



Universidad Internacional del Ecuador

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, DE LA SALUD Y LA VIDA
ESCUELA DE NUTRIOLOGÍA**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE
NUTRIÓLOGA:**

“Autoeficacia de la lactancia materna y factores asociados, en madres adultas que acuden al Hospital Gineco - Obstétrico Isidro Ayora - Quito en el periodo agosto 2017- julio 2018”.

Autor: Mayra Karina Bastidas Espinosa.

Tutor: Alexandra Jaramillo Feijoo, MsC

Quito, diciembre de 2018

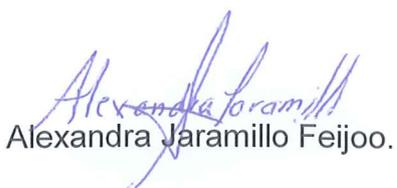
CERTIFICACIÓN Y ACUERDO DE ORIGINALIDAD

Yo, Mayra Karina Bastidas Espinosa, declaro bajo juramento, que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido presentado anteriormente para ningún grado o calificación profesional y que se ha consultado la bibliografía detallada. Cedo mis derechos de propiedad intelectual a la Universidad Internacional del Ecuador, para que sea publicado y divulgado en internet, según lo establecido en la Ley de Propiedad Intelectual, reglamento y leyes.



Mayra Karina Bastidas Espinosa

Yo, Alexandra Jaramillo Feijoo, certifico que conozco al autor del presente trabajo siendo él responsable exclusivo tanto de su originalidad y autenticidad, como de su contenido.



Alexandra Jaramillo Feijoo.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradezco por sobre todas las cosas a Dios, por no permitir rendirme, por darme las fuerzas, guiarme y cuidarme en este camino lleno de obstáculos y pruebas.

Un especial agradecimiento a la Msc. Alexandra Jaramillo Feijoo, por la confianza depositada en mí, apoyo, consejos y enseñanza durante todo este tiempo.

A mi hija, mis padres y hermanos, por ser mi apoyo y quienes me motivan a ser mejor cada día brindándome su amor y sustento para cumplir mis metas.

Al Hospital Gineco - Obstétrico Isidro Ayora - Quito y a las madres que conformaron la investigación, sin su colaboración, esto no habría sido posible.

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico a mi hija que es mi impulso e inspiración, la persona que me dio las fuerzas para continuar y terminar con esta meta.

A mi padre, por su apoyo incondicional y por sus palabras de aliento.

A mi madre, por ayudarme con el cuidado de mi hija mientras yo continuaba con mis estudios.

A mis hermanos Alex y Erick por ser un soporte fundamental en la culminación de este sueño.

Y por último, y no por eso menos importante, a mi compañera Daniela Chávez, por siempre ser mi apoyo en toda circunstancia.

INDICE GENERAL

CERTIFICACIÓN Y ACUERDO DE ORIGINALIDAD.....	1
AGRADECIMIENTOS	2
DEDICATORIA.....	3
INDICE GENERAL	4
ÍNDICE DE TABLAS	7
INDICE GRÁFICOS	14
ABREVIATURAS.....	17
INDICE ANEXOS	18
RESUMEN	19
Abstract	20
Introducción.....	21
Justificación.....	22
Objetivos de la investigación	25
a. Objetivo General.....	25
b. Objetivos Específicos	25
Hipótesis.....	26
Capítulo I.....	26
Antecedentes	26
1. Marco teórico	29

1.1	Marco conceptual	41
1.1.1	Leche Materna	41
1.1.2	Componentes de leche materna	41
1.1.3	Pre calostro.....	41
1.1.4	Calostro	42
1.1.5	Leche de Transición.....	42
1.1.6	Leche Madura	43
1.2	Composición de la leche materna	43
1.2.1	Agua	43
1.2.2	Energía	43
1.2.3	Hidratos de Carbono.....	43
1.2.4	Lípidos	44
1.2.5	Proteínas	44
1.2.6	Vitaminas	45
1.2.7	Minerales	45
1.3	Beneficios de la Lactancia Materna	45
1.3.1	Nutrición óptima	45
1.3.2	Nutrición adecuada para prematuros.....	46
1.3.3	Protección inmunológica.....	46
1.3.4	Fácil digestibilidad.....	46
1.3.5	Crecimiento y desarrollo óptimo	46

1.3.6 Establecimiento del apego	47
1.3.7 Recuperación de la madre postparto	47
1.3.8 Economía de recursos	47
2. Marco Temporal.....	48
Capítulo II.....	48
2.1 Aspectos metodológicos	48
2.1.1 Tipo de estudio	48
2.1.2 Fuentes	49
Fuentes primarias	49
Fuentes secundarias.....	49
2.2 Población y muestra	49
2.2.1 Población	49
2.2.2 Muestra	50
2.3 Localización Geográfica	50
2.4 Criterios de inclusión	50
2.5 Criterios de exclusión	50
2.6 Procedimiento y técnicas e instrumentos	51
2.6.1 Procedimiento	51
2.6.2 Consentimiento informado	51
2.6.3 Escala de autoeficacia de la lactancia formato cortó	52
2.6.4 Cuestionario demográfico	52

2.6.5 Cuestionario Factores Influyentes.....	52
2.6.6 Variables antropométricas de la madre y el niño	53
2.7 Variables	53
2.7.1 Cuadro de operacionalización de variables	55
Capítulo III.....	62
3. 1 Resultados y análisis basal.....	62
3.2 Discusión.....	168
3.3 Conclusiones y recomendaciones.....	173
3.3.1 Conclusiones:.....	173
3.3.2 Recomendaciones.....	175
Referencias:	177
ANEXOS	189

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Variable Autoeficacia.....	55
Tabla 2 Variables datos de la madre	55
Tabla 3 Variables nacimiento	58
Tabla 4 Variables Factores Influyentes	59
Tabla 5 Variables Estado Nutricional de la madre y el niño	61
Tabla 6 Anova edad de la madre	95

Tabla 7 Edad de la madre en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	96
Tabla 8 Nivel de escolaridad de la madre en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	97
Tabla 9 Nivel de escolaridad de la madre en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	98
Tabla 10 Pruebas de chi-cuadrado. Estado civil de la madre de la madre en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	99
Tabla 11 Estado civil de la madre en relación a la autoeficacia de la lactancia materna de la lactancia materna.	100
Tabla 12 Pruebas de chi-cuadrado. Convivencia de la madre en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	101
Tabla 13 Convivencia de la madre en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	102
Tabla 14 Pruebas de chi-cuadrado. Ocupación de la madre en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	103
Tabla 15 Ocupación de la madre en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	104
Tabla 16 Pruebas de chi-cuadrado. Condición de pareja de la madre en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	105
Tabla 17 Condición de pareja de la madre en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	106
Tabla 18 Pruebas de chi-cuadrado. Número total de hijos vivos de la madre en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	107

Tabla 19 Número total de hijos vivos de la madre en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	108
Tabla 20 pruebas de chi-cuadrado. Edad último hijo en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	109
Tabla 21 Edad del último hijo en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	110
Tabla 22 pruebas de chi-cuadrado. Sexo último hijo en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	111
Tabla 23 Sexo último hijo en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	112
Tabla 24 pruebas de chi-cuadrado. Donde se atendió el parto en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	113
Tabla 25 donde se atendió el parto en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	113
Tabla 26 pruebas de chi-cuadrado. Tipo de parto que tuvo la madre en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	114
Tabla 27 tipo de parto que tuvo la madre en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	115
Tabla 28 pruebas de chi-cuadrado. Al nacer, al niño(a) lo dejaron de inmediato en contacto piel a piel con la madre mínimo 30 minutos en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	116
Tabla 29 Al nacer, al niño(a) lo dejaron de inmediato en contacto piel a piel con la madre mínimo 30 minutos en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	117

Tabla 30 pruebas de chi-cuadrado. Al nacer, el niño(a) acopló espontáneamente el pecho (tomó pecho sin ayuda), dentro de la primera hora de vida en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	118
Tabla 31 al nacer, el niño(a) acopló espontáneamente el pecho (tomó pecho sin ayuda), dentro de la primera hora de vida en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	119
Tabla 32 pruebas de chi-cuadrado. En caso de no tener el contacto piel a piel ¿Recibió ayuda del personal de la maternidad dentro de los 120 minutos posterior al parto para el acople? En relación a la autoeficacia de la lactancia materna. .	120
Tabla 33 en caso de no tener el contacto piel a piel ¿Recibió ayuda del personal de la maternidad dentro de los 120 minutos posterior al parto para el acople? En relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	121
Tabla 34 pruebas de chi-cuadrado. Apoyo para el acoplamiento al pecho y sobre técnicas de lactancia en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	122
Tabla 35 apoyo para el acoplamiento al pecho y sobre técnicas de lactancia en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	123
Tabla 36 apoyo para el acoplamiento al pecho y sobre técnicas de lactancia en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	124
Tabla 37 persona que ayudó a la madre a poner a su hijo(a) al pecho en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	125
Tabla 38 pruebas de chi-cuadrado. En la estadía en la maternidad, el niño(a) recibió fórmula en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	126
Tabla 39 en la estadía en la maternidad, el niño(a) recibió fórmula en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	127

Tabla 40 pruebas de chi-cuadrado. Indicaciones al alta de la maternidad en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	128
Tabla 41 indicaciones al alta de la maternidad en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	129
Tabla 42 pruebas de chi-cuadrado. Información sobre ventajas e importancia de la lactancia materna en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	130
Tabla 43 Información sobre ventajas e importancia de la lactancia materna en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	131
Tabla 44 pruebas de chi-cuadrado. Momento en el que recibió la información sobre ventajas e importancia de la lactancia materna en relación a la autoeficacia de la lactancia.	132
Tabla 45 Momento en el que recibió la información sobre ventajas e importancia de la lactancia materna en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	133
Tabla 46 pruebas de chi-cuadrado. Hasta qué mes de vida le dará exclusivamente leche materna en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	134
Tabla 47 Hasta qué mes de vida le dará exclusivamente leche materna en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	135
Tabla 48 pruebas de chi-cuadrado. Motivo para dejar la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses o de no dar nunca en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	136
Tabla 49 Motivo para dejar la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses o de no dar nunca en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	137
Tabla 50 pruebas de chi-cuadrado. Si al niño(a) se le ha dado leche distinta a la leche materna en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	138

Tabla 51 Si al niño(a) se le ha dado leche distinta a la leche materna en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	139
Tabla 52 pruebas de chi-cuadrado. Sigue amamantando a su hijo o hija en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	140
Tabla 53 Sigue amamantando a su hijo o hija en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.....	141
Tabla 54 pruebas de chi-cuadrado. Antes de tener al niño(a), tenía un trabajo remunerado en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.....	142
Tabla 55 Antes de tener al niño(a), tenía un trabajo remunerado en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	143
Tabla 56 pruebas de chi-cuadrado. Tipo de trabajo en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	144
Tabla 57 Tipo de trabajo en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	145
Tabla 58 pruebas de chi-cuadrado. Tuvo acceso a descanso prenatal remunerado en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	146
Tabla 59 Tuvo acceso a descanso prenatal remunerado en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	147
Tabla 60 pruebas de chi-cuadrado. Tuvo acceso a descanso postnatal remunerado en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	148
Tabla 61 Tuvo acceso a descanso postnatal remunerado en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	149
Tabla 62 pruebas de chi-cuadrado. Tiempo de descanso postnatal le asignaron en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	150

Tabla 63 Tiempo de descanso postnatal le asignaron en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	151
Tabla 64 pruebas de chi-cuadrado. Tuvo acceso a descanso parental remunerado asignaron en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	152
Tabla 65 Tuvo acceso a descanso parental remunerado asignaron en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	153
Tabla 66 pruebas de chi-cuadrado. Experiencia en la lactancia previa en relación a la autoeficacia de la lactancia materna	154
Tabla 67 Experiencia en la lactancia previa en relación a la autoeficacia de la lactancia materna	155
Tabla 68 pruebas de chi-cuadrado. Peso / longitud del niño/a en relación a la autoeficacia de la lactancia materna	156
Tabla 69 Peso / longitud del niño/a en relación a la autoeficacia de la lactancia materna	157
Tabla 70 pruebas de chi-cuadrado. Peso / edad del niño/a en relación a la autoeficacia de la lactancia materna	159
Tabla 71 Peso / edad del niño/a en relación a la autoeficacia de la lactancia materna	160
Tabla 72 pruebas de chi-cuadrado. Longitud / edad del niño/a en relación a la autoeficacia de la lactancia materna	162
Tabla 73 Longitud / edad del niño/a en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.	163
Tabla 74 pruebas de chi-cuadrado. IMC / edad del niño/a en relación a la autoeficacia de la lactancia materna	165

Tabla 75 IMC / edad del niño/a en relación a la autoeficacia de la lactancia materna	166
---	-----

INDICE GRÁFICOS

Gráfico 1 Tendencias en el porcentaje de recién nacidos que reciben leche materna dentro de la primera hora de vida, por cambios en las tasas de partos en instituciones, 2005 y 2017. Las líneas en las barras representan intervalos de confianza.	30
Gráfico 2 Lactancia materna temprana como método exclusivo de alimentación, 2000-2007	31
Gráfico 3 Prevalencia de lactancia materna exclusiva antes de los seis meses, por rangos de edad de la madre 2012.....	34
Gráfico 4 Puedo determinar que mi hijo recibe suficiente leche de mi pecho.	63
Gráfico 5 Puedo enfrentar con éxito el amamantamiento igual como he enfrentado otros desafíos en mi vida.	63
Gráfico 6 Puedo darle pecho a mi hijo sin necesidad de utilizar fórmulas lácteas.	64
Gráfico 7 Puedo asegurar que mi hijo esta apropiadamente agarrado a mi pecho mientras se alimenta.	65
Gráfico 8 Puedo manejar a mi bienestar la situación del amamantamiento.....	65
Gráfico 9 Puedo manejar la situación del amamantamiento incluso si mi hijo está llorando.	66
Gráfico 10 Puedo mantener el deseo de amamantar.....	66
Gráfico 11 Puedo dar pecho cómodamente cuando los miembros de mi familia están presentes.....	67

Gráfico 12 Puedo estar satisfecha con la experiencia de amamantar.....	67
Gráfico 13 Puedo enfrentar el hecho de que la lactancia materna me ocupará tiempo.	68
Gráfico 14 Puedo terminar de amamantar a mi hijo de un pecho, antes de cambiarlo al otro pecho.....	69
Gráfico 15 Puedo amamantar a mi hijo cada vez que este lo necesite.	69
Gráfico 16 Puedo cumplir con los requerimientos de amamantamiento de mi hijo.	70
Gráfico 17 Puedo reconocer cuando mi hijo ha terminado de tomar pecho.	71
Gráfico 18 Grado de Autoeficacia.	71
Gráfico 19 Rangos de edad de la madre.....	72
Gráfico 20 Nivel de escolaridad de la madre.....	73
Gráfico 21 Estado civil de la madre.....	74
Gráfico 22 Ocupación de la madre.....	74
Gráfico 23 Condición de pareja de la madre.	75
Gráfico 24 Número total de hijos vivos.....	76
Gráfico 25 Edad del niño(a).....	76
Gráfico 26 Sexo.....	77
Gráfico 27 Donde se atendió el parto.....	77
Gráfico 28 Tipo de parto.....	78
Gráfico 29 ¿Lo dejaron de inmediato en contacto piel a piel con Ud. Mínimo 30 minutos?.....	78

Gráfico 30 ¿Se acopló espontáneamente al pecho (tomó pecho sin ayuda), dentro de la primera hora de vida?	79
Gráfico 31 En caso “no” en p13 ¿Recibió ayuda del personal de la maternidad dentro de los 120 minutos posterior al parto para el acople?	80
Gráfico 32 En el resto de la estadía en la maternidad (Posterior a las dos horas del nacimiento) ¿Recibió apoyo para que el bebé pudiera acoplarse al pecho y sobre técnicas de lactancia?	81
Gráfico 33 En caso “sí” en p.14.1 ¿Quién/es le ayudo/aron a poner a su hijo/a al pecho durante su estadía en la maternidad?	81
Gráfico 34 Durante la estadía en la maternidad ¿Su hijo o hija recibió fórmula?	82
Gráfico 35 Al alta de la maternidad le indicaron.	83
Gráfico 36 ¿Recuerda que le hayan entregado información sobre ventajas e importancia de la lactancia materna?	83
Gráfico 37 En caso afirmativo ¿En qué momento recibió esta información?	84
Gráfico 38 A este niño o niña ¿Hasta qué mes de vida le dará exclusivamente leche materna? (sin fórmula, jugo, agua, alimento sólido, papilla).....	85
Gráfico 39 ¿Cuál fue el principal motivo de dejar la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses o de no dar nunca?	86
Gráfico 40 A este niño o niña ¿le ha dado leche distinta a la leche materna?	87
Gráfico 41 ¿Sigue amamantando a su hijo o hija?	87
Gráfico 42 Antes de tener a su hijo o hija ¿Tenía un trabajo remunerado?	88
Gráfico 43 ¿De qué tipo?	88
Gráfico 44 Tuvo acceso a descanso prenatal remunerado (antes del parto)	89

Gráfico 45 ¿Tuvo acceso a descanso postnatal remunerado (84 días desde el parto)?	90
Gráfico 46 ¿Tuvo acceso a descanso parental remunerado (desde los 84 días del niño hasta las 24 semanas de vida)?	90
Gráfico 47 ¿Cuál fue su experiencia en la lactancia previa?	91
Gráfico 48 Diagnostico IMC de la madre.....	91
Gráfico 49 Peso/Longitud	92
Gráfico 50 Peso /edad.....	93
Gráfico 51 Longitud/edad	93
Gráfico 52 IMC/Edad.....	94
Gráfico 53 Diagnóstico perímetro braquial.....	94
Gráfico 54 Diagnostico perímetro cefálico.....	95

ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

PNBV: Plan Nacional del Buen Vivir PNBV

OPS: Organización Panamericana de la Salud

MSP: Ministerio de Salud Pública

OIT: Organización Internacional del Trabajo

BSES-SF: Breastfeeding Self-Efficacy Scale Short Form

Kcal: Kilocaloría

G: Gramo

PRL: Prolactina

MI: Mililitro

L: litro

SlgA: Inmunoglobulina A secretora

Kg: Kilogramo

Cm: Centímetro

IMC: Índice de masa corporal (se evalúa en kilogramos sobre metros cuadrados)

ESAMyN: Establecimientos de salud amigos de la madre y el niño

INDICE ANEXOS

Anexo 1 Consentimiento Informado	189
Anexo 2 Escala de la autoeficacia de la lactancia materna.....	192
Anexo 3 Cuestionario Demográfico.....	194
Anexo 4 Cuestionario de Factores Influyentes.Cuestionario de factores influyentes	196
Anexo 5 Variables antropométricas de la madre y niño/a.	198

RESUMEN

Introducción: La lactancia materna es el único alimento natural completo que existe para los lactantes, ya que contiene cantidades precisas de grasas, proteínas, azúcares, vitaminas y minerales; este alto poder nutrimental garantiza el desarrollo sensorial y cognitivo del recién nacido.

Objetivo: Relacionar el nivel de autoeficacia de la lactancia con factores sociodemográficos y familiares en una muestra de madres lactantes adultas con niños entre 0 a 6 meses que acuden al Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora _Quito en el periodo agosto 2017- mayo 2018.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con 180 madres pertenecientes al Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora-Quito. Se aplicaron los cuestionarios: Escala de Autoeficacia de la lactancia, Factores Demográficos, Factores Influyentes y Variables Antropométricas. Se revisó su historia clínica, se tomó las medidas antropométricas de la madre y del hijo(a). El análisis estadístico fue descriptivo y para el análisis bivariado se usó la prueba de chi-cuadrado.

Resultados: Se encontró relación estadísticamente significativa entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y los siguientes factores: nivel de escolaridad, estado civil, convivencia, ocupación, condición de pareja, número total de hijos vivos de la madre, edad del niño(a), sexo del niño(a), entre otros. Además, no se encontró relación entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna con el tipo de parto, contacto piel a piel con la madre mínimo 30 minutos, si la madre trabajadora tuvo descanso prenatal, postnatal y parental remunerado.

Palabras clave: autoeficacia, lactancia materna exclusiva, estado nutricional

Abstract

Introduction: Breastfeeding is the only complete natural food that exists for nursing infants, as it contains precise amounts of fats, proteins, sugars, vitamins and minerals; This high nutrient power guarantees the sensorial and cognitive new-born development.

Objective: Relate the level of breast-feeding self-efficacy to socio-demographic facts and relatives in a sample of adult lactating mothers with 0 to 6 months old infants who get to the Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora _Quito in the August 2017 – May 2018 period.

Methods: A cross sectional, descriptive study was carry with 180 mothers from the Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora-Quito. The following questionnaires were applied: Breast-feeding self-efficacy scale, Demographic facts, Influencing facts and Anthropometric Variables. Their medical histories were checked; mother and children anthropometric measures were taken. The statistical analysis was descriptive and bivariate analysis were tested with the Chi-square test.

Results: A statistically significant relation was found between the breast-feeding self-efficacy level and the following facts: level of education, civil status, coexistence, labor status, partner relationship, total number of mother's alive children, child's age, child's sex, among other ones. Besides, it was not found any relation between the breast-feeding self-efficacy level and the kind of birth, skin-to-skin contact with the mother during 30 minutes at least, if the working mother had prenatal, postnatal and parenting paid rest, among other ones.

Keywords: self-efficacy, exclusive breastfeeding, nutritional status.

Introducción

La leche materna es el alimento ideal durante los seis primeros meses de vida, ya que es imprescindible para el correcto crecimiento y desarrollo de los niños. Es por esto que organismos relacionados con la salud como la OMS (Organización Mundial de la Salud) y UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) impulsan el tema de la alimentación al seno materno como vital e indispensable, para lo cual establecen leyes, métodos y procedimientos que garanticen su eficacia (UNICEF, Lactancia Materna, 2012).

Ecuador durante los últimos años ha realizado un esfuerzo excepcional para rescatar la práctica de la lactancia materna, pretendiendo con ello disminuir las tasas de desnutrición infantil, morbilidad por enfermedades infecciosas, como la diarrea y enfermedades respiratorias; y a la vez mejorar la calidad de vida y nutrición del infante. Para el rescate de esta práctica se ha integrado todo el Sistema Nacional de Salud (UNICEF, Alianzas para la Nutrición Infantil, 2014).

El trabajo que realizan los hospitales que brindan atención obstétrica está dirigido en favor de la lactancia materna. Sin embargo, el desafío de trabajo es inmenso, ante la meta de lograr una cobertura de lactancia materna exclusiva de por lo menos el 64% los seis primeros meses de vida como lo establece el Plan Nacional del Desarrollo 2017-2021 (Senplades, El Plan Nacional de Desarrollo , 2017).

Diversos factores sociodemográficos y biológicos han sido estudiados como probables relaciones causales. Existen diversos estudios epidemiológicos prospectivos, en los cuales se ha demostrado que hay una estrecha relación entre los factores o condiciones psicosociales con la duración de la lactancia materna.

Un importante estudio se destaca apoyando esta suposición, el: Variables associated with breastfeeding duration, en el que hablan sobre la influencia directa de los factores demográficos sobre la duración de la lactancia, además describen que la duración del amamantamiento está influenciado por una serie de factores: demográficos, biológicos, sociales y psicológicos (Thulier, Variables Associated with Breastfeeding Duration, 2009).

En Ecuador se realizó un estudio acerca del cumplimiento del apego precoz y alojamiento conjunto, basado en los conocimientos y principios de las madres respecto a la importancia de la lactancia materna. La finalidad del estudio fue evaluar el respeto del normativo neonatal del Ministerio de Salud Pública, cuyos resultados determinaron que el 93% de madres tuvo apego precoz, y el 72,5% tuvo alojamiento conjunto (madre e hijo) demostrando un cumplimiento admisible. Los mismos datos revelan que el 98,6% de las madres considera a la leche materna como alimento ideal y exclusivo, además el 99,3% concuerdan que la leche materna cumple con los requerimientos nutricionales necesarios para el correcto desarrollo tanto físico como intelectual de sus neonatos, y el 71,8% adquirió conocimientos previos respecto al inicio e importancia de la lactancia natural (Cahueñas & Escobar, 2016).

Justificación

Toda sociedad, a través de las familias, aspira a tener hijos sanos que puedan crecer con defensas transmitidas por la lactancia materna. Sin embargo, a nivel nacional y mundial los niveles de lactancia materna se reducen con rapidez, y aunque se han dimensionado políticas públicas encaminadas a mejorar la situación

de los lactantes es necesaria la investigación personalizada, que permita la medición de factores que no son observables directamente y que influyen en la decisión materna de iniciar o mantener la lactancia. Identificar a las madres con mayor riesgo de abandono prematuro de la lactancia puede ser útil para el desarrollo de intervenciones (Méndez, García, Reyes, & Trujano, 2015).

En América Latina y el Caribe el porcentaje de lactantes alimentados exclusivamente con leche materna ha disminuido considerablemente (Organización Panamericana de la Salud, 2013). Diversos organismos relacionados con la salud como la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la OPS (Organización Panamericana de la Salud) han demostrado el valor decisivo de la práctica de la lactancia materna exclusiva sobre el aumento de la expectativa de vida de los infantes. La OMS en el 2015, estima que cada año se salvarían alrededor de 800 000 vidas infantiles (OMS, 2015).

En Ecuador, según las estimaciones oficiales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos la expectativa de vida bordearía actualmente los 75.2 años: 72.3 años para la población masculina y 78.2 años para la femenina (SENPLADES, 2008). Sin embargo, las principales causas de mortalidad de niñas y niños menores de 5 años en el Ecuador están encabezadas por causas prevenibles. La población infantil registra como principales causas de muerte las infecciones respiratorias, la diarrea y la desnutrición (UNICEF, Alianzas para la nutrición Infantil, 2014). La desnutrición infantil es uno de los grandes problemas que deben enfrentar las sociedades de la actualidad, tomando en cuenta que *“a nivel mundial, menos del 40% de los lactantes menores de seis meses reciben leche materna como alimentación exclusiva”* (Organización Mundial de la Salud, 2015).

De acuerdo a numerosos estudios realizados en torno a la desnutrición infantil, se evidencia que uno de los principales factores de riesgo de desnutrición es el déficit de la práctica de lactancia materna, que además es un factor de riesgo modificable. En base a los datos publicados en el estudio “ Factores determinantes que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres lactantes”, el bajo nivel de conocimiento de las madres lactantes y los factores sociodemográficos ocuparon el primer lugar en la lista de factores que influyen en la duración de la lactancia materna (Quesada & Guanoquiza, 2016).

El Plan Nacional del Desarrollo 2017-2021, en su meta *“aumentar del 46,4% al 64%, la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida, a 2021.”* plantea garantizar las condiciones de promoción de salud y prevención de enfermedades. Es así como se procura con este proyecto contribuir a los objetivos del Plan en cuanto a mejorar la calidad de vida de los lactantes mediante estrategias que permitan posicionar en la población ecuatoriana aspectos que de alguna manera fijen en las madres la obligatoriedad de proveer de leche materna a sus hijos (Senplades, 2017-2021).

Con todos estos antecedentes, se pretende con esta investigación establecer el grado de adhesión de las madres a la lactancia materna y los factores que la condicionan, implementando la escala “Self-Efficacy Scale”, que es una herramienta con la cual se puede identificar el grado de autoeficacia percibida. La autoeficacia percibida hace referencia a las creencias de las personas acerca de sus propias capacidades para el logro de determinados resultados, en este caso

particular, cuan efectiva puede ser una madre para afrontar el proceso de la lactancia (Bandura, 1977).

Con respecto al análisis de las particularidades en las que se desarrolla el proceso de la lactancia materna de un grupo local, se puede generar información que permita sostener una conducta vigilante, previniendo las consecuencias que trae consigo el no dar de lactar de forma exclusiva, tanto en el ámbito de la salud pública como en distintas áreas relacionadas con el desarrollo de la sociedad. Asimismo, la información obtenida permitirá diseñar estrategias de capacitación y actualización al personal de salud con el cual la madre tiene el primer contacto, para fomentar el inicio, continuación y desarrollo de una lactancia materna óptima y exclusiva (Peraza, 2000).

Objetivos de la investigación

a. Objetivo General

- Relacionar el nivel de autoeficacia de la lactancia con factores sociodemográficos y familiares en una muestra de madres lactantes adultas con niños entre 0 a 6 meses que acuden al Hospital Gineco- Obstétrico Isidro Ayora _Quito en el periodo agosto 2017- mayo 2018.

b. Objetivos Específicos

- Valorar la percepción de autoeficacia sobre lactancia en una muestra de madres lactantes con niños entre 0 a 6 meses.

- Identificar factores demográficos, educativos y sociales que interfieren en la lactancia materna.
- Evaluar el estado nutricional de la madre lactante a través de medidas antropométricas.
- Evaluar el estado nutricional del niño a través de medidas antropométricas y curvas de crecimiento.

Hipótesis

Existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y factores que predisponen la lactancia en madres del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora _Quito.

Capítulo I

Antecedentes

En la última década a nivel mundial, las tasas de lactancia materna han disminuido considerablemente, debido a diversos factores (socioeconómicos, culturales, demográficos, familiares) que inciden directamente en el desarrollo de esta práctica. Sin embargo, a pesar de conocer los beneficios y ventajas que conlleva dar de lactar, para algunas mujeres la lactancia ha pasado a segundo plano y se han inclinado por la búsqueda de alternativas para la alimentación de los niños, a razón de que han tenido que salir de casa en busca de estabilidad laboral y económica (Avalos González, Mariño, & González, 2016).

Por esta razón, surge la llamada "Cultura del Biberón" y las empresas productoras de "Leches de Fórmulas", mismas que generan promoción masiva para convencer a las madres que las leches fabricadas por ellos son iguales o de mejor calidad que la leche materna (Mammalia, 2014). Por consiguiente, países como Ecuador, Perú, Bolivia, Brasil entre otros países sudamericanos y latinoamericanos; consideran como estrategia los lactarios (área cómoda, privada e higiénica, que tiene como finalidad favorecer la extracción de la leche materna durante la jornada laboral de la madre; además, asegura la conservación de la leche materna para alimentar al lactante posteriormente) con el fin de minimizar el impacto que tienen los factores sociodemográficos (edad, nivel de instrucción de la madre, convivencia, trabajo y el estudio) en las bajas tasas de lactancia materna a nivel nacional (UNICEF, Guía Práctica Lactancia materna en el lugar de trabajo, 2016).

La OMS y Unicef emitieron la "Iniciativa Hospital Amigo del Niño" (IHAN) que trata de la implementación de diez pasos, con los cuales se pueda llevar a cabo una lactancia materna exitosa; los diez pasos son el resumen de políticas y procedimientos orientados a los establecimientos que brindan servicio de maternidad y recién nacidos, ya que del apoyo brindado por el personal de salud depende que las madres opten o no por la lactancia materna (OMS, Ten steps to successful breastfeeding, 2018).

Al respecto, (Andressa Peripolli Rodrigues, Oliveira, Almeida, & Ximenes, 2015) llevaron a cabo un estudio titulado "Influencia de las condiciones sociodemográficas y comportamentales en la autoeficacia de la lactancia materna: Estudio transversal" en el Área de Consulta del Hospital Universitario cuyo objetivo fue analizar los factores de riesgos sociodemográficos y comportamentales de las madres con

respecto a la autoeficacia de la lactancia materna. Para la recolección de datos se utilizó la Escala de Autoeficacia de la Lactancia Formato Corto. Los resultados evidenciaron que el 81,1% de las madres presento un nivel autoeficacia alta y el 18,95% restante presento un nivel de autoeficacia media. Igualmente, al relacionar la autoeficacia con las variables sociodemográficas se encontró una asociación estadísticamente significativa de la autoeficacia con el número de personas que habitan en la vivienda ($p=0,014$), tienen dos o más hijos ($p=0,009$), practican la lactancia materna por más de seis meses ($p=0,002$) y tienen experiencia previa positiva con respecto a la lactancia ($p=0,001$). Por otro lado; se señala que el grupo de madres que tiene experiencia previa negativa con respecto a lactancia, las madres que no amamantaron anteriormente y las madres que han practicado la lactancia por un periodo inferior a los cinco meses; tienen mayor probabilidad de presentar autoeficacia baja (Andressa Peripolli Rodrigues, Oliveira, Almeida, & Ximenes, 2015) .

En Ecuador, de acuerdo a numerosos estudios realizados (Conocimiento sobre lactancia materna de las madres que ingresan al servicio de Gineco-obstetricia del hospital Teodoro Maldonado Carbo-Guayaquil; Conocimiento sobre lactancia materna en madres adolescentes con niños menores de un año que acuden al centro de salud Pascuales- Guayaquil) en torno al nivel de conocimiento sobre lactancia materna, se evidencia que los niveles de lactancia se encuentran aún por debajo de los niveles aspirados. En base a los datos publicados en el estudio “Nivel de conocimiento de la lactancia materna en madres adolescentes”, el nivel 1 (malo) con el 55% ocupó el primer lugar en la lista de niveles de conocimiento sobre la lactancia. La edad y la escolaridad materna tienen un fuerte efecto sobre la lactancia, en el año 2013 en un estudio realizado en 100 madres adolescentes se

estimó un mayor riesgo de abandono de la lactancia en madres que no tenían mucho conocimiento acerca de los beneficios, actitudes y técnicas de lactancia, respecto de las madres con mayor conocimiento en relación a la lactancia (Guerra & Vera, 2013).

1. Marco teórico

La OMS (Organización Mundial de la Salud) ha demostrado el valor determinante de la leche materna para el crecimiento y desarrollo de los infantes, a nivel mundial. La lactancia materna es la manera más completa de proporcionar a los niños los nutrientes necesarios que garantizan el correcto crecimiento y desarrollo, tanto físico como intelectual. Todas las madres pueden dar de amamantar a sus hijos a menos que existan circunstancias o patologías en las que se considere suspender la lactancia materna. La lactancia materna exclusiva debe mantenerse durante los seis primeros meses de vida del neonato y prolongar la práctica hasta los dos años pero complementada con otros alimentos (OMS, Lactancia Materna, 2017).

En el año 2008, los datos publicados por la UNICEF, muestran que a nivel mundial la prevalencia de Lactancia Materna Exclusiva al sexto mes alcanza un 38%. También, en el año 2006 el Centro para el Control de Enfermedades de Estados Unidos indica que la tasa de lactancia materna exclusiva a los 6 meses fue de 13,6%. Por otro lado, debido a los problemas y riesgos nutricionales del infante y los efectos negativos sobre la salud que puede acarrear el no recibir la leche materna, el gobierno ecuatoriano en el año 2009 se comprometió a reducir en un 45% la desnutrición crónica infantil y a aumentar la prevalencia y la duración promedio de la lactancia materna exclusiva (UNICEF, Alianzas para la nutrición Infantil, 2014).

Las tasas de inicio temprano de la lactancia materna solo han mejorado significativamente entre el grupo de países que tienen un marcado incremento de partos en instituciones de salud, sin embargo, en la actualidad aún no se cumplen con los objetivos de duración y exclusividad.

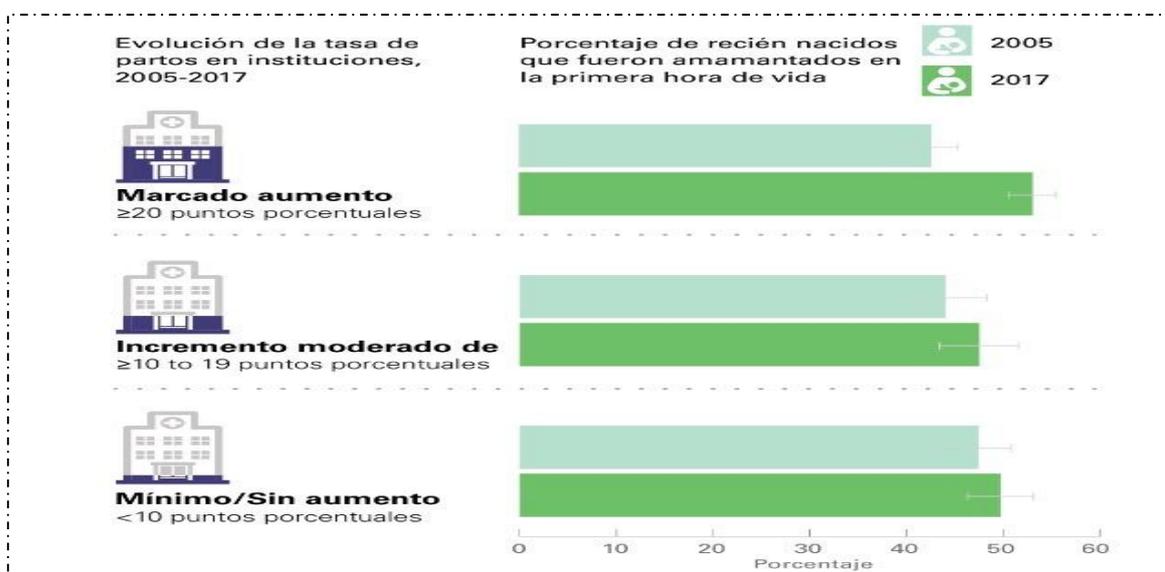


Gráfico 1 Tendencias en el porcentaje de recién nacidos que reciben leche materna dentro de la primera hora de vida, por cambios en las tasas de partos en instituciones, 2005 y 2017. Las líneas en las barras representan intervalos de confianza.

Fuente: Bases mundiales de datos de UNICEF 2018.

Actualmente, el 75% del total de nacimientos tiene lugar en instituciones de salud, como hospitales y clínicas de maternidad, generalmente los nacimientos se encuentran supervisados por parte del personal de salud calificado. En un conjunto de 58 países que cuentan con datos acerca de las tendencias relativas a los lugares donde ocurren los partos y las tasas de inicio inmediato de la lactancia materna, el incremento en los partos que tienen lugar en instituciones (del 53% en 2005 al 71% en 2017) es mayor que el aumento en las tasas de inicio temprano durante el mismo

período (del 45% al 51%). Sin embargo, existe una mejora significativa en las tasas de inicio inmediato de la lactancia desde el año 2005 se observa entre el grupo de países donde los partos en instituciones aumentaron más de 20 puntos porcentuales, siendo los países de bajos ingresos los que cuentan con mayor aumento en las tasas de inicio temprano de la lactancia, donde se elevaron 15 puntos porcentuales, frente a un incremento de 8 puntos porcentuales en países de ingresos medianos bajos (UNICEF, Capturar el momento, 2018).

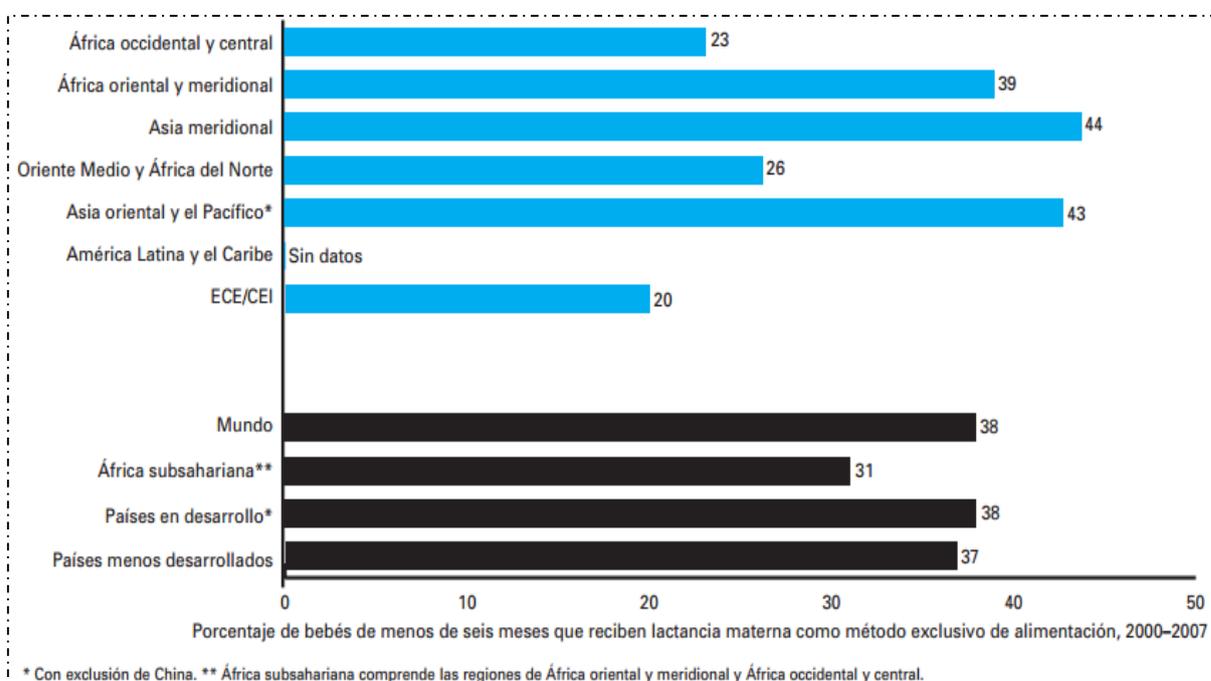


Gráfico 2 Lactancia materna temprana como método exclusivo de alimentación, 2000-2007

Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, otras encuestas del hogar de ámbito nacional y UNICEF.

Los resultados de este indicador muestran el porcentaje de infantes menores de seis meses de edad que reciben leche materna como alimento exclusivo durante los años 2000-2007; entre los porcentajes más sobresalientes se destacan: En

primer lugar Asia meridional con 44%, en segundo Asia Oriental y el Pacífico con 43% y en último lugar África oriental y meridional con 39%. Asimismo a nivel mundial y en países en desarrollo el porcentaje es de 38%, y en los países menos desarrollados el porcentaje es 37% (UNICEF, Estado Mundial de la Infancia, 2009).

A nivel internacional, Chile es el sexto país con mayor prevalencia de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses con un 43% y hasta los 12 meses con un 36%. Adicionalmente, en Chile en el año 2011 se modificó la ley N° 20.545 que "Modifica las normas sobre la Protección de la Maternidad e incorpora el permiso Postnatal Parental", permitiendo a las madres trabajadoras incrementar el tiempo con sus hijos recién nacidos, hasta los 5 meses y medio (Rosso, 2013).

Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses

A nivel mundial los datos demuestran que el porcentaje de lactantes menores de seis meses que se alimentan exclusivamente con leche materna es inferior al 40% (Organización Mundial de la Salud, 2015). De la misma manera en los países de América Latina y el Caribe los datos indican que más del 60% de los lactantes no son alimentados exclusivamente con leche materna hasta el sexto mes. Además un porcentaje sumamente bajo indica que menos de la mitad de los lactantes empiezan a amamantarse en los primeros 60 minutos después del parto. Estos datos tan altos, son en su mayoría por factores de la modernidad o laborales, por lo cual se les dificulta a las madres amamantar exclusivamente a sus hijos durante los primeros seis meses de edad (Organización Panamericana de la Salud, 2013).

En el Ecuador de acuerdo a los registros estadísticos obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, se pudo evidenciar que el 52,4% de los lactantes son alimentados exclusivamente con leche materna hasta el primer mes de vida. En los niños menores de 24 meses el inicio temprano de lactancia se efectuó en el 54,6%. Además, el 14% de los lactantes empiezan a amamantarse en las primeras 24 horas. El Ministerio de Salud Pública (MSP) estableció una alianza estratégica con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para la provisión de apoyo técnico en las siguientes áreas: 1) Revisión del marco legal, fortalecimiento de las políticas públicas y mejora de la gestión de los programas nacionales existentes en tema de nutrición infantil; 2) Impulso de un proceso comunicacional que, más allá de la difusión masiva de información, contribuya de manera significativa a la reducción de la malnutrición infantil (UNICEF, Alianzas para la nutrición infantil, 2004).

Diversos estudios (Lactancia Materna Ineficaz Influenciada por Factores Psicosociales en Madres “Centro de Salud Tarqui-Cuenca”; Factores Socioeconómicos y Asociados al Sistema de Salud que Influyen en el Amamantamiento-Costa Rica) demuestran que la duración de la lactancia materna está influenciada por varios factores tales como: demográficos, biológicos, sociales y psicológicos. Entre las variables sociodemográficas se destacan: etnia, edad, estado civil, nivel educacional y antecedentes socioeconómicos (Thulier, 2009).

Etnia

El Centro para el Control de Enfermedades de Estados Unidos en el año 2003, muestra las diferencias entre las tasas de lactancia hasta los 5 años según la etnia materna. La tasa más alta se observó en niños Hispanos con 77,3%, mientras que

niños blancos no hispanos representan el 74.9%. La cifra más baja se registró en niños negros no hispanos con 51,4%. Estos datos demuestran que la etnia tiene un efecto directo sobre la práctica de la lactancia, y que las mujeres de raza negra tienen menos probabilidades de lactar que otras razas (CDC, 2009).

Edad y escolaridad materna

La edad y la escolaridad materna tienen un fuerte efecto sobre la lactancia, en el año 2010 en un estudio realizado en 248 madres se estimó un mayor riesgo de abandono de la lactancia en madres que no finalizaron sus estudios, respecto de las madres con educación superior (Barría, 2008). Asimismo, en relación a la edad materna, datos indican que el porcentaje de la lactancia materna en madres mayores de 35 años es casi la mitad, y en madres de 12 a 14 años la lactancia materna bajo al 18%. (Freire WB.et all, 2014).

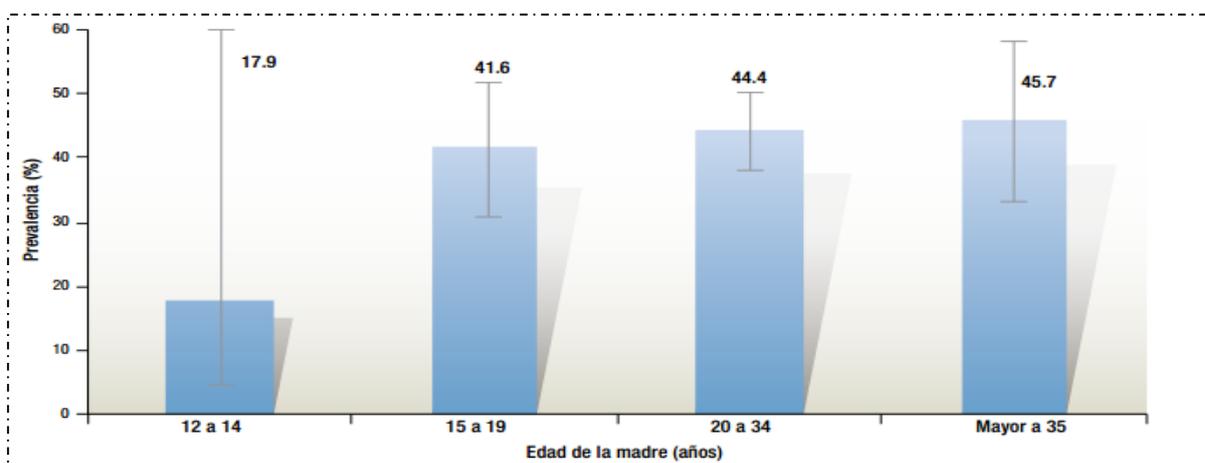


Gráfico 3 Prevalencia de lactancia materna exclusiva antes de los seis meses, por rangos de edad de la madre 2012.

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC. Elaboración: Freire WB. Et all.

Nivel de estudio

El nivel de estudio es una buena medida de la clase social y un mayor estatus social se relacionó con mejores tasas de Lactancia Materna. Por lo tanto, el nivel de escolaridad es un factor fundamental en la práctica de la lactancia materna, considerando que las madres que poseen un alto grado de escolaridad tienen mayor facilidad para acceder a fuentes de información en donde puedan aprender temas acerca de lactancia (Roig, 2010).

Estado civil

En cuanto al estado civil, en Chile se observó que las madres con unión estable presentaron mayores porcentajes de lactancia materna exclusiva 45,7%, respecto de las madres solteras. De ahí, se adjudica que un corto periodo de lactancia se debe a la inestabilidad emocional y a la falta de apoyo necesario durante este periodo (Pino, López, & Pilar, 2013).

Desde el punto de vista biológico, las variables asociadas a la duración de la lactancia materna son: suministro insuficiente de leche materna, obesidad materna y tabaquismo materno. A nivel mundial, la respuesta dada por las madres frente al abandono precoz de la lactancia y al uso de alimentos complementarios, es que la cantidad y calidad de leche materna que producen es baja y que además no cubre con los requerimientos y necesidades que el bebe necesita para alcanzar un estado nutricional adecuado (Segura, Dewey, & Pérez, 2006). La percepción de producción inadecuada de leche materna, se genera con más frecuencia que el problema real. (Hill & Humenick, 1989).

Obesidad Materna

Los datos publicados en una revisión sistemática de estudios prospectivos acerca del efecto de la obesidad materna sobre la lactancia dan a conocer que las madres no obesas iniciaron la lactancia más temprano y que el riesgo de terminación precoz de la lactancia aumento en madres con IMC ($30\text{kg}/\text{m}^2$ o mayor) por encima de los valores normales (M. Lepe, Bacardí Gascón, Castañeda-González, & Cruz, 2011). Además, la obesidad durante el embarazo afecta directamente sobre la salud del neonato, existe una gran probabilidad de que las embarazadas con sobrepeso u obesidad tengan hijos macrosómicos. Diversos estudios han evidenciado que los hijos de las mujeres con obesidad materna tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, resistencia a la insulina y síndrome metabólico (Farías, 2013).

Tabaquismo materno

Con respecto al consumo de cigarrillo, datos publicados por la OMS (Organización Mundial de la Salud) revelan que aproximadamente el 20% del total de fumadores que existe en el mundo le corresponde al género femenino (OMS, La mujer y el tabaco: atracción fatal, 2010).

En Pontevedra, entre agosto del 2004 y septiembre del 2005 se realizó un estudio sobre todas las embarazadas que acudían a dos hospitales del lugar, los resultados de este estudio fueron que, las mujeres que no fuman deciden lactancia materna exclusiva al alta en un 77,6% y la mantienen a los 6 meses en un 30,6% (Iglesias, 2005). Este estudio también describe los efectos de la nicotina sobre el niño que se encuentra en periodo de lactancia, los principales efectos son: *“alteraciones en los estándares de sueño, daños histopatológicos en el hígado y en los pulmones,*

daños oxidativos intracelulares, reducción de células β del páncreas y reducción de la tolerancia a la glucosa” (Primo, Ruela, A, & Garcia, 2013). De la misma forma, durante la lactancia, la nicotina pasa al infante por medio de la leche materna provocándole cólicos, además la nicotina le confiere un sabor desagradable a la leche humana y como consecuencia de esto puede generarse rechazo del pecho por parte del lactante (Ruíz, Rodríguez, Revert, & Hardisson, 2004).

Factor laboral

Respecto al factor laboral, diferentes estudios (Duración de la lactancia materna y actividad laboral- España; La madre que amamanta y el entorno laboral-Chile) señalan que en madres que trabajan y, sobre todo si es fuera del hogar, hay mayor riesgo de no iniciar o abandonar de forma precoz la lactancia materna exclusiva, a consecuencia de esto, las madres optan por el uso temprano de fórmulas lácteas, mayor uso del biberón y complementación con otros alimentos (Becerra, Richa, Fonseca, & Bermúdez, 2015). Actualmente en Ecuador se han dimensionado políticas laborales que garantizan descansos remunerados para la lactancia, al menos hasta que el neonato cumpla los seis meses de edad. La OIT (Organización Internacional del Trabajo) establece que durante el periodo de lactancia las madres trabajen seis de las ocho horas regulares, por ejemplo, las madres pueden ingresar dos horas más tarde o salir dos horas antes (Enríquez, 2016).

Apoyo familiar y profesional

Como apoyo a la lactancia materna se considera aquel que es brindado por parte de la atención hospitalaria, prenatal y familiar. Además, la asesoría puede ser adquirida por medio de grupos de apoyo, amigos y familiares. En Estados Unidos

el 86% de un grupo de madres coincidían que su familia era su principal fuente de apoyo para la lactancia. Asimismo en Colombia se encontró que el 64,6% de madres se sentía motivada a la lactancia por el ejemplo impartido de otros familiares (Araceli, 2007). Entonces, el apoyo familiar y profesional representa un rol importante para las madres al momento de decidir sobre el inicio y duración de la lactancia materna. De la misma manera, el esposo desempeña un papel determinante, tanto para el apoyo emocional de la madre como desde el punto de vista económico (González & Pileta, 2002).

Interés, confianza e intención materna de iniciar la lactancia

En un estudio de los fenómenos psicológicos que influyen en el amamantamiento se concluyó que la actitud, intención y creencias positivas prolongaban la duración de la práctica de la lactancia materna (Jiménez & Sánchez, 1985). También, datos de una revisión de 12 estudios de lactancia en Japón demostraron que los factores psicométricos maternos, incluida la confianza tienen un vínculo directo en la práctica de la lactancia materna (Otsuka, y otros, 2014).

Autoeficacia

La autoeficacia es el sentido que una persona tiene, respecto a sus habilidades y capacidades para realizar tareas exigentes de manera satisfactoria. Asimismo, los niveles de autoeficacia pueden modificar el grado de motivación de una persona, por ejemplo las personas con alta autoeficacia desarrollan tareas con un grado de dificultad mayor. Además, la autoeficacia ha sido estudiada como causa influyente en distintas conductas, como por ejemplo: realizar actividad física, controlar el dolor, bajar de peso, manejar el estrés, no fumar, entre otros (Buchanan, 2016). El pensamiento regula la autoeficacia, la motivación humana y la conducta, según la

teoría de Bandura. Por otro lado, estarían involucradas tres tipos de expectativas: a) Las expectativas de la situación, en la que las consecuencias son producidas por eventos ambientales independientes de la acción personal, b) Las expectativas de resultado, que se refiere a la creencia que una conducta producirá determinados resultados y c) Las expectativas de autoeficacia o autoeficacia percibida (Medina & Urra, 2007).

La autoeficacia orientada específicamente al amamantamiento se define como percepción de la madre sobre su capacidad para amamantar al infante (Tuthill & McGrath, 2015). Un importante estudio se destaca apoyando esta definición, el Randomized Controlled Trial to Determine Effects of Prenatal Breastfeeding Workshop on Maternal Breastfeeding Self-Efficacy and Breastfeeding Duration, en el que se encontró que las madres que asistieron a un taller de aprendizaje de autoeficacia, mantuvieron en mayor proporción la lactancia materna exclusiva que aquellas que no asistieron, el estudio fue realizado en una muestra de 110 mujeres primíparas que esperaban un solo hijo (Weiss, Rupp, & Cragg, 2006).

Debido a que algunos de los factores que influyen en la decisión materna de iniciar o mantener la lactancia no son observables directamente por el grado de complejidad y forma de expresión no común que poseen, es necesario el uso de instrumentos que permitan y aproximen su medición. Entre estos instrumentos se encuentran las escalas, que son herramientas de medición constituidas por un conjunto de preguntas encaminadas a revelar determinados niveles o variables que no se aprecian a simple vista (Cid, Orellana, & Barriga, 2010).

Escala de Autoeficacia del Amamantamiento

Para poder identificar el grado de autoeficacia percibida se cuenta con la Escala de Autoeficacia del Amamantamiento (Self-Efficacy Scale). Esta escala fue publicada por Dennis y Faux, se desarrolló utilizando la teoría de autoeficacia como concepto básico para medir la confianza de las madres lactantes frente al proceso de la lactancia materna (Tuthill & McGrath, 2015). La escala está estructurada por dos dominios: la técnica y pensamientos intrapersonales. La técnica es la acción física que la madre debe realizar a fin de lograr una lactancia exitosa. Los pensamientos intrapersonales son las percepciones de la madre acerca de la lactancia materna (Torres, Dávila, & Parrilla, 2003).

La escala original fue traducida al español. Por otra parte, a fin de determinar las características psicométricas de la escala se realizó varios estudios, mismos que evidenciaron la confiabilidad y validez; en China, se realizó un estudio para determinar las características psicométricas en una muestra de 186 mujeres chinas que se encontraban entre las 4 y 8 semanas postparto, los resultados de este estudio proporcionan evidencia adicional de la confiabilidad y validez del instrumento (X & Cl, 2003).

Datos de un estudio de cohorte realizado en Italia en una muestra de 122 madres muestran la confiabilidad y validez del instrumento. Posteriormente, el análisis sugirió ítems redundantes de la escala original, razón por la cual se probó y validó una versión corta, la BSES - Short Form. Las características de la nueva versión son positivas ya que es de más rápida aplicación y utilidad clínica (Petrozzi & Gagliardi, 2016). La medición de la autoeficacia es útil para predecir el inicio y duración de la lactancia materna (Tuthill & McGrath, 2015).

1.1 Marco conceptual

1.1.1 Leche Materna

La leche materna es el único alimento natural completo que existe para los lactantes, ya que contiene cantidades precisas de grasas, proteínas, azúcares, vitaminas y minerales. La leche materna se adapta y cubre las necesidades en cada etapa de crecimiento del niño, por lo que se produce en la cantidad que él o ella necesita (Crowley, 2015). El alto poder nutrimental de la leche materna, garantiza el desarrollo sensorial y cognitivo del recién nacido, del mismo modo lo protege de enfermedades infecciosas y crónicas. Adicionalmente, aporta beneficios a la salud y bienestar de la madre (OMS, 2017).

1.1.2 Componentes de leche materna

La leche materna sufre alteraciones de los elementos que la constituyen en diferentes etapas: Pre calostro, calostro, leche de transición y leche madura. La concentración de macro y micronutrientes de estas etapas varía de acuerdo a las necesidades del infante. Además, esta composición depende directamente del régimen alimentario de la madre durante el embarazo (García, 2011).

1.1.3 Pre calostro

El pre calostro, es una secreción mamaria producida a partir de la semana 16 de embarazo. Está compuesta por: proteínas, nitrógeno total, lactoferrina, inmunoglobulinas, ácidos grasos, magnesio, hierro, sodio y cloro (García, 2011).

1.1.4 Calostro

El calostro, es el alimento que otorga al recién nacido los primeros anticuerpos. Se secreta durante los cuatro primeros días después del parto; es de color amarillo, posee escaso volumen y alta densidad; la producción de calostro es directamente equitativa a la frecuencia de estímulo de succión. (RocíoGonzález, González, Bouchan, & Paredes, 2011)

El contenido nutricional del calostro es: 2 g/100 ml de grasa, 4 g/100 ml de lactosa, 2 g/100 ml de proteína y 67 Kcal/100 ml. Además, contiene gran cantidad de proteínas, vitaminas liposolubles (E, A, K), carotenos y algunos minerales como sodio y zinc (UNICEF, La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca , 2000). Por otro lado, en el calostro se genera una alta concentración de: Inmunoglobulina A, lactoferrina, linfocitos y macrófagos (100.000 / mm³), confiriéndole una acción protectora al infante frente a infecciones y alergias (García, 2011).

1.1.5 Leche de Transición

La leche de transición, es el líquido secretado entre el cuarto y décimo día postparto. Asimismo, entre el cuarto y sexto día se observa un incremento del volumen de producción, el que sigue aumentando hasta alcanzar un volumen de aproximadamente 600 a 800 ml/día. En su contenido se elevan las concentraciones de lactosa y grasas, a causa del aumento de colesterol, fosfolípidos y vitaminas hidrosolubles; disminuyen las proteínas, las inmunoglobulinas y las vitaminas liposolubles debido a que se diluyen por el aumento del volumen de producción (Pediatrics, 2015).

1.1.6 Leche Madura

La leche madura se produce a partir del décimo día después del parto; el volumen promedio de producción diario es de 700 a 800 ml/día. Su contenido posee altas concentraciones de: agua, carbohidratos, proteínas, vitaminas y minerales; como hierro, zinc, selenio y flúor (Salazar, 2009).

1.2 Composición de la leche materna

Los principales componentes de la leche materna son: agua, proteínas, hidratos de carbono, grasas, minerales y vitaminas (García, Composición e inmunología de la leche humana, 2011).

1.2.1 Agua

El agua es el principal componente representa el 88%, razón por lo cual facilita la hidratación del niño. Además, posee una osmolaridad semejante al plasma (Lozano de la Torre, 2008).

1.2.2 Energía

La leche humana aporta 670 a 700 kcal/L a través de los hidratos de carbono y las grasas (García, 2011).

1.2.3 Hidratos de Carbono

Los hidratos de carbono cumplen con la función de proveer de energía al sistema nervioso central. El carbohidrato predominante de la leche materna es la lactosa, se metaboliza en glucosa y galactosa; además, sirve de sustrato a la flora intestinal, facilita la absorción del calcio, hierro y mantiene estable la osmolaridad de la leche. Por otro lado, la galactosa es esencial para la formación de galactopéptidos y galactolípidos cerebrósidos en el sistema nervioso central. Entre los oligosacáridos de la leche humana, el bífidus (bacteria de la flora intestinal que habita en el colon,

ayuda en el proceso de la digestión y mantiene la salud intestinal facilitando la asimilación de nutrientes) es uno de los más importantes ya que es indispensable para el crecimiento de la flora bífida (constituye la flora predominante de los niños lactados al pecho) que constituye la flora predominante en el intestino del lactante (García, 2011).

1.2.4 Lípidos

Las grasas son el componente más variable de la leche humana, proporcionan del 30% a 55% de kilocalorías. Los triglicéridos constituyen más del 98% de la grasa de la leche humana, el resto son fosfolípidos 0,7%, ácidos grasos libres, mono y diglicéridos y colesterol 0,5% (Maldonado, 2004). Igualmente, los principales ácidos grasos que componen la leche materna son el ácido oleico, el palmítico y el ácido linoleico. Los ácidos linoleicos y linolenicos se obtienen en mayor cantidad en la leche humana (0,4 g/100 ml) respecto a la de vaca (0,1 g/100 ml), también tienen un efecto significativo en el desarrollo del sistema nervioso central y retina (Macías, 2006).

1.2.5 Proteínas

Las cantidades de proteína por litro en la leche materna van desde 8.2g a 9g. La proteína de la leche humana está compuesta de la siguiente manera: 60% de proteínas de suero y 40% de caseína; las proteínas del suero se destacan por su importante actividad biológica: inmunoglobulinas, enzimas, algunas hormonas, factores de crecimiento y componentes antiinflamatorios. Por su parte, la caseína está constituida por micelas complejas de caseinato y fosfato de calcio también, cumple con las funciones de: transporte de calcio, fósforo y aminoácidos (Sabillón & Abdu, Composición de la Leche Materna, 1997).

1.2.6 Vitaminas

La leche humana contiene vitaminas hidrosolubles y liposolubles; entre las vitaminas hidrosolubles más abundantes se encuentran, la niacina y la vitamina C. Asimismo, las liposolubles tienen altas concentraciones de β -caroteno y vitamina E. Sin embargo, los niveles de vitamina K presentes en la leche humana no cubren con los requerimientos diarios necesarios, razón por la cual a todo recién nacido se le debe aplicar una dosis de 1 mg por vía intramuscular al nacer (Sabillón & Abdu, Composición de la Leche Materna, 1997).

1.2.7 Minerales

La leche humana posee cantidades exactas de minerales que cubren los requerimientos del infante; contiene alta biodisponibilidad de: calcio, magnesio, hierro, cobre y zinc. Por su parte el hierro se absorbe en un 48% evitando el desarrollo de anemia en los lactantes. Igualmente, el zinc actúa en el crecimiento y en la inmunidad celular y se absorbe en un 48%. En lo que respecta a la relación entre el calcio y el fósforo, es de 2 a 1 en la leche materna, favoreciendo la absorción del calcio en un 75 % (Maldonado, 2004).

1.3 Beneficios de la Lactancia Materna

La leche materna tiene múltiples beneficios para el infante, la madre, la sociedad y la humanidad (Juez, 2016). Así, por ejemplo:

1.3.1 Nutrición óptima

La leche humana es un conjunto de nutrientes, que se caracterizan por su alta calidad, consistencia y equilibrio. A medida que el infante se desarrolla cambia su composición y se adapta a sus necesidades. Permite la maduración paulatina del

sistema digestivo, preparándolo para posteriormente recibir otros alimentos (Urquiza, 2014) .

1.3.2 Nutrición adecuada para prematuros

Las madres que han tenido un parto prematuro, secretan un tipo de leche adecuada (leche de pretérmino) que es una sustancia rica en proteínas, lactoferrina e inmunoglobulinas A, siendo esta combinación más apropiada, debido a los altos requerimientos de proteínas del prematuro. Sin embargo, la leche de pretérmino posee bajas concentraciones de calcio y fósforo siendo necesaria la suplementación (Sabillón, Composición de la Leche Materna, 1997).

1.3.3 Protección inmunológica

El neonato está expuesto a múltiples enfermedades infecciosas debido a que sus mecanismos de defensa se encuentran parcialmente desarrollados; la leche humana contiene anticuerpos que protegen al neonato de estas enfermedades. Los anticuerpos que predominan en la leche materna son del tipo SIgA (inmunoglobulina A secretora), que se caracterizan por su resistencia a los ácidos y por su capacidad de resistencia contra la digestión enzimática (Hanson & Porras, 1983)

1.3.4 Fácil digestibilidad

La leche materna es de fácil digestión, gracias a su contenido equilibrado de: proteínas, grasas y lactosa; a diferencia de las leches artificiales, no produce estreñimiento (Ben-Joseph, 2015).

1.3.5 Crecimiento y desarrollo óptimo

Los recién nacidos requieren cantidades de macro y micro nutrientes específicas a causa de la inmadurez de sus sistemas orgánicos; la lactancia materna asegura el

crecimiento y desarrollo óptimo del infante especialmente, de su sistema nervioso e inmunológico (Bouquet & Pachajoa, 2011).

1.3.6 Establecimiento del apego

El inicio de la lactancia inmediatamente después del parto, establece un fuerte lazo afectivo o "apego"; entre la madre y el hijo. Igualmente, un buen apego se relaciona con mayor duración y mejor calidad de la lactancia, garantizándole al neonato un mejor desarrollo psicomotor (Pinto, Apego y lactancia natural, 2007).

1.3.7 Recuperación de la madre postparto

Durante la etapa posparto, en mujeres en periodo de lactancia se producen las hormonas oxitocina y prolactina, debido a la succión del lactante. La oxitocina actúa en la eyección de la leche, en la reducción y control de hemorragias uterinas. También disminuye la actividad del sistema nervioso central e induce efectos anti estrés como: baja tensión arterial, ritmo cardíaco, bienestar y relajación (UNICEF, La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca , 2000).

La prolactina (PRL) se encarga de estimular la síntesis y secreción de la leche. Cada vez que el lactante succiona, aumentan los niveles de PRL. La secreción de PRL tiene un ritmo circadiano, es decir, cambian a lo largo del día, siendo más altos en la noche que en el día (Ruth A. Lawrence, 2007). Por otro lado, la lactancia reduce el riesgo de depresión post parto, reduce el riesgo de anemia; previene: la osteoporosis, el cáncer de mamá y ovario (OPS, 2002).

1.3.8 Economía de recursos

La lactancia materna, es un acto natural que no requiere gastos en fórmulas infantiles y teteros. Además, actúa en la prevención de enfermedades evitando así

el gasto de servicios médicos (Beneficios Económicos de la Lactancia Materna, 2016).

2. Marco Temporal

El tiempo en el que se desarrolló la investigación y se aplicó los cuestionarios en madres mayores de 19 años, fue en un lapso de dos meses a partir de la aprobación del protocolo, desde el 06 de agosto del 2017 hasta el 27 de julio del 2018.

Marco Espacial

El presente estudio se realizó en madres mayores de 19 años que asisten al Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, en la ciudad de Quito, provincia de Pichincha, Ecuador.

Capítulo II

2.1 Aspectos metodológicos

2.1.1 Tipo de estudio

Es un estudio descriptivo de corte transversal. Con este tipo de estudio se logró especificar las características y los perfiles importantes de las madres. Además, se logró valorar y medir el nivel de autoeficacia con respecto a la lactancia. Asimismo este tipo de estudio permitió relacionar el nivel de autoeficacia con los distintos factores que la afectan.

2.1.2 Fuentes

Fuentes primarias

Conformadas por las madres adultas que pertenecen al Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, en la ciudad de Quito, de las cuales se obtendrá datos personales (edad, instrucción, estado civil), y se evaluará el nivel de autoeficacia percibida frente al proceso de la lactancia por medio de la escala de autoeficacia del amamantamiento.

Fuentes secundarias

Conformadas por: las bibliografías, referencias; información científica original, tanto de libros físicos obtenidos de bibliotecas, como de libros virtuales, tesis, monografías y artículos de revista. También, registros documentales del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora. Estos registros permitieron realizar el cálculo del total de madres que conforman la población total.

2.2 Población y muestra

2.2.1 Población

La población seleccionada para la realización de la investigación estuvo conformada por 180 madres mayores de 19 años, las mismas que pertenecen al área de salud del estudio: Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, en la ciudad de Quito, en el periodo 06 de agosto del 2017 - 27 de julio del 2018.

2.2.2 Muestra

La muestra seleccionada para el desarrollo de la investigación fueron las madres mayores de 19 años, pertenecientes al área de salud del estudio: Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, en la ciudad de Quito; en el periodo 06 de agosto del 2017 - 27 de julio del 2018, las mismas que aceptaron participar mediante la firma del consentimiento informado.

2.3 Localización Geográfica

Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, dirección: Los Ríos, Quito - Ecuador
170136

2.4 Criterios de inclusión

- Madres adultas mayores de 19 años que pertenezcan al Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora
- Madres que planifiquen brindar leche materna.
- Aceptación voluntaria para tomar parte en el estudio (Consentimiento Informado)

2.5 Criterios de exclusión

- Madres con niños mayores de seis meses de edad
- No cumplir los criterios de inclusión.
- Mujeres que no acepten participar en el estudio

2.6 Procedimiento y técnicas e instrumentos

2.6.1 Procedimiento

La toma de datos del presente estudio se realizó en las instalaciones del Hospital Gineco - Obstétrico Isidro Ayora, en la ciudad de Quito desde el 04 de mayo del 2018 hasta 27 de julio del 2018. Para garantizar la confidencialidad de la información que se obtuvo de cada participante, se trabajó con códigos y no con los nombres de éstas. Los instrumentos de recolección de datos de cada participante tiene un código personal, de esta manera se asegura el anonimato y se realiza un análisis estadístico más adecuado. La aplicación de estos instrumentos fue únicamente a madres que tengan hijos entre 0 y 6 meses (cumplidos). A los niños(as) que se encontraban fuera de este rango etario no se les incluyo en esta investigación. Todos los cuestionarios se aplicaron el mismo día, mientras las madres esperaban su turno de control mensual del lactante.

2.6.2 Consentimiento informado

Se solicitó un consentimiento informado a cada madre entrevistada para asegurar que la investigación fuera compatible con sus valores, intereses y preferencias para así poder incluirlas en la muestra. De esta forma, pudieron decidir libre y espontáneamente participar en la investigación, una vez explicado la finalidad y los objetivos del estudio, aquellas madres que aceptaron participar, firmaron e hicieron la entrega del mismo.

2.6.3 Escala de autoeficacia de la lactancia formato cortó

Se aplicó la escala de autoeficacia de la lactancia. La escala cuenta con preguntas para conocer el nivel de autoeficacia y las respuestas son afirmaciones que describen cuán segura se siente la madre con respecto a manejar la lactancia de su nuevo hijo. Las opciones de respuesta fueron:

1 = Muy Insegura

2 = Insegura

3 = Medianamente segura

4 = Segura

5 = Muy segura

En la cual la madre debía responder escogiendo apenas una opción, con el puntaje total determinado por la suma de los puntajes correspondientes en cada respuesta, por ítem, de modo que el puntaje total puede variar, siendo las madres con mayores puntajes las que representan aquellas con mayor nivel de autoeficacia.

2.6.4 Cuestionario demográfico

Se aplicó el cuestionario demográfico para conocer las principales variables demográficas referidas a la madre, al niño(a) y al nacimiento; las cuales se tomaron en cuenta para el análisis de ciertas variables, como: edad, nivel de escolaridad, estado civil, ocupación, número de hijos, sexo del lactante, tipo de parto, peso al nacer, entre otras.

2.6.5 Cuestionario Factores Influyentes

Se aplicó el cuestionario de factores influyentes. El cuestionario tuvo la finalidad de indagar acerca de los factores asociados a la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida.

2.6.6 Variables antropométricas de la madre y el niño

Se obtuvo las variables antropométricas de las historias clínicas que mantienen en el área de salud: Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora. Las variables incluyen, en la madre: peso, talla, IMC; y en el niño: peso al nacer, peso actual, longitud, perímetro craneal y perímetro braquial.

2.7 Variables

1. Autoeficacia
2. Fecha de nacimiento
3. Nivel de escolaridad
4. Estado Civil
5. Convivencia
6. Ocupación
7. Condición de pareja
8. Número total de hijos
9. Fecha de nacimiento del lactante
10. Dónde se atendió el parto
11. Sexo
12. Tipo de parto
13. Peso al nacer
14. Contacto piel con piel por 30 minutos
15. Lactancia precoz

16. Apoyo del personal para lactancia precoz y técnicas de lactancia durante el resto de la estadía en maternidad
17. Quién le ayudó a poner a su hijo/a al pecho
18. Durante la estadía en la maternidad, el niño o niña recibió fórmula
19. Luego del alta de la madre ¿su hijo/a estuvo hospitalizado/ a?
20. Ha recibido información sobre ventajas e importancia de la leche materna
21. Hasta que mes de vida le dio exclusivamente leche materna
22. Cuál fue el principal motivo de dejar la lactancia materna exclusiva
23. A este niño/a se le ha dado jugo o agua antes de los 6 meses de vida
24. A este niño/a le ha dado sólidos o papillas antes de los 6 meses
25. A este niño/a se le ha dado leche distinta a la leche materna
26. ¿Sigue amamantando a su hijo o hija?
27. Antes de tener a su hijo/a tenía algún trabajo remunerado
28. Experiencia en lactancia previa
29. Edad
30. Peso
31. Talla
32. IMC
33. IMC para la edad
34. Circunferencia de brazo
35. Circunferencia del cráneo

2.7.1 Cuadro de operacionalización de variables

Tabla 1 Variable Autoeficacia

AUTOEFICACIA					
Variable	Definición	Dimensiones	Indicadores	Valores	Escala
Autoeficacia Percibida	Hace referencia a las creencias de las personas sobre sus propias capacidades frente al hecho de realizar tareas exigentes de manera confortable.	Sumatoria de los puntos obtenidos, de acuerdo a los valores 1 para las respuestas "muy insegura", 2 para las respuestas "Insegura"; 3 para las respuestas "medianamente segura", y 4 para las respuestas "segura", y 5 para muy segura".	Grado o nivel de manifestación de la variable	1=Muy Insegura 2 =Insegura 3= Mediana mente segura 4 =Segura 5=Muy segura	Razón o proporción

Tabla 2 Variables datos de la madre

DATOS DE LA MADRE					
Variable	Definición	Dimensiones	Indicadores	Valores	Escala
Fecha de nacimiento	Hace referencia Se refiere a la fecha en que la madre nació. La cual se expresa de la siguiente forma dd (día)/mm (mes)/aaaa (año).	Número de años cumplidos.	Cálculo a partir de la fecha de nacimiento que consta en la cédula de identidad.	-Mayores de 19 años	Nominal

Nivel de escolaridad	Hace referencia al nivel de educación que recibió la madre.	Años de estudio	Nivel de estudio adquirido	-Básica incompleta -Básica completa -Media incompleta -Media completa -Técnico de nivel superior -Universitaria -Post grado	Nominal
Estado Civil	Clase o condición social de la madre	Situación Jurídica	Varían de acuerdo al tipo de relaciones que mantiene una persona	-Soltera -Casada -Divorciada -Unión -Libre -Viuda	Nominal
Convivencia	Coexistencia en común con una o varias personas	Persona con quien convive	Ámbito Familiar	-Pareja -Mamá -Papá -Padres -Hermanos -Abuelos -Tíos -Otros familiares	Nominal
Ocupación	Se refiere al conjunto de actividades, responsabilidades y labores que ejerce la madre	Tipos de trabajo	Ocupación que la madre desempeña	-Ama de casa -Trabajadora -Estudiante	Razón o proporción

Condición de pareja	Se refiere al tiempo de la relación con su actual pareja.	-Con pareja -Sin pareja	Relación que mantiene la madre con su pareja	-Sin pareja -Menos de un año -Más de un año	Razón o proporción
Número total de hijos	Hace referencia al número de hijos(as) vivos al momento de la encuesta.	Porcentaje	Número de hijos o hijas vivos	-1 -2 -3 o más	Razón o proporción

DATOS DEL HIJO O HIJA					
Variable	Definición	Dimensiones	Indicadores	Valores	Escala
Fecha de nacimiento del lactante	Se refiere a la fecha en que el niño(a) de entre 0 y 6 meses nació, La cual se expresa de la siguiente manera: dd(día)/mm (mes)/aaaa (año)	Número de meses cumplidos	Cálculo a partir de fecha de nacimiento	Lactantes de 0 a 6 meses	Nominal
Dónde se atendió el parto	Se refiere al lugar en donde nació el niño(a).	Hospital (público), Clínica (hospital privado o clínica) , en casa con profesional de salud, otro	Lugar en donde nació el niño o niña	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital • Clínica 	Nominal
Sexo	Se refiere al sexo del niño(a) de entre 0 y 6 meses		No es necesario	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Nominal

Tabla 3 Variables nacimiento

NACIMIENTO			
Variable	Definición	Valores	Escala
Tipo de parto	Se refiere a la forma de parto	<ul style="list-style-type: none"> • Vaginal • Cesárea 	Nominal
Peso al nacer	Se refiere al peso del lactante al nacer en gramos.	<ul style="list-style-type: none"> • Gramos 	Razón o proporción
Contacto piel con piel por 30 minutos	Se refiere al momento inmediato al parto, independientemente del tipo de parto, no existió separación al momento de la revisión médica del recién nacido, por el contrario si este fue colocado inmediatamente en contacto piel con piel con su madre y no fue separado de ella al menos por 30 minutos.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • No recuerda 	Razón o proporción
Lactancia precoz	Se refiere si dentro de la primera hora de vida el niño(a) buscó naturalmente el pezón y lactó.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • No recuerda 	Razón o proporción
Apoyo del personal para lactancia precoz y técnicas de lactancia durante el resto de la estadía en maternidad	Se refiere si durante la estadía en la maternidad la madre recibió asistencia para poner a su bebé al pecho.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • No recuerda 	Razón o proporción
Quién le ayudó a poner a su hijo/a al pecho	Hace referencia acerca de la Persona(s) que le ayudó (aron), en caso que la madre lo recuerde.	<ul style="list-style-type: none"> • Médico • Enfermera • Nutricionista • Técnico paramédico 	Razón o proporción

		<ul style="list-style-type: none"> No sabe/no recuerda 	
Durante la estadía en la maternidad, el niño o niña recibió fórmula	Se refiere a que si el niño(a) fue alimentado por leche distinta a la leche materna.	<ul style="list-style-type: none"> Si No No recuerda 	Razón o proporción

Tabla 4 Variables Factores Influyentes

Factores influyentes			
Variable	Definición	Valores	Escala
Ha recibido información sobre ventajas e importancia de la leche materna	Se refiere a si a la madre le otorgaron cualquier fuente de información desde salud, beneficios, importancia y ventajas de la leche materna	<ul style="list-style-type: none"> -Si -No 	Razón o proporción
Hasta que mes de vida le dio exclusivamente leche materna	Etapas en que la madre, brinda alimentación al seno materno sin el uso adicional de leche artificial, jugo, agua, alimentos sólidos, papilla.	<ul style="list-style-type: none"> -Hasta los 6 meses o más -Menos de 6 meses -Nunca le dio pecho -Menos de 1 mes 	Razón o proporción
Cuál fue el principal motivo de dejar la lactancia materna exclusiva	Se refiere al motivo por el cual la madre abandonó la lactancia materna.	<ul style="list-style-type: none"> -Enfermedad del niño -El niño no quiso seguir lactando -Inicio de actividades laborales o estudiantiles -Enfermedad de la madre -El niño quedaba con hambre 	Razón o proporción

		-Por consejo de familiares o amigos	
A este niño/a se le ha dado jugo o agua antes de los 6 meses de vida	Se refiere a cualquier alimento en distinta cantidad, que haya recibido el niño antes de los 6 meses.	-Si -No -Si "si" ¿Desde qué mes?	Razón o proporción
A este niño/a le ha dado sólidos o papillas antes de los 6 meses	Se refiere a cualquier alimento en distinta cantidad, que haya recibido el niño antes de los 6 meses.	-Si -No -Si "si" ¿Desde qué mes?	Razón o proporción
A este niño/a se le ha dado leche distinta a la leche materna	Se refiere a cualquier leche que haya tomado el niño/a diferente a la leche materna a la fecha del momento de la encuesta.	-Si -No -Si "si" ¿Desde qué mes?	Razón o proporción
¿Sigue amamantando a su hijo o hija?	Se refiere a si la madre sigue amamantando al niño(a) a la fecha del momento de la encuesta.	-Si -No -Si "no" ¿Hasta qué mes?	Razón o proporción
Antes de tener a su hijo/a tenía algún trabajo remunerado	Se refiere a si la madre tenía algún trabajo, mismo por el cual recibiera un pago.	-Si -No	Razón o proporción
Experiencia en lactancia previa	Se refiere a que en caso de que la madre tengo otros hijos, cual ha sido la experiencia en lactancia.	-Sin problemas -Con muchos problemas -No tiene otro hijo -Con algunos problemas -No amamantó	Razón o proporción

Tabla 5 Variables Estado Nutricional de la madre y el niño

Estado Nutricional de la madre y el niño				
Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	“Es la suma de años que ha transcurrido desde el nacimiento” (Gaviña, 2011).	-Fecha del cuestionario - Fecha de nacimiento	19-35 años	Razón o proporción
Peso	“Es la suma de todos los componentes del organismo y representa la masa corporal total” (Espacio Nutrición, s.f.).	30 kg a 100 kg	Kilogramo (kg)	Razón o proporción
Talla	Longitud entre la parte inferior (pies) hasta la parte superior (cabeza) (WordReference, 2005).	1.40 - 2.00 m	Metro (m)	Razón o proporción
IMC	Es la relación entre el peso corporal y la talla de un individuo.	Mujer: 11 a 37	Peso en kg/(talla en m) ²	Razón o proporción
IMC para la edad	Es un índice antropométrico que compara el IMC de un niño/a o adolescente con el IMC de referencia correspondiente para a su edad.	≤-3DE a ≥+3DE	Puntaje Z Se calcula el puntaje Z, en el que se encuentra cada uno de los sujetos de la muestra, de acuerdo a las curvas de desviación estándar de IMC para la edad de la Organización Mundial de la Salud	Cuantitativa continua
Circunferencia de brazo	Proporciona información sobre el contenido de masa muscular y masa grasa (Cárdenas, Haua, & Suverza, 2005).	10 a 25	Centímetro (cm)	Razón o proporción

Circunferencia del cráneo	Es un indicador del desarrollo neurológico a partir de la evaluación indirecta de masa cerebral (Cárdenas, Hava, & Suverza, 2005).	-Más desviaciones estándar (DS) 2 -Menos desviaciones estándar. 2	Centímetro (cm)	Razón o proporción
----------------------------------	--	--	-----------------	--------------------

Capítulo III

3. 1 Resultados y análisis basal

En el estudio realizado entre el periodo 06 de agosto del 2017 hasta el 27 de julio del 2018 en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora-Quito, cuyas participantes fueron las madres pertenecientes a esta área de salud; con una muestra de 180 madres se obtuvieron los siguientes resultados:

ESCALA DE AUTOEFICACIA

Respecto a si la madre puede determinar si su hijo (a) recibe suficiente leche de su pecho, el 39% (69) refirió sentirse muy seguras, el 23% (42) seguras, el 13% (24) medianamente seguras, el 18% (32) inseguras y el 7% (13) muy inseguras.

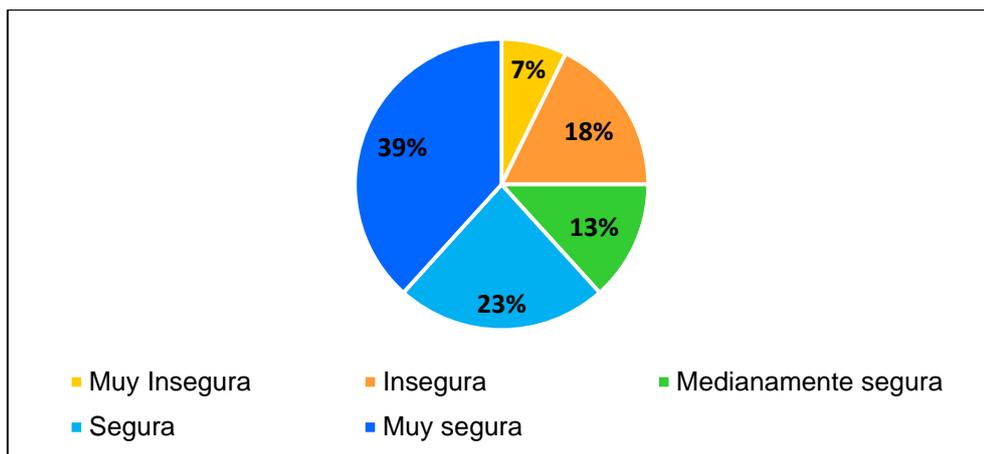


Gráfico 4 Puedo determinar que mi hijo recibe suficiente leche de mi pecho.

Fuente: Mayra Bastidas

Respecto a enfrentar con éxito la práctica de la lactancia materna al igual como han enfrentado otros desafíos que se han presentado en su vida, el 36% (64) de madres respondió muy seguras, el 29%(53) seguras, el 18%(32) medianamente seguras, el 15%(27) seguras y el 2%(4) restante muy inseguras.

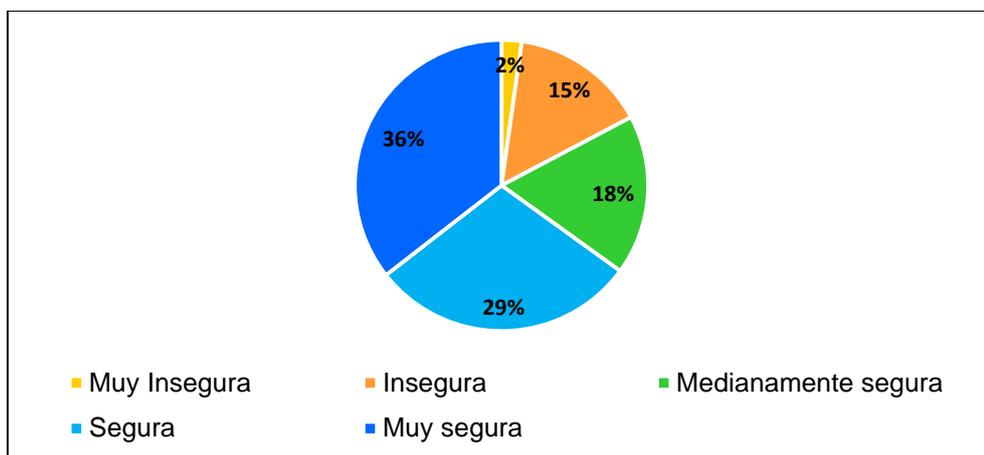


Gráfico 5 Puedo enfrentar con éxito el amamantamiento igual como he enfrentado otros desafíos en mi vida.

Fuente: Mayra Bastidas.

El 39%(71) de madres encuestadas, manifestó sentirse muy segura de dar el pecho sin necesidad de utilizar fórmulas lácteas, el 23%(41) seguras, el 11%(20) medianamente seguras, el 18% (32) inseguras y el 9%(16) restante muy inseguras.

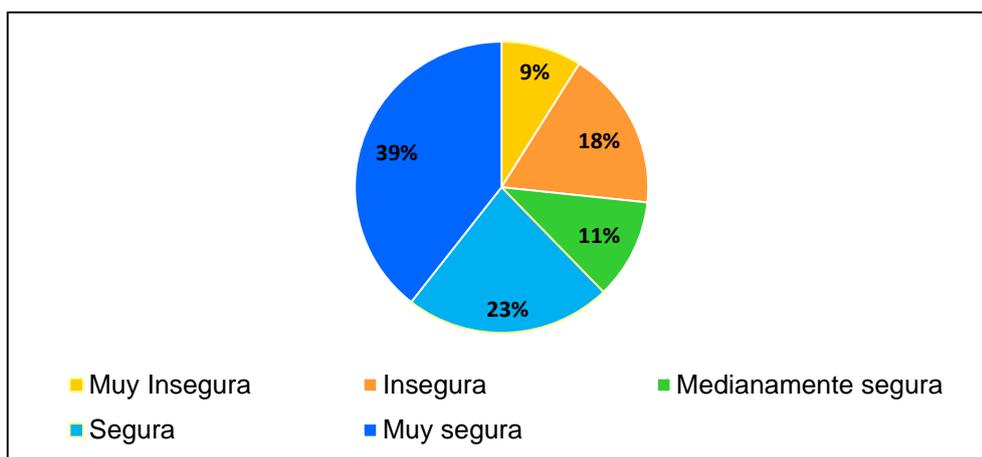


Gráfico 6 Puedo darle pecho a mi hijo sin necesidad de utilizar fórmulas lácteas.

Fuente: Mayra Bastidas.

En relación a si el hijo(a) esta apropiadamente agarrado al pecho mientras se alimenta, se puede observar que el 37%(66) de madres están muy seguras, el 28%(51) seguras, el 17%(31) medianamente seguras, el 12% (21) inseguras y el 6%(11) restante muy inseguras.

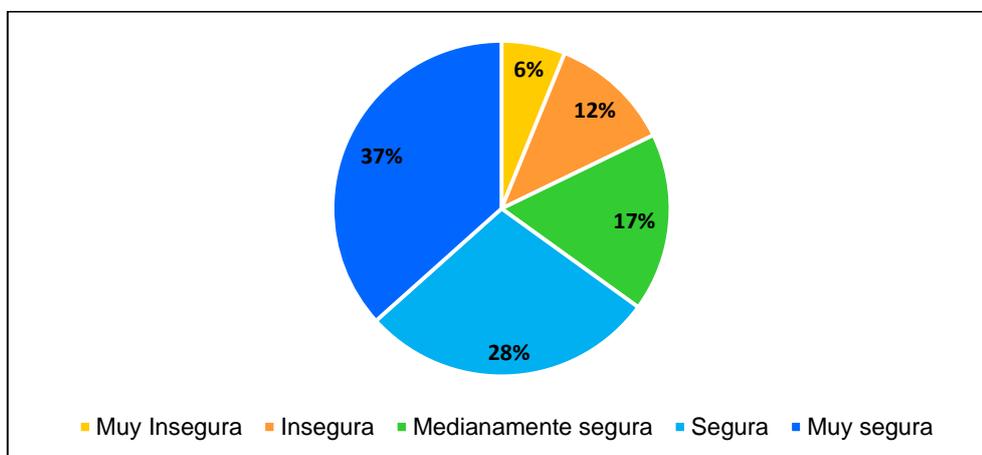


Gráfico 7 Puedo asegurar que mi hijo esta apropiadamente agarrado a mi pecho mientras se alimenta.

Fuente: Mayra Bastidas.

Las madres refirieron en su mayoría 42%(76) estar muy seguras de manejar a su bienestar la práctica de la lactancia materna, el 25%(45) seguras, el 14%(36) medianamente seguras, el 15% (26) inseguras y el 4%(7) restante muy inseguras.

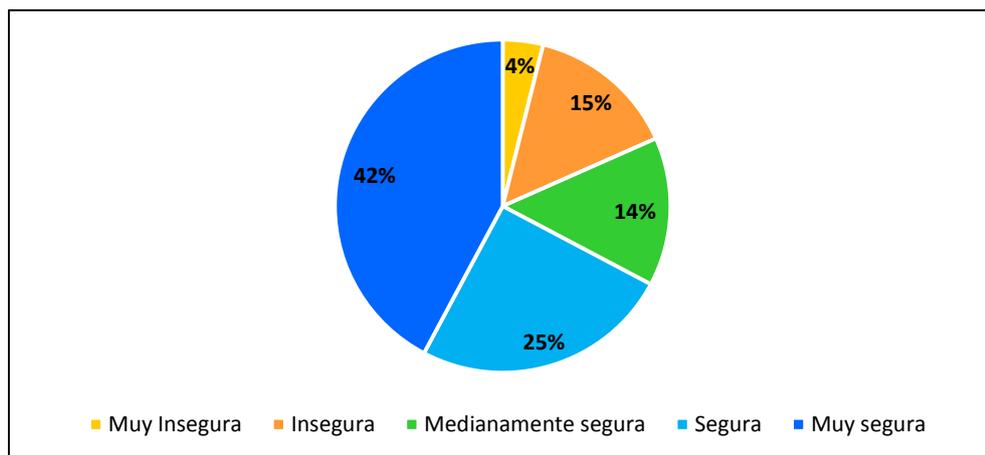


Gráfico 8 Puedo manejar a mi bienestar la situación del amamantamiento.

Fuente: Mayra Bastidas.

En relación al manejo de la práctica de la lactancia incluso si el infante está llorando, en el gráfico N 9 se muestra un 36%(65) de madres muy seguras, 32%(58) seguras, 15%(27) medianamente seguras, 12% (22) inseguras y 5%(8) restante se sienten muy inseguras.

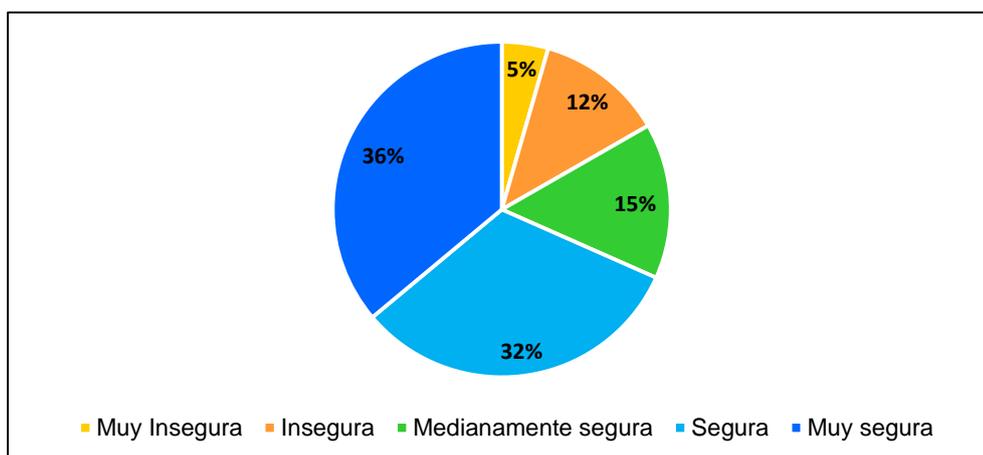


Gráfico 9 Puedo manejar la situación del amamantamiento incluso si mi hijo está llorando.

Fuente: Mayra Bastidas.

En cuanto a mantener el deseo de amamantar, observamos un 40%(72) de madres muy seguras, el 29%(52) seguras, el 13%(23) medianamente seguras, el 12% (22) inseguras y el 6%(11) restante muy inseguras.

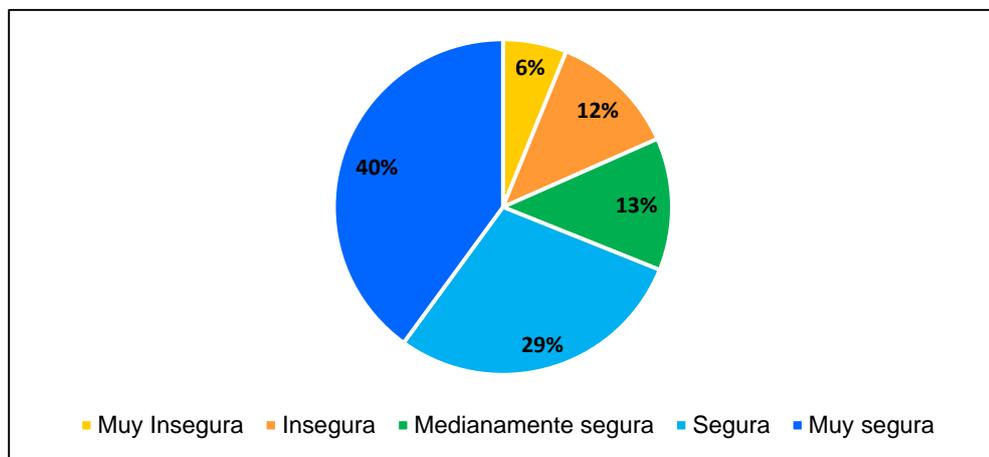


Gráfico 10 Puedo mantener el deseo de amamantar.

Fuente: Mayra Bastidas.

En el gráfico N°11 se observó un 46%(83) de madres muy seguras de amamantar a su hijo(a) a pesar de que existan miembros de su familia presentes, el 27%(48) seguras, el 12%(21) medianamente seguras, el 10% (19) inseguras mientras que el 5%(9) restante muy inseguras.

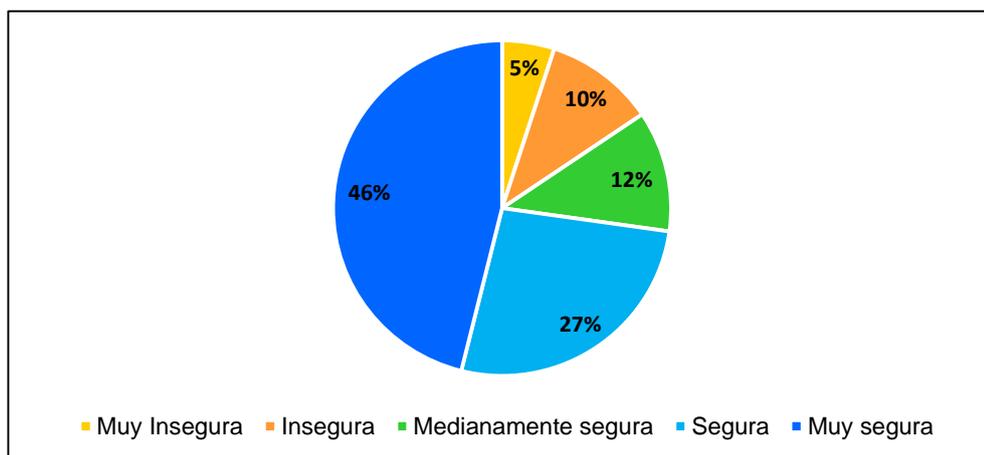


Gráfico 11 Puedo dar pecho cómodamente cuando los miembros de mi familia están presentes.

Fuente: Mayra Bastidas

Como se observa en el gráfico N 12, el 36%(64) de madres respondió muy seguras de estar satisfechas con la experiencia de amamantar, el 31%(56) seguras, el 19%(35) medianamente seguras, el 13% (23) inseguras y el 1%(2) restante muy inseguras.

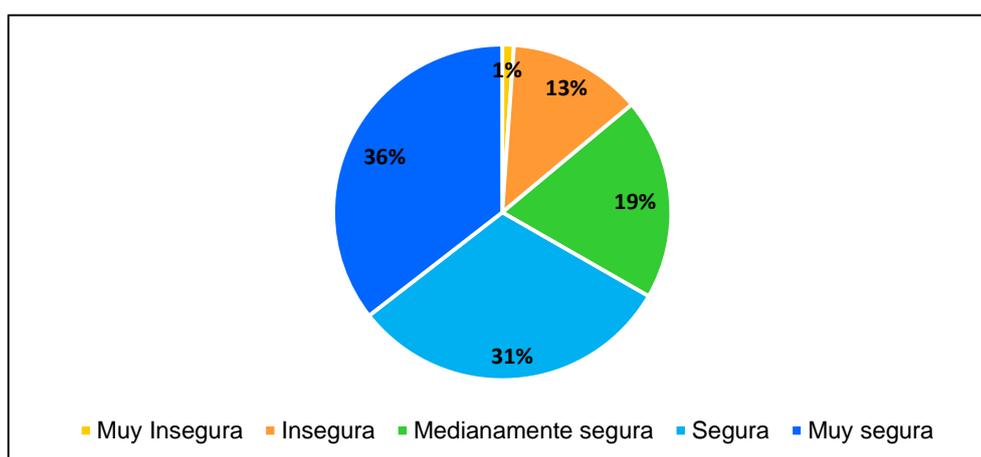


Gráfico 12 Puedo estar satisfecha con la experiencia de amamantar.

Fuente: Mayra Bastidas

En el gráfico N°13 respecto a quienes pueden enfrentar el hecho de que la lactancia materna ocupará gran parte de su tiempo, el 33%(60) de madres respondió muy seguras, el 33%(60) seguras, el 18%(33) medianamente seguras, el 11% (19) inseguras y el 5%(8) restante muy inseguras.

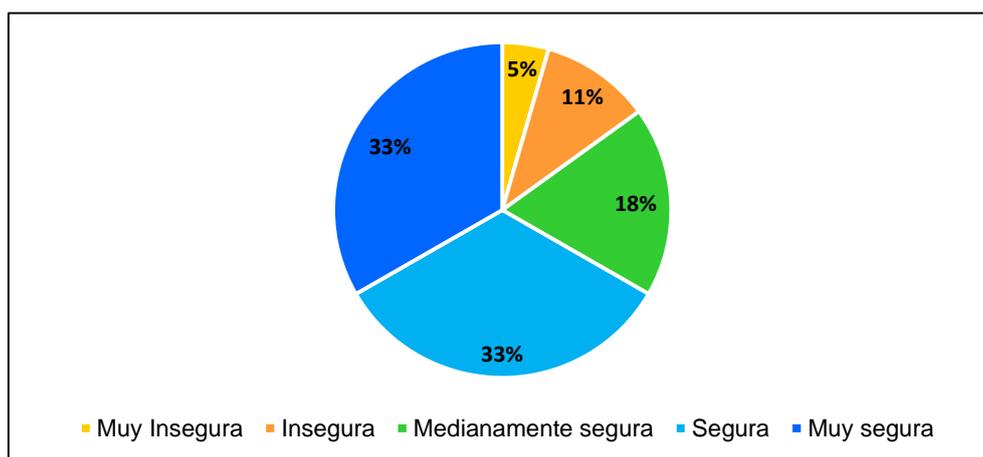


Gráfico 13 Puedo enfrentar el hecho de que la lactancia materna me ocupará tiempo.

Fuente: Mayra Bastidas

En cuanto a quienes pueden terminar de amamantar a su hijo(a) de un pecho, antes de cambiarlo al otro pecho se observa que el 37%(66) muy seguras, el 30%(54) seguras, el 16%(28) medianamente seguras, el 13% (24) inseguras y el 4%(8) restante muy inseguras.

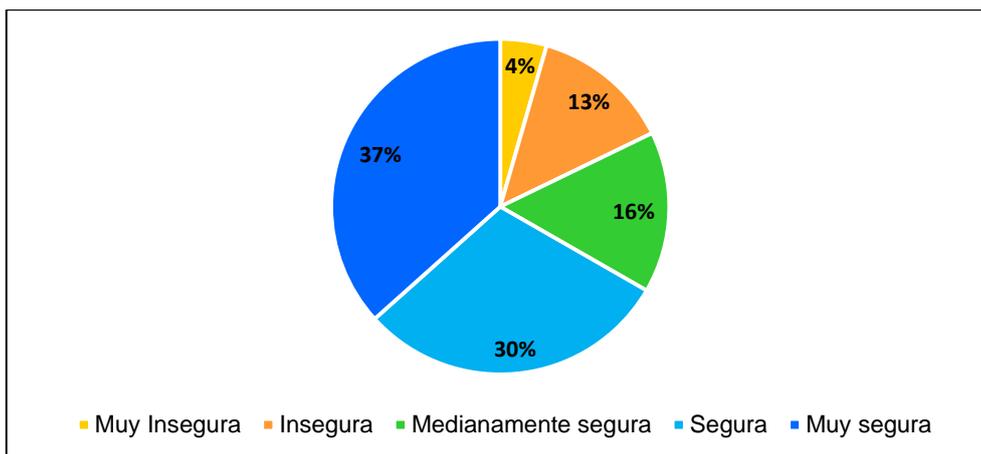


Gráfico 14 Puedo terminar de amamantar a mi hijo de un pecho, antes de cambiarlo al otro pecho.

Fuente: Mayra Bastidas

En el gráfico N°15 se muestra que el 34%(62) de las madres encuestadas refirió sentirse muy seguras de amamantar a su hijo(a) cada vez que este lo necesite, el 30%(53) seguras, el 23%(41) medianamente seguras, el 11% (20) inseguras y el 2%(4) restante muy inseguras.

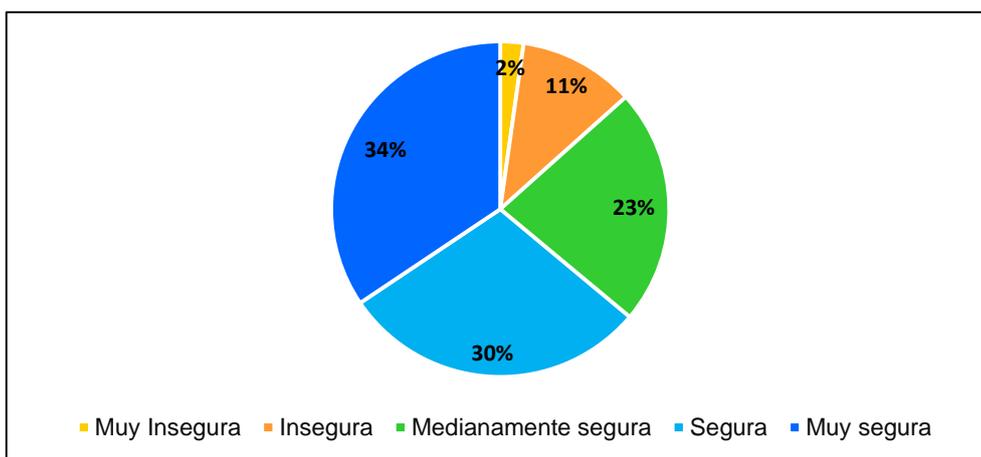


Gráfico 15 Puedo amamantar a mi hijo cada vez que este lo necesite.

Fuente: Mayra Bastidas

El 31%(55) de las madres afirmó sentirse muy seguras de poder cumplir con los requerimientos de amamantamiento de su hijo(a), el 29%(53) seguras, el 20%(36) medianamente seguras, el 18% (32) inseguras y el 2%(4) restante muy inseguras.

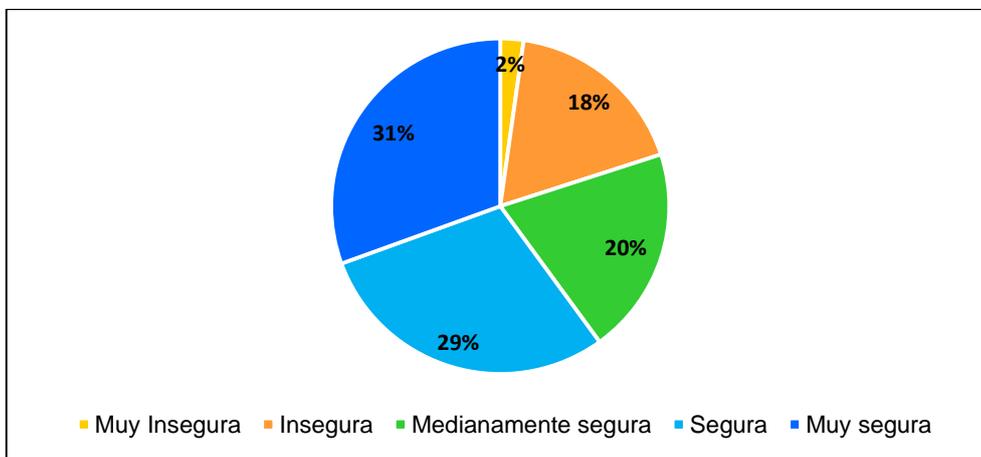


Gráfico 16 Puedo cumplir con los requerimientos de amamantamiento de mi hijo.

Fuente: Mayra Bastidas

Con respecto al gráfico N°17, el 18%(32) de madres respondió muy seguras de poder reconocer cuando su hijo a terminado de tomar el pecho, el 37%(66) seguras, el 30%(55) medianamente seguras, el 7% (13) inseguras y el 8%(14) restante muy inseguras.

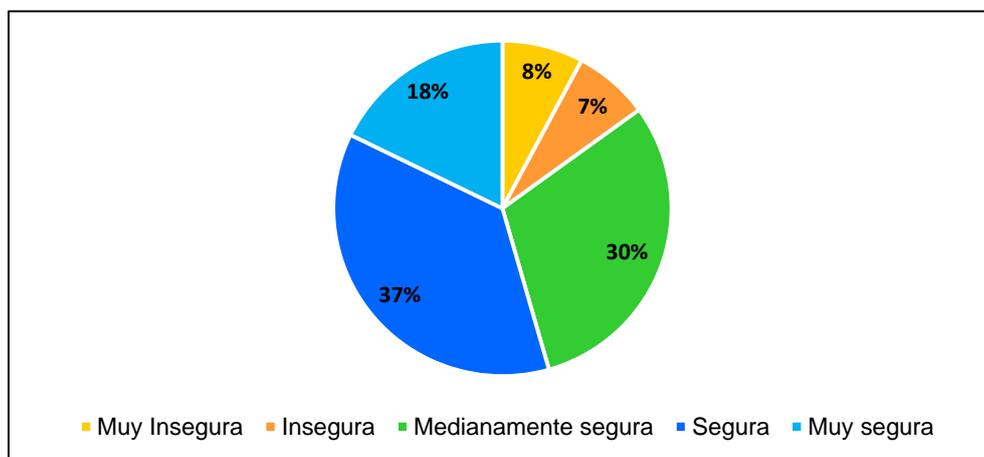


Gráfico 17 Puedo reconocer cuando mi hijo ha terminado de tomar pecho.

Fuente: Mayra Bastidas

TOTAL

En el gráfico N°18 se muestra el grado de autoeficacia de la lactancia materna obtenida al completarse el test. El 57% (102) de las madres encuestadas posee un nivel de eficacia alta, el 24% (44) nivel de eficacia media y el 19% (34) restante nivel de eficacia baja.

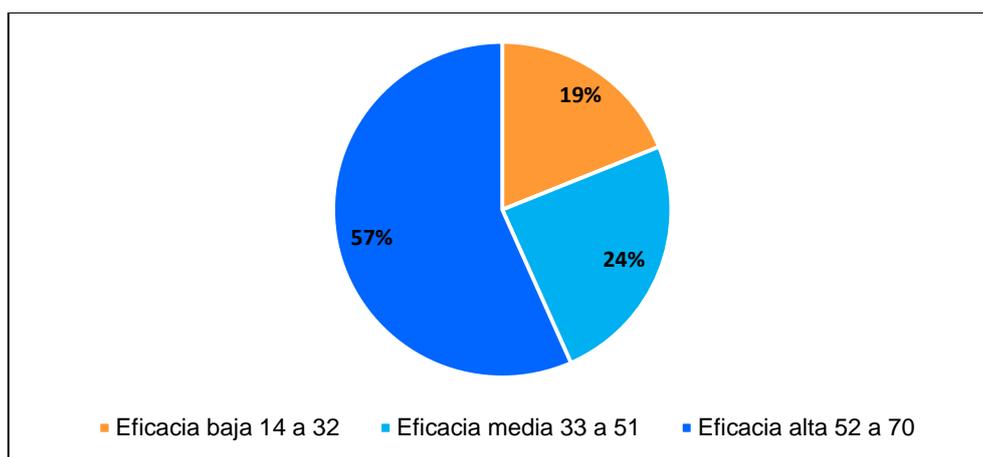


Gráfico 18 Grado de Autoeficacia.

Fuente: Mayra Bastidas

Datos de la madre

Edad de la madre

En el gráfico N°19 se puede observar que el 46%(83) de las madres están entre los 20 a 25 años, el 24%(44) entre los 26 a 30 años, el 15%(26) entre los 31 a 35 años, el 8%(15) entre los 36 a 40 años y el 7%(12) restante entre los 40 a 45 años.

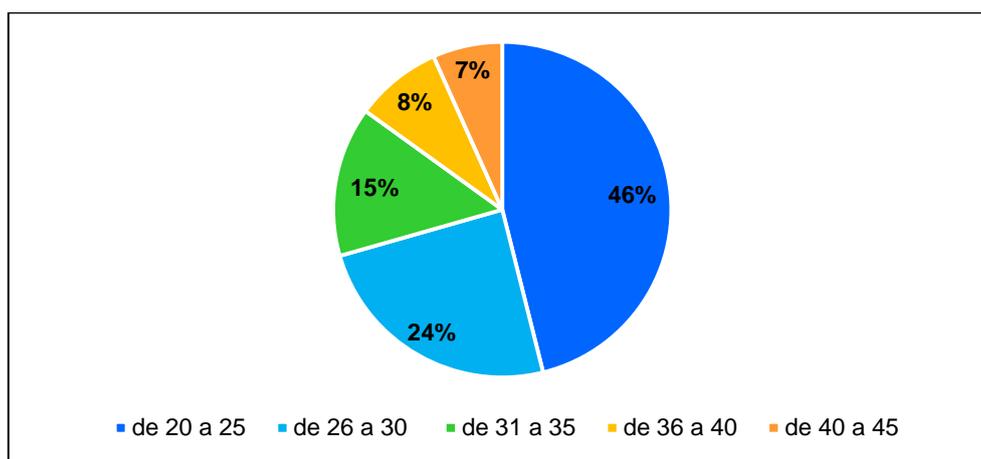


Gráfico 19 Rangos de edad de la madre.

Fuente: Mayra Bastidas

	N	Promedio	Mínimo	Máximo	Desviación estándar
Edad	180	27,54	20	40	6,3363

Las edades de las madres oscilaban entre los 20 y 43 años de edad y el promedio de edad fue de 27,54 años, con una desviación estándar de 6,33.

Nivel de escolaridad de la madre

Respecto al nivel de escolaridad de la madre, el 42% (76) tuvo nivel de instrucción media completa, el 22%(40) técnica del nivel superior, el 13%(23) universitaria, el 9%(16) básica completa, el 7%(13) básica incompleta, y el 7%(12) restante media incompleta.

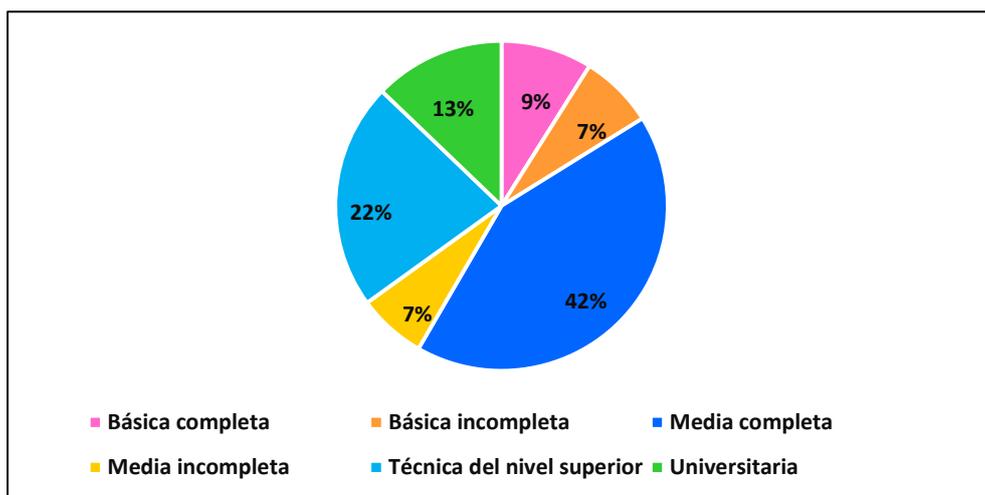


Gráfico 20 Nivel de escolaridad de la madre.

Fuente: Mayra Bastidas

Estado civil de la madre

En relación al estado civil el 42%(75) de las madres encuestadas reportaron estar en unión libre, el 29%(53) solteras, el 27%(48) casadas y el 2%(4) restante divorciadas

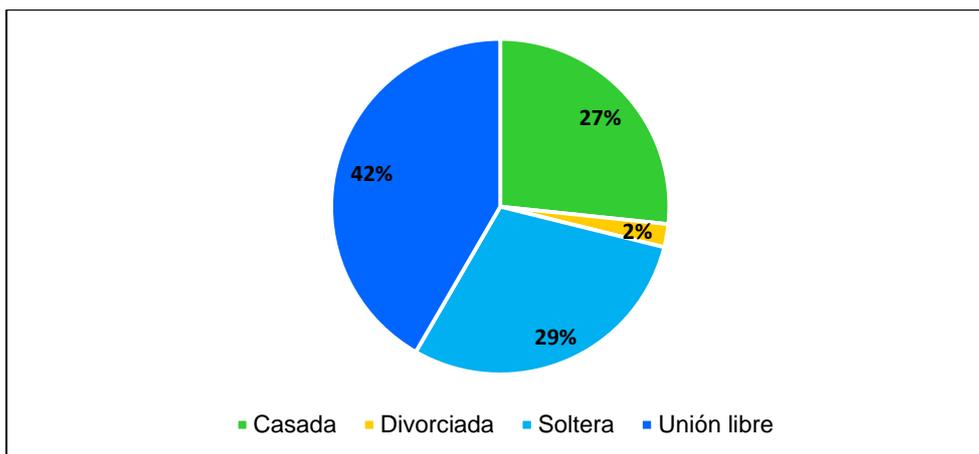


Gráfico 21 Estado civil de la madre.

Fuente: Mayra Bastidas

Ocupación de la madre

Como se observa en el gráfico N°22, el 56%(102) de madres son amas de casa, el 22%(39) estudiantes y el 22%(39) restante trabajadoras. Entre los trabajos referidos por las madres se encuentran: negociante, cajera, empleada pública, cocinera, propietaria de negocio, estilista, asesora de ventas, cosmetóloga, parvularia, diseñador gráfico, administradora y contadora.

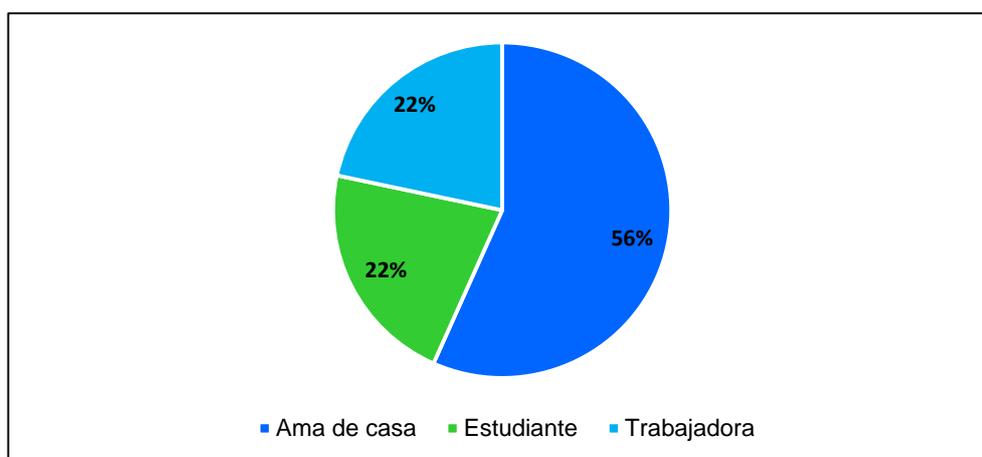


Gráfico 22 Ocupación de la madre.

Fuente: Mayra Bastidas

Condición de pareja de la madre

En el gráfico N°23 se observa que el 73%(132) de las madres tienen pareja de más de un año, el 17%(31) pareja de menos de un año y el 10%(17) restante están sin pareja.

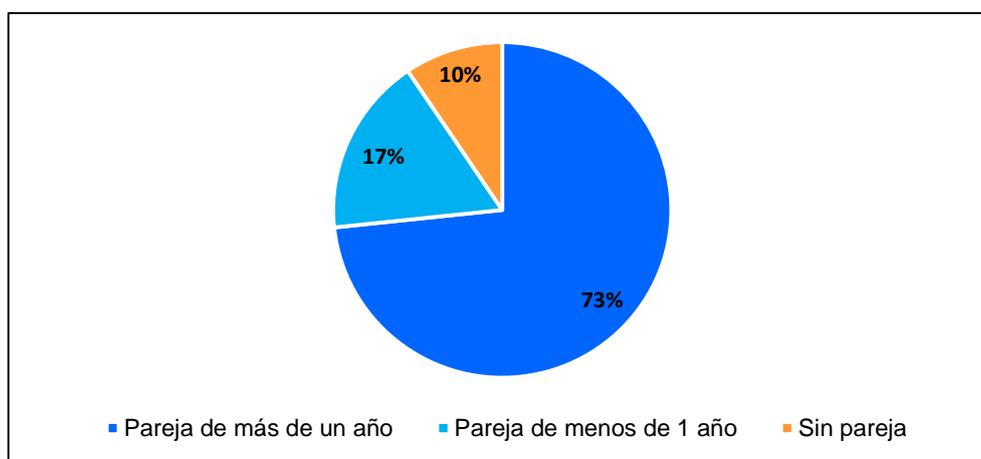


Gráfico 23 Condición de pareja de la madre.

Fuente: Mayra Bastidas

Número total de hijos vivos

Con respecto al número total de hijos vivos el 42%(76) tiene un hijo, el 32%(57) entre tres o más hijos y el 26%(47) restante dos hijos.

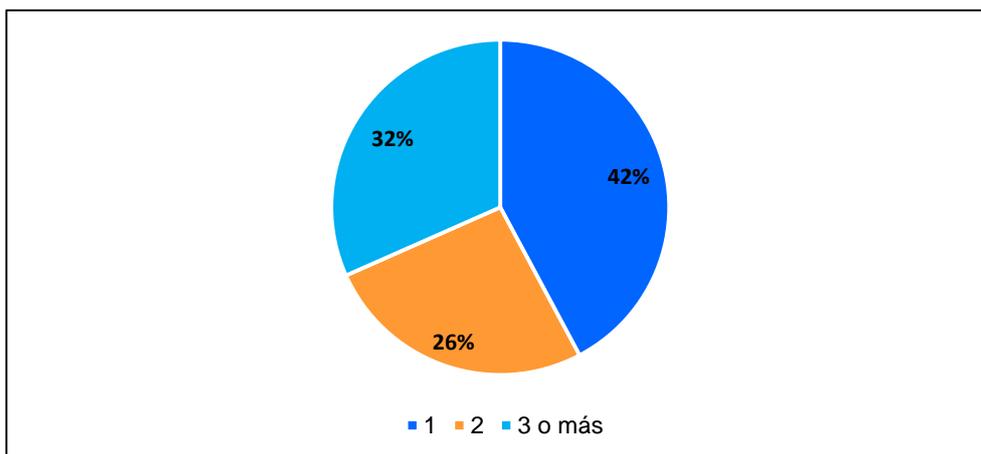


Gráfico 24 Número total de hijos vivos.

Fuente: Mayra Bastidas

Datos del hijo(a)

Edad

En el gráfico N°25 se observa que el 62% de los niños(as) están entre los 0 a 2 meses de edad, el 35% entre los 3 a 5 meses y el 2% restante en los 6 meses.

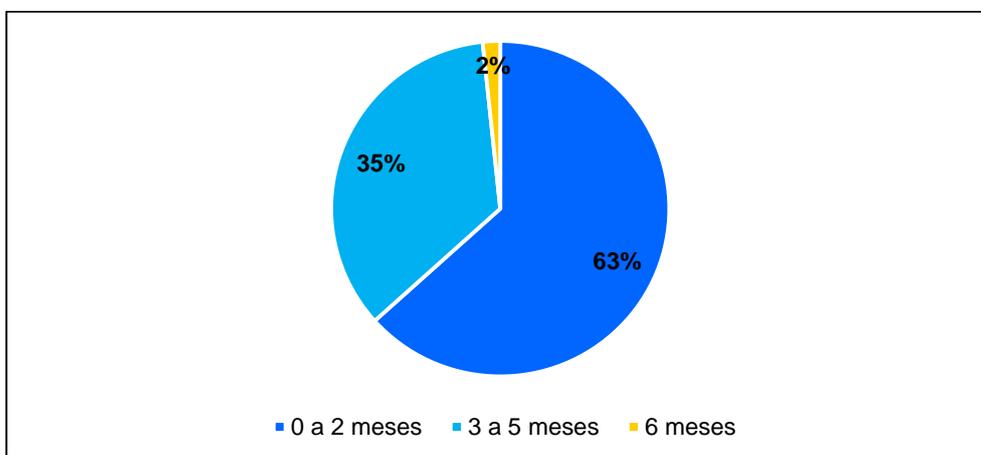


Gráfico 25 Edad del niño(a).

Fuente: Mayra Bastidas

Sexo

Con respecto al sexo del infante el 57%(103) corresponde al sexo masculino y el 43%(77) al sexo femenino.

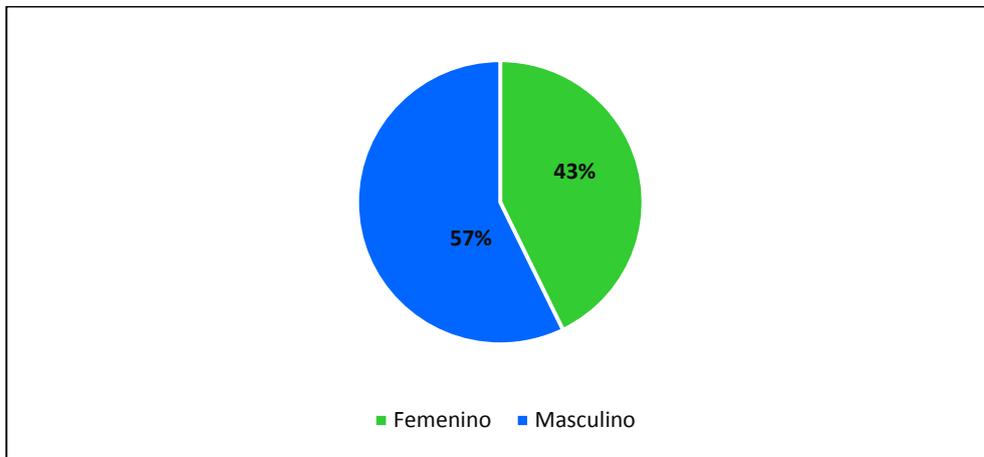


Gráfico 26 Sexo.

Fuente: Mayra Bastidas

Donde se atendió el parto

En relación al lugar donde se atendió el parto el 99%(179) se atendió en hospital y el 1%(1) en clínica.

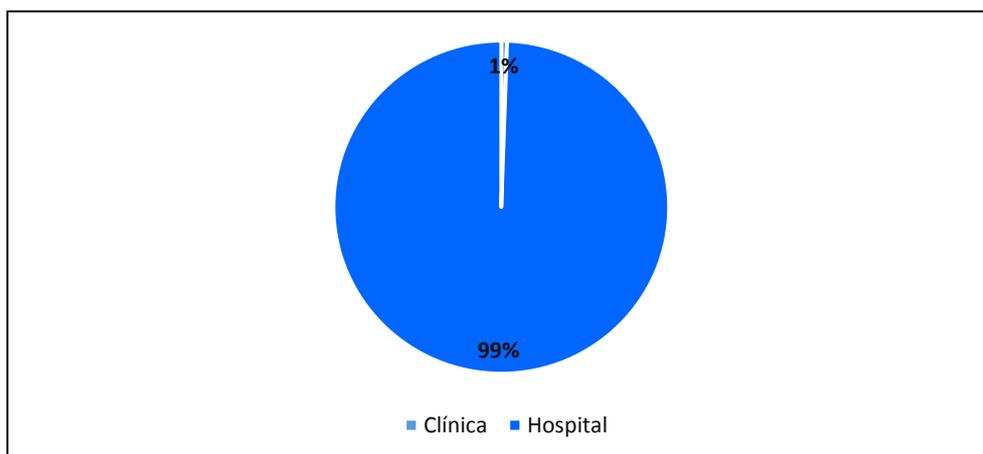


Gráfico 27 Donde se atendió el parto.

Fuente: Mayra Bastidas

Nacimiento

En relación al tipo de parto el 51%(92) de las madres encuestadas tuvo parto por cesárea y el 49%(88) parto normal.

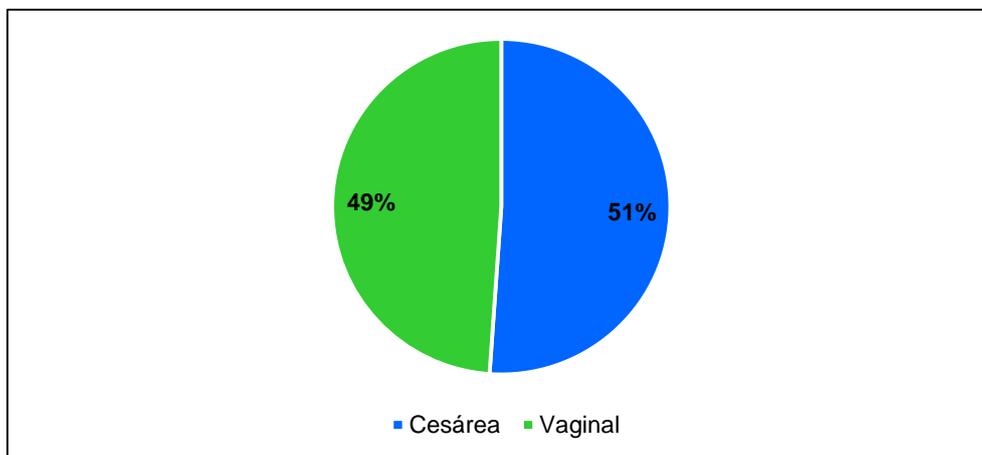


Gráfico 28 Tipo de parto.

Fuente: Mayra Bastidas

¿Lo dejaron de inmediato en contacto piel a piel con Ud. Mínimo 30 minutos?

En el gráfico N°29 se muestra que el 78%(141) de las encuestadas respondió que no, el 14%(24) no recuerda y el 8%(15) restante dijo que sí.

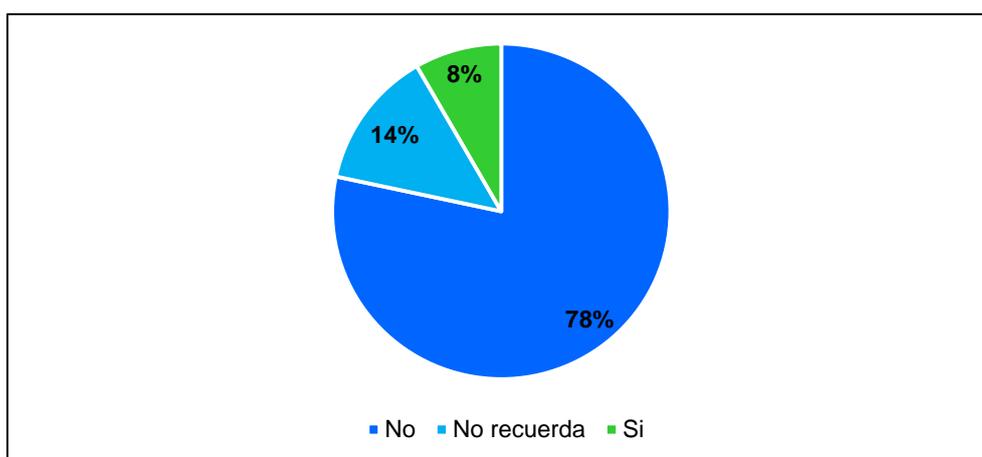


Gráfico 29 ¿Lo dejaron de inmediato en contacto piel a piel con Ud. Mínimo 30 minutos?

Fuente: Mayra Bastidas

¿Se acopló espontáneamente al pecho (tomó pecho sin ayuda), dentro de la primera hora de vida?

En cuanto a la pregunta ¿Se acopló espontáneamente al pecho (tomó pecho sin ayuda), dentro de la primera hora de vida?; el 51%(91) respondió que sí, el 39%(70) no recuerda y el 10%(19) restante no.

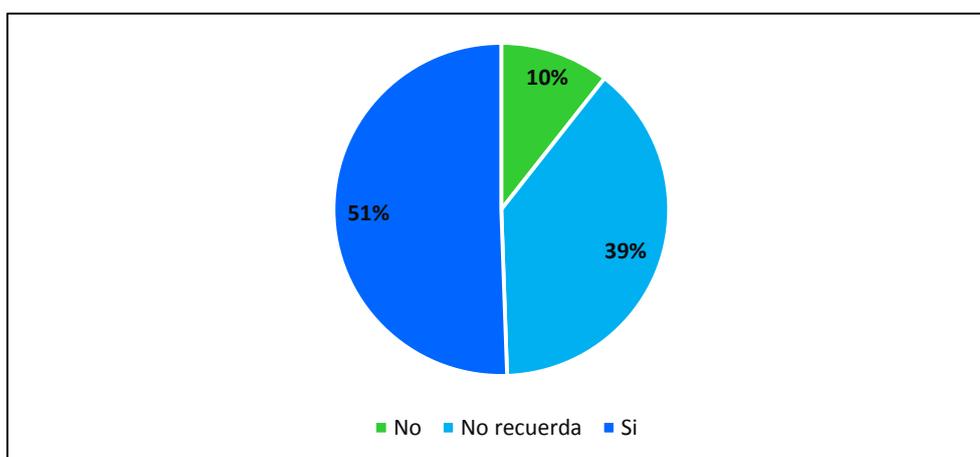


Gráfico 30 ¿Se acopló espontáneamente al pecho (tomó pecho sin ayuda), dentro de la primera hora de vida?

Fuente: Mayra Bastidas

En caso “no” en p13 ¿Recibió ayuda del personal de la maternidad dentro de los 120 minutos posterior al parto para el acople?

En el gráfico N°31 se observa que el 76%(137) de las madres refirió que sí, el 19%(34) no recuerda y el 5%(9) restante no.

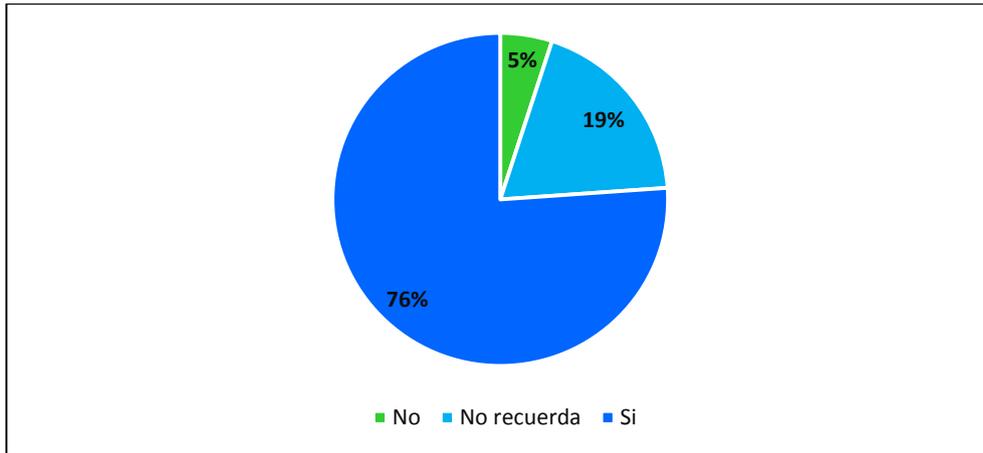


Gráfico 31 En caso “no” en p13 ¿Recibió ayuda del personal de la maternidad dentro de los 120 minutos posterior al parto para el acople?

Fuente: Mayra Bastidas

En el resto de la estadía en la maternidad (Posterior a las dos horas del nacimiento) ¿Recibió apoyo para que el bebé pudiera acoplarse al pecho y sobre técnicas de lactancia?

En el gráfico N°32 se indica que el 83%(149) de madres refirió que sí, el 17%(30) no recuerda y el 0%(1) sí.



Gráfico 32 En el resto de la estadía en la maternidad (Posterior a las dos horas del nacimiento) ¿Recibió apoyo para que el bebé pudiera acoplarse al pecho y sobre técnicas de lactancia?

Fuente: Mayra Bastidas

16. 1 En caso “si” en p.14.1 ¿Quién/es le ayudo/aron a poner a su hijo/a al pecho durante su estadía en la maternidad?

La mayoría de madres 67%(120) respondió que recibió ayuda por parte de enfermeras, el 20%(37) por parte de médicos y el 13%(23) restante no recuerda o no sabe.

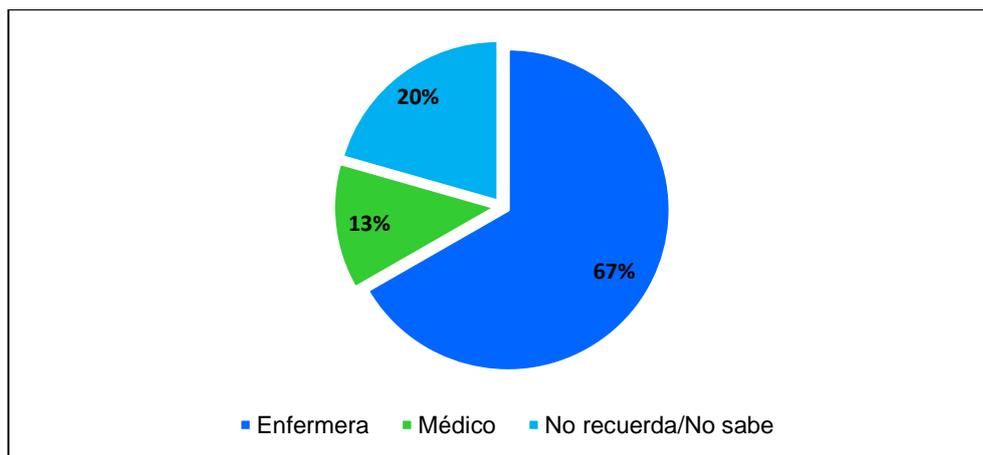


Gráfico 33 En caso “si” en p.14.1 ¿Quién/es le ayudo/aron a poner a su hijo/a al pecho durante su estadía en la maternidad?

Fuente: Mayra Bastidas

Durante la estadía en la maternidad ¿Su hijo o hija recibió fórmula?

Respecto a si el infante recibió formula durante la estadía en la maternidad, en el gráfico N°34 se muestra que el 70%(126) de madres respondió que no, el 26%(46) no recuerda y el 4%(8) sí.

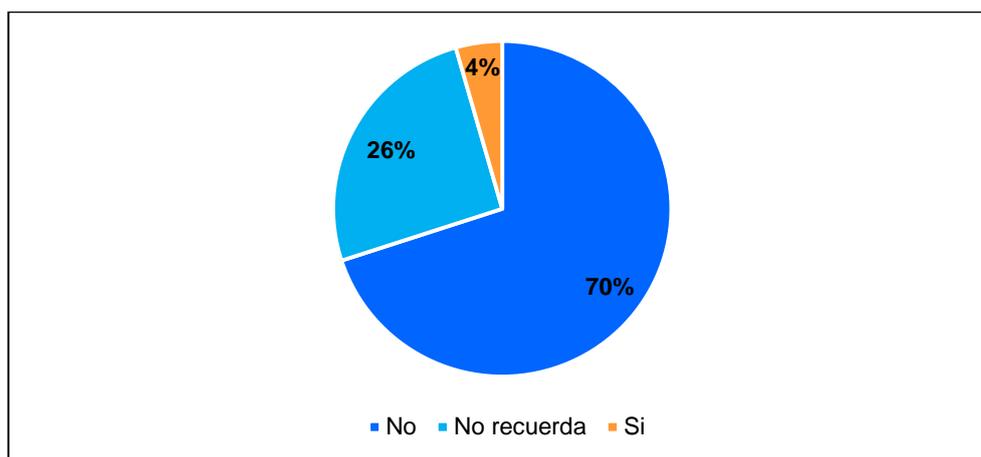


Gráfico 34 Durante la estadía en la maternidad ¿Su hijo o hija recibió fórmula?

Fuente: Mayra Bastidas

Al alta de la maternidad le indicaron

En el gráfico N°35 el 91%(163) de las madres respondió lactancia materna exclusiva libre demanda (sin horario), el 5%(10) lactancia más formula y el 4%(7) restante lactancia materna exclusiva con horarios.

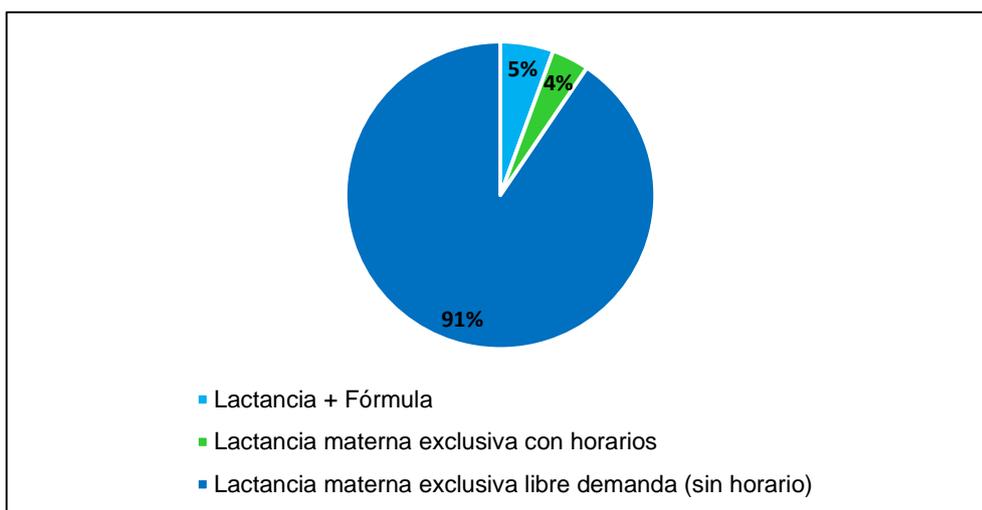


Gráfico 35 Al alta de la maternidad le indicaron.

Fuente: Mayra Bastidas

FACTORES INFLUYENTES

Respecto a si recibieron información sobre ventajas e importancia de la lactancia materna, el 97%(174) de las madres respondió que sí y el 3%(4) restante no.

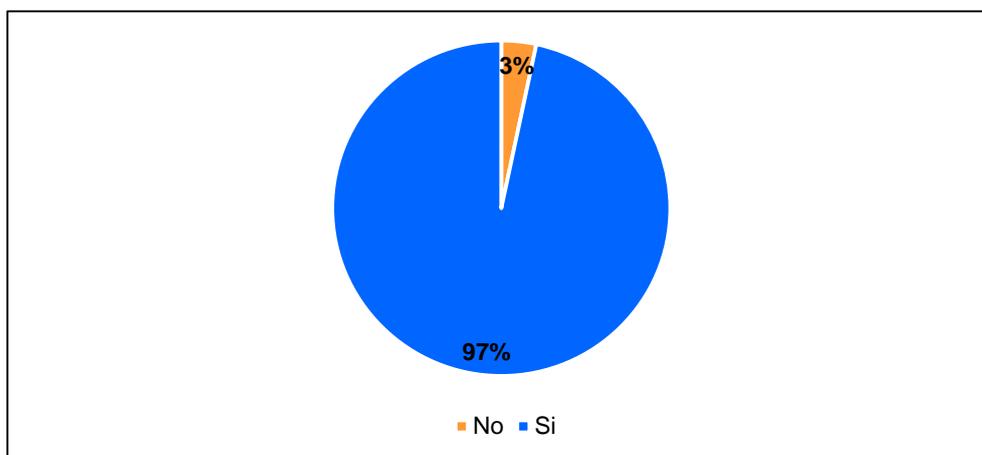


Gráfico 36 ¿Recuerda que le hayan entregado información sobre ventajas e importancia de la lactancia materna?

Fuente: Mayra Bastidas

En caso afirmativo ¿En qué momento recibió esta información?

En el gráfico N°37 se observa que el 53%(93) de las madres refirió que durante los controles o talleres del embarazo, el 29%(50) en controles de salud del niño(a), el

11%(19) durante la estadía en la maternidad y el 7%(12) restante respondió que otro. Con respecto a la respuesta otro, las madres refirieron recibir la información por parte de algún familiar.

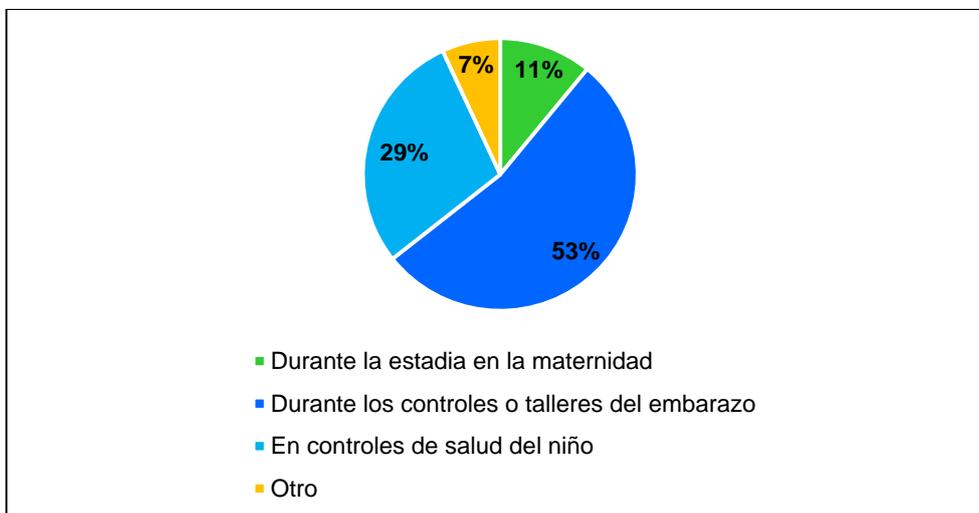


Gráfico 37 En caso afirmativo ¿En qué momento recibió esta información?

Fuente: Mayra Bastidas

A este niño o niña ¿Hasta qué mes de vida le dará exclusivamente leche materna? (sin fórmula, jugo, agua, alimento sólido, papilla)

En el gráfico N°38 se demuestra que el 64%(115) de las madres respondió que hasta los 6 meses o más y el 36%(65) restante menos de 6 meses

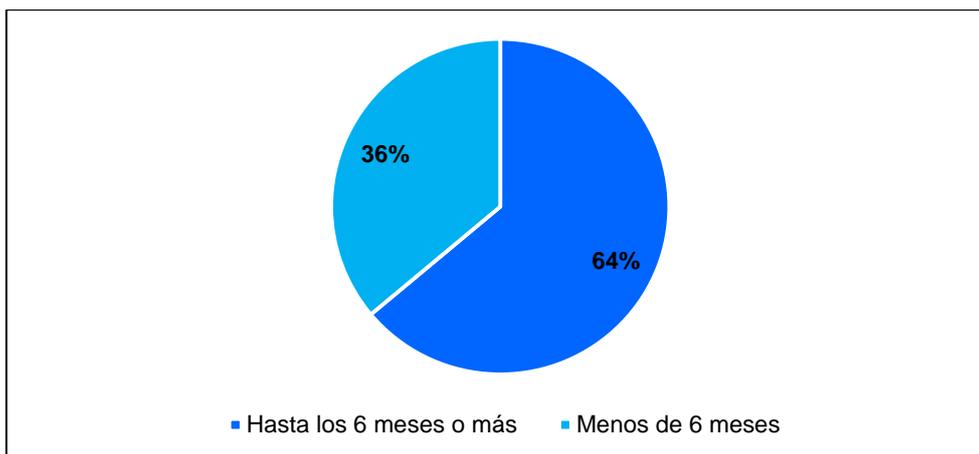


Gráfico 38 A este niño o niña ¿Hasta qué mes de vida le dará exclusivamente leche materna? (sin fórmula, jugo, agua, alimento sólido, papilla)

Fuente: Mayra Bastidas

¿Cuál fue el principal motivo de dejar la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses o de no dar nunca?

El 72%(47) de madres refirió que el principal motivo de abandono de la lactancia fue el inicio de actividades laborales o estudiantiles, el 23%(15) el niño quedaba con hambre, el 2%(1) enfermedad del niño y problemas de la mama o pezón y el 1%(1) restante enfermedad de la madre.

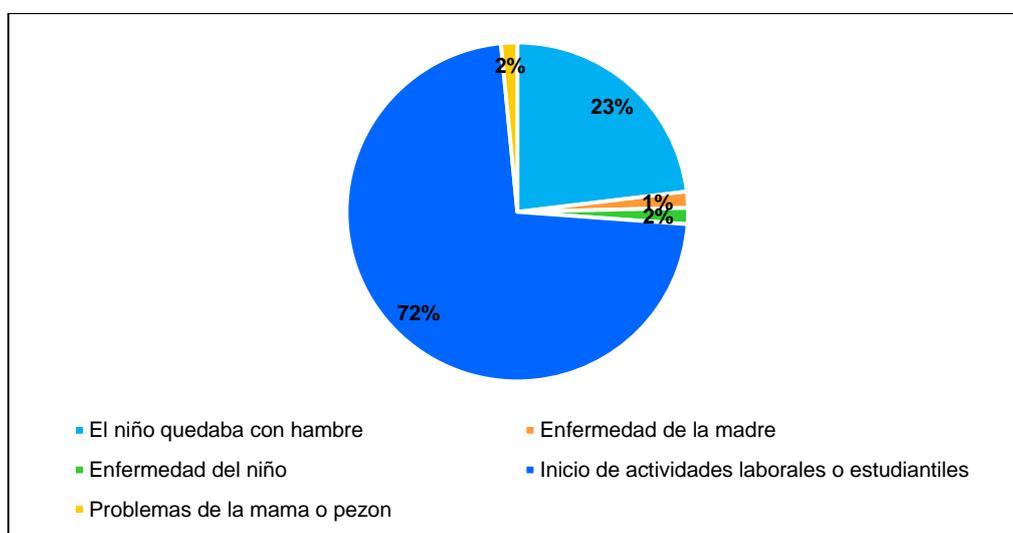


Gráfico 39 ¿Cuál fue el principal motivo de dejar la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses o de no dar nunca?

Fuente: Mayra Bastidas

- Del 36%(65) de niño(as) que recibirán exclusivamente leche materna por menos de 6 meses.

A este niño o niña ¿le dio agua o jugos antes de los seis meses de vida?

Cuadro N°1. A este niño o niña ¿le dio agua o jugos antes de los seis meses de vida?	
NO: 65	SI: 0
Si “si” ¿Desde qué mes?	

En el cuadro N°1. Se observa que del 36%(65) de niño(as) que recibirán exclusivamente leche materna por menos de 6 meses; 65 niños(as) no recibieron agua o jugos.

A este niño o niña ¿le dio alimentos sólidos o papillas antes de los 6 meses de vida?

En el cuadro N°2. A este niño o niña ¿le dio alimentos sólidos o papillas antes de los 6 meses de vida?	
NO: 65	SI: 0
Si “si” ¿Desde qué mes?	

En el cuadro N°2. Se observa que del 36%(65) de niño(as) que recibirán exclusivamente leche materna por menos de 6 meses; 65 niños(as) no recibieron alimentos sólidos o papillas antes de los 6 meses de vida.

A este niño o niña ¿le ha dado leche distinta a la leche materna?

En el gráfico N°39 se observa que el 56%(101) de las madres respondió que no y el 44%(79) restante sí.

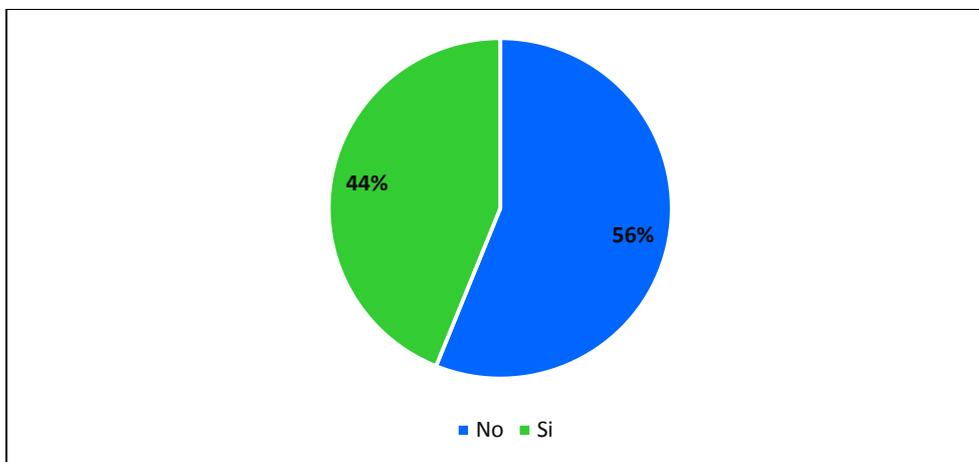


Gráfico 40 A este niño o niña ¿le ha dado leche distinta a la leche materna?

Fuente: Mayra Bastidas

¿Sigue amamantando a su hijo o hija?

En el gráfico N°41 se observa que el 98%(176) de las madres dijo que si y el 2%(4) restante dijo que no.

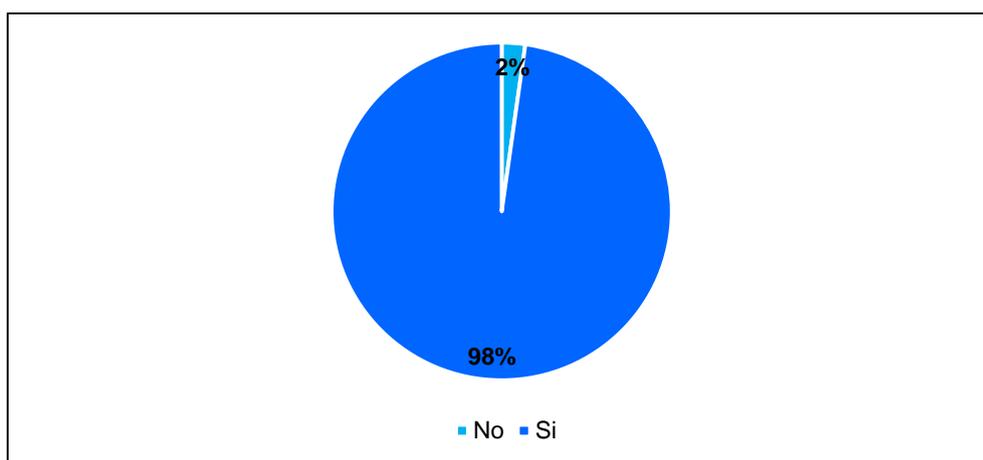


Gráfico 41 ¿Sigue amamantando a su hijo o hija?

Fuente: Mayra Bastidas

Antes de tener a su hijo o hija ¿Tenía un trabajo remunerado?

Respecto a si la madre tenía trabajo remunerado antes de tener a su hijo(a), el 63%(114) dijo que no, mientras que el 37%(66) restante sí.

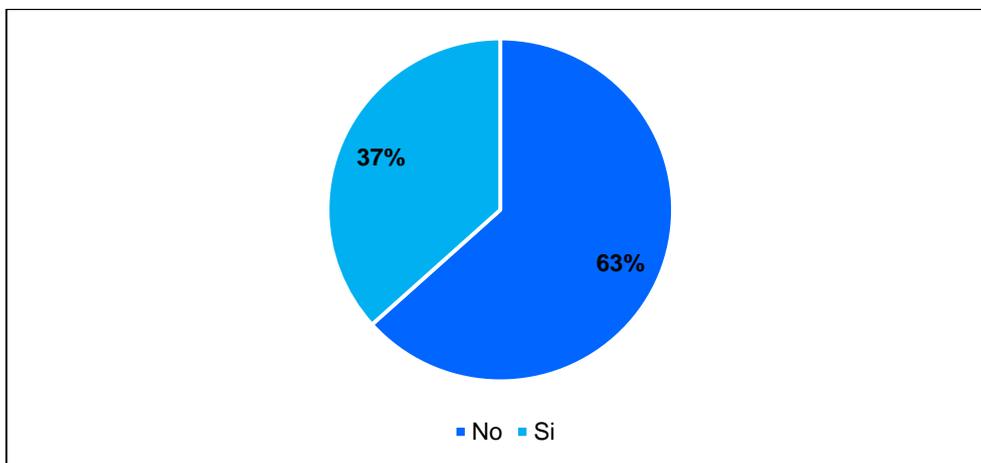


Gráfico 42 Antes de tener a su hijo o hija ¿Tenía un trabajo remunerado?

Fuente: Mayra Bastidas

En relación a las madres que respondieron que si el 51%(34) tenía trabajo de tipo independiente temporal, el 26%(17) independiente continuo y el 23%(15) restante dependiente.

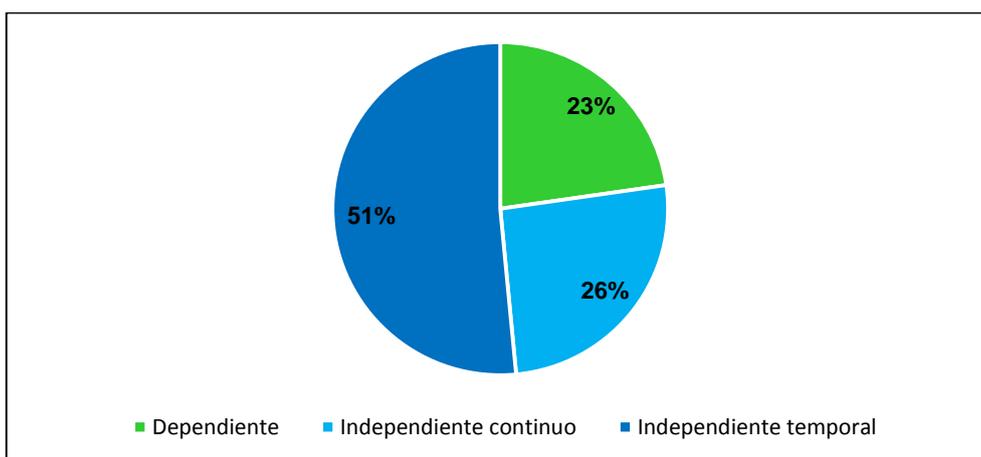


Gráfico 43 ¿De qué tipo?

Fuente: Mayra Bastidas

Asimismo, del 37%(66) de madres que tenía un trabajo remunerado, el 94% (62) no tuvo acceso a descanso prenatal remunerado y el 6%(4) restante de madres si tuvo acceso a descanso prenatal remunerado. Por otro lado el descanso prenatal remunerado fue entre 12 y 18 semanas.

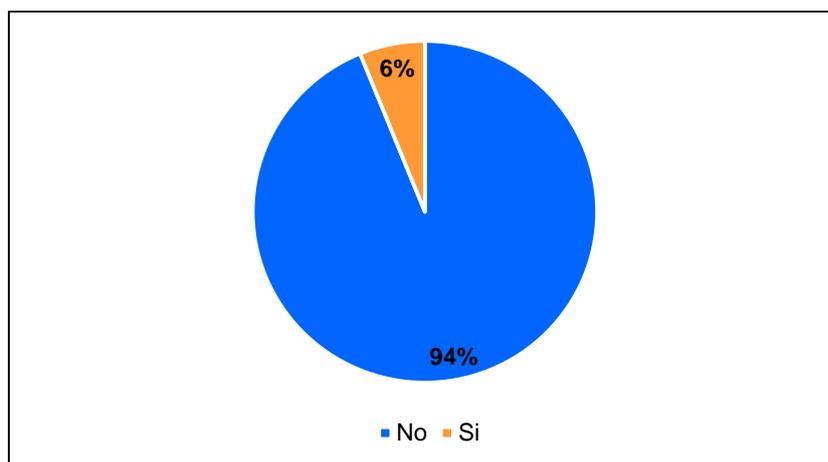


Gráfico 44 Tuvo acceso a descanso prenatal remunerado (antes del parto)

Fuente: Mayra Bastidas

De la misma manera del 37%(66) de las madres que antes de tener a su hijo(a) tenía un trabajo remunerado, el 58% (38) tuvo acceso a descanso postnatal y el 42%(28) restante no tuvo acceso a descanso postnatal remunerado. El descanso postnatal remunerado fue entre 12 y 18 semanas.

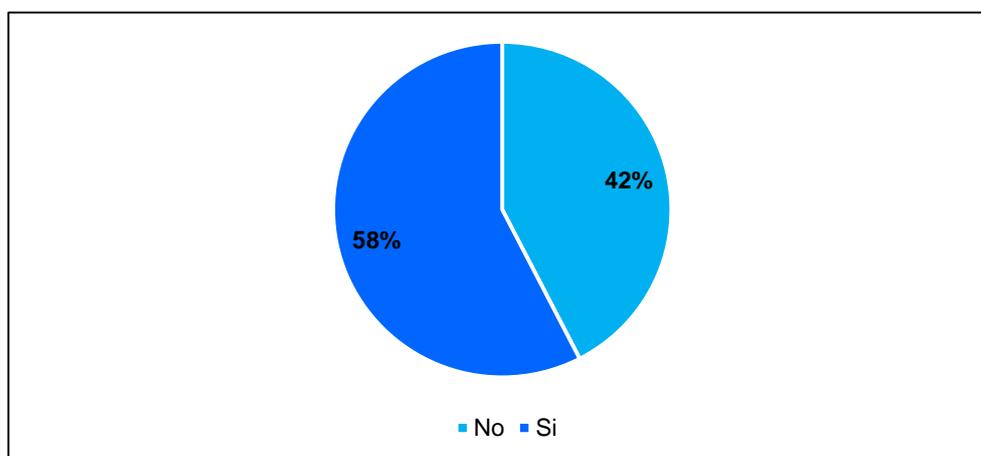


Gráfico 45 ¿Tuvo acceso a descanso postnatal remunerado (84 días desde el parto)?

Fuente: Mayra Bastidas

También del 37%(66) de las madres que antes de tener a su hijo(a) tenía un trabajo remunerado, el 92% (61) no tuvo acceso a descanso parental remunerado, el 5%(3) si tuvo acceso a descanso postnatal remunerado de tiempo parcial (18 semanas) y el 3%(2) restante tuvo acceso a descanso postnatal remunerado de tiempo completo (12 semanas).

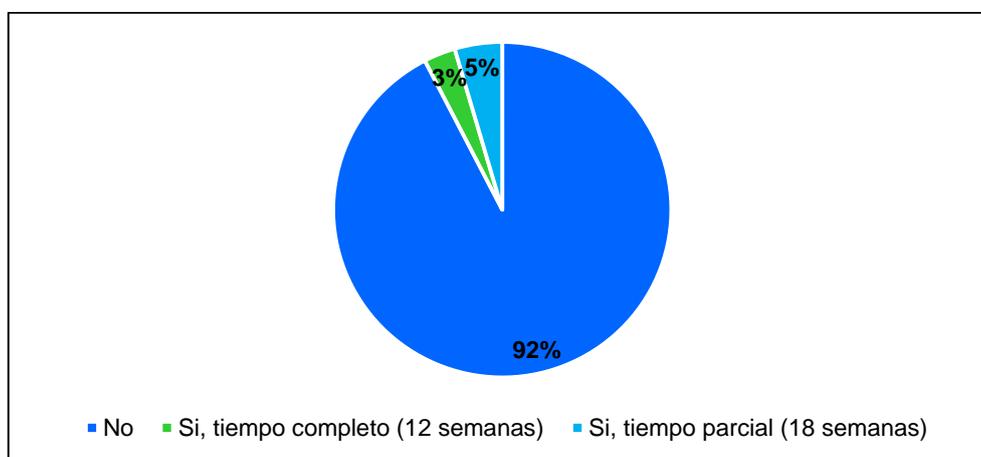


Gráfico 46 ¿Tuvo acceso a descanso parental remunerado (desde los 84 días del niño hasta las 24 semanas de vida)?

Fuente: Mayra Bastidas

¿Cuál fue su experiencia en la lactancia previa?

En relación a la experiencia previa en la lactancia, el 42%(76) de madres dijo que no tiene otro hijo, el 41%(74) sin problemas, el 9%(15) con algunos problemas y el 8%(15) restante con muchos problemas.



Gráfico 47 ¿Cuál fue su experiencia en la lactancia previa?

Fuente: Mayra Bastidas

Diagnostico IMC de la madre

Como se muestra en el gráfico N°48, el 41%(73) de madres tiene un IMC normal, el 39%(70) sobrepeso, el 13%(24) Obesidad I, el 4%(8) obesidad II, el 2%(3) obesidad III, y el 1%(2) restante bajo peso.

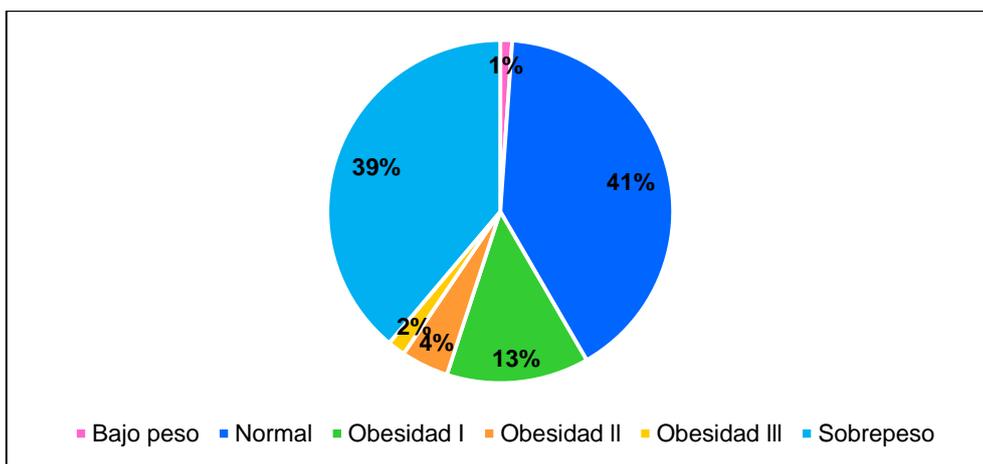


Gráfico 48 Diagnostico IMC de la madre

Fuente: Mayra Bastidas.

Diagnóstico niño(a)

Peso/longitud

El 82%(147) de los niños(as) respecto al diagnóstico peso/longitud esta normal, el 7%(12) severamente emaciado, el 6%(11) emaciado, el 3%(3) tiene posible riesgo de sobrepeso, el 2%(3) sobrepeso y el 0%(1) restante obeso.

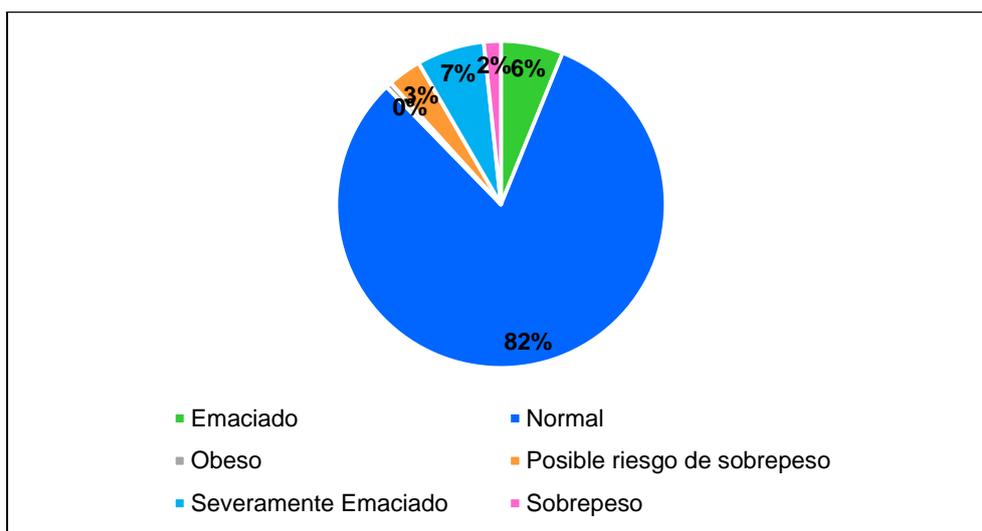


Gráfico 49 Peso/Longitud

Fuente: Mayra Bastidas

Peso/edad

En relación al diagnóstico peso para la edad el 72%(129) de niños(as) tiene peso adecuado, el 17%(31) bajo peso severo, el 10%(18) bajo peso y el 1%(2) restante peso alto.

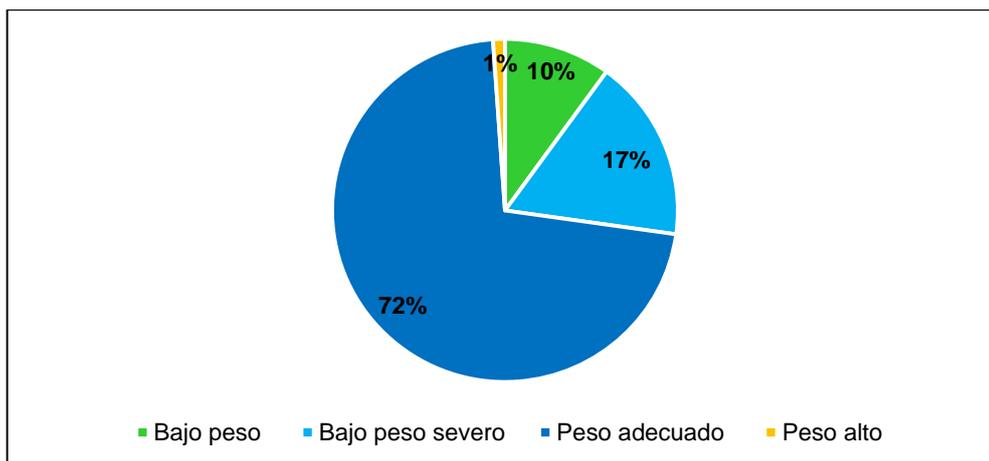


Gráfico 50 Peso /edad

Fuente: Mayra Bastidas

Longitud/edad

En el gráfico N°51 se observa que el 65%(117) de los niños(as) respecto al diagnóstico longitud/edad tiene una talla adecuada, el 19%(35) baja talla severa, el 14%(26) talla baja, y el 1%(2) corresponde a los niños(as) con riesgo de baja talla y talla alta.

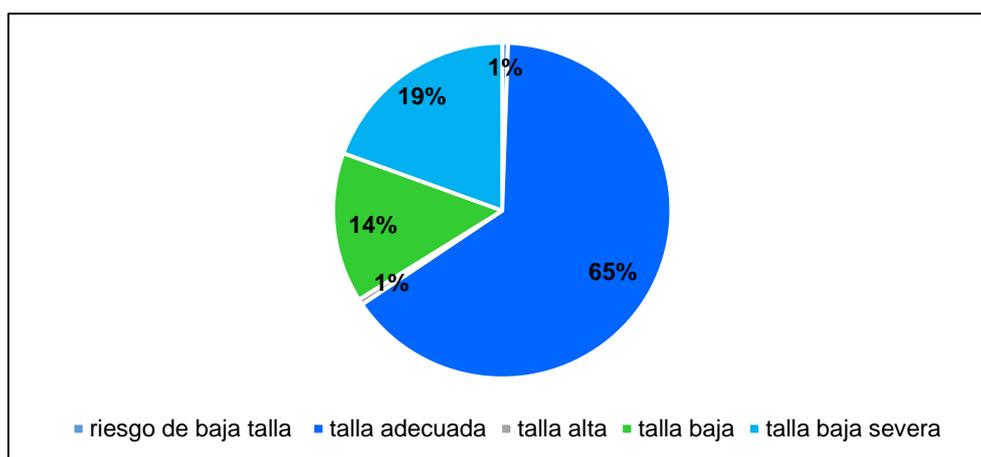


Gráfico 51 Longitud/edad

Fuente: Mayra Bastidas

IMC/Edad

En relación al diagnóstico IMC/Edad el 77%(139) de niños(as) tiene IMC para la edad normal, el 11%(20) severamente emaciado, el 9%(17) emaciado, el 2%(3) posible riesgo de sobrepeso y el 1%(1) restante obeso.

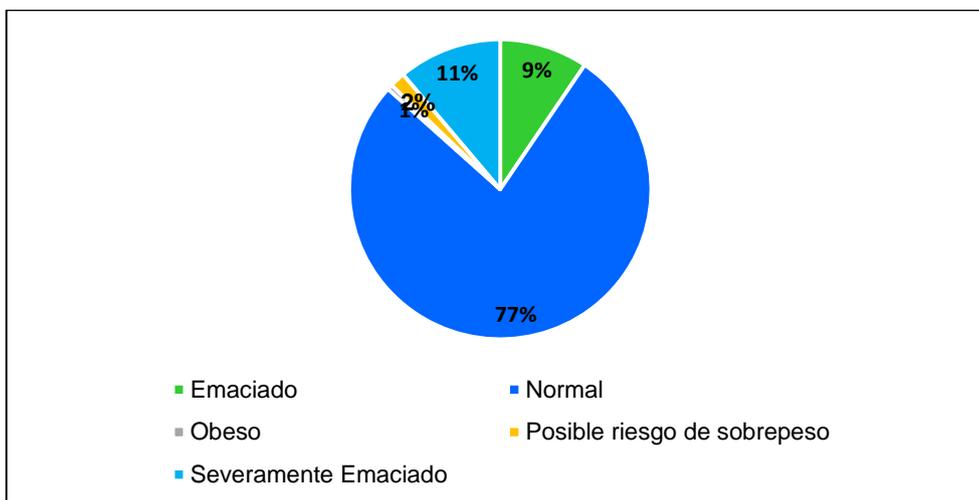


Gráfico 52 IMC/Edad

Fuente: Mayra Bastidas

Perímetro braquial

El gráfico N°53 indica que el 73%(132) de niños(as) tiene un perímetro braquial normal, el 12%(22) desnutrición moderada, el 12%(21) desnutrición severa y el 3%(5) restante riesgo de desnutrición.

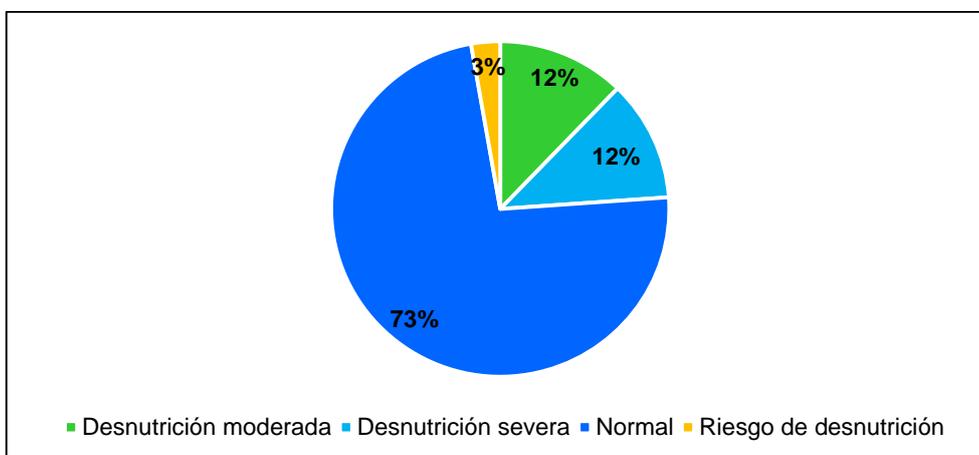


Gráfico 53 Diagnóstico perímetro braquial.

Fuente: Mayra Bastidas

Perímetro cefálico

En relación al gráfico N°54 se observa que el 78%(141) de los niños(as) tiene perímetro cefálico normal, el 21%(37) microcefalia y el 1%(2) restante macrocefalia.

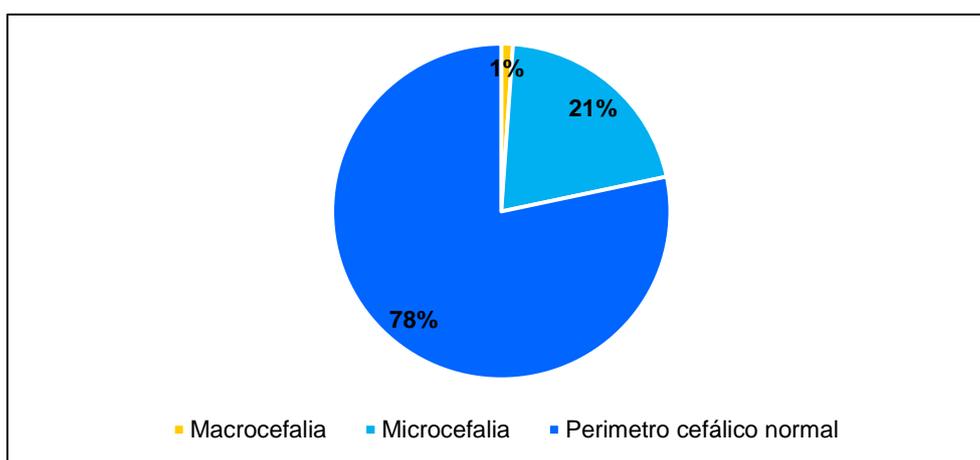


Gráfico 54 Diagnóstico perímetro cefálico.

Fuente: Mayra Bastidas

ESTADISTICO

Edad de la madre en relación a la autoeficacia de la lactancia materna

Ho: Existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y la edad de la madre

Ha: No existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y la edad de la madre

Conclusión: Acorde al valor de chi-cuadrado (0,000), p es menor a 0,05 por lo que se rechaza la Ho.

Tabla 6 Anova edad de la madre

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	711,857	2	355,928	9,730	,000
(Combinado) Desviación	109,838	1	109,838	3,003	,085

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Tabla 7 Edad de la madre en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Eficacia baja	35	25,20	5,057	,855	23,46	26,94	20	41
Eficacia media	44	25,36	5,633	,849	23,65	27,08	20	43
Eficacia alta	101	29,30	6,512	,648	28,01	30,58	20	43
Total	180	27,54	6,336	,472	26,61	28,47	20	43

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Análisis

En la tabla N°7 se muestra que el grupo de madres con un nivel de eficacia baja obtiene una media de edad de 25,20 años; el grupo con un nivel de eficacia media de 25,36 años y el grupo con un nivel de eficacia alta de 29,30 años. El valor p de 0,000 indica que si hay una variación significativa entre grupos, por lo que se determina que la edad si tiene un efecto significativo sobre los niveles de autoeficacia de la lactancia materna. Esto quiere decir que a medida que la edad de la mujer aumenta incrementa el nivel de autoeficacia sobre la lactancia materna.

Nivel de escolaridad de la madre en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

Ho: No existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y el nivel de escolaridad de la madre.

Ha: Existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y el nivel de escolaridad de la madre.

Conclusión: Acorde al valor de chi-cuadrado (0,008), p es menor a 0,05 por lo que se rechaza la Ho.

Tabla 8 Nivel de escolaridad de la madre en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	23,932a	10	,008
Razón de verosimilitud	27,283	10	,002

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Tabla 9 Nivel de escolaridad de la madre en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

			Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos			Total
			Eficacia baja	Eficacia media	Eficacia alta	
Nivel de escolaridad de la madre	Universitaria	Recuento	5	11	7	23
		% dentro de Nivel de escolaridad de la madre	21,7%	47,8%	30,4%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	14,3%	25,0%	6,9%	12,8%
	Técnica del nivel superior	Recuento	10	13	17	40
		% dentro de Nivel de escolaridad de la madre	25,0%	32,5%	42,5%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	28,6%	29,5%	16,8%	22,2%
Media completa	Media completa	Recuento	11	16	49	76
		% dentro de Nivel de escolaridad de la madre	14,5%	21,1%	64,5%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	31,4%	36,4%	48,5%	42,2%
	Media incompleta	Recuento	4	3	5	12
		% dentro de Nivel de escolaridad de la madre	33,3%	25,0%	41,7%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	11,4%	6,8%	5,0%	6,7%
Básica completa	Básica completa	Recuento	2	0	14	16
		% dentro de Nivel de escolaridad de la madre	12,5%	0,0%	87,5%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	5,7%	0,0%	13,9%	8,9%
	% del total		1,1%	0,0%	7,8%	8,9%
	Básica incompleta	Recuento	3	1	9	13
		% dentro de Nivel de escolaridad de la madre	23,1%	7,7%	69,2%	100,0%
% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos		8,6%	2,3%	8,9%	7,2%	
% del total		1,7%	,6%	5,0%	7,2%	

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Análisis:

Con respecto al nivel de escolaridad se presentan niveles altos de eficacia en madres con instrucción técnica del nivel superior (42,5%), media completa (64,5%), media incompleta (41,7%), básica completa (87,5%) y básica incompleta (69,2%) por otro lado, los niveles medios de eficacia se presentan en madres con nivel de instrucción universitario (48,8%). El valor p de 0,008 indica que si hay una variación significativa entre grupos, por lo que se determina que el nivel de escolaridad si tiene un efecto significativo en los niveles de autoeficacia de la lactancia materna.

Estado civil de la madre en relación a la autoeficacia de la lactancia materna

Ho: No existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y el estado civil de la madre.

Ha: Existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y el estado civil de la madre.

Conclusión: Acorde al valor de chi-cuadrado (0,000), p es menor a 0,05 por lo que se rechaza la Ho.

Tabla 10 Pruebas de chi-cuadrado. Estado civil de la madre de la madre en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	28,955 ^a	6	,000

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Tabla 11 Estado civil de la madre en relación a la autoeficacia de la lactancia materna de la lactancia materna.

			Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos			Total
			Eficacia baja	Eficacia media	Eficacia alta	
Estado Civil de la madre	Unión Libre	Recuento	14	7	54	75
		% dentro de Estado Civil de la madre	18,7%	9,3%	72,0%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	40,0%	15,9%	53,5%	41,7%
		% del total	7,8%	3,9%	30,0%	41,7%
Divorciada		Recuento	2	1	1	4
		% dentro de Estado Civil de la madre	50,0%	25,0%	25,0%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	5,7%	2,3%	1,0%	2,2%
		% del total	1,1%	,6%	,6%	2,2%
Casada		Recuento	9	11	28	48
		% dentro de Estado Civil de la madre	18,8%	22,9%	58,3%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	25,7%	25,0%	27,7%	26,7%
		% del total	5,0%	6,1%	15,6%	26,7%
Soltera		Recuento	10	25	18	53
		% dentro de Estado Civil de la madre	18,9%	47,2%	34,0%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	28,6%	56,8%	17,8%	29,4%
		% del total	5,6%	13,9%	10,0%	29,4%
Total		Recuento	35	44	101	180
		% dentro de Estado Civil de la madre	19,4%	24,4%	56,1%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	19,4%	24,4%	56,1%	100,0%

Fuente: Investigación de campo.

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Análisis:

Con respecto a la tabla N°11 el grupo de madres con unión libre tiene eficacia alta (48,8%), las madres divorciadas eficacia baja (50,0%), las madres casadas eficacia alta (58,3%), y las madres solteras eficacia media (47,2%). El valor p de 0,000 indica que si hay una variación significativa entre grupos, por lo que se determina que el estado civil de la madre si tiene un efecto significativo en los niveles de autoeficacia de la lactancia materna.

Convivencia de la madre en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

Ho: No existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y la convivencia de la madre

Ha: Existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y la convivencia de la madre

Conclusión: Acorde al valor de chi-cuadrado (0,000), p es menor a 0,05 por lo que se rechaza la Ho.

Tabla 12 Pruebas de chi-cuadrado. Convivencia de la madre en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	45,668 ^a	8	,000
N de casos válidos	180		

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Tabla 13 Convivencia de la madre en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

			Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos			Total
			Eficacia baja	Eficacia media	Eficacia alta	
Convivencia de la madre	Otros familiares	Recuento	1	0	1	2
		% dentro de Convivencia de la madre	50,0%	0,0%	50,0%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	2,9%	0,0%	1,0%	1,1%
		% del total	,6%	0,0%	,6%	1,1%
Abuelos Maternos		Recuento	0	1	1	2
		% dentro de Convivencia de la madre	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	0,0%	2,3%	1,0%	1,1%
		% del total	0,0%	,6%	,6%	1,1%
Padres		Recuento	11	17	4	32
		% dentro de Convivencia de la madre	34,4%	53,1%	12,5%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	31,4%	38,6%	4,0%	17,8%
		% del total	6,1%	9,4%	2,2%	17,8%
Mamá		Recuento	1	4	0	5
		% dentro de Convivencia de la madre	20,0%	80,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	2,9%	9,1%	0,0%	2,8%
Pareja		Recuento	22	22	95	139
		% dentro de Convivencia de la madre	15,8%	15,8%	68,3%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	62,9%	50,0%	94,1%	77,2%
Total		Recuento	35	44	101	180
		% dentro de Convivencia de la madre	19,4%	24,4%	56,1%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Mayra Bastidas.

Análisis:

Respecto a la convivencia, en la tabla N 13 se puede observar que las madres que conviven con otros familiares tiene un nivel de eficacia baja y alta (50%-50%), con abuelos maternos eficacia media y alta (50%-50%), con sus padres eficacia media (53,1%), con su madre eficacia media (80,0%), y con su pareja eficacia alta (68,3%). El valor p de 0,000 señala que si hay una variación significativa entre grupos, por lo que se determina que el tipo de convivencia de la madre si tiene un efecto significativo en los niveles de autoeficacia de la lactancia materna.

Ocupación de la madre en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

Ho: No existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y la ocupación de la madre

Ha: Existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y la ocupación de la madre

Conclusión: Acorde al valor de chi-cuadrado (0,000), p es menor a 0,05 por lo que se rechaza la Ho.

Tabla 14 Pruebas de chi-cuadrado. Ocupación de la madre en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	119,383 ^a	4	,000
N de casos válidos	180		

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Tabla 15 Ocupación de la madre en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

			Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos			Total
			Eficacia baja	Eficacia media	Eficacia alta	
Ocupación de la madre	Estudiante	Recuento	16	21	2	39
		% dentro de Ocupación de la madre	41,0%	53,8%	5,1%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	45,7%	47,7%	2,0%	21,7%
		% del total	8,9%	11,7%	1,1%	21,7%
	Trabajadora	Recuento	13	20	6	39
		% dentro de Ocupación de la madre	33,3%	51,3%	15,4%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	37,1%	45,5%	5,9%	21,7%
		% del total	7,2%	11,1%	3,3%	21,7%
	Ama de casa	Recuento	6	3	93	102
		% dentro de Ocupación de la madre	5,9%	2,9%	91,2%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	17,1%	6,8%	92,1%	56,7%
		% del total	3,3%	1,7%	51,7%	56,7%
Total		Recuento	35	44	101	180
		% dentro de Ocupación de la madre	19,4%	24,4%	56,1%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	19,4%	24,4%	56,1%	100,0%

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Análisis:

En relación a la ocupación, se observan niveles medios de eficacia en madres que estudian (53%,8) y en madres amas de casa (91,2%), mientras que las madres que trabajan revelan un nivel de eficacia alta (51,3%). El valor p de 0,000 indica que si hay una variación significativa entre grupos, por lo que se determina que la ocupación de la madre si tiene un efecto significativo en los niveles de autoeficacia de la lactancia materna.

Condición de pareja de la madre en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

Ho: No existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y la condición de pareja de la madre

Ha: Existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y la y la condición de pareja de la madre

Conclusión: Acorde al valor de chi-cuadrado (0,000), p es menor a 0,05 por lo que se rechaza la Ho.

Tabla 16 Pruebas de chi-cuadrado. Condición de pareja de la madre en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22,090 ^a	4	,000
N de casos válidos	180		

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Tabla 17 Condición de pareja de la madre en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

			Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos			Total
			Eficacia baja	Eficacia media	Eficacia alta	
Condición de pareja de la madre	Pareja de más de un año	Recuento	19	28	85	132
		% dentro de Condición de pareja de la madre	14,4%	21,2%	64,4%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	54,3%	63,6%	84,2%	73,3%
		% del total	10,6%	15,6%	47,2%	73,3%
	Pareja de menos de 1 año	Recuento	7	10	14	31
		% dentro de Condición de pareja de la madre	22,6%	32,3%	45,2%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	20,0%	22,7%	13,9%	17,2%
		% del total	3,9%	5,6%	7,8%	17,2%
	Sin pareja	Recuento	9	6	2	17
		% dentro de Condición de pareja de la madre	52,9%	35,3%	11,8%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	25,7%	13,6%	2,0%	9,4%
		% del total	5,0%	3,3%	1,1%	9,4%
Total		Recuento	35	44	101	180
		% dentro de Condición de pareja de la madre	19,4%	24,4%	56,1%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	19,4%	24,4%	56,1%	100,0%

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Análisis:

Con respecto a la tabla N°17 las madres con pareja de más de un año(64,4%) y las madres con pareja de menos de un año (45,2%) presentan eficacia alta, mientras que las madres que no tienen pareja eficacia baja (52,9%). El valor p de 0,000 lo indica que si hay una variación significativa entre grupos, por lo que se determina que la condición de pareja de la madre si tiene un efecto significativo en los niveles de autoeficacia de la lactancia materna.

Número total de hijos vivos de la madre en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

Ho: No existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y el número total de hijos vivos de la madre

Ha: Existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y el número total de hijos vivos de la madre

Conclusión: Acorde al valor de chi-cuadrado (0,000), p es menor a 0,05 por lo que se rechaza la Ho.

Tabla 18 Pruebas de chi-cuadrado. Número total de hijos vivos de la madre en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	37,666 ^a	4	,000
N de casos válidos	180		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 9,14.

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Tabla 19 Número total de hijos vivos de la madre en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

			Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos			Total
			Eficacia baja	Eficacia media	Eficacia alta	
Número total de hijos vivos de la madre	Más de 3 hijos	Recuento	5	6	46	57
		% dentro de Número total de hijos vivos de la madre	8,8%	10,5%	80,7%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	14,3%	13,6%	45,5%	31,7%
		% del total	2,8%	3,3%	25,6%	31,7%
	2 hijos	Recuento	15	5	27	47
		% dentro de Número total de hijos vivos de la madre	31,9%	10,6%	57,4%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	42,9%	11,4%	26,7%	26,1%
		% del total	8,3%	2,8%	15,0%	26,1%
	1 hijo	Recuento	15	33	28	76
		% dentro de Número total de hijos vivos de la madre	19,7%	43,4%	36,8%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	42,9%	75,0%	27,7%	42,2%
		% del total	8,3%	18,3%	15,6%	42,2%
Total	Recuento	35	44	101	180	
	% dentro de Número total de hijos vivos de la madre	19,4%	24,4%	56,1%	100,0%	
	% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	19,4%	24,4%	56,1%	100,0%	

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Análisis:

De acuerdo al número de hijos, las madres que tienen 3 o más hijos presentan altos niveles de eficacia (80,7%), las madres con dos hijos poseen eficacia alta (57,4%), mientras que las madres que tienen un hijo, eficacia media (43,4%). El valor p de 0,000 indica que si hay una variación significativa entre grupos, por lo que se determina que el número total de hijos vivos de la madre si tiene un efecto significativo en los niveles de autoeficacia de la lactancia materna.

Edad del último hijo en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

Ho: No existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y la edad del niño(a)

Ha: Existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y la edad del niño(a)

Conclusión: Acorde al valor de chi-cuadrado (0,093), p es mayor a 0,05 por lo que se acepta la Ho.

Tabla 20 pruebas de chi-cuadrado. Edad último hijo en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,817 ^a	12	,093
N de casos válidos	180		

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Tabla 21 Edad del último hijo en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

			Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos			Total
			Eficacia baja	Eficacia media	Eficacia alta	
Edad del último hijo	6 mes	Recuento	0	2	1	3
		% dentro de Edad del último hijo	0,0%	66,7%	33,3%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	0,0%	4,5%	1,0%	1,7%
	5 mes	Recuento	3	10	19	32
		% dentro de Edad del último hijo	9,4%	31,3%	59,4%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	8,6%	22,7%	18,8%	17,8%
	4 mes	Recuento	2	1	6	9
		% dentro de Edad del último hijo	22,2%	11,1%	66,7%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	5,7%	2,3%	5,9%	5,0%
	3 mes	Recuento	8	6	8	22
		% dentro de Edad del último hijo	36,4%	27,3%	36,4%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	22,9%	13,6%	7,9%	12,2%
	2 mes	Recuento	8	10	28	46
		% dentro de Edad del último hijo	17,4%	21,7%	60,9%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	22,9%	22,7%	27,7%	25,6%
	1 mes	Recuento	12	6	20	38
		% dentro de Edad del último hijo	31,6%	15,8%	52,6%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	34,3%	13,6%	19,8%	21,1%
	Menos de 1 mes	Recuento	2	9	19	30
		% dentro de Edad del último hijo	6,7%	30,0%	63,3%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	5,7%	20,5%	18,8%	16,7%
Total		Recuento	35	44	101	180
		% dentro de Edad del último hijo	19,4%	24,4%	56,1%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Análisis:

Según la edad del infante, se muestran niveles altos de eficacia en el grupo de madres con niños de 4 meses (66,7%) , 5 meses (59,4%), 2 meses (60,9%), 1 mes (52,6%) y menores de 1 mes(63,3%); mientras que las madres con niños de 3 meses eficacia baja y alta (36,4%-36,4%). El valor p de 0,093 indica que no hay una variación significativa entre grupos, por lo que se determina que la edad del niño(a) no tiene un efecto significativo en los niveles de autoeficacia de la lactancia materna.

Sexo último hijo en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

Ho: No existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y el sexo último hijo

Ha: Existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y el sexo último hijo

Conclusión: Acorde al valor de chi-cuadrado (0,155), p es mayor a 0,05 por lo que se acepta la Ho.

Tabla 22 pruebas de chi-cuadrado. Sexo último hijo en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,729 ^a	2	,155
N de casos válidos	180		

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Tabla 23 Sexo último hijo en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

			Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos			Total
			Eficacia baja	Eficacia media	Eficacia alta	
Sexo del último hijo	Masculino	Recuento	15	26	62	103
		% dentro de Sexo del último hijo	14,6%	25,2%	60,2%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	42,9%	59,1%	61,4%	57,2%
		% del total	8,3%	14,4%	34,4%	57,2%
	Femenino	Recuento	20	18	39	77
		% dentro de Sexo del último hijo	26,0%	23,4%	50,6%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	57,1%	40,9%	38,6%	42,8%
		% del total	11,1%	10,0%	21,7%	42,8%
Total		Recuento	35	44	101	180
		% dentro de Sexo del último hijo	19,4%	24,4%	56,1%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	19,4%	24,4%	56,1%	100,0%

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Análisis:

El porcentaje de eficacia en las madres con hijos de sexo masculino y femenino es alto (60,2% - 50,6%) respectivamente. El valor p de 0,155 señala que no hay una variación significativa entre grupos, por lo que se determina que el sexo del niño(a) no tiene un efecto significativo en los niveles de autoeficacia de la lactancia materna.

Donde se atendió el parto en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

Ho: Existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y el lugar donde se atendió el parto.

Ha: No existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y el lugar donde se atendió el parto.

Conclusión: Acorde al valor de chi-cuadrado (0,125), p es mayor a 0,05 por lo que se acepta la Ho.

Tabla 24 pruebas de chi-cuadrado. Donde se atendió el parto en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,166 ^a	2	,125
N de casos válidos	180		

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,19.

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Tabla 25 donde se atendió el parto en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

			Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos			Total
			Eficacia baja	Eficacia media	Eficacia alta	
Dónde se atendió el parto	Clínica	Recuento	1	0	0	1
		% dentro de Dónde se atendió el parto	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	2,9%	0,0%	0,0%	,6%
	Hospital	Recuento	34	44	101	179
		% dentro de Dónde se atendió el parto	19,0%	24,6%	56,4%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	97,1%	100,0%	100,0%	99,4%
Total	Recuento	35	44	101	180	
	% dentro de Dónde se atendió el parto	19,4%	24,4%	56,1%	100,0%	
	% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Análisis:

Las madres que se atendieron el parto en el hospital muestran niveles altos de eficacia (54,6%), y las madres que se atendieron el parto en la clínica niveles bajos de eficacia (100%). El valor p de 0,125 indica que no hay una variación significativa entre grupos, por lo que se determina que el lugar donde se atendió el parto no tiene un efecto significativo en los niveles de autoeficacia de la lactancia materna.

Tipo de parto que tuvo la madre en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

Ho: No existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y el tipo de parto

Ha: Existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y el tipo de parto

Conclusión: Acorde al valor de chi-cuadrado (0,942), p es mayor a 0,05 por lo que se acepta el Ho.

Tabla 26 pruebas de chi-cuadrado. Tipo de parto que tuvo la madre en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,120 ^a	2	,942
Razón de verosimilitud	,120	2	,942
Asociación lineal por lineal	,057	1	,811
N de casos válidos	180		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 17,11.

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Tabla 27 tipo de parto que tuvo la madre en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

			Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos			Total
			Eficacia baja	Eficacia media	Eficacia alta	
Tipo de parto que tuvo la madre	Cesárea	Recuento	17	23	52	92
		% dentro de Tipo de parto que tuvo la madre	18,5%	25,0%	56,5%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	48,6%	52,3%	51,5%	51,1%
		% del total	9,4%	12,8%	28,9%	51,1%
	Vaginal	Recuento	18	21	49	88
		% dentro de Tipo de parto que tuvo la madre	20,5%	23,9%	55,7%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	51,4%	47,7%	48,5%	48,9%
		% del total	10,0%	11,7%	27,2%	48,9%
Total		Recuento	35	44	101	180
		% dentro de Tipo de parto que tuvo la madre	19,4%	24,4%	56,1%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	19,4%	24,4%	56,1%	100,0%

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Análisis:

Respecto al tipo de parto, se observan altos niveles de eficacia tanto en el grupo de madres que tuvieron parto por cesárea (56,2%) como en las madres que tuvieron parto normal (55,7%). El valor p indica un valor de 0,942 lo que indica que no hay una variación significativa entre grupos, por lo que se determina que el tipo de parto

no tiene un efecto significativo en los niveles de autoeficacia de la lactancia materna.

Al nacer, al niño(a) lo dejaron de inmediato en contacto piel a piel con la madre mínimo 30 minutos en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

Ho: No existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y el momento cuando el niño o niña nació, lo dejaron de inmediato en contacto piel a piel con la madre mínimo 30 minutos

Ha: Existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y el momento cuando el niño o niña nació, lo dejaron de inmediato en contacto piel a piel con la madre mínimo 30 minutos

Conclusión: Acorde al valor de chi-cuadrado (0,359), p es mayor a 0,05 por lo que se acepta la Ho.

Tabla 28 pruebas de chi-cuadrado. Al nacer, al niño(a) lo dejaron de inmediato en contacto piel a piel con la madre mínimo 30 minutos en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,364 ^a	4	,359
N de casos válidos	180		

a. 3 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,92.

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Tabla 29 Al nacer, al niño(a) lo dejaron de inmediato en contacto piel a piel con la madre mínimo 30 minutos en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

			Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos			Total
			Eficacia baja	Eficacia media	Eficacia alta	
¿Cuándo el niño o niña nació, Lo dejaron de inmediato en contacto piel a piel con la madre mínimo 30 minutos?	No recuerda	Recuento	4	6	14	24
		% dentro de ¿Cuando el niño o niña nació, Lo dejaron de inmediato en contacto piel a piel con la madre mínimo 30 minutos?	16,7%	25,0%	58,3%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	11,4%	13,6%	13,9%	13,3%
No		Recuento	29	37	75	141
		% dentro de ¿Cuando el niño o niña nació, Lo dejaron de inmediato en contacto piel a piel con la madre mínimo 30 minutos?	20,6%	26,2%	53,2%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	82,9%	84,1%	74,3%	78,3%
Si		Recuento	2	1	12	15
		% dentro de ¿Cuando el niño o niña nació, Lo dejaron de inmediato en contacto piel a piel con la madre mínimo 30 minutos?	13,3%	6,7%	80,0%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	5,7%	2,3%	11,9%	8,3%
Total		Recuento	35	44	101	180
		% dentro de ¿Cuando el niño o niña nació, Lo dejaron de inmediato en contacto piel a piel con la madre mínimo 30 minutos?	19,4%	24,4%	56,1%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	19,4%	24,4%	56,1%	100,0%

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Análisis:

En relación a si al niño(a) lo dejaron de inmediato en contacto piel a piel mínimo 30 minutos, en la tabla N 29 se muestran altos niveles de eficacia en madres que no recuerdan (58,3%), en madres con niños a los que no les dejaron (53,2%) y si les dejaron (80,0%). El valor p de 0,359 señala que no hay una variación significativa entre grupos, por lo que se determina que el momento cuándo el niño o niña nació, lo dejaron de inmediato en contacto piel a piel con la madre mínimo 30 minutos no tiene un efecto significativo en los niveles de autoeficacia de la lactancia materna.

Al nacer, el niño(a) acopló espontáneamente el pecho, dentro de la primera hora de vida en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

Ho: No existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y el momento cuando el niño o niña nació, tomó pecho sin ayuda, dentro de la primera hora de vida

Ha: Existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y el momento cuando el niño o niña nació, tomó pecho sin ayuda, dentro de la primera hora de vida

Conclusión: Acorde al valor de chi-cuadrado (0,469), p es mayor a 0,05 por lo que se acepta la Ho.

Tabla 30 pruebas de chi-cuadrado. Al nacer, el niño(a) acopló espontáneamente el pecho, dentro de la primera hora de vida en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,558 ^a	4	,469

Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Mayra Bastidas

Tabla 31 al nacer, el niño(a) acopló espontáneamente el pecho (tomó pecho sin ayuda), dentro de la primera hora de vida en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

			Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos			Total
			Eficacia baja	Eficacia media	Eficacia alta	
¿Cuándo el niño o niña nació, acopló espontáneamente el pecho (tomó pecho sin ayuda), dentro de la primera hora de vida?	No recuerda	Recuento	15	13	42	70
		% dentro de ¿Cuando el niño o niña nació, acopló espontáneamente el pecho (tomó pecho sin ayuda), dentro de la primera hora de vida?	21,4%	18,6%	60,0%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	42,9%	29,5%	41,6%	38,9%
	Si	Recuento	2	7	10	19
		% dentro de ¿Cuando el niño o niña nació, acopló espontáneamente el pecho (tomó pecho sin ayuda), dentro de la primera hora de vida?	10,5%	36,8%	52,6%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	5,7%	15,9%	9,9%	10,6%
Total			35	44	101	180
Recuento						
% dentro de ¿Cuando el niño o niña nació, acopló espontáneamente el pecho (tomó pecho sin ayuda), dentro de la primera hora de vida?			19,4%	24,4%	56,1%	100,0%
% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos			100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Análisis

Respecto a si el niño(a) tomó pecho sin ayuda dentro de la primera hora de vida; se muestran altos niveles de eficacia en el grupo de madres que no recuerda

(60,0%), en madres con hijos que no tomaron (52,6%), y en madres con hijos que si tomaron (53,8%). El valor p de 0,469 indica que no hay una variación significativa entre grupos, por lo que se determina que el momento cuándo el niño o niña nació, tomó pecho sin ayuda, dentro de la primera hora de vida no tiene un efecto significativo en los niveles de autoeficacia de la lactancia materna.

En caso de no tener el contacto piel a piel ¿Recibió ayuda del personal de la maternidad dentro de los 120 minutos posterior al parto para el acople? En relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

Ho: No existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y si la madre recibió ayuda del personal de la maternidad dentro de los 120 minutos posterior al parto para el acople

Ha: Existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y si la madre recibió ayuda del personal de la maternidad dentro de los 120 minutos posterior al parto para el acople

Conclusión: Acorde al valor de chi-cuadrado (0,112), p es mayor a 0,05 por lo que se acepta la Ho.

Tabla 32 pruebas de chi-cuadrado. En caso de no tener el contacto piel a piel ¿Recibió ayuda del personal de la maternidad dentro de los 120 minutos posterior al parto para el acople? En relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,495 ^a	4	,112
N de casos válidos	180		

a. 2 casillas (22,2%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,75.

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Tabla 33 en caso de no tener el contacto piel a piel ¿Recibió ayuda del personal de la maternidad dentro de los 120 minutos posterior al parto para el acople? En relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

			Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos			Total
			Eficacia baja	Eficacia media	Eficacia alta	
En caso de no tener el contacto piel a piel ¿Recibió ayuda del personal de la maternidad dentro de los 120 minutos posterior al parto para el acople?	No recuerda	Recuento % dentro de En caso de no tener el contacto piel a piel ¿Recibió ayuda del personal de la maternidad dentro de los 120 minutos posterior al parto para el acople?	10 29,4%	8 23,5%	16 47,1%	34 100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	28,6%	18,2%	15,8%	18,9%
	No	Recuento % dentro de En caso de no tener el contacto piel a piel ¿Recibió ayuda del personal de la maternidad dentro de los 120 minutos posterior al parto para el acople?	4 44,4%	1 11,1%	4 44,4%	9 100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	11,4%	2,3%	4,0%	5,0%
	Si	Recuento % dentro de En caso de no tener el contacto piel a piel ¿Recibió ayuda del personal de la maternidad dentro de los 120 minutos posterior al parto para el acople?	21 15,3%	35 25,5%	81 59,1%	137 100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	60,0%	79,5%	80,2%	76,1%
	Total	Recuento % dentro de En caso de no tener el contacto piel a piel ¿Recibió ayuda del personal de la maternidad dentro de los 120 minutos posterior al parto para el acople? % dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	35 19,4% 100,0%	44 24,4% 100,0%	101 56,1% 100,0%	180 100,0% 100,0%

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Análisis:

Con referencia a si la madre recibió ayuda del personal de la maternidad dentro de los 120 minutos posterior al parto para el acople se pueden observar niveles altos de eficacia en las madres que no recuerdan(47,1%) y en madres que si recibieron ayuda (56,1%), mientras que las madres que no recibieron ayuda presentan eficacia baja y alta (44,4%).El valor p de 0,112 indica que no hay una variación significativa entre grupos, por lo que se determina que el momento cuándo el niño o niña nació, recibió ayuda del personal de la maternidad dentro de los 120 minutos posterior al parto para el acople no tiene un efecto significativo.

Apoyo para el acoplamiento al pecho y sobre técnicas de lactancia en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

Ho: No existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y si la madre recibió apoyo para el acoplamiento al pecho y sobre técnicas de lactancia

Ha: Existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y si la madre recibió apoyo para el acoplamiento al pecho y sobre técnicas de lactancia

Conclusión: Acorde al valor de chi-cuadrado (0,005), p es menor a 0,05 por lo que se rechaza la Ho.

Tabla 34 pruebas de chi-cuadrado. Apoyo para el acoplamiento al pecho y sobre técnicas de lactancia en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,946 ^a	4	,005

a. 3 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,19.

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Tabla 35 apoyo para el acoplamiento al pecho y sobre técnicas de lactancia en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

			Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos			Total
			Eficacia baja	Eficacia media	Eficacia alta	
En su estadía en la maternidad ¿Recibió apoyo para el acoplamiento al pecho y sobre técnicas de lactancia?	No recuerda	Recuento	13	3	14	30
		% dentro de En su estadía en la maternidad ¿Recibió apoyo para el acoplamiento al pecho y sobre técnicas de lactancia?	43,3%	10,0%	46,7%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	37,1%	6,8%	13,9%	16,7%
	No	Recuento	0	0	1	1
		% dentro de En su estadía en la maternidad ¿Recibió apoyo para el acoplamiento al pecho y sobre técnicas de lactancia?	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	0,0%	0,0%	1,0%	,6%
Si	Recuento	22	41	86	149	
	% dentro de En su estadía en la maternidad ¿Recibió apoyo para el acoplamiento al pecho y sobre técnicas de lactancia?	14,8%	27,5%	57,7%	100,0%	
	% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	62,9%	93,2%	85,1%	82,8%	
Total	Recuento	35	44	101	180	
	% dentro de En su estadía en la maternidad ¿Recibió apoyo para el acoplamiento al pecho y sobre técnicas de lactancia?	19,4%	24,4%	56,1%	100,0%	
	% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Mayra Bastidas.

Análisis

En relación a si la madre recibió apoyo para el acoplamiento al pecho y sobre técnicas de lactancia, los porcentajes altos de eficacia se reflejan en madres que no recuerdan (46,7%), en madres que no recibieron (100,0%) y en madres que si recibieron (57,7%). El valor p de 0,005 indica que si hay una variación significativa entre grupos, por lo que se determina que el momento cuándo el niño o niña nació, recuerda si recibió apoyo para el acoplamiento al pecho y sobre técnicas de lactancia si tiene un efecto significativo en los niveles de autoeficacia de la lactancia materna.

Persona que ayudó a la madre a poner a su hijo(a) al pecho en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

Ho: No existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y la persona que ayudo a la madre a poner a su hijo/a al pecho durante su estadía en la maternidad

Ha: Existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y la persona que ayudo a la madre a poner a su hijo/a al pecho durante su estadía en la maternidad

Conclusión: Acorde al valor de chi-cuadrado (0,002), p es menor a 0,05 por lo que se rechaza la Ho.

Tabla 36 apoyo para el acoplamiento al pecho y sobre técnicas de lactancia en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,277 ^a	4	,002

a. 1 casillas (11,1%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,47.

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Tabla 37 persona que ayudó a la madre a poner a su hijo(a) al pecho en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

			Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos			Total
			Eficacia baja	Eficacia media	Eficacia alta	
¿Quién/es le ayudó/aron a poner a su hijo/a al pecho durante su estadía en la maternidad?	No recuerda / No sabe	Recuento	15	4	18	37
		% dentro de ¿Quién/es le ayudó/aron a poner a su hijo/a al pecho durante su estadía en la maternidad?	40,5%	10,8%	48,6%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	42,9%	9,1%	17,8%	20,6%
	Médico	Recuento	6	6	11	23
		% dentro de ¿Quién/es le ayudó/aron a poner a su hijo/a al pecho durante su estadía en la maternidad?	26,1%	26,1%	47,8%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	17,1%	13,6%	10,9%	12,8%
	Enfermera	Recuento	14	34	72	120
		% dentro de ¿Quién/es le ayudó/aron a poner a su hijo/a al pecho durante su estadía en la maternidad?	11,7%	28,3%	60,0%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	40,0%	77,3%	71,3%	66,7%
Total		Recuento	35	44	101	180
		% dentro de ¿Quién/es le ayudó/aron a poner a su hijo/a al pecho durante su estadía en la maternidad?	19,4%	24,4%	56,1%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	19,4%	24,4%	56,1%	100,0%

Fuente: Investigación de campo.

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Análisis

En relación a quien ayudó a la madre a poner a su hijo(a) al pecho, se presentan niveles altos de eficacia en madres que no recuerdan quién/es le ayudo/aron (48,6%), en madres que recibieron apoyo por parte del médico (47,8%) y en madres que recibieron apoyo por parte de enfermeras (60,0%). El valor p de 0,002 indica que si hay una variación significativa entre grupos, por lo que se determina que la persona que brinda apoyo a la madre el momento de poner a su hijo/a al pecho si tiene un efecto significativo en los niveles de autoeficacia de la lactancia materna.

En la estadía en la maternidad, el niño(a) recibió fórmula en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

Ho: No existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y si el niño(a) recibió fórmula durante la estadía en la maternidad

Ha: Existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y si el niño(a) recibió fórmula durante la estadía en la maternidad

Conclusión: Acorde al valor de chi-cuadrado (0,896), p es mayor a 0,05 por lo que se acepta la Ho.

Tabla 38 pruebas de chi-cuadrado. En la estadía en la maternidad, el niño(a) recibió fórmula en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,086 ^a	4	,896
N de casos válidos	180		

a. 3 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,56.

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Tabla 39 en la estadía en la maternidad, el niño(a) recibió fórmula en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

			Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos			Total
			Eficacia baja	Eficacia media	Eficacia alta	
Durante la estadía en la maternidad ¿Su hijo o hija recibió fórmula?	No recuerda	Recuento	10	10	26	46
		% dentro de Durante la estadía en la maternidad ¿Su hijo o hija recibió fórmula?	21,7%	21,7%	56,5%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	28,6%	22,7%	25,7%	25,6%
		% del total	5,6%	5,6%	14,4%	25,6%
No	No	Recuento	24	31	71	126
		% dentro de Durante la estadía en la maternidad ¿Su hijo o hija recibió fórmula?	19,0%	24,6%	56,3%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	68,6%	70,5%	70,3%	70,0%
		% del total	13,3%	17,2%	39,4%	70,0%
Si	Si	Recuento	1	3	4	8
		% dentro de Durante la estadía en la maternidad ¿Su hijo o hija recibió fórmula?	12,5%	37,5%	50,0%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	2,9%	6,8%	4,0%	4,4%
		% del total	,6%	1,7%	2,2%	4,4%
Total	Total	Recuento	35	44	101	180
		% dentro de Durante la estadía en la maternidad ¿Su hijo o hija recibió fórmula?	19,4%	24,4%	56,1%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Análisis

Como se puede analizar en la tabla N 39, respecto a si el niño(a) recibió fórmula durante la estadía en la maternidad se indican niveles altos de eficacia en el grupo de madres que no recuerda (56,5%), en las madres con niños que no recibieron (56,3%) y en las madres con niños que si recibieron fórmula (50,0%). El valor p de 0,896 indica que no hay una variación significativa entre grupos, por lo que se determina que si el niño(a) recibió fórmula durante la estadía en la maternidad, no tiene un efecto significativo en los niveles de autoeficacia de la lactancia materna.

Indicaciones al alta de la maternidad en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

Ho: No existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y las indicaciones impartidas al alta de la maternidad

Ha: Existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y las indicaciones impartidas al alta de la maternidad

Conclusión: Acorde al valor de chi-cuadrado (0,032), p es menor a 0,05 por lo que se rechaza la Ho.

Tabla 40 pruebas de chi-cuadrado. Indicaciones al alta de la maternidad en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,530 ^a	4	,032
N de casos válidos	180		

a. 5 casillas (55,6%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,36.

Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Mayra Bastidas.

Tabla 41 indicaciones al alta de la maternidad en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

			Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos			Total
			Eficacia baja	Eficacia media	Eficacia alta	
Al alta de la maternidad le indicaron	Lactancia + Fórmula	Recuento	2	6	2	10
		% dentro de Al alta de la maternidad le indicaron	20,0%	60,0%	20,0%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	5,7%	13,6%	2,0%	5,6%
		% del total	1,1%	3,3%	1,1%	5,6%
	Lactancia materna con horarios	Recuento	0	1	6	7
		% dentro de Al alta de la maternidad le indicaron	0,0%	14,3%	85,7%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	0,0%	2,3%	5,9%	3,9%
		% del total	0,0%	,6%	3,3%	3,9%
	Lactancia materna sin horario	Recuento	33	37	93	163
		% dentro de Al alta de la maternidad le indicaron	20,2%	22,7%	57,1%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	94,3%	84,1%	92,1%	90,6%
		% del total	18,3%	20,6%	51,7%	90,6%
Total	Recuento	35	44	101	180	
	% dentro de Al alta de la maternidad le indicaron	19,4%	24,4%	56,1%	100,0%	
	% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	19,4%	24,4%	56,1%	100,0%	

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Análisis

Respecto a las indicaciones que se les da a la madres durante el alta de la maternidad, se señalan niveles altos de eficacia en madres a las que se les indico lactancia materna con horarios (85,7%) y en madres a las que se les indico lactancia materna sin horarios (57,1%), mientras que en madres a las que se les indico lactancia más fórmula se presentan niveles medios de eficacia (60,0%). El valor p de 0,032 indica que si hay una variación significativa entre grupos, por lo que se determina que las indicaciones al momento del alta de la maternidad si tienen un efecto significativo en los niveles de autoeficacia de la lactancia materna.

Información sobre ventajas e importancia de la lactancia materna en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

Ho: No existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y si le entregaron a la madre información sobre ventajas e importancia de la lactancia materna

Ha: Existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y si le entregaron a la madre información sobre ventajas e importancia de la lactancia materna

Conclusión: Acorde al valor de chi-cuadrado (0,667), p es mayor a 0,05 por lo que se acepta la Ho.

Tabla 42 pruebas de chi-cuadrado. Información sobre ventajas e importancia de la lactancia materna en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,811 ^a	2	,667

3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,17.

Fuente: Investigación de campo.

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Tabla 43 Información sobre ventajas e importancia de la lactancia materna en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

			Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos			Total
			Eficacia baja	Eficacia media	Eficacia alta	
¿Le entregaron información sobre ventajas e importancia de la lactancia materna?	No	Recuento	2	1	3	6
		% dentro de ¿Le entregaron información sobre ventajas e importancia de la lactancia materna?	33,3%	16,7%	50,0%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	5,7%	2,3%	3,0%	3,3%
	% del total	1,1%	,6%	1,7%	3,3%	
	Si	Recuento	33	43	98	174
		% dentro de ¿Le entregaron información sobre ventajas e importancia de la lactancia materna?	19,0%	24,7%	56,3%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	94,3%	97,7%	97,0%	96,7%
	% del total	18,3%	23,9%	54,4%	96,7%	
Total		Recuento	35	44	101	180
		% dentro de ¿Le entregaron información sobre ventajas e importancia de la lactancia materna?	19,4%	24,4%	56,1%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	19,4%	24,4%	56,1%	100,0%	

Fuente: Investigación de campo.

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Análisis

En la tabla N 43 se puede observar que los porcentajes altos de eficacia se presentan en el grupo de madres al que no le entregaron información sobre ventajas e importancia de la lactancia (50,0%), y asimismo en las madres a las que si se les entregaron información (56,3%). El valor p de 0,667 indica que no hay una variación significativa entre grupos, por lo que se determina que la información sobre ventajas e importancia de la lactancia materna no tienen un efecto significativo en los niveles de autoeficacia de la lactancia materna.

Momento en el que recibió la información sobre ventajas e importancia de la lactancia materna en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

Ho: No existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y el momento en el que la madre recibió información sobre ventajas e importancia de la lactancia materna

Ha: Existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y el momento en el que la madre recibió información sobre ventajas e importancia de la lactancia materna

Conclusión: Acorde al valor de chi-cuadrado (0,348), p es mayor a 0,05 por lo que se acepta la Ho.

Tabla 44 pruebas de chi-cuadrado. Momento en el que recibió la información sobre ventajas e importancia de la lactancia materna en relación a la autoeficacia de la lactancia.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,715 ^a	6	,348

a. 4 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,28.

Fuente: Investigación de campo.

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Tabla 45 Momento en el que recibió la información sobre ventajas e importancia de la lactancia materna en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

			Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos			Total
			Eficacia baja	Eficacia media	Eficacia alta	
¿En qué momento recibió esta información?	Otro	Recuento	0	3	9	12
		% dentro de ¿En qué momento recibió esta información?	0,0%	25,0%	75,0%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	0,0%	7,0%	9,2%	6,9%
		% del total	0,0%	1,7%	5,2%	6,9%
Durante la estadía en la maternidad		Recuento	6	3	9	18
		% dentro de ¿En qué momento recibió esta información?	33,3%	16,7%	50,0%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	18,2%	7,0%	9,2%	10,3%
En controles de salud del niño		Recuento	7	14	28	49
		% dentro de ¿En qué momento recibió esta información?	14,3%	28,6%	57,1%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	21,2%	32,6%	28,6%	28,2%
En controles o talleres del embarazo		Recuento	20	23	52	95
		% dentro de ¿En qué momento recibió esta información?	21,1%	24,2%	54,7%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	60,6%	53,5%	53,1%	54,6%
		% del total	11,5%	13,2%	29,9%	54,6%
Total		Recuento	33	43	98	174
		% dentro de ¿En qué momento recibió esta información?	19,0%	24,7%	56,3%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Investigación de campo.

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Análisis

En lo relativo a el momento en el que recibió la información sobre ventajas e importancia de la lactancia materna, los niveles altos de autoeficacia se presentan en las madres que recibieron la información en otro (75,0%), durante la estadía en la maternidad (50,0%), en controles de salud del niño (57,1%), y en controles o talleres del embarazo (54,7%). El valor p de 0,348 indica que no hay una variación significativa entre grupos, por lo que se determina el momento en donde la madre recibió la información sobre ventajas e importancia de la lactancia materna no tienen un efecto significativo en los niveles de autoeficacia de la lactancia materna.

Hasta qué mes de vida le dará exclusivamente leche materna en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

Ho: No existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y el mes hasta el que se le dará exclusivamente leche materna al niño(a)

Ha: Existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y el mes hasta el que se le dará exclusivamente leche materna al niño(a)

Conclusión: Acorde al valor de chi-cuadrado (0,000), p es menor a 0,05 por lo que se rechaza la Ho.

Tabla 46 pruebas de chi-cuadrado. Hasta qué mes de vida le dará exclusivamente leche materna en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	96,796 ^a	2	,000

0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 12,64.

Fuente: Investigación de campo.

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Tabla 47 Hasta qué mes de vida le dará exclusivamente leche materna en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

			Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos			Total
			Eficacia baja	Eficacia media	Eficacia alta	
¿A su hijo/a, hasta qué mes de vida le dará exclusivamente leche materna?	Menos de 6 meses	Recuento	33	25	7	65
		% dentro de ¿A su hijo/a, hasta qué mes de vida le dará exclusivamente leche materna?	50,8%	38,5%	10,8%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	94,3%	56,8%	6,9%	36,1%
		% del total	18,3%	13,9%	3,9%	36,1%
	Hasta los 6 meses o más	Recuento	2	19	94	115
		% dentro de ¿A su hijo/a, hasta qué mes de vida le dará exclusivamente leche materna?	1,7%	16,5%	81,7%	100,0%
% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos		5,7%	43,2%	93,1%	63,9%	
	% del total	1,1%	10,6%	52,2%	63,9%	
Total	Recuento	35	44	101	180	
	% dentro de ¿A su hijo/a, hasta qué mes de vida le dará exclusivamente leche materna?	19,4%	24,4%	56,1%	100,0%	
	% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	19,4%	24,4%	56,1%	100,0%	

Fuente: Investigación de campo.

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Análisis

En cuanto a las madres que darán exclusivamente leche materna al niño(a) en un periodo de seis meses, se presentan altos niveles de eficacia en madres que darán lactancia en un periodo de seis meses o más (81,7%), mientras que los niveles

bajos de eficacia se presentan en madres que darán lactancia por menos de seis meses (50,8). El valor p de 0,000 indica que si hay una variación significativa entre grupos, por lo que se determina que el mes hasta el que se dará exclusivamente leche materna al niño(a) si tiene un efecto significativo en los niveles de autoeficacia de la lactancia materna.

Motivo para dejar la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses o de no dar nunca en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

Ho: No existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y el motivo para dejar la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses o de no dar nunca

Ha: Existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y el motivo para dejar la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses o de no dar nunca

Conclusión: Acorde al valor de chi-cuadrado (0,014), p es menor a 0,05 por lo que se rechaza la Ho.

Tabla 48 pruebas de chi-cuadrado. Motivo para dejar la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses o de no dar nunca en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,988 ^a	6	,014
N de casos válidos	65		

a. 7 casillas (58,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,11.

Fuente: Investigación de campo.

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Tabla 49 Motivo para dejar la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses o de no dar nunca en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

			Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos			Total
			Eficacia baja	Eficacia media	Eficacia alta	
Motivo para dejar la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses o de no dar nunca	Mal incremento de peso del niño	Recuento	24	21	2	47
		% dentro de Motivo para dejar la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses o de no dar nunca	51,1%	44,7%	4,3%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	72,7%	84,0%	28,6%	72,3%
El niño no quiso seguir lactando		Recuento	8	4	3	15
		% dentro de Motivo para dejar la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses o de no dar nunca	53,3%	26,7%	20,0%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	24,2%	16,0%	42,9%	23,1%
Enfermedad de la madre		Recuento	0	0	1	1
		% dentro de Motivo para dejar la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses o de no dar nunca	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	0,0%	0,0%	14,3%	1,5%
Enfermedad del niño		Recuento	1	0	1	2
		% dentro de Motivo para dejar la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses o de no dar nunca	50,0%	0,0%	50,0%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	3,0%	0,0%	14,3%	3,1%
Total		Recuento	33	25	7	65
		% dentro de Motivo para dejar la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses o de no dar nunca	50,8%	38,5%	10,8%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Investigación de campo.

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Análisis

Se presentan niveles bajos de eficacia en madres que abandonaron la lactancia por mal incremento de peso del niño (51,1%) y por que el niño no quiso seguir lactando (53,3%); en cambio las madres que abandonaron la lactancia por enfermedad de la madre presentan eficacia alta (100,0%) mientras que por enfermedad del niño tienen nivel de eficacia baja y alta (50%-50%). El valor p de 0,014 indica que si hay una variación significativa entre grupos, por lo que se determina que el motivo de abandono de la lactancia tiene un efecto significativo en los niveles de autoeficacia de la lactancia materna.

Si al niño(a) se le ha dado leche distinta a la leche materna en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

Ho: No existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y si al niño(a) se le ha dado leche distinta a la leche materna

Ha: Existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y si al niño(a) se le ha dado leche distinta a la leche materna

Conclusión: Acorde al valor de chi-cuadrado (0,000), p es menor a 0,05 por lo que se rechaza la Ho.

Tabla 50 pruebas de chi-cuadrado. Si al niño(a) se le ha dado leche distinta a la leche materna en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	81,232 ^a	2	,000

0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 15,36.

Fuente: Investigación de campo.

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Tabla 51 Si al niño(a) se le ha dado leche distinta a la leche materna en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

			Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos			Total
			Eficacia baja	Eficacia media	Eficacia alta	
A este niño o niña ¿le ha dado leche distinta a la leche materna?	No	Recuento	1	15	85	101
		% dentro de A este niño o niña ¿le ha dado leche distinta a la leche materna?	1,0%	14,9%	84,2%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	2,9%	34,1%	84,2%	56,1%
		% del total	,6%	8,3%	47,2%	56,1%
	Si	Recuento	34	29	16	79
		% dentro de A este niño o niña ¿le ha dado leche distinta a la leche materna?	43,0%	36,7%	20,3%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	97,1%	65,9%	15,8%	43,9%
		% del total	18,9%	16,1%	8,9%	43,9%
Total		Recuento	35	44	101	180
		% dentro de A este niño o niña ¿le ha dado leche distinta a la leche materna?	19,4%	24,4%	56,1%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	19,4%	24,4%	56,1%	100,0%

Fuente: Investigación de campo.

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Análisis

Como se puede observar en la tabla N 51, se presentan niveles bajos de eficacia en madres que no han dado leche distinta a la leche materna (43,0%) y en madres

que si han dado leche distinta a la leche materna (43,0%). El valor p indica un valor de 0,000 lo que señala que si hay una variación significativa entre grupos, por lo que se determina que dar leche distinta a la leche materna si tiene un efecto significativo en los niveles de autoeficacia de la lactancia materna.

Sigue amamantando a su hijo o hija en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

Ho: No existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y si la madre sigue amamantando a su hijo o hija

Ha: Existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y si la madre sigue amamantando a su hijo o hija

Conclusión: Acorde al valor de chi-cuadrado (0,263), p es mayor a 0,05 por lo que se acepta la Ho.

Tabla 52 pruebas de chi-cuadrado. Sigue amamantando a su hijo o hija en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,670 ^a	2	,263
N de casos válidos	180		

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,78.

Fuente: Investigación de campo.

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Tabla 53 Sigue amamantando a su hijo o hija en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

			Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos			Total
			Eficacia baja	Eficacia media	Eficacia alta	
¿Sigue amamantando a su hijo o hija?	No	Recuento	2	1	1	4
		% dentro de ¿Sigue amamantando a su hijo o hija?	50,0%	25,0%	25,0%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	5,7%	2,3%	1,0%	2,2%
	% del total		1,1%	,6%	,6%	2,2%
	Si	Recuento	33	43	100	176
		% dentro de ¿Sigue amamantando a su hijo o hija?	18,8%	24,4%	56,8%	100,0%
% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos		94,3%	97,7%	99,0%	97,8%	
% del total		18,3%	23,9%	55,6%	97,8%	
Total	Recuento	35	44	101	180	
	% dentro de ¿Sigue amamantando a su hijo o hija?	19,4%	24,4%	56,1%	100,0%	
	% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total		19,4%	24,4%	56,1%	100,0%

Fuente: Investigación de campo.

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Análisis

Como se puede observar en la tabla N 53, las madres que no siguen amamantando a su hijo(a) tienen eficacia baja (50,0%), mientras que las madres que continúan con la lactancia materna eficacia alta (56,8%). El valor p indica un valor de 0,263

lo que muestra que no hay una variación significativa entre grupos, por lo que se determina que si la madre sigue amamantando o no a su hijo(a) no tiene un efecto significativo en los niveles de autoeficacia de la lactancia materna.

Antes de tener al niño(a), tenía un trabajo remunerado en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

Ho: No existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y si la madre antes de tener a su hijo o hija, tenía un trabajo remunerado

Ha: Existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y si la madre antes de tener a su hijo o hija, tenía un trabajo remunerado

Conclusión: Acorde al valor de chi-cuadrado (0,012), p es menor a 0,05 por lo que se rechaza la Ho.

Tabla 54 pruebas de chi-cuadrado. Antes de tener al niño(a), tenía un trabajo remunerado en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,811 ^a	2	,012
N de casos válidos	180		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 12,83.

Fuente: Investigación de campo.

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Tabla 55 Antes de tener al niño(a), tenía un trabajo remunerado en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

			Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos			Total
			Eficacia baja	Eficacia media	Eficacia alta	
Antes de tener a su hijo o hija ¿Tenía un trabajo remunerado?	No	Recuento	22	20	72	114
		% dentro de Antes de tener a su hijo o hija ¿Tenía un trabajo remunerado?	19,3%	17,5%	63,2%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	62,9%	45,5%	71,3%	63,3%
	% del total		12,2%	11,1%	40,0%	63,3%
	Si	Recuento	13	24	29	66
		% dentro de Antes de tener a su hijo o hija ¿Tenía un trabajo remunerado?	19,7%	36,4%	43,9%	100,0%
% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos		37,1%	54,5%	28,7%	36,7%	
% del total		7,2%	13,3%	16,1%	36,7%	
Total	Recuento	35	44	101	180	
	% dentro de Antes de tener a su hijo o hija ¿Tenía un trabajo remunerado?	19,4%	24,4%	56,1%	100,0%	
	% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total		19,4%	24,4%	56,1%	100,0%

Fuente: Investigación de campo.

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Análisis

En la tabla N 55 se encontró altos niveles de autoeficacia en el grupo de madres que no tenía trabajo remunerado (63,2%) también en madres que si tenían trabajo remunerado (43,9%). El valor p indica un valor de 0,012 lo que muestra que si hay una variación significativa entre grupos, por lo que se determina que si la madre tenía o no un trabajo remunerado antes de que su hijo(a) nazca si tiene un efecto significativo en los niveles de autoeficacia de la lactancia materna.

Con respecto a las madres que si tenían trabajo remunerado

Tipo de trabajo en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

Ho: No existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y el tipo de trabajo que desempeña la madre

Ha: Existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y el tipo de trabajo que desempeña la madre

Conclusión: Acorde al valor de chi-cuadrado (0,036), p es menor a 0,05 por lo que se rechaza la Ho.

Tabla 56 pruebas de chi-cuadrado. Tipo de trabajo en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,245 ^a	4	,036
N de casos válidos	66		

a. 2 casillas (22,2%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,95.

Fuente: Investigación de campo.

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Tabla 57 Tipo de trabajo en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

			Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos			Total
			Eficacia baja	Eficacia media	Eficacia alta	
Tipo de trabajo que desempeñaba	Independiente Temporal	Recuento	11	9	14	34
		% dentro de Tipo de trabajo que desempeñaba	32,4%	26,5%	41,2%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	84,6%	37,5%	48,3%	51,5%
		% del total	16,7%	13,6%	21,2%	51,5%
	Independiente continuo	Recuento	1	10	6	17
		% dentro de Tipo de trabajo que desempeñaba	5,9%	58,8%	35,3%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	7,7%	41,7%	20,7%	25,8%
	Dependiente	Recuento	1	5	9	15
		% dentro de Tipo de trabajo que desempeñaba	6,7%	33,3%	60,0%	100,0%
% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos		7,7%	20,8%	31,0%	22,7%	
Total	Recuento	13	24	29	66	
	% dentro de Tipo de trabajo que desempeñaba	19,7%	36,4%	43,9%	100,0%	
	% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	19,7%	36,4%	43,9%	100,0%	

Fuente: Investigación de campo.

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Análisis

En lo concerniente al tipo de trabajo, se puede observar un alto nivel de eficacia en las madres que tienen trabajo de tipo independiente temporal (41,2%) y de tipo dependiente (60,0%), mientras que las madres que tienen trabajo independiente continuo eficacia media (58,8%). El valor p indica un valor de 0,036 lo que señala que si hay una variación significativa entre grupos, por lo que se determina que el tipo de trabajo que desempeña la madre si tiene un efecto significativo en los niveles de autoeficacia de la lactancia materna.

Tuvo acceso a descanso prenatal remunerado en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

Ho: No existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y si la madre tuvo acceso a descanso prenatal remunerado

Ha: Existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y si la madre tuvo acceso a descanso prenatal remunerado

Conclusión: Acorde al valor de chi-cuadrado (0,579), p es mayor a 0,05 por lo que se acepta la Ho.

Tabla 58 pruebas de chi-cuadrado. Tuvo acceso a descanso prenatal remunerado en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,092 ^a	2	,579
N de casos válidos	66		

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,79.

Fuente: Investigación de campo.

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Tabla 59 Tuvo acceso a descanso prenatal remunerado en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

			Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos			Total
			Eficacia baja	Eficacia media	Eficacia alta	
Tuvo acceso a descanso prenatal remunerado (antes del parto)	No	Recuento	13	22	27	62
		% dentro de Tuvo acceso a descanso prenatal remunerado (antes del parto)	21,0%	35,5%	43,5%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	100,0%	91,7%	93,1%	93,9%
		% del total	19,7%	33,3%	40,9%	93,9%
	Si	Recuento	0	2	2	4
		% dentro de Tuvo acceso a descanso prenatal remunerado (antes del parto)	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	0,0%	8,3%	6,9%	6,1%
		% del total	0,0%	3,0%	3,0%	6,1%
Total		Recuento	13	24	29	66
		% dentro de Tuvo acceso a descanso prenatal remunerado (antes del parto)	19,7%	36,4%	43,9%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	19,7%	36,4%	43,9%	100,0%

Fuente: Investigación de campo.

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Análisis

Como se observa en la tabla N 59 el grupo de madres que no tuvo acceso a descanso prenatal remunerado tiene un nivel de eficacia alta (43,5%), y las madres

que sí tuvieron acceso a descanso prenatal remunerado tienen un nivel de eficacia media y alta (50%-50%). El valor p indica un valor de 0,579 lo que indica que no hay una variación significativa entre grupos, por lo que se determina que si la madre tuvo o no acceso a descanso prenatal remunerado no tiene un efecto significativo en los niveles de autoeficacia de la lactancia materna.

Tuvo acceso a descanso postnatal remunerado en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

Ho: No existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y si la madre tuvo acceso a descanso posnatal remunerado

Ha: Existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y si la madre tuvo acceso a descanso prenatal remunerado

Conclusión: Acorde al valor de chi-cuadrado (0,285), p es mayor a 0,05 por lo que se acepta la Ho.

Tabla 60 pruebas de chi-cuadrado. Tuvo acceso a descanso postnatal remunerado en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,513 ^a	2	,285
N de casos válidos	66		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,52.

Fuente: Investigación de campo.

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Tabla 61 Tuvo acceso a descanso postnatal remunerado en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

			Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos			Total
			Eficacia baja	Eficacia media	Eficacia alta	
¿Tuvo acceso a descanso postnatal remunerado (84 días desde el parto)?	No	Recuento	3	11	14	28
		% dentro de ¿Tuvo acceso a descanso postnatal remunerado (84 días desde el parto)?	10,7%	39,3%	50,0%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	23,1%	45,8%	48,3%	42,4%
		% del total	4,5%	16,7%	21,2%	42,4%
	Si	Recuento	10	13	15	38
		% dentro de ¿Tuvo acceso a descanso postnatal remunerado (84 días desde el parto)?	26,3%	34,2%	39,5%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	76,9%	54,2%	51,7%	57,6%
		% del total	15,2%	19,7%	22,7%	57,6%
Total		Recuento	13	24	29	66
		% dentro de ¿Tuvo acceso a descanso postnatal remunerado (84 días desde el parto)?	19,7%	36,4%	43,9%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	19,7%	36,4%	43,9%	100,0%

Fuente: Investigación de campo.

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Análisis

En lo referente a si la madre tuvo acceso a descanso postnatal remunerado, se observan altos niveles de eficacia, tanto en el grupo que no tuvo (50,0%) como en el grupo que si tuvo (39,5%). El valor p indica un valor de 0,285 lo que significa que no hay una variación significativa entre grupos, por lo que se determina que si la madre tuvo o no acceso a descanso postnatal remunerado no tiene un efecto significativo en los niveles de autoeficacia de la lactancia materna.

Tiempo de descanso postnatal le asignaron en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

Ho: No existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y el tiempo de descanso postnatal de la madre

Ha: Existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y el tiempo de descanso postnatal de la madre

Conclusión: Acorde al valor de chi-cuadrado (0,118), p es mayor a 0,05 por lo que se acepta la Ho.

Tabla 62 pruebas de chi-cuadrado. Tiempo de descanso postnatal le asignaron en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,267 ^a	2	,118
N de casos válidos	37		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,41.

Fuente: Investigación de campo.

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Tabla 63 Tiempo de descanso postnatal le asignaron en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

			Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos			Total
			Eficacia baja	Eficacia media	Eficacia alta	
¿Cuántas semanas de descanso postnatal remunerado le asignaron?	18 semanas	Recuento	1	5	8	14
		% dentro de ¿Cuántas semanas de descanso postnatal remunerado le asignaron?	7,1%	35,7%	57,1%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	11,1%	38,5%	53,3%	37,8%
		% del total	2,7%	13,5%	21,6%	37,8%
	12 semanas	Recuento	8	8	7	23
		% dentro de ¿Cuántas semanas de descanso postnatal remunerado le asignaron?	34,8%	34,8%	30,4%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	88,9%	61,5%	46,7%	62,2%
		% del total	21,6%	21,6%	18,9%	62,2%
Total		Recuento	9	13	15	37
		% dentro de ¿Cuántas semanas de descanso postnatal remunerado le asignaron?	24,3%	35,1%	40,5%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	24,3%	35,1%	40,5%	100,0%

Fuente: Investigación de campo.

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Análisis

Respecto al tiempo de descanso postnatal, las madres que tuvieron 18 semanas presentan un nivel de eficacia alta (57,1%) y las madres que tuvieron 12 semanas tienen un nivel de eficacia media y alta (34,8%). El valor p indica un valor de 0,118 lo que indica que no hay una variación significativa entre grupos, por lo que se determina que el tiempo de descanso postnatal de la madre no tiene un efecto significativo en los niveles de autoeficacia de la lactancia materna.

Tuvo acceso a descanso parental remunerado asignaron en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

Ho: No existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y si la madre tuvo acceso a descanso parental remunerado

Ha: Existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y si la madre tuvo acceso a descanso parental remunerado

Conclusión: Acorde al valor de chi-cuadrado (0,403), p es mayor a 0,05 por lo que se acepta la Ho.

Tabla 64 pruebas de chi-cuadrado. Tuvo acceso a descanso parental remunerado asignaron en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,025 ^a	4	,403
N de casos válidos	64		

a. 6 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,41.

Fuente: Investigación de campo.

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Tabla 65 Tuvo acceso a descanso parental remunerado asignaron en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

			Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos			Total
			Eficacia baja	Eficacia media	Eficacia alta	
¿Tuvo acceso a descanso parental remunerado (desde los 84 días del niño hasta las 24 semanas de vida)?	Si, tiempo parcial (18 semanas)	Recuento	0	1	1	2
		% dentro de ¿Tuvo acceso a descanso parental remunerado (desde los 84 días del niño hasta las 24 semanas de vida)?	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	0,0%	4,2%	3,7%	3,1%
	Si, tiempo completo (12 semanas)	Recuento	0	2	0	2
		% dentro de ¿Tuvo acceso a descanso parental remunerado (desde los 84 días del niño hasta las 24 semanas de vida)?	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	0,0%	8,3%	0,0%	3,1%
No	Recuento	13	21	26	60	
	% dentro de ¿Tuvo acceso a descanso parental remunerado (desde los 84 días del niño hasta las 24 semanas de vida)?	21,7%	35,0%	43,3%	100,0%	
	% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	100,0%	87,5%	96,3%	93,8%	
Total	Recuento	13	24	27	64	
	% dentro de ¿Tuvo acceso a descanso parental remunerado (desde los 84 días del niño hasta las 24 semanas de vida)?	20,3%	37,5%	42,2%	100,0%	
	% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Investigación de campo.

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Análisis

Respecto al tiempo del descanso parental remunerado, las madres que tuvieron tiempo parcial tiene nivel de eficacia media y alta (50,0% -50,0%), tiempo completo eficacia media (100%) y las madres que no tuvieron acceso a descanso parental remunerado eficacia alta (43,3%). El valor p indica un valor de 0,403 lo que indica que no hay una variación significativa entre grupos, por lo que se determina que si la madre tuvo o no acceso a descanso parental remunerado de 12 o 18 semanas no tiene un efecto significativo en los niveles de autoeficacia de la lactancia materna.

Experiencia en la lactancia previa en relación a la autoeficacia de la lactancia materna

Ho: No existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y la experiencia previa en la lactancia

Ha: Existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y la experiencia previa en la lactancia

Conclusión: Acorde al valor de chi-cuadrado (0,000), p es menor a 0,05 por lo que se rechaza la Ho.

Tabla 66 pruebas de chi-cuadrado. Experiencia en la lactancia previa en relación a la autoeficacia de la lactancia materna

	Valor	GI	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	56,087 ^a	4	,000
N de casos válidos	180		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,83.

Fuente: Investigación de campo.

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Tabla 67 Experiencia en la lactancia previa en relación a la autoeficacia de la lactancia materna

			Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos			Total
			Eficacia baja	Eficacia media	Eficacia alta	
¿Cuál fue su experiencia en la lactancia previa?	No tiene otro hijo	Recuento	15	33	28	76
		% dentro de ¿Cuál fue su experiencia en la lactancia previa?	19,7%	43,4%	36,8%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	42,9%	75,0%	27,7%	42,2%
		% del total	8,3%	18,3%	15,6%	42,2%
	Con muchos problemas	Recuento	12	9	9	30
		% dentro de ¿Cuál fue su experiencia en la lactancia previa?	40,0%	30,0%	30,0%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	34,3%	20,5%	8,9%	16,7%
		% del total	6,7%	5,0%	5,0%	16,7%
	Sin problemas	Recuento	8	2	64	74
% dentro de ¿Cuál fue su experiencia en la lactancia previa?		10,8%	2,7%	86,5%	100,0%	
% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos		22,9%	4,5%	63,4%	41,1%	
% del total		4,4%	1,1%	35,6%	41,1%	
Total	Recuento	35	44	101	180	
	% dentro de ¿Cuál fue su experiencia en la lactancia previa?	19,4%	24,4%	56,1%	100,0%	
	% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	19,4%	24,4%	56,1%	100,0%	

Fuente: Investigación de campo.

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Análisis

En relación a la experiencia en la lactancia previa se puede observar que el grupo de madres que no tiene otro hijo tiene nivel de eficacia media (43,3%), las madres que tuvieron muchos problemas en la lactancia previa eficacia baja (40,0%) y las madres que no tuvieron problemas en la experiencia previa en la lactancia tienen eficacia alta (86,5%). El valor p indica un valor de 0,000 lo que señala que si hay una variación significativa entre grupos, por lo que se determina que la experiencia previa de la madre respecto a la lactancia si tiene un efecto significativo.

ESTADISTICO VARIABLES ANTROPOMETRICAS NIÑO(A)

Peso / longitud del niño/a en relación a la autoeficacia de la lactancia materna

Ho: No existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y el diagnóstico peso para la longitud del niño(a)

Ha: Existe relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y el diagnóstico peso para la longitud del niño(a)

Conclusión: Acorde al valor de chi-cuadrado (0,206), p es mayor a 0,05 por lo que se acepta la Ho.

Tabla 68 pruebas de chi-cuadrado. Peso / longitud del niño/a en relación a la autoeficacia de la lactancia materna

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,330 ^a	10	,206

13 casillas (72,2%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,19.

Fuente: Investigación de campo.

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Tabla 69 Peso / longitud del niño/a en relación a la autoeficacia de la lactancia materna

			Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos			Total
			Eficacia baja	Eficacia media	Eficacia alta	
Peso / longitud del niño/a	Severamente Emaciado	Recuento	1	5	6	12
		% dentro de Peso / longitud del niño/a	8,3%	41,7%	50,0%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	2,9%	11,4%	5,9%	6,7%
	Emaciado	Recuento	2	4	5	11
		% dentro de Peso / longitud del niño/a	18,2%	36,4%	45,5%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	5,7%	9,1%	5,0%	6,1%
	Normal	Recuento	27	33	87	147
		% dentro de Peso / longitud del niño/a	18,4%	22,4%	59,2%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	77,1%	75,0%	86,1%	81,7%
	Posible riesgo de sobrepeso	Recuento	3	1	2	6
		% dentro de Peso / longitud del niño/a	50,0%	16,7%	33,3%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	8,6%	2,3%	2,0%	3,3%
	Sobrepeso	Recuento	2	1	0	3
		% dentro de Peso / longitud del niño/a	66,7%	33,3%	0,0%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	5,7%	2,3%	0,0%	1,7%
	Obeso	Recuento	0	0	1	1
		% dentro de Peso / longitud del niño/a	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	0,0%	0,0%	1,0%	,6%
Total		Recuento	35	44	101	180
		% dentro de Peso / longitud del niño/a	19,4%	24,4%	56,1%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	19,4%	24,4%	56,1%	100,0%

Fuente: Investigación de campo.

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Análisis

En relación al peso / longitud del niño/a, se presentan niveles de eficacia altos en madres de niños con diagnóstico severamente emaciados (50,0%), emaciados (45,5%), normal (59,2%), obesos (100,0%) mientras que los niveles de eficacia bajos se muestran en madres de hijos con diagnóstico posible riesgo de sobrepeso (50,0%) y con sobrepeso (66,7%). El valor p indica un valor de 0,206 lo que señala que no hay una variación significativa entre grupos, por lo que se determina que el tipo de diagnóstico con respecto al peso/longitud del niño(a) no tiene un efecto significativo en los niveles de autoeficacia de la lactancia materna.

<u>82%(147) de los niños(as) respecto al diagnóstico peso/longitud esta normal.</u> El grado de autoeficacia en el amamantamientos de las madres en estos niños es:					
Eficacia Baja		Eficacia Media		Eficacia Alta	
27	18,4%	33	22,4%	87	59,2%
<u>7%(12) severamente emaciado.</u> El grado de autoeficacia en el amamantamientos de las madres en estos niños es:					
Eficacia Baja		Eficacia Media		Eficacia Alta	
1	8,3%	5	41,7%	6	50,0%
<u>6%(11) emaciado.</u> El grado de autoeficacia en el amamantamientos de las madres en estos niños es:					
Eficacia Baja		Eficacia Media		Eficacia Alta	
2	18,2%	4	36,4%	5	45,5%
<u>3%(3) tiene posible riesgo de sobrepeso.</u> El grado de autoeficacia en el amamantamientos de las madres en estos niños es:					
Eficacia Baja		Eficacia Media		Eficacia Alta	
3	50,0%	1	16,7%	2	33,3%
<u>2%(3) sobrepeso.</u> El grado de autoeficacia en el amamantamientos de las madres en estos niños es:					
Eficacia Baja		Eficacia Media		Eficacia Alta	
2	66,7	1	33,3%	0	0,0%
<u>(1) restante obeso.</u> El grado de autoeficacia en el amamantamientos de las madres en estos niños es:					
Eficacia Baja		Eficacia Media		Eficacia Alta	
0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%

Peso / edad del niño/a en relación a la autoeficacia de la lactancia materna

Ho: No existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y el diagnóstico peso para la edad del niño(a)

Ha: Existe relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y el diagnóstico peso para la edad del niño(a)

Conclusión: Acorde al valor de chi-cuadrado (0,733), p es mayor a 0,05 por lo que se acepta la Ho.

Tabla 70 pruebas de chi-cuadrado. Peso / edad del niño/a en relación a la autoeficacia de la lactancia materna

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,584 ^a	6	,733
N de casos válidos	180		

a. 5 casillas (41,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,39.

Fuente: Investigación de campo.

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Tabla 71 Peso / edad del niño/a en relación a la autoeficacia de la lactancia materna

			Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos			Total
			Eficacia baja	Eficacia media	Eficacia alta	
Peso / edad del niño/a	Bajo peso severo	Recuento	3	8	20	31
		% dentro de Peso / edad del niño/a	9,7%	25,8%	64,5%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	8,6%	18,2%	19,8%	17,2%
		% del total	1,7%	4,4%	11,1%	17,2%
	Bajo peso	Recuento	4	5	9	18
		% dentro de Peso / edad del niño/a	22,2%	27,8%	50,0%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	11,4%	11,4%	8,9%	10,0%
		% del total	2,2%	2,8%	5,0%	10,0%
	Peso adecuado	Recuento	28	30	71	129
		% dentro de Peso / edad del niño/a	21,7%	23,3%	55,0%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	80,0%	68,2%	70,3%	71,7%
		% del total	15,6%	16,7%	39,4%	71,7%
Peso alto	Recuento	0	1	1	2	
	% dentro de Peso / edad del niño/a	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%	
	% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	0,0%	2,3%	1,0%	1,1%	
	% del total	0,0%	,6%	,6%	1,1%	
Total	Recuento	35	44	101	180	
	% dentro de Peso / edad del niño/a	19,4%	24,4%	56,1%	100,0%	
	% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Investigación de campo.

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Análisis

Como se observa en la tabla N71 con respecto al peso/ edad del infante, se presentan niveles de eficacia altos en madres de hijos con diagnóstico de bajo peso severo (64,5%), bajo peso (50,0%), peso adecuado (55,0%) además, las madres de hijos con diagnóstico de peso alto tienen nivel de eficacia media y alta (50,0%-50,0%). El valor p indica un valor de 0,733 lo que señala que no hay una variación significativa entre grupos, por lo que se determina que el tipo de diagnóstico con respecto al peso/edad del niño(a) no tiene un efecto significativo en los niveles de autoeficacia de la lactancia materna.

<u>72%(129) de los niños(as) respecto al diagnóstico peso/edad tiene peso adecuado.</u> El grado de autoeficacia en el amamantamientos de las madres en estos niños es:					
Eficacia Baja		Eficacia Media		Eficacia Alta	
28	21,7%	30	23,3%	71	55,0%
<u>17%(31) bajo peso severo.</u> El grado de autoeficacia en el amamantamientos de las madres en estos niños es:					
Eficacia Baja		Eficacia Media		Eficacia Alta	
3	9,7%	8	25,8%	20	64,5%
<u>10%(18) bajo peso.</u> El grado de autoeficacia en el amamantamientos de las madres en estos niños es:					
Eficacia Baja		Eficacia Media		Eficacia Alta	
4	22,2%	5	27,8%	9	50,0%
<u>1%(2) peso alto.</u> El grado de autoeficacia en el amamantamientos de las madres en estos niños es:					
Eficacia Baja		Eficacia Media		Eficacia Alta	
0	00,0%	1	50,0%	1	50,0,3%

Longitud / edad del niño/a en relación a la autoeficacia de la lactancia materna

Ho: No existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y el diagnóstico longitud para la edad del niño(a)

Ha: Existe relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y el diagnóstico longitud para la edad del niño(a)

Conclusión: Acorde al valor de chi-cuadrado (0,664), p es mayor a 0,05 por lo que se acepta la Ho.

Tabla 72 pruebas de chi-cuadrado. Longitud / edad del niño/a en relación a la autoeficacia de la lactancia materna

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,846 ^a	8	,664
N de casos válidos	180		

a. 6 casillas (40,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,19.

Fuente: Investigación de campo.

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Tabla 73 Longitud / edad del niño/a en relación a la autoeficacia de la lactancia materna.

			Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos			Total
			Eficacia baja	Eficacia media	Eficacia alta	
Longitud / edad del niño/a	Talla baja severa	Recuento	5	9	21	35
		% dentro de Longitud / edad del niño/a	14,3%	25,7%	60,0%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	14,3%	20,5%	20,8%	19,4%
		% del total	2,8%	5,0%	11,7%	19,4%
	Talla baja	Recuento	4	8	14	26
		% dentro de Longitud / edad del niño/a	15,4%	30,8%	53,8%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	11,4%	18,2%	13,9%	14,4%
	Riesgo de baja talla	Recuento	0	0	1	1
		% dentro de Longitud / edad del niño/a	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	0,0%	0,0%	1,0%	,6%
		% del total	0,0%	0,0%	,6%	,6%
	Talla adecuada	Recuento	26	26	65	117
% dentro de Longitud / edad del niño/a		22,2%	22,2%	55,6%	100,0%	
% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos		74,3%	59,1%	64,4%	65,0%	
Talla alta	Recuento	0	1	0	1	
	% dentro de Longitud / edad del niño/a	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	
	% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	0,0%	2,3%	0,0%	,6%	
Total	Recuento	35	44	101	180	
	% dentro de Longitud / edad del niño/a	19,4%	24,4%	56,1%	100,0%	
	% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Investigación de campo.

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Análisis

En la tabla N73 se puede observar que el grupo de madres con hijos con diagnóstico de talla baja severa tiene un nivel de eficacia alta (60,0%), las madres con hijos con diagnóstico de talla baja tienen un nivel de eficacia alta (53,8%), las madres con hijos con diagnóstico de riesgo de baja talla tienen un nivel de eficacia alta (100,0%), las madres con hijos con diagnóstico de talla adecuada tienen un nivel de eficacia alta (55,6%) y las madres con hijos con diagnóstico de talla alta tienen un nivel de eficacia media (100,0%). El valor p indica un valor de 0,644 lo que indica que no hay una variación significativa entre grupos, por lo que se determina que el tipo de diagnóstico con respecto a longitud/edad del niño(a) no tiene un efecto significativo en los niveles de autoeficacia de la lactancia materna.

65%(117) de los niños(as) tiene una talla adecuada. El grado de autoeficacia en el amamantamientos de las madres en estos niños es:					
Eficacia Baja		Eficacia Media		Eficacia Alta	
26	22,2%	26	22,2%	65	55,6%
19%(35) baja talla severa. El grado de autoeficacia en el amamantamientos de las madres en estos niños es:					
Eficacia Baja		Eficacia Media		Eficacia Alta	
5	14,3%	9	25,7%	21	60,0%
14%(26) talla baja. El grado de autoeficacia en el amamantamientos de las madres en estos niños es:					
Eficacia Baja		Eficacia Media		Eficacia Alta	
4	15,4%	8	30,8%	14	53,8%
1) corresponde a los niños(as) con riesgo de baja talla. El grado de autoeficacia en el amamantamientos de las madres en estos niños es:					
Eficacia Baja		Eficacia Media		Eficacia Alta	
0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%
1) corresponde a los niños(as) con talla alta. El grado de autoeficacia en el amamantamientos de las madres en estos niños es:					
Eficacia Baja		Eficacia Media		Eficacia Alta	
0	0,0	1	100,0%	0	0,0%

IMC / edad del niño/a en relación a la autoeficacia de la lactancia materna

Ho: No existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y el diagnóstico IMC para la edad del niño(a)

Ha: Existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y el diagnóstico IMC para la edad del niño(a)

Conclusión: Acorde al valor de chi-cuadrado (0,333), p es mayor a 0,05 por lo que se acepta la Ho.

Tabla 74 pruebas de chi-cuadrado. IMC / edad del niño/a en relación a la autoeficacia de la lactancia materna

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,113 ^a	8	,333
N de casos válidos	180		

a. 10 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,19.

Fuente: Investigación de campo.

Elaborado por: Mayra Bastidas.

Tabla 75 IMC / edad del niño/a en relación a la autoeficacia de la lactancia materna

			Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos			Total
			Eficacia baja	Eficacia media	Eficacia alta	
IMC / edad del niño/a	Severamente Emaciado	Recuento	1	7	12	20
		% dentro de IMC / edad del niño/a	5,0%	35,0%	60,0%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	2,9%	15,9%	11,9%	11,1%
	Emaciado	Recuento	3	3	11	17
		% dentro de IMC / edad del niño/a	17,6%	17,6%	64,7%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	8,6%	6,8%	10,9%	9,4%
	Normal	Recuento	29	34	76	139
		% dentro de IMC / edad del niño/a	20,9%	24,5%	54,7%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	82,9%	77,3%	75,2%	77,2%
	Posible riesgo de sobrepeso	Recuento	2	0	1	3
		% dentro de IMC / edad del niño/a	66,7%	0,0%	33,3%	100,0%
		% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	5,7%	0,0%	1,0%	1,7%
Obeso	Recuento	0	0	1	1	
	% dentro de IMC / edad del niño/a	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	
	% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	0,0%	0,0%	1,0%	,6%	
	% del total	0,0%	0,0%	,6%	,6%	
Total	Recuento	35	44	101	180	
	% dentro de IMC / edad del niño/a	19,4%	24,4%	56,1%	100,0%	
	% dentro de Grado de Autoeficacia en el amamantamiento de los hijos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	19,4%	24,4%	56,1%	100,0%	

Fuente: Investigación de campo.
Elaborado por: Mayra Bastidas.

Análisis

En la tabla N 75 en relación IMC/edad, se encontró niveles altos de autoeficacia en el grupo de madres de hijos con diagnóstico severamente emaciado (60,0%), emaciado (64,7%), normal (54,7%), obeso (100%) mientras que las madres de hijos con diagnóstico posible riesgo de sobrepeso (66,7%) tienen un nivel de eficacia baja. El valor p indica un valor de 0,333 lo que señala que no hay una variación significativa entre grupos, por lo que se determina que el tipo de diagnóstico con respecto al IMC para la edad del niño(a) no tiene un efecto significativo en los niveles de autoeficacia de la lactancia materna.

<u>77%(139) de niños(as) tiene IMC para la edad normal.</u> El grado de autoeficacia en el amamantamientos de las madres en estos niños es:					
Eficacia Baja		Eficacia Media		Eficacia Alta	
29	20,9%	34	24,5%	76	54,7%
<u>11%(20) severamente emaciado.</u> El grado de autoeficacia en el amamantamientos de las madres en estos niños es:					
Eficacia Baja		Eficacia Media		Eficacia Alta	
1	5,0%	7	35,0%	12	60,0%
<u>9%(17) emaciado.</u> El grado de autoeficacia en el amamantamientos de las madres en estos niños es:					
Eficacia Baja		Eficacia Media		Eficacia Alta	
3	17,6%	3	17,6%	11	64,7%
<u>2%(3) posible riesgo de sobrepeso.</u> El grado de autoeficacia en el amamantamientos de las madres en estos niños es:					
Eficacia Baja		Eficacia Media		Eficacia Alta	
2	66,7%	0	0,0%	1	33,3%
<u>1%(1) restante obeso.</u> El grado de autoeficacia en el amamantamientos de las madres en estos niños es:					
Eficacia Baja		Eficacia Media		Eficacia Alta	
0	0,0	0	0,0%	1	100,0%

3.2 Discusión

Como principal resultado del estudio se registró un 57% de madres con un alto nivel de autoeficacia para la lactancia materna, cifra que es similar al 43% de prevalencia de Lactancia Materna Exclusiva en menores de seis meses en Ecuador, reportada por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2011-2013 (UNICEF, Lactancia materna, 2013).

La primera etapa post parto representa un periodo crítico para el establecimiento de la lactancia materna (Moreno, y otros, 2014). La percepción de las madres sobre las características nutrimentales que posee la leche materna actúa como un factor determinante en el tiempo total de la lactancia, además, tiene un vínculo directo con la autoeficacia de la lactancia materna (Calvo, 2009).

Los factores psicológicos de la madre como el deseo y la satisfacción de amamantar tienen un importante valor sobre la decisión materna de iniciar o continuar con la lactancia. Estas variables representan los puntos de mayor seguridad en las madres del presente estudio con el 40% y el 36% de respuestas positivas, respectivamente (Cerda, 2011).

La inseguridad de las madres acerca de la aplicación de una correcta técnica durante la lactancia de su hijo(a) dio como resultado puntuaciones bajas en la Escala de Autoeficacia de la Lactancia Materna Formato Corto. De este rango, los enunciados de las preguntas con mayor magnitud de respuestas “no segura” hacen referencia a la seguridad de la madre de dar pecho cómodamente cuando los miembros de su familia están presentes, a la capacidad de la madre de determinar si su hijo(a) ha terminado de lactar y la capacidad de identificar un correcto agarre al pecho (Cerda, Lactancia materna y gestión del cuidado, 2011) .

La teoría de la autoeficacia percibida de la lactancia materna propone las influencias de experiencias indirectas, como la creencia de las madres acerca de sus propias capacidades para el logro de una lactancia materna exitosa y la observación del amamantamiento durante la infancia que, de ser estimada como una situación natural y de unificación familiar, podría influir positivamente en las futuras madres (Peña, 2000).

Conocer cuando terminar de lactar con un seno y continuar la alimentación con el otro seno es el punto frágil de las madres estudiadas, al presentar una proporción inferior de madres seguras (30%) y el segundo valor más alto de madres inseguras (13%) (UNICEF, Consejería en lactancia materna, 1994).

Las madres con total seguridad de utilizar la leche materna como alimento único sin la necesidad de utilizar otras fórmulas lácteas durante los primeros meses de vida del niño(a) representan solo el 39% de las madres encuestadas.

Una de las tres razones más frecuentes para el abandono de la lactancia materna es la percepción de insatisfacción del niño(a) después del amamantamiento. Este factor guarda estrecha relación con la capacidad de la madre de determinar si su hijo(a) recibe suficiente leche de su pecho, igualmente hace mención a la percepción de la madre de cumplir con los requerimientos nutricionales necesarios para un correcto crecimiento y desarrollo del niño(a). Esta variable representa el 18% de madres con un nivel de inseguridad (Ahluwalia, Brian, & Jason, 2005).

Con relación a la influencia de las variables sociodemográficas y factores influyentes. En la Habana, Durán Menéndez y colaboradores hallaron un mayor porcentaje de abandono de la lactancia antes de los cuatro meses en las mujeres menores de 20 años (Durán Menéndez, 1 Villegas Cruz, & Sobrado Rosales, 1999).

Maynard Abreu, en Guantánamo, encontró que no hay relación estadística desde este aspecto con la lactancia materna (Abreu, González, & López, 2000).

Finalmente, Rose, en USA y Alemania, encontró que a menor edad menores son las tasas de lactancia ($p=0.0001$) (Rose, Warrington, Linder, & Williams, 2004).

La educación es un factor que varios estudios lo asocian significativamente. Como Radwan, H. quien asocia niveles altos de la lactancia con mejor nivel de escolaridad ($p=0.01$). Herrero L. en La Habana, descubrió un riesgo de abandono de la lactancia significativo (2,66) en madres con nivel de escolaridad secundaria básica (Herrero & Gorrita Pérez, 2009).

Al analizar la influencia de la pareja, en Santo Suárez, ciudad de la Habana; Prendes Labrada, demostró que las madres que tienen una relación estable (85,5%) mantienen la lactancia por más tiempo que las madres que son solteras (58,5%) (Prendes Labrada, Vivanco del Río, Gutiérrez, & Reyes, 1999). Asimismo, en Colombia, Becerra Bulla encontró que entre los factores que protegen la lactancia materna se encuentra el acompañamiento de la pareja. Estos resultados podrían ser atribuidos a que las mujeres casadas poseen mayor apoyo por parte de su pareja también, mayor estabilidad emocional, ambos de gran importancia en la etapa pre y post natal (Becerra Bulla, Rocha, Milena, & Bermúdez, 2015).

Otro factor que influyó en los resultados de la escala es la paridad ($<0,05$). Por lo tanto ser madre primeriza se asocia con hasta 4 veces el riesgos de alcanzar un nivel de autoeficacia en la lactancia bajo o medio. Los resultados de la escala muestran: autoeficacia media en madres primerizas (43,4%); autoeficacia alta en madres por segunda vez (57,4%) y en madres con tres o más hijos (80,7%).

Dashti y colaboradores, hallaron resultados similares las mujeres con menor número de hijos interrumpen antes el amamantamiento en comparación con aquellas con mayor número de hijos (Dashti, Scott, Edwards, & Sughayer, 2014). La estrecha relación que existe entre la paridad y los puntajes altos de la lactancia materna pueden interpretarse a través de la teoría de la autoeficacia de la lactancia, la cual hace énfasis en la influencia de las experiencias previas sobre la percepción y autoeficacia de la madre (Llopis, López, Durá, Richart, & Oliver, 2011).

En cuanto al ámbito laboral, existen derechos para la madre gestante y en período de lactancia, entre los que cabe destacar en la población ecuatoriana que, en el caso de no contar con guarderías infantiles en el lugar de trabajo de la madre, la jornada de trabajo de la misma deberá ser reducida (Quito, 2005). En Colombia, Becerra encontró menor tiempo de lactancia en madres trabajadoras y mayor tiempo de lactancia en madres protegidas por políticas legales y madres que permanecen en casa (Becerra, Rocha, & Silva, El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna, 2015).

El tipo de parto se ha asociado al apego precoz y con ello a la iniciación de la lactancia la primera hora de vida. El apego precoz beneficia el número de tomas y la lactancia a libre demanda, prácticas que a su vez favorecen los lazos afectivos entre la madre y el infante (Pinto, Apego y lactancia natural, 2007); estudios revelan que esta situación se ve afectada en los partos por cesáreas, en los cuales existen efectos secundarios para la madre y el niño debido a las numerosas intervenciones en donde el efecto de los antibióticos utilizados y la dificultad de la madre para optar una posición correcta interfieren en la práctica, mientras que en los partos vaginales el estado de las madres generalmente favorece la posibilidad de conseguir dar el

pecho de una forma natural y sin complicaciones (Valenzuela Galleguillo, Vásquez, & Gálvez, 2016).

Según el informe de distintos países, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la infancia se ha incrementado en los últimos años. En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, Ecuador registra un 8,6% de niños menores de cinco años con exceso de peso (UNICEF, UNICEF resaltó la necesidad de promover una alimentación saludable para combatir la obesidad y desnutrición infantil, 2014). Según observaciones de Ubillus G. y colaboradores, el porcentaje de lactantes con sobrepeso, de acuerdo al tipo de lactancia fue: alimentados con lactancia mixta 47,1% (40), con lactancia artificial 46,2% (12) y con lactancia materna exclusiva 5,8% (8) (Gloria, Lamas, Lescano, Lévano, & López, 2011). Almqvist-Tangen Gerd en un estudio de cohorte descubrió correlación negativa entre el amamantamiento y el aumento de peso percibido (OR 1.37; CI 1.00–1.86) (Almqvist-Tangen & Bergman, 2011).

Si bien las investigaciones sobre lactancia materna exclusiva en madres con desnutrición, sobrepeso u obesidad son escasas, autores que analizaron este aspecto reflejan que la obesidad se encuentra asociada a las bajas tasas de lactancia ya que afecta a la iniciación, intensión y duración de la lactancia, también se relaciona con el retraso de la lactogénesis. Jevitt C. Y colaboradores, encontraron que madres obesas presentan menos posibilidades de iniciar la lactancia y que son más propensas al abandono temprano de la lactancia (Jevitt, Hernandez, & Groër, 2007). En México, Lepe M. y colaboradores realizaron una revisión sistemática en donde hallaron mayor riesgo de retraso de la lactogénesis en madres obesas, OR: 1,02 a 1,10; en relación a la iniciación de la lactancia

descubrieron que las madres no obesas iniciaron la lactancia más temprano, OR: 0,39 (95% CI: 0,25-0,62). Además, encontraron mayor riesgo de abandono de la lactancia en madres obesas, HR: 1,50 (CI 95% 1,11-2,04) (Effect of maternal obesity on lactation: systematic review, 2011).

3.3 Conclusiones y recomendaciones

3.3.1 Conclusiones:

- Se logró evaluar al 100% de la muestra (n=180), las edades de las madres oscilaban entre los 20 y 43 años de edad y el promedio de edad fue de 27,54 años.
- Los niveles alcanzados en la BSES-SF por la población estudiada fueron mayoritariamente altos. Se pudo observar un 57% (n=102) de madres con un nivel de eficacia en la lactancia materna alto, un 24% (n=44) con un nivel de eficacia medio y 19% (n=34) restante con un nivel de eficacia bajo.
- En cuanto a los factores sociodemográficos y factores influyentes, se encontró relación estadísticamente significativa entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y los siguientes factores: Edad de la madre (valor $p=0,000$); nivel de escolaridad (valor $p=0,008$); estado civil de la madre (valor $p=0,000$); convivencia de la madre (valor $p=0,000$); ocupación de la madre (valor $p=0,000$); condición de pareja (valor $p=0,000$); número total de hijos vivos (valor $p=0,000$); apoyo para el acoplamiento al pecho y sobre técnicas de lactancia (valor $p=0,005$); persona que ayudó a la madre a poner a su hijo(a) al pecho (valor $p=0,002$); indicaciones al alta de la maternidad (valor

$p=0,032$); hasta qué mes de vida le dará exclusivamente leche materna (valor $p= 0,000$); motivo para dejar la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses o de no dar nunca (valor $p=0,014$); si al niño(a) se le ha dado leche distinta a la leche materna (valor $p=0,000$); antes de tener al niño(a), tenía un trabajo remunerado (valor $p= 0,012$); tipo de trabajo (valor $p= 0,036$) y experiencia previa en la lactancia (valor $p=0,000$).

- Los factores sociodemográficos y factores influyentes que no representaron un riesgo para alcanzar un nivel mediano o bajo de autoeficacia materno fueron: Edad del último hijo (valor $p=0,093$); sexo del último hijo (valor $p= 0,155$); donde se atendió el parto (valor $p=0,125$); tipo de parto que tuvo la madre (valor $p=0,942$); al nacer, al niño(a) lo dejaron de inmediato en contacto piel a piel con la madre mínimo 30 minutos (valor $p=0,359$); al nacer, el niño(a) acopló espontáneamente el pecho (tomó pecho sin ayuda), dentro de la primera hora de vida (valor $p=0,469$); en caso de no tener el contacto piel a piel ¿Recibió ayuda del personal de la maternidad dentro de los 120 minutos posterior al parto para el acople? (valor $p=0,112$); en la estadía en la maternidad, el niño(a) recibió fórmula (valor $p=0,896$); información sobre ventajas e importancia de la lactancia materna (valor p de $0,667$); momento en el que recibió la información sobre ventajas e importancia de la lactancia materna (valor $p=0,348$); sigue amamantando a su hijo o hija (valor $p=0,263$); tuvo acceso a descanso prenatal remunerado (valor $p=0,579$); tuvo acceso a descanso postnatal remunerado (valor p de $0,285$), tiempo de descanso postnatal le asignaron (valor $p= 0,118$); tuvo acceso a descanso parental remunerado (valor $p= 0,403$).

- Con respecto a los parámetros: Peso / longitud del niño/a (valor $p=0,206$); peso / edad del niño/a (valor $p= 0,733$); longitud / edad del niño/a (valor $p= 0,644$) e IMC / edad del niño/a (valor $p= 0,333$) no influyeron en los resultados.
- Referente al índice de masa corporal de la madre (valor $p= 0,366$), no se encontró relación estadísticamente significativa con el nivel de autoeficacia de la lactancia materna.

3.3.2 Recomendaciones

- Se puede sugerir en base al estudio realizado, que a futuro puedan planificarse nuevas investigaciones que muestren la realidad local con mayor certeza, ya que a nivel nacional existe limitada información referente al tema, misma que es necesaria para el desarrollo de pertinentes políticas de intervención.
- Brindar información y capacitación continua a las madres, padres y/o familiares cercanos y profesionales de la salud sobre el fomento y la promoción de la lactancia.
- Se recomienda que los hospitales que ofrecen atención obstétrica adopten las recomendaciones de la Declaración “Diez Pasos para un Amamantamiento Exitoso”, suscrita por la OMS / UNICEF.
- Este tipo de test podrían ser de gran utilidad en los servicios informáticos del área de salud, deberían ser archivados junto con las historias clínicas para que el profesional pueda detectar el nivel de predisposición de la madre, de

esta manera tomar medidas efectivas y eficientes en aquellas menos proclives.

- Es imprescindible la revisión del apoyo que reciben las madres en el proceso de alimentación al seno, para determinar qué medidas serían efectivas para posicionar la lactancia.
- Realizar intervenciones educativas y asistenciales en mujeres embarazadas, que estimulen las percepciones de autoeficacia hacia su posición de madre, dichas intervenciones pueden realizarse en base a la normativa ESAMyN (Establecimientos de salud amigos de la madre y el niño).

Referencias:

- Abreu, M., González, I., & López, M. (2000). LACTANCIA MATERNA Y FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESTETE PRECOZ. *Revista Información Científica*, 5-7.
- Ahluwalia, I., Brian, M., & Jason, H. (2005). Why do women stop breastfeeding? Findings from the pregnancy risk Assessment and Monitoring System. *Pub Med*, 1409-1410.
- Almqvist-Tangen, G., & Bergman, S. (2011). Factors associated with discontinuation of breastfeeding before 1 month of age. *PubMed*, 57-59.
- Andressa Peripolli Rodrigues, S. M., Oliveira, Í. E., Almeida, P., & Ximenes, L. (2015). Influence of Sociodemographic and Behavioral Conditions on Self-Efficacy in breastfeeding: a Cross-Sectional Study. *Brazilian Journal of Nursing*, 2-8.
- Araceli, G. B. (2007). Factores de riesgo maternos y familiares que influyen en el abandono de la lactancia materna. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 3.
- Avalos González, M., Mariño, E., & González, J. (2016). Factores asociados con la lactancia materna exclusiva. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 23-27.
- Barría, R. (2008). Factors Associated With Exclusive Breastfeeding at 3 Months Postpartum in Valdivia, Chile . *Sage Journals*, 2-4.

- Becerra Bulla, F., Rocha, L., Milena, D., & Bermúdez, L. (2015). El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. *Revista de la Facultad de Medicina*.
- Becerra, F., Richa, L., Fonseca, M., & Bermúdez, L. (2015). El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. *Revista de la Facultad de Medicina*, 221-223.
- Becerra, F., Rocha, L., & Silva, D. (2015). El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. *Revista Facultad Medica*, 207-217.
- Beneficios Económicos de la Lactancia Materna*. (3 de Febrero de 2016). Obtenido de <http://www.inn.gob.ve/innw/?p=12964>
- Ben-Joseph, E. P. (2015). Lactancia materna frente a lactancia con leche de fórmula. *KidsHealth*.
- Bouquet, R., & Pachajoa, A. (2011). Lactancia materna versus lactancia artificial en el contexto colombiano. *Revista electrónica semestral*, 2-4.
- Buchanan, J. (28 de Julio de 2016). *Albert Bandura: Self Efficacy for Agentic Positive Psychology*. Obtenido de <https://positivepsychologyprogram.com/bandura-self-efficacy/>
- Calvo, C. (2009). Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, 3-9.
- Cárdenas, C., Haua, K., & Suverza, A. (2005). Mediciones antropométricas en el neonato. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 2-6.

- CDC. (23 de 08 de 2009). *Aumento de la lactancia materna en niños de 0 a 5 años de edad en los EE. UU., 2003 y 2007*. Recuperado el 12 de 03 de 2017, de Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades: <https://www.cdc.gov/spanish/Datos/Archivos/LactanciaMaterna/>
- Cerda, L. (2011). Breast feeding and care management. *Revista Cubana Enfermería*, 10-15.
- Cerda, L. (2011). Lactancia materna y gestión del cuidado. *Revista Cubana de Enfermería* .
- Cid, P., Orellana, A., & Barriga, O. (2010). Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Revista médica de Chile*, 551-553.
- Crowley, I. (2015). La leche materna: salva vidas. *Unicef México*, 3-6.
- Dashti, M., Scott, J., Edwards, C., & Sughayer, M. (2014). Predictors of Breastfeeding Duration among Women in Kuwait: Results of a Prospective Cohort Study. *PubMed*, 711-728.
- Díaz, S. (s.f.). El periodo post parto. *Instituto Chileno de Medicina Reproductiva* , 2. Obtenido de <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod04/POST-PARTO.pdf>
- Durán Menéndez, R., 1 Villegas Cruz, D., & Sobrado Rosales, Z. (1999). Factores psicosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna. *Revista Cubana de Pediatría*, 75.
- Effect of maternal obesity on lactation: systematic review. (2011). *Lepe,M; Bacardí Gascón,M; Castañeda, L; Pérez, Morales; Jiménez Cruz,A.*

Enríquez, C. (8 de mayo de 2016). Cuatro ajustes legales amparan a las madres trabajadoras. *El Comercio*.

Espacio Nutrición. (s.f.). Recuperado el 27 de 03 de 2017, de <http://espacionutricion.com/calculen-su-peso-ideal/>

Fariás, M. (2013). Obesidad materna: severo problema de salud pública en Chile. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 409-411.

García, R. (2011). Composición e inmunología de la leche humana. *Acta Pediátrica de México*, 223-225.

García, R. (2011). Composición e inmunología de la leche humana. *Acta Pediátrica de México*, 223-226.

Gaviña, G. (16 de Enero de 2011). Recuperado el 27 de Marzo de 2017, de <http://muybio.com/edadcronologica-y-edad-biologica>

Gloria, U., Lamas, C., Lescano, B., Lévano, M., & López, R. (2011). Estado nutricional del lactante de uno a seis meses y tipo de lactancia . *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 18-21.

González, I., & Pileta, B. (2002). Lactancia materna. *Revista Cubana de Enfermería*, 1-3.

Guerra, J., & Vera, J. (Octubre de 2013). *Nivel de conocimiento sobre lactancia materna en madres adolescentes*. Obtenido de <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/2778/1/09847.pdf>

- Hanson, L., & Porras, O. (1983). Aspectos Inmunológicos de la leche materna .
Revista Medica Hospital Nacional de Niños, 69-71.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Callao, C., & Baptista, M. d. (2012).
Metodología de la investigación Quinta edición. México: Mc Graw.
- Herrero, L., & Gorrita Pérez, R. (2009). ¿CÓMO INFLUYEN DIFERENTES
FACTORES PSICOSOCIALES EN EL ABANDONO PRECOZ DE LA
LACTANCIA MATERNA? *Revista de Ciencias Médicas La Habana* .
- Hill, P., & Humenick, S. (1989). Maternal Perceptions of Insufficient Milk Supply in
Breastfeeding. *Journal of Nursing Scholarship*, 145-148.
- Iglesias, S. (2005). Smoking: Habit repercusion on the breastfeeding establishment
and maintenance. *Nure Investigación*, 1-3.
- INEC. (2011). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición* . Recuperado el 14 de 03 de
2017, de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/Presentacion%20de%20los%20principales%20resultados%20ENSANUT.pdf
- Jevitt, C., Hernandez, I., & Groër, M. (2007). Lactation complicated by overweight
and obesity: supporting the mother and newborn. *PubMed*, 607-609.
- Jiménez, S., & Sánchez, F. (1985). Creencias y actitudes de los padres sobre la
lactancia natural en una área rural costarricense. 27-29.
- Juez, G. (2016). Las ventajas de la lactancia materna. *Chile crece contigo*.
- Lee, R. D., & Nieman, D. C. (2009). Nutritional Assessment. McGraw Hill Higher
Education.

- Llopis, M., López, M., Durá, M., Richart, M., & Oliver, A. (2011). Reliability and validity of the Spanish version of a breastfeeding. *Matronas Profesion*, 1-7.
- Lozano de la Torre, M. J. (2008). Lactancia Materna. *Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría*, 279-281.
- M. Lepe, M., Bacardí Gascón, L. M., Castañeda-González, M. E., & Cruz, P. M. (2011). Effect of maternal obesity on lactation: systematic review. *Nutrición Hospitalaria*, 1266-1268.
- Macías, S. M. (2006). Leche materna: composición y factores condicionantes de la lactancia. *Arch Argent Pediatr*, 2-4.
- Maldonado, J. A. (2004). Lactancia Materna: guía para profesionales. *Comité de Lactancia Materna de la* , 62-64.
- Mammalia, B. (24 de 02 de 2014). *Cultura del biberón*. Obtenido de <https://mammalia.info/cultura-del-biberon/>
- Medina, O., & Urra, E. (2007). AUTOEFICACIA Y CONDUCTAS DE SALUD. *Ciencia y enfermería*, 2-3.
- Méndez, N., García, L., Reyes, Y., & Trujano, L. (2015). Factores que influyen en el abandono de la lactancia materna en un programa de apoyo para la misma en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán, en el periodo de septiembre a noviembre del 2014. *Nutrición Hospitalaria*, 2620.
- Moreno, C., Rincón, T., Arenas, Y., Sierra, D., Cano, Á., & Cárdenas, Á. (2014). THE WOMAN IN POSTPARTUM: A PHENOMENON OF INTEREST AND INTERVENTION FOR THE DISCIPLINE OF NURSING. *Revista Cuidarte*, 50-61.

- Niño, R., Silva, G., & Atalah, E. (2012). Determinants of exclusive breastfeeding in health centers in Santiago, Chile. *Revista chilena de pediatría*, 161-169.
- OMS. (21 de Marzo de 1996). *Leche Insuficiente* . Obtenido de http://www.aeped.es/sites/default/files/4-leche_insuficiente.pdf
- OMS. (2010). La mujer y el tabaco: atracción fatal.
- OMS. (2017). *Lactancia Materna*. Recuperado el 12 de 03 de 2017, de <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
- OMS. (2017). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente*. Recuperado el 12 de 03 de 2017, de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/
- OMS. (2018). *Ten steps to successful breastfeeding*. Obtenido de <http://www.who.int/nutrition/bfhi/ten-steps/en/>
- OPS. (2002). *Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia*. Buenos Aires.
- Organización Mundial de la Salud. (07 de 2015). <http://www.who.int/>. Recuperado el 10 de 03 de 2017, de <http://www.who.int/http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (07 de 2015). <http://www.who.int/>. Recuperado el 22 de 07 de 2016, de <http://www.who.int/http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>

- Organización Panamericana de la Salud. (07 de 2013). <http://www.paho.org/arg/>. Recuperado el 10 de 03 de 2017, de http://www.paho.org/arg/http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1204:la-ops-oms-llama-apoyar-madres-que-amamantan-asegurar-lactancia-exclusiva-hasta-6-meses&Itemid=227
- Otsuka, K., Taguri, M., Dennis, C.-L., Wakutani, K., Awano, M., Yamaguchi, T., & Jimba, M. (2014). Effectiveness of a Breastfeeding Self-efficacy Intervention: Do Hospital Practices Make a Difference? *Maternal Child Health Journal*, 1-3.
- Pediatrics, A. A. (21 de 11 de 2015). *Leche de transición y leche madura*. Recuperado el 12 de 03 de 2017, de <http://www.naturpeques.net/calostro-materno-beneficios-propiedades>
- Peña, M. (2000). Factores promotores de salud y practica de la lactancia materna. 30-39.
- Peraza, G. J. (2000). LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO PSICOMOTOR. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 403-404.
- Petrozzi, A., & Gagliardi, L. (2016). Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Validation of the Italian Version and Correlation With Breast-feeding at 3 Months. *Pubmed*, 137-138.
- Pino, J., López, M., & Pilar, M. (2013). Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de Chile. *Revista chilena de nutrición*, 51-52.
- Pinto, F. (2007). Apego y lactancia natural. *Revista Chilena de Pediatría*, 97-100.

- Pinto, F. (2007). Apego y lactancia natural. *Revista Chilena de Pediatría*, 96-98.
- Prendes Labrada, M., Vivanco del Río, M., Gutiérrez, R., & Reyes, W. (1999). FACTORES MATERNOS ASOCIADOS A LA DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN SANTOS SUÁREZ. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 397-402.
- Primo, C. C., Ruela, P. B., A, L. D., & Garcia, T. R. (2013). Effects of maternal nicotine on breastfeeding infants. *Revista Paulista de Pediatría*, 393-395.
- Quito, C. d. (24 de Noviembre de 2005). *Derecho Ecuador.com*. Obtenido de <https://www.derechoecuador.com/derechos-y-obligaciones-de-la-mujer-trabajadora-embarazada>
- RocíoGonzález, R., González, M., Bouchan, P., & Paredes, L. (2011). Importancia clínica de la leche materna y transferencia de células inmunológicas al neonato. *Perinatología y Reproducción Humana*, 111-113.
- Roig, A. O. (2010). Factores asociados al abandono de la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida. *Revista Latinoamericana*, 6-7.
- Rose, V. A., Warrington, V., Linder, R., & Williams, C. (2004). Factors influencing infant feeding method in an urban community. *Journal of the National Medical Association*, 311-325.
- Rosso, F. (2013). *ENCUESTA NACIONAL DE LACTANCIA MATERNA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA -(ENALMA). CHILE 2013*. Recuperado el 12 de 03 de 2013, de http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/INFORME_FINAL_ENALMA_2013.pdf

- Ruíz, M., Rodríguez, R., Revert, C., & Hardisson, A. (2004). Efectos tóxicos del tabaco. *Martín Ruiz A, Rodríguez Gómez I, Rubio C, Revert C y Hardisson A*, 64-71.
- Ruth A. Lawrence, R. M. (2007). *Lactancia materna: una guía para la profesión médica*. Madrid: Elsevier España.
- Sabillón, F. (1997). Composición de la Leche Materna. *HONDURAS PEDIÁTRICA*, 1-2.
- Sabillón, F., & Abdu, B. (1997). Composición de la Leche Materna. *Artículo de revisión*, 120-121.
- Salazar, S. (2009). Lactancia materna. *Scielo*, 1-2.
- Segura, S., Dewey, K., & Pérez, R. (2006). Factors Associated with Perceived Insufficient Milk in a Low-Income urban Population in Mexico. *The Journal of Nutrition*, 1-2.
- Senplades. (2017). El Plan Nacional de Desarrollo . *Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021-Toda una Vida*, 59.
- Senplades. (2017-2021). “Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021.Toda una Vida”. 59.
- Sepúlveda, D., Formas, I., & Rina, A. (Julio de 1983). *Lactancia Materna: Algunos Factores Psicosociales y Biologicos que la Influencian*. Obtenido de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/17057/v95n1p51.pdf?sequence=1>

- Thulier, D. (2009). Variables Associated With Breastfeeding Duration. *UpToDate*, 1-3.
- Torres, M., Dávila, R., & Parrilla, A. (2003). Translation and Validation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale Into Spanish: Data From a Puerto Rican Population. *Journal of Human Lactation*, 3-4.
- Tuthill, E. L., & McGrath, J. M. (2015). Breastfeeding Self-efficacy: A Critical Review of Available Instruments. *Journal of Human Lactation*, 1-2.
- Tuthill, E., & McGrath, J. (2015). Breastfeeding Self-efficacy: A Critical Review of Available Instruments. *Journal of Human Lactation*, 1-3.
- UNICEF. (1994). Consejería en lactancia materna. *UNICEF*, 13-20.
- UNICEF. (2000). La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca . 24-25. Recuperado el 10 de 03 de 2017, de <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%20beneficios%20manual.pdf>
- UNICEF. (2004). Alianzas para la nutrición infantil. *Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia*, 6.
- UNICEF. (2009). Estado Mundial de la Infancia. *Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)*, 67.
- UNICEF. (2012). Lactancia Materna. *UNICEF*, 9-13.
- UNICEF. (2013). *Lactancia materna*. Obtenido de https://www.unicef.org/ecuador/children_5634.html

- UNICEF. (28 de Agosto de 2014). Obtenido de UNICEF resaltó la necesidad de promover una alimentación saludable para combatir la obesidad y desnutrición infantil: https://www.unicef.org/ecuador/media_27842.html
- UNICEF. (2014). *Alianzas para la nutrición Infantil*. Recuperado el 13 de 03 de 2017, de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia: https://www.unicef.org/ecuador/alianzas_para_la_nutricion.pdf
- UNICEF. (2014). Alianzas para la Nutrición Infantil. *Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia*, 11-13.
- UNICEF. (2016). Guía Práctica Lactancia materna en el lugar de trabajo. *UNICEF*, 28-31.
- UNICEF. (2018). Capturar el momento. *Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)*, 14-16.
- Urquiza, R. (2014). Lactancia materna exclusiva ¿siempre? *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 173-174.
- Weiss, J. N., Rupp, A. B., & Cragg, V. B. (2006). Randomized Controlled Trial to Determine Effects of Prenatal Breastfeeding Workshop on Maternal Breastfeeding Self-Efficacy and Breastfeeding Duration. *Jognn Clinical Research*, 2-3.
- WordReference. (2005). Recuperado el 27 de 03 de 2017, de <http://www.wordreference.com/definicion/talla>
- X, D., & Cl, D. (2003). Translation and validation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale into Chinese. *Pubmed*, 3-5.

ANEXOS

Anexo 1 Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:

Autoeficacia sobre lactancia materna y factores asociados, en madres adultas que acuden al Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora-Quito en el periodo agosto 2017- junio 2018”.

NOMBRE DE LA INVESTIGADORA PRINCIPAL: Mayra Karina Bastidas Espinosa

I. INTRODUCCION

Se le solicita que participe como voluntaria para una investigación destinada a estudiar las aptitudes de las madres adultas con niños entre 0 a 6 meses y los factores que la afectan en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora-Quito frente a la lactancia materna implementando la escala “Self-Efficacy Scale”, que es una herramienta con la cual se puede identificar el grado de autoeficacia percibida. La autoeficacia percibida hace referencia a las creencias de las personas acerca de sus propias capacidades para el logro de determinados resultados.

Considerando la importancia de la Lactancia Materna para el desarrollo humano y el impacto que esta tiene sobre la morbilidad de la población infantil mundial, esta investigación pretende identificar factores psicológicos, demográficos, educativos y sociales que afectan a la lactancia materna, además será una herramienta útil para reconocer grupos vulnerables sobre los cuales focalizar intervenciones de soporte que sean oportunas y eficaces, con la finalidad de fortalecer la lactancia materna exclusiva. Para garantizar la confidencialidad de la información los datos no se divulgarán.

II. PROPÓSITO DEL ESTUDIO

1. Valorar la percepción de autoeficacia de las madres en cuanto a la lactancia
2. Identificar factores sociodemográficos, educativos y familiares que interfieren en la lactancia materna

3. Determinar el estado nutricional de la madre lactante a través de las historias clínicas
4. Determinar el estado nutricional del niño a través de las historias clínicas

III. PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

Madres adultas (mayores de 19 años), que pertenezcan al Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora

IV. PROCEDIMIENTOS

La toma de datos del presente estudio se realizará en las instalaciones del Hospital. Primero, Se obtendrá el consentimiento informado de las madres. Segundo, se aplicará la escala de autoeficacia de amamantamiento – formato abreviado. Tercero, se aplicará el cuestionario demográfico. Cuarto, se aplicará el cuestionario de factores influyentes. Por último, se obtendrán los datos antropométricos de las historias clínicas que mantienen en el área de salud: Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

V. RIESGOS E INCOMODIDADES

No abra potenciales riesgos en el desarrollo del presente estudio, en ningún aspecto dígase físico, social o legal. Para la valoración del estado nutricional todos los datos antropométricos serán tomados de las historias clínicas. Las encuestas no serán invasivas y la información que se obtenga se analizará en forma anónima y grupal y que a los datos no tendrán acceso otras personas que no sean los investigadores.

BENEFICIOS

Las participantes recibirán información sobre su estado nutricional, que incluye, el análisis de peso, talla y circunferencia de cintura. Asimismo, recibirán información sobre la importancia y beneficios de la lactancia materna.

VII. PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

La información obtenida en el estudio se manejará de manera confidencial, utilizándose códigos para la identificación de cada participante

VIII. PARTICIPACIÓN Y RETIRO VOLUNTARIOS

La participación de los funcionarios de la institución seleccionada es voluntaria, luego de recibir información detallada del estudio y haber firmado el consentimiento informado y se encuentran en libertad de retirarse del mismo si así lo deciden.

X. OPCIONES A PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Las participantes podrán realizar las preguntas que consideren pertinentes durante todo el proceso del estudio, para lo cual tendrán acceso a los datos de contacto de uno de los investigadores. Si usted tiene alguna pregunta acerca del estudio, llame o envíe un mensaje de correo electrónico a: Nancy Alejandra Jaramillo: nafj.nutri@gmail.com o a: Mayra Karina Bastidas: arbas60@live.com

XI. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Comprendo mi participación y los riesgos y beneficios de participar en este estudio de investigación. He tenido el tiempo suficiente para revisarlo y el lenguaje del consentimiento fue claro y comprensible. Todas mis preguntas como participante fueron contestadas. Me han entregado una copia del este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente el participar en este estudio de investigación.

Firma de la participante

Fecha

Nombre de la investigadora que obtiene el consentimiento: Mayra Karina Bastidas Espinosa

Firma de la investigadora

Fecha

Anexo 2 Escala de la autoeficacia de la lactancia materna.

ESCALA DE AUTOEFICACIA DE AMAMANTAMIENTO – FORMATO ABREVIADO.

Para cada una de las siguientes afirmaciones, elija la respuesta que mejor describe cuán segura se siente con respecto a manejar la lactancia de su nuevo hijo. Por favor, marque su respuesta haciendo un círculo en el número que esté más cerca de cómo se siente. No hay respuestas correctas o incorrectas.

1 = Muy Insegura

2 = Insegura

3 = Medianamente segura

4 = Segura

5 = Muy segura

		Muy Insegura	Insegura	Medianamente segura	Segura	Muy Segura
1	Puedo determinar que mi hijo está recibiendo suficiente leche de mi pecho.	1	2	3	4	5
2	Puedo enfrentar con éxito el amamantamiento igual como he enfrentado otros desafíos en mi vida.	1	2	3	4	5
3	Puedo darle pecho a mi hijo sin necesidad de utilizar fórmulas lácteas (relleno).	1	2	3	4	5
4	Puedo asegurar que mi hijo esta apropiadamente agarrado a mi pecho mientras se alimenta	1	2	3	4	5
5	Puedo manejar a mi bienestar la situación del amamantamiento.	1	2	3	4	5
6	Puedo manejar la situación del	1	2	3	4	5

	amamantamiento incluso si mi hijo está llorando.					
7	Puedo mantener el deseo de amamantar.	1	2	3	4	5
8	Puedo dar pecho cómodamente cuando los miembros de mi familia están presentes.	1	2	3	4	5
9	Puedo estar satisfecha con la experiencia de amamantar.	1	2	3	4	5
10	Puedo enfrentar el hecho de que la lactancia materna me ocupará tiempo.	1	2	3	4	5
11	Puedo terminar de amamantar a mi hijo de un pecho, antes de cambiarlo al otro pecho.	1	2	3	4	5
12	Puedo amamantar a mi hijo cada vez que este lo necesite.	1	2	3	4	5
13	Puedo cumplir con los requerimientos de amamantamiento de mi hijo.	1	2	3	4	5
14	Puedo reconocer cuando mi hijo ha terminado de tomar pecho.	1	2	3	4	5

Anexo 3 Cuestionario Demográfico.

Código:

Cuestionario Demográfico

Fecha aplicación de aplicación					
Área de Salud	Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.				

DATOS DE LA MADRE

Fecha de Nacimiento								
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

Nivel de escolaridad	Básica incompleta		Media incompleta		Técnica del nivel superior	
	Básica completa		Media completa		Universitaria	

Estado Civil	Soltera		Divorciada	
	Casada		Unión Libre	

Convivencia	Pareja	Papá	Hermanos	Abuelos	Otros familiares	
	Mamá	Padres	Abuelos	Tíos		

Ocupación	Ama de casa		Trabajadora		Estudiante		Otra	
------------------	-------------	--	-------------	--	------------	--	------	--

5.1 En caso de "Trabajadora", especifique el trabajo	
---	--

Condición de pareja	Sin pareja		Pareja de menos de 1 año		Pareja de más de un año	
----------------------------	------------	--	--------------------------	--	-------------------------	--

Número total de hijos vivos	1	2	3 o más
------------------------------------	---	---	---------

DATOS DEL HIJO O HIJA

• Fecha de nacimiento	d	d	m	m	a	a	• Sexo	Femenino		Masculino	
-----------------------	---	---	---	---	---	---	--------	----------	--	-----------	--

• Dónde se atendió el parto	Hospital		Clinica	
-----------------------------	----------	--	---------	--

NACIMIENTO

• Tipo de parto	Vaginal		Cesárea		• ¿Peso del niño o niña al nacer? Gramos	
-----------------	---------	--	---------	--	--	--

Cuando el niño o niña nació	• ¿Lo dejaron de inmediato en contacto piel a piel con Ud. Mínimo 30 minutos?	SI		NO		No recuerda	
	• ¿Se acopló espontáneamente al pecho (tomó pecho sin ayuda), dentro de la primera hora de vida?	SI	p.14	NO	p.13	No recuerda	p.14

• 1. En caso "no" en p13 ¿Recibió ayuda del personal de la maternidad dentro de los 120 minutos posterior al parto para el acople?	SI		NO		No recuerda	
--	----	--	----	--	-------------	--

• En el resto de la estadía en la maternidad (Posterior a las dos horas del nacimiento) ¿Recibió apoyo para que el bebé pudiera acoplarse al pecho y sobre técnicas de lactancia?	SI	p.14.1	NO	p.15	No recuerda	p.15.1
---	----	--------	----	------	-------------	--------

1. En caso "si" en p.14 ¿Quién/es le ayudaron a poner a su hijo/a al pecho durante su estadía en la maternidad?	Enfermera		Técnico		Médico	
	Nutricionista		Paramédico			
			No recuerda/ No sabe			

• Durante la estadía en la maternidad ¿Su hijo o hija recibió fórmula?	SI		NO		No recuerda	
--	----	--	----	--	-------------	--

• Al alta de la maternidad le indicaron	Lactancia materna exclusiva libre demanda (sin horario)		Lactancia + agua	
	Lactancia materna exclusiva con horarios		No le dieron ninguna indicación respecto a la alimentación	
	Lactancia + Fórmula		Sólo fórmula	
	No recuerda			

17. Al momento del alta de la maternidad ¿Su hijo o hija tuvo que quedarse hospitalizado más tiempo?	SI	p.17.1	NO	p.18
17.1 En caso afirmativo ¿Cuánto tiempo estuvo hospitalizado/a?		p.17.2	Días	
17.2 Cuando su hijo/a estuvo hospitalizado/a ¿Recibió su leche materna?	SI		NO	

Anexo 4 Cuestionario de Factores Influyentes

1. ¿Recuerda que le hayan entregado información sobre ventajas/ importancia de la lactancia materna?	SI		NO	
--	----	--	----	--

1.1 En caso afirmativo ¿En qué momento recibió está información?	Durante los controles o talleres del embarazo	p.2	En controles de salud del niño	p.2
	Durante la estadía en la maternidad	p.2	Otro	p.1.1.
1.1. A. En caso de "Otro" en p.1.1 ¿Cuál?				

2. A este niño o niña ¿Hasta qué mes de vida le dará exclusivamente leche materna? (sin fórmula, jugo, agua, alimento sólido, papilla)	Hasta los 6 meses o más	N° ___ ir p.5	Menos de 6 meses	N° ___ ir p.2.2
	Nunca le dio pecho	p.2.2	Menos de 1 mes	p.2.1

2.1. En caso que sea menos de 1 mes de leche materna exclusiva ¿cuántos días?	Ir a 2.2
---	----------

2.2. ¿Cuál fue el principal motivo de dejar la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses o de no dar nunca?	Enfermedad del niño	El niño no quiso seguir lactando	Inicio de actividades laborales o estudiantiles	
	Enfermedad de la madre	El niño quedaba con hambre	Por consejo de familiares o amigos	
	Problemas de la mama o el pezón	Mal incremento de peso del niño	Otro motivo	p.2.2.1
2.2.a. En caso de "Otro motivo" en p2.2.1, indique cuál				

3. A este niño o niña ¿le dio agua o jugos antes de los seis meses de vida?	Si	→	No	Si "si" ¿Desde qué mes?
4. A este niño o niña ¿le dio alimentos sólidos o papillas antes de los 6 meses de vida?	Si	→	No	Si "si" ¿Desde qué mes?
5. A este niño o niña ¿le ha dado leche distinta a la leche materna?	Si	→	No	Si "si" ¿Desde qué mes?

6. ¿Sigue amamantando a su hijo o hija?	Si		No		Si "no" ¿Hasta qué mes?	

7. Antes de tener a su hijo o hija ¿Tenía un trabajo remunerado?	Si	p.7.1	No	p.8	
7.1 ¿De qué tipo?	Dependiente		Independiente continuo		Independiente Temporal

7.1.a ¿Tuvo acceso a descanso prenatal remunerado (antes del parto)	Si		No		Si "si" ¿Cuántas semanas?
7.1. b ¿Tuvo acceso a descanso postnatal remunerado (84 días desde el parto)?	Si		No		Si "si" ¿Cuántas semanas?
7.1. c ¿Tuvo acceso a descanso parental remunerado (desde los 84 días del niño hasta las 24 semanas de vida)?	No		Si, tiempo parcial (18 semanas)		
	Si, tiempo completo (12 semanas)		Lo compartí con mi pareja		

8. ¿Cuál fue su experiencia en la lactancia previa?	Sin problemas		Con muchos problemas		No tiene otro hijo
	Con algunos problemas				No amamantó

Anexo 5 Variables antropométricas de la madre y niño/a.

Variables antropométricas de la madre y niño/a

Código:

Variables antropométricas de la madre	
Fecha de nacimiento:	
Edad (Años)	
Peso (kg):	
Talla (cm):	
IMC:	

Variables antropométricas del niño/a	
Fecha de nacimiento:	
Edad (meses):	
Sexo:	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Peso (g):	
Longitud (cm):	
Perímetro braquial (cm):	
Perímetro cefálico (cm):	

