanut. 2018;1:47.
 28. Sánchez Pérez A, Velázquez Lerma R, Díaz Vargas P, Molina Nava M del CD. Práctica de la lactancia materna en México. Vol. 10, International Journal of Statistics and Geography. 2019. p. 4–17.
 29. OMS, UNICEF. Declaración de Innocenti Sobre la Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Materna, 1 de Agosto de 1990, Florencia, Italia. Aeped.es. 1990. p. 1–3.
 30. biblioteca virtual en salud. Hábito tabáquico [Internet]. Available from: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=es&mode=&tree_id=F01.145.805.375
 31. biblioteca virtual en salud. Regreso al Trabajo [Internet]. Available from: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=es&mode=&tree_id=I03.946.449
 32. Juárez-Castelán, M., Rojas-Russell, M., Serrano-Alvarado, K., Gómez-García, J., Huerta-Ibáñez, A., & Ramírez-Aguilar M. Diseño y Validación de un instrumento para medir la autoeficacia para lactar de mujeres embarazadas mexicanas. Psychologia. 2018;12(1):25–34.
 33. Acuerdo de creación de las Comisiones de Investigación y de Ética. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Diario Oficial de la Federación. 1982. p. 1–31.

ANEXO A. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	AUTOEFICACIA PARA LACTAR Y SU ASOCIACION AL DESTETE PRECOZ DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MUJERES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.1 DELEGACIÓN AGUASCALIENTES
Lugar y fecha:	Aguascalientes Ags.a ____ días de mes _____ del 20 ____.
Número de registro:	Pendiente.
Justificación y objetivo del estudio:	Se me ha explicado que es necesario la realización del estudio con el Objetivo de Conocer la asociación que existe entre el nivel de autoeficacia para lactar y el destete precoz de la lactancia materna exclusiva en mujeres de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 Delegación Aguascalientes. El cual es importante para determinar si la confianza en la capacidad de la madre para amamantar a su bebe puede estar relacionada con el dejar de lactar antes del tiempo recomendado.
Procedimientos:	Una vez que salga de su consulta con su médico familiar, se le invitara a participar en una encuesta que se realizará en el consultorio de excedente, consta de 15 preguntas y tomara menos de 15 minutos en realizar la encuesta.
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos potenciales en el desarrollo de este estudio.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Los beneficios obtenidos serán de manera indirecta al identificar el nivel de autoeficacia para lactar con el destete precoz, generando mayor conocimiento para fortalecer la lactancia materna exclusiva.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigados principal y asociado se han comprometido a darme la información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mí, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, los beneficios o cualquier asunto relacionado con la investigación
Participación o retiro:	Su participación es totalmente voluntaria. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del proyecto en el momento que yo lo considere pertinente
Privacidad y confidencialidad:	Se me ha informado de manera clara que la información y datos personales que yo proporcione durante la investigación serán confidenciales, en caso de que los resultados pudieran ser publicados, no se revelará mi identidad públicamente, ya que será manejado de manera anónima. No se dará a conocer mi identidad, la cual siempre será protegida.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador principal:	Investigador principal: Dr. Daniel Alejandro Hernández Aviña Lugar de trabajo: Hospital General de Zona No. 2 Domicilio: Avenida de los Conos 102, Fraccionamiento Ojocaliente. Aguascalientes, Aguascalientes. Teléfono celular: 449 911 6790 e- mail: havdal_tepatiani@hotmail.com
Colaboradores:	Investigador Asociado (Tesisista). Aseret Patricia Laguna López, Unidad de Adscripción y Lugar de trabajo: Hospital General de Zona No.1. Domicilio: José María Chávez # 1202. Colonia Lindavista. Aguascalientes, Aguascalientes. CP 20270. Teléfono celular: 492 170 5059 e-mail: aseret.lag@hotmail.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

ANEXO B. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medición	Ítem
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Años cumplidos de la paciente al momento de la aplicación de la encuesta.	Nominal Cuantitativa	Años cumplidos.	Apartado II Pregunta 2
Estado civil	Parámetro demográfico que indica el status de una persona respecto al matrimonio, divorcio, viudez, soltería, etc.	Relación de pareja establecida al momento de la encuesta.	Nominal Cualitativa	1. Casada 2. Soltera 3. Unión libre 4. Divorciada 5. Viuda	Apartado II Pregunta 3
Escolaridad	Nivel educativo o educacional de un individuo.	Grado máximo de estudios alcanzado por la mujer al momento de la encuesta.	Ordinal	1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Licenciatura	Apartado II Pregunta 4

				5. Posgrado	
Ocupación	Empleo, oficio que desempeña.	Empleo o labores que refiere al momento de la encuesta.	Nominal	1. Ama de casa 2. Empleada 3. Profesionalista 4. Otros	Apartado II Pregunta 5
Hábito tabáquico	Proceso de fumar específico del tabaco.	Refiere historia de hábito tabáquico antes o durante el periodo de lactancia materna.	Nominal	1. Si 2. No	Apartado III Pregunta 1
Lactancia materna exclusiva	Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como aquella en la cual el lactante recibe solamente leche materna		Nominal	¿A su hijo anterior, ¿le dio lactancia materna exclusiva? 1. Si 2. No	Apartado III Pregunta 3
			Discreta	Hasta qué mes le ofreció solo lactancia	Apartado III Pregunta 4

	(incluyendo leche extraída o de nodriza) durante los primeros 6 meses de vida, y ningún otro alimento o bebida, ni siquiera agua, excepto por sales de rehidratació n oral, gotas y jarabes (vitaminas, minerales y medicament os.			exclusiva de su pecho a su hijo (a)? 1. Me nos de un me s. 2. Ent re 1 y 2 me ses . 3. Ent re 2 y 4 me ses . 4. Ent re 4 y 6 me ses	
Autoefica cia para lactar	Confianza de la madre en su	Confianza de la madre en su capacidad	Ordinal	Escala tipo Likert en la cual se	Escala de autoeficacia para lactar.

	capacidad para amamantar a su bebé.	para llevar a cabo la lactancia materna exclusiva.		establece clasificación de los ítems en cuatro grupos: 0= Nada segura. 1= Algo segura. 2=Moderadamente segura. 3=Completamente segura.	Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque... 1.... esté en público. 2... atraviese por problemas personales. 3... las personas en la calle estén en desacuerdo. 4...personas significativas (pareja, padres, hijos) estén en desacuerdo. 5...trabaje. 6...esté cansada. 7...esté enferma. 8...no quiera hacerlo.
--	-------------------------------------	--	--	--	---

					9...me sienta triste o desanimada. 10...tenga quehacer. 11...esté en una fiesta. 12...no perciba los beneficios. 13...tenga grietas en los pezones. 14...me produzca dolor en los senos. 15...Se me escurra la leche.
--	--	--	--	--	---

ANEXO C. CUESTIONARIO ESTRUCTURADO

	UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACIÓN ESTATAL AGUASCALIENTES UMF No.1	FOLIO: 
Nombre del estudio:	“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”	
Lugar y fecha:	Aguascalientes, Ags., a ____ de _____ del año 20____.	
Por favor, llene todos los datos que a continuación se le solicitan.		
I.- Ficha de identificación:		
1. Nombre: _____		
2.- Dirección: _____		
3.- Teléfono: _____		
4.- NSS: _____		
II.- Datos sociodemográficos:		
1. Sexo:	a. mujer ☐ b. hombre ☐	
2. Edad:	_____ en años cumplidos.	
3. Estado civil:	1. Casada.	2. Soltera
	3. Unión libre	4. Divorciada
	5. Viuda	
4. Escolaridad:	1. Primaria	2. Secundaria
	3. Preparatoria	4. Licenciatura
	5. Posgrado	
5. Ocupación:	1. Ama de casa	2. Empleada
	3. Profesionista	4. Otros
III.- Destete precoz:		
1. ¿Fuma o ha fumado?	1. Si ☐ 2. No ☐	
2. ¿Cuántos embarazo ha tenido?	1. Uno ☐	2. dos ☐
	3. tres ☐	4. más de 4 ☐
3. A su hijo anterior, ¿le dio lactancia materna exclusiva?	1. Si ☐ 2. No ☐	
4. ¿Hasta qué mes le ofreció solo lactancia exclusiva de su pecho a su hijo (a)?	1. Menos de un mes. ☐	2. Entre 1 y 2 meses. ☐
	3. Entre 2 y 4 meses. ☐	4. Entre 4 y 6 meses. ☐

Escala de autoeficacia para lactar

A continuación, se presentan una serie de frases que describen circunstancias que las mujeres pueden llegar a cursar durante la lactancia, por favor marque con una "x" la opción que mejor describe su respuesta.

Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque...	a) Nada segura (0)	b) Algo segura (1)	c) Moderadamente segura (2)	d) Completamente segura (3)
1. ... esté en público				
2. ... atraviese por problemas personales				
3. ... las personas en la calle estén en desacuerdo				
4. ...personas significativas (pareja, padres, hijos) estén en desacuerdo				
5. ...trabaje				
6. ...esté cansada				
7. ...esté enferma				
8. ...no quiera hacerlo				
9. ...me sienta triste o desanimada				
10. ...tenga que hacer				
11. ...esté en una fiesta				
12. ...no perciba los beneficios				
13. ...tenga grietas en los pezones				

14....me produzca dolor en los senos				
15....se me escurra la leche				

¡Muchas gracias por su participación!



ANEXO D. CARTA DE NO INCONVENIENTE.

	GOBIERNO DE MÉXICO			2020 LEONA VICARIO RECONOCIMIENTO A LA MUJER DE LA PATRIA	OOAD Aguascalientes Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas Coordinación Auxiliar Médica de Educación
---	-------------------------------	---	---	--	--

Aguascalientes, Ags. 31 de Noviembre del 2020

OFICIO NO. 868

Dr. Sergio Iván Sánchez Estrada
Presidente de CLIES 101
Delegación Aguascalientes
Presente

ASUNTO: Carta de no inconveniente

Por este conducto manifiesto que NO TENGO INCOVENIENTE para que la Dr. Daniel Alejandro Hernandez Aviña investigador principal adscrito Hospital General de Zona No.2 realice el proyecto con el nombre "Autoeficacia para lactar y su asociación al destete precoz de la lactancia materna exclusiva en mujeres de la Unidad de Medicina Familia No.1 Delegación Aguascalientes el cual es un protocolo de tesis de la Médico Residente Dra. Aseret Patricia Laguna López con sede en el Hospital General de Zona No. 1.

En espera del valioso apoyo que usted siempre brinda. Le reitero la seguridad de mi atenta consideración.

Atentamente



Dra. Hilda Mónica López Cervantes
Directora de la Unidad de Medicina Familiar No. 1